PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Consiglio regionale del Veneto
15/03/2023 - 02/13 N. 0004236 - UPA

GIONALE DEL VENETO
d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi COV- 2 durante la pandemia, con particolare "ondata"

Consiglio regionale del Veneto
15/02/2023 - 01/09 N. 0002557 - UPA

Al Signor Presidente del Consiglio regionale

SEDE

XI LEGISLATURA

oggetto: **Trasmissione delle relazioni finali della Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata".**

Si comunica che nella seduta del 31 gennaio 2023 la commissione in oggetto ha concluso i propri lavori ponendo al voto le due relazioni di cui al punto 3, lettera e) della Deliberazione del Consiglio regionale n. 52 dell'8 giugno 2021, pervenute in data 27 gennaio 2023.

La relazione sottoscritta dalle consigliere Camani, Baldin, Bigon, Ostanel e Zottis ha ricevuto i voti *favorevoli* delle consigliere **Camani** e **Zottis** (Partito Democratico Veneto), **Ostanel** (Il Veneto che Vogliamo), **Baldin** (Movimento 5 Stelle) e i voti *contrari* dei consiglieri **Cecchetto** (Liga Veneta per Salvini Premier), **Brescacin**, **Boron**, **Sandonà**, **Scatto**, **Zecchinato** (Zaia Presidente) e **Piccinini** (Veneta Autonomia).

La relazione sottoscritta dai consiglieri Brescacin, Cecchetto, Boron, Cestari, Piccinini, Sandonà, Scatto e Zecchinato ha ricevuto i voti *favorevoli* dei consiglieri **Cecchetto** (Liga Veneta per Salvini Premier), **Brescacin**, **Boron**, **Sandonà**, **Scatto**, **Zecchinato** (Zaia Presidente) e **Piccinini** (Veneta Autonomia) e i voti *contrari* delle consigliere **Camani** e **Zottis** (Partito Democratico Veneto), **Ostanel** (Il Veneto che Vogliamo), **Baldin** (Movimento 5 Stelle)

Sulla base dell'esito delle suddette votazioni, il documento sottoscritto dai consiglieri Brescacin, Cecchetto, Boron, Cestari, Piccinini, Sandonà, Scatto e Zecchinato si qualifica come *relazione finale*; il documento sottoscritto dalle consigliere Camani, Baldin, Bigon, Ostanel e Zottis si qualifica come *relazione di minoranza*.

La commissione ha deciso di designare quale relatore per l'Aula il consigliere **Brescacin** e correlatore il consigliere **Camani**.

San Marco 2322
Palazzo Ferro Fini
30124 Venezia

+39 041 2701347 *tel*
xicscovid@consiglioveneto.it
www.consiglioveneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Si chiede di voler iscrivere all'ordine del giorno del Consiglio regionale l'allegata documentazione, per la trattazione.

Distinti saluti.

Il Presidente
Francesca Zottis

XI LEGISLATURA

Allegati:

1) *relazione finale*
2) *relazione di minoranza*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

(XI Legislatura)

COMMISSIONE SPECIALE D'INCHIESTA SULL'ANDAMENTO IN VENETO DEI CONTAGI E DEI DECESSI DA SARS - COV- 2 DURANTE LA PANDEMIA, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA SECONDA "ONDATA"

(istituita con deliberazione del Consiglio regionale del Veneto n. 52 dell'8 giugno 2021)

(composta dai consiglieri Zottis, presidente, Cecchetto, vicepresidente, Brescacin, segretario, Baldin, Bigon, Boron, Camani, Cestari, Ostanel, Piccinini, Sandonà, Scatto, Soranzo[1], Venturini[2], Zecchinato)

RELAZIONE FINALE

(Relatore: consigliera **Sonia Brescacin**)

Presentata alla Commissione il 27 gennaio 2023 dai consiglieri Brescacin, Cecchetto, Boron, Cestari, Piccinini, Sandonà, Scatto e Zecchinato

Approvata a maggioranza dalla Commissione nella seduta n. 13 del 31 gennaio 2023

Trasmessa al presidente del Consiglio regionale del Veneto il 15 febbraio 2023, ai sensi del punto 3, lettera e) della deliberazione del Consiglio regionale del Veneto n. 52 dell'8 giugno 2021.

[1] Con nota n.14214 del 15 settembre 2021 il consigliere Soranzo ha comunicato le proprie dimissioni

[2] Con nota n.7395 del 11 maggio 2022 la consigliera Venturini ha comunicato le proprie dimissioni

SOMMARIO

PREMESSA 5

COMPETENZE E ORGANIZZAZIONE DEI LAVORI 7

ATTIVITA' DELLA REGIONE VENETO E SUE STRUTTURE 9

PROVVEDIMENTI EMERGENZIALI 39

COMITATO SCIENTIFICO REGIONALE 47

CALCOLO Rt E CLASSIFICAZIONE ZONE CON LIMITAZIONI 55

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE E TECNOLOGIA SANITARIA 65

RSA E CASE DI RIPOSO PER ANZIANI – MISURE DI ISOLAMENTO E ASSISTENZA SANITARIA 69

TAMPONI – SCREENING 75

MORTALITA' 107

CURE DOMICILIARI 125

PREMESSA

L'articolo n. 45 della Legge regionale statutaria 17 aprile 2012, n. 1 e gli articoli nn. 36 e 53, comma 7 del Regolamento consiliare prevedono che il Consiglio regionale possa istituire delle commissioni speciali d'inchiesta.
La Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS-COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "Ondata" è stata istituita con deliberazione amministrativa del Consiglio regionale n. 52 del 08 giugno 2021.
La seduta d'insediamento si è tenuta il 23 giugno 2021.
La commissione si è riunita per n. 12 sedute, comprensive della proroga dei lavori per ulteriori sei mesi, come previsto dalla deliberazione istitutiva, disposta nella seduta del 18 novembre 2021.
I lavori si sono svolti con l'audizione di n. 57 soggetti tra esperti virologi, microbiologi, dipendenti delle strutture della Giunta regionale, delle aziende e degli istituti del Servizio sanitario regionale, referenti di enti statali, rappresentanti di associazioni di categoria, organizzazioni sindacali ed altri soggetti individuati dalla commissione per la loro qualificata esperienza professionale, che sono stati invitati per portare un contributo specifico inerente le competenze istituzionali ricoperte nel corso della pandemia da Covid 19. È stato audito infine il Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime del Covid.

Si è scelto di predisporre la stesura della presente relazione, individuando le tematiche ritenute maggiormente significative, in aggiunta ai compiti assegnati alla commissione, anche perché trattate nel corso delle sedute.
Metodologicamente, dopo aver individuato le tematiche, si è proceduto con l'estrapolazione delle dichiarazioni rese dagli auditi, rendendo così il più oggettivo possibile l'analisi e la comprensione degli argomenti, facendoli "raccontare" direttamente dalla voce dei qualificati attori selezionati dalla commissione.
Risulta necessario premettere che l'analisi dell'impatto, degli interventi e delle strategie attuate per il contrasto alla diffusione virale in uno scenario epocale come quello causato dalla pandemia da COVID-19 deve necessariamente considerare un periodo di riferimento più ampio in considerazione del fatto che in ciascuna territorio si possono verificare condizioni sia molto diverse tra loro, sia in momenti temporali diversi.
Sono state inserite delle "conclusioni" al termine di ogni sezione, elaborate sulla base di quanto è stato detto nel corso delle audizioni.

COMPETENZE E ORGANIZZAZIONE DEI LAVORI

La deliberazione istitutiva ha attribuito alla commissione i seguenti compiti:

- accertare le cause, ed eventuali responsabilità, che hanno influito sull'andamento della pandemia da SARS-CoV-2, e in particolare sull'aumento dei contagi e dei decessi nella seconda "ondata";
- verificare l'operato del Comitato Tecnico Scientifico (CTS) regionale e dei suoi componenti;
- invitare in audizione il Presidente della Giunta regionale del Veneto, l'Assessore regionale alla Sanità, il Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale della Regione, i Direttori generali delle Aziende ULSS e di Azienda Zero, i Direttori delle RSA e delle Case di riposo e i rappresentanti delle relative associazioni di categoria; i rappresentanti delle organizzazioni sindacali e datoriali e i rappresentanti del personale sanitario e sociosanitario, i rappresentanti dell'OMS, i rappresentanti di comitati e associazioni rappresentative di familiari di persone morte per SARS-CoV-2, i rappresentanti delle associazioni per le cure domiciliari, virologi, epidemiologi, tecnici ed esperti del settore sanitario di chiara fama e comprovata esperienza, nonché altri soggetti che possano riferire o apportare ogni utile elemento conoscitivo ai fini dei lavori della commissione;
- accertare quali siano state le azioni intraprese per la gestione integrata di cure domiciliari per pazienti con COVID -19;

La commissione ha assunto e fatto propri tutti gli atti della commissione speciale d'inchiesta sulla gestione delle RSA e delle case di riposo per anziani in relazione alla pandemia da SARS–CoV-2, istituita nella X legislatura con DACR n. 57 del 28 maggio 2020.

E' stato utilizzato inoltre il materiale della seduta straordinaria di Quinta commissione consiliare del 4 maggio 2021, che ha avuto ad oggetto l'audizione del Presidente della Giunta regionale e dei tecnici regionali.

Le sedute della commissione sono state volute come pubbliche, diversamente dal regime di non pubblicità delle sedute delle commissioni consiliari permanenti e delle precedenti commissioni speciali d'inchiesta e sono state trasmesse in diretta streaming sul sito web del Consiglio regionale.

La pandemia ha spesso messo a dura prova la tenuta di fiducia tra cittadino e istituzioni. La scelta della Regione del Veneto di rendere pubbliche ed in diretta tutte le sedute vuole essere proprio un tentativo per rinsaldare la fiducia del cittadino nelle proprie istituzioni, in un territorio dove vi è da

sempre una forte aderenza tra le due componenti. Si è voluto condurre tutti i lavori della commissione secondo un principio di assoluta trasparenza e di accountability istituzionale.

ATTIVITA' DELLA REGIONE VENETO E SUE STRUTTURE

Il 9 gennaio 2020 l'OMS ha dichiarato l'avvenuto isolamento, da parte delle autorità cinesi, di un nuovo ceppo di Coronavirus mai identificato prima nell'uomo: il 2019-NCov conosciuto anche come Covid 19, poi ridenominato Sars-CoV-2.
Il 30 gennaio 2020 l'OMS ha dichiarato l'epidemia da Covid 19 un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale e l'11 marzo l'ha definita una "situazione pandemica".
E' importante sottolineare che di fronte a questa minaccia pandemica, l'Italia aveva un solo Piano a valenza nazionale: il Piano Pandemico Antinfluenzale del 2006. Da allora tale Piano non è mai stato aggiornato.
L'attività della Regione Veneto è iniziata ben prima dell'arrivo della pandemia nel territorio regionale. Tra le principali attività predisposte nel periodo pre pandemia si evidenziano le seguenti:

- 27 gennaio 2020 trasmissione, da parte del Direttore regionale della Prevenzione alle aziende sanitarie, della circolare ministeriale prot. n. 2302 del 27 gennaio 2020 "polmonite da nuovo coronavirus (2019-nCov) in Cina" contenente le indicazioni del Ministero della Salute sulla "Definizione di caso per la segnalazione", le "modalità per la diagnosi molecolare". Con lo stesso documento la Regione chiede alle aziende sanitarie il monitoraggio dei posti letto disponibili in area medica e in terapia intensiva e dei dispositivi di protezione individuale (DPI), nonché l'aggiornamento della composizione del Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR) e del Comitato per le Emergenze in Sanità Pubblica (CESP);
- 30 gennaio 2020 decreto n. 3 del Direttore regionale della Prevenzione di attivazione della Task force regionale per la definizione di misure di prevenzione e controllo dell'epidemia di Coronavirus 2019, nell'ambito del Gruppo Operativo Risposta Rapida Regionale (GORR) per l'emergenza in sanità pubblica;
- 6 febbraio 2020 richiesta del Direttore regionale della Prevenzione alle aziende sanitarie della ricognizione di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI).

Ancora con riferimento alla fase pre pandemica si ricorda che in data 3 febbraio 2020, il Presidente Zaia ha proposto l'isolamento fiduciario per i bambini che rientravano dal carnevale cinese: l'iniziativa fu molto criticata, ma venne accolta dalle competenti autorità nazionali. La misura della quarantena appena descritta, diventerà uno degli strumenti più importanti nella gestione della pandemia in Italia.

La dott.ssa **Francesca Russo**, Direttore della Direzione regionale Prevenzione e incaricata a livello statale del ruolo di Coordinamento interregionale Area Prevenzione Sanità Pubblica della Commissione Salute, nella seduta del 13 luglio 2021, ha dato conto di come l'argomento sia stato trattato in sede di Coordinamento della Prevenzione in Conferenza Stato Regioni e con un confronto tecnico con l'Istituto Superiore di Sanità.

Il "Modello" Vo'

Il 21 febbraio 2020 il Presidente della Regione attiva e convoca l'Unità di Crisi Regionale nell'ambito del sistema regionale di protezione civile. In quella riunione il Presidente Zaia assume le prime urgenti decisioni di sanità pubblica: chiudere l'Ospedale di Schiavonia e fare i tamponi a tutti gli abitanti di Vo', in quanto entrambi i primi due casi positivi riscontrati in Veneto erano cittadini residenti a Vo'.

Nel sospetto di un focolaio epidemico sono fondamentali misure di sanità pubblica, quelle volte al "contenimento" della diffusione dell'agente patogeno. In questo senso vanno lette tutte le numerose iniziative volute fortemente dal Presidente Zaia nei primi giorni di allerta, nell'ottica di scongiurare che dei focolai epidemici passassero allo stadio successivo di diffusione, ovvero quello denominato "community transmission".

L'effettuazione dei tamponi a tutti gli abitanti di Vo' permetterà di identificare n. 73 casi positivi (di cui 30 asintomatici) e conseguentemente di porli subito in quarantena, interrompendo la catena di trasmissione del virus.

A seguito della decisione assunta dal Presidente della Regione si è reso necessario effettuare un numero di tamponi superiore alla capacità giornaliera di processazione dell'Azienda Ospedale Università di Padova e pertanto venne attivato il laboratorio dell'Ospedale di Schiavonia.

Il fatto che la decisione di chiudere l'Ospedale di Schiavonia e di sottoporre tutti gli abitanti di Vo' a tampone, in quanto misura urgente di sanità pubblica, sia stata presa il 21 febbraio 2020 dal Presidente della Regione, è stato confermato dal dottor Mantoan, Direttore Generale della Sanità, nel corso dell'audizione del 12 ottobre 2021.

Analoghe parole sono state pronunciate dal dottor Scibetta, Direttore Generale dell'Azienda Ulss 6 Euganea, l'azienda nel cui territorio è ricompreso il comune di Vo'.

L'individuazione di Covid Hospital diventerà, con circolare del Ministero della Salute del 29 febbraio 2020, una misura richiesta su tutto il territorio nazionale.

Piani di Sanità Pubblica

La strategia della Regione del Veneto, tesa al perseguimento dell'obiettivo ultimo di prevenire il più possibile contagi, ricoveri e decessi, si è sempre fondata, fin dalle prime fasi dell'emergenza pandemica, su indicazioni tecnico-scientifiche di livello internazionale e nazionale.

Più in particolare, la strategia regionale adottata fin dall'inizio e successivamente confermata nei diversi Piani di Sanità Pubblica che si sono succeduti adattandosi all'andamento epidemiologico e delle conoscenze scientifiche, ha previsto misure finalizzate a:

- individuare tutti i possibili casi sospetti, probabili e confermati e disporre le adeguate misure di isolamento;
- intercettare tutti i possibili contatti a rischio, per promuovere la ricostruzione di tutte le possibili catene di trasmissione del contagio, soprattutto per i focolai familiari, scolastici, ospedalieri e nelle strutture socio-sanitarie residenziali.
- focalizzare le attività di screening in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria e/o di importazione di casi dall'estero;
- implementazione di un sistema di allerta precoce per la ricerca anche di casi asintomatici per monitorare la circolazione virale.

I Piani di Sanità Pubblica sono stati formulati considerando i documenti di riferimento che, in quel periodo, prevedevano che per ciascuno scenario nazionale si potessero ipotizzate misure "scalabili" in base all contesto epidemiologico. In particolare, nei contesti caratterizzati da una circolazione virale sostenuta era necessaria, secondo le indicazioni nazionali, la rimodulazione di alcune attività tra cui quelle di testing e di contact tracing al fine di massimizzarne l'efficacia, in un'ottica di sostenibilità e coerenza con lo scenario epidemiologico.

Con riferimento al Piano Regionale di Sanità Pubblica, modificato ed integrato nel corso dell'evoluzione della pandemia, si elencano i relativi provvedimenti della Giunta regionale:

- Delibera della Giunta Regionale n. 344 del 17 marzo 2020 "Approvazione del piano avente ad oggetto "epidemia covid-19"; interventi urgenti in sanità pubblica";
- Delibera della Giunta Regionale n. 552 del 5 maggio 2020 "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici";
- Delibera della Giunta Regionale n. 1104 del 6 agosto 2020 "Approvazione del nuovo piano "emergenza covid-19 – fase 3 – aggiornamento delle azioni del piano di sanità pubblica e

dell'effettuazione dei test diagnostici e di screening" e contestuale modifica della DGR n. 344 del 17/3/2020";

- Delibera della Giunta Regionale n. 1422 del 21 ottobre 2020 "Approvazione del nuovo piano "emergenza covid-19 – fase 3 – aggiornamento delle azioni di screening per SARS-CoV-2 e ri-orientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" e contestuale modifica della DGR n. 344 del 17/03/2020 e della successiva DGR n.1104 del 06/08/2020";
- Delibera della Giunta Regionale n. 308 del 18 marzo 2021 "Approvazione del "Piano di Sanità Pubblica – aggiornamento delle indicazioni Testing per SARS-COV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-sanitarie Territoriali", a modifica della DGR n. 344 del 17/03/2020 e ss.mm.ii., e del documento denominato "Campagna Vaccinale anti-COVID19", a modifica della DGR n. 1801 del 22/12/2020".

In tale quadro, i Piani di Sanità Pubblica, approvati con Delibere della Giunta Regionale, hanno fornito nel corso di tutto il periodo pandemico le principali indicazioni strategiche regionali per contrastare la diffusione di SARS-CoV-2 e sono sempre stati approvati dopo aver acquisito il parere positivo del Comitato Scientifico Regionale istituito con DGR n. 269 del 02.03.2020 con finalità di supportare l'Unità di Crisi Regionale e acquisire il supporto scientifico per le decisioni di sanità pubblica.

Sistemi informativi COVID-19

La Regione del Veneto, per la gestione dei casi SARS-CoV-2 positivi e la relativa registrazione informatica dei dati, ha utilizzato sin dai primi giorni della pandemia un applicativo sviluppato da Azienda Zero (**PIC-19**) che ha sostituito gli iniziali strumenti informativi sviluppati in emergenza dalle singole Aziende, favorendo un monitoraggio strutturato e puntuale della situazione epidemiologica.

Inoltre, è stato sviluppato da Azienda Zero, con un lavoro sinergico e di confronto con i Dipartimenti di Prevenzione, un applicativo principalmente finalizzato a registrare i contatti e i provvedimenti di isolamento e quarantena (**SIAVr-COVID**). L'applicativo utilizza come base di partenza il software già in uso agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione per le attività vaccinali (SIAVr, Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale Regionale), già integrato con database e flussi esistenti (es. Anagrafe Unica Regionale), il quale è stato sviluppato con uno specifico modulo dedicato al COVID-19.

Il passaggio completo dal primo gestionale (PIC-19) al secondo gestionale (SIAVr-COVID) è avvenuto il 12 ottobre 2020.

Le informazioni registrate nei due software regionali (prima PIC-19 e successivamente SIAVr-COVID) alimentano il **Sistema di Biosorveglianza** che garantisce la raccolta e la rielaborazione dei dati, il funzionamento di specifici algoritmi e automatismi per una restituzione degli stessi dati agli operatori anche attraverso la predisposizione di report per il monitoraggio dell'epidemia. I dati così elaborati alimentano, fin dalle prime fasi, la piattaforma di monitoraggio predisposta dall'Istituto Superiore di Sanità.

Analisi e Report periodici

Si riporta di seguito l'elenco dei principali report prodotti a livello regionale, nei quali sono approfonditi specifici aspetti descrittivi dell'andamento dell'epidemia e della capacità di risposta nei singoli contesti. Tutti i report confluiscono nel sistema di biosorveglianza regionale, attivato fin dalle prime fasi con l'obiettivo di soddisfare i bisogni conoscitivi per il governo efficace dell'epidemia e per la definizione delle misure di prevenzione e controllo e delle necessarie azioni di sanità pubblica a tutela della salute dei singoli e della collettività, con l'obiettivo di contenere contagi, ricoveri e decessi.

Documento	Descrizione	Frequenza
Rapporto giornaliero nuovi positivi, ricoveri, decessi	Rapporto pubblicato 2 volte al giorno (ore 8.00 - ore 17.00) nel quale sono riportati (dati attuali e variazione rispetto alla pubblicazione precedente) i seguenti dati: casi positivi, ricoveri (area critica e area non critica), decessi, sia in strutture sanitarie, sia in strutture socio-sanitarie territoriali.	2/die
Rapporto giornaliero PS	Analisi degli accessi in Pronto Soccorso per singola Azienda ULSS	1/die
Rapporto giornaliero ricoveri	Analisi dettagliata dell'occupazione, per ogni singola Azienda, dei posti letto in Terapia Intensiva e in Area non critica	1/die
Rapporto giornaliero RSA	Analisi dettagliata dell'andamento dell'epidemia per ogni struttura socio-sanitaria territoriale, con descrizione di ospiti infetti, guariti e deceduti	1/die
Analisi tamponi effettuati dalla medicina territoriale	Analisi sull'attività di test con tampone antigenico effettuata da Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale e Pediatri di Libera Scelta	1/die
Analisi complessiva test (molecolari e antigenici)	Analisi sui principali dati relativi ai test effettuati (tamponi molecolari e tamponi antigenici), con dettaglio su strutture (pubbliche, private accreditate) ed esiti	1/die
Rapporto settimanale sull'andamento dell'epidemia	Rapporto pubblicato 1 volta a settimana con approfondimenti epidemiologici sui seguenti aspetti: - andamento giornaliero dei positivi - mappa dei tassi d'incidenza per comune e periodo di insorgenza - mortalità generale - ospedalizzazione - casi positivi nei centri servizi per anziani e disabili e strutture di riabilitazione - monitoraggio operatori sanitari	1/sett.

Tale reportistica si integra con il monitoraggio degli indicatori di cui al DM del 30/04/2020 e alimenta modelli previsionali utilizzati per stimare l'andamento della curva epidemica, con particolare riferimento a nuovi positivi, ricoveri in terapia intensiva e decessi.

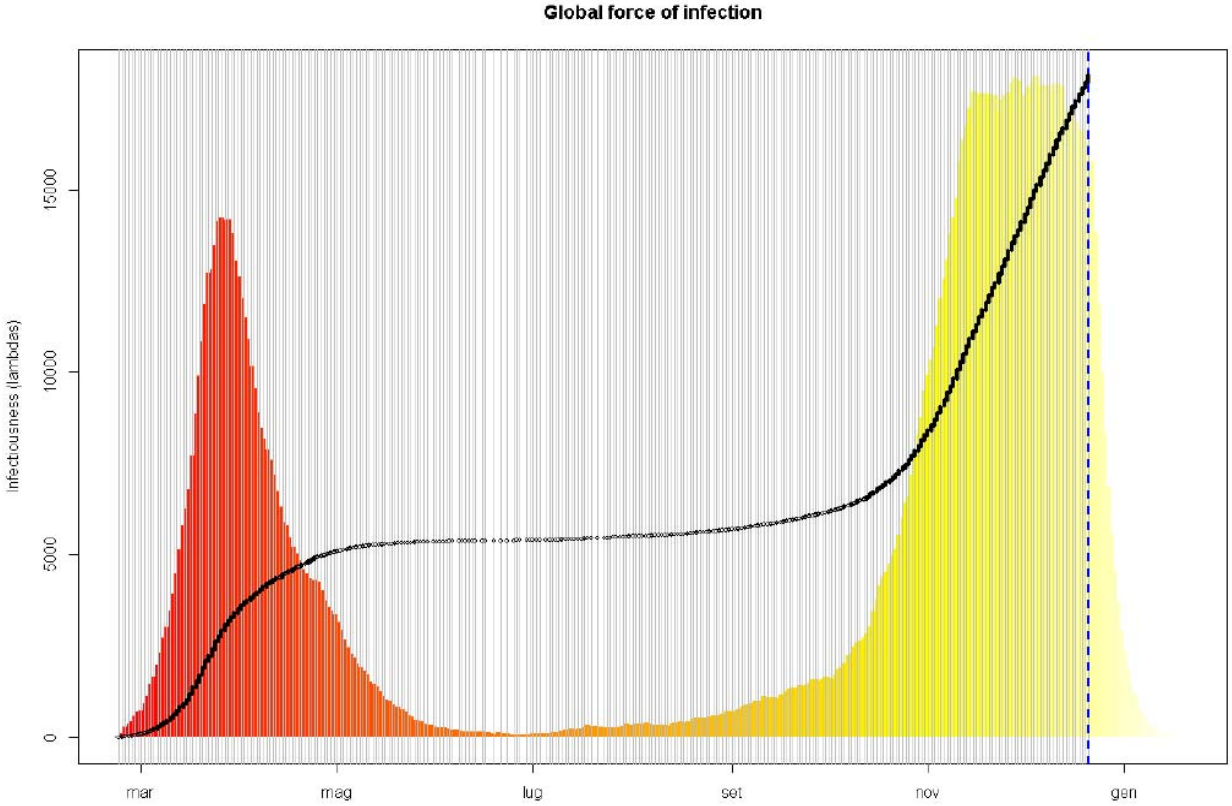
Tali report sono integrati con un ulteriore monitoraggio specifico rispetto alle attività e al personale dei Dipartimenti di Prevenzione coinvolto nelle attività di presa in carico e contact tracing (avviato in data 3 dicembre 2021 e in costante analisi e sviluppo).

La maggior parte di questi rapporti erano resi disponibili agli organi di stampa e a tutti i cittadini sul sito di Azienda Zero o comunque su siti istituzionali, per favorire una consultazione diretta delle fonti, anche in contrasto al fenomeno, che si stava allora creando, dell'infodemia e fake news.

FORZA DELL'INFEZIONE – DIFFERENZA TRA PRIMA E SECONDA ONDATA

Dall'analisi svolta e meglio descritta nella tabella sottostante risulta che la forza dell'infezione, in termini di incremento del numero dei ricoveri, è più alta nella seconda ondata e che persiste dal 15 novembre in poi una situazione di stabilità della curva dei ricoveri.

Dal grafico si evidenzia come il Veneto ha avuto un lungo periodo, dopo un iniziale aumento di casi, in cui si è mantenuta una sorta di plateau cioè i casi non diminuivano, ma aumentavano per poi diminuire leggermente o aumentavano leggermente per poi diminuire. Questo è espressione di un'azione di contenimento che ha portato, dopo un certo periodo, poi all'abbassamento e alla riduzione progressiva del numero dei casi, fino a una riduzione significativa.



Fonte: slide dott. Francesca Russo – Direzione regionale Prevenzione – intervento del 13 luglio 2021

ATTIVITA' E SCENARI DI RISCHIO

Si precisa che l'assegnazione delle zone di rischio è una competenza statale, basata sulle evidenze dei 21 indicatori introdotti con il DM 30/04/2020.

Con circolare del Ministero della Salute del 12 ottobre 2020 è stato introdotto un approccio comune alla scalabilità delle misure di contenimento/mitigazione a livello regionale sulla base degli scenari di trasmissione del virus.

Nel periodo di ottobre, novembre e dicembre 2020 la Regione del Veneto ha già attuato tutte le misure previste per lo scenario di rischio assegnato sulla base del monitoraggio dell'ISS (scenario 2, zona gialla). Su base regionale si è provveduto inoltre ad integrare con ulteriori interventi di mitigazione così come previsti per lo scenario di rischio aggiuntivo (scenario 3, zona arancione), come di seguito evidenziato. Tali interventi risultano in linea con tutte le indicazioni previste nel documento "*Prevenzione e risposta a Covid 19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno – invernale"* trasmesso con la succitata circolare e al DPCM 3 novembre 2020 "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19".

Riepilogo interventi attuati

Si riporta di seguito il dettaglio degli interventi previsti e le principali azioni attuate dagli organi nazionali e regionali per lo Scenario 3 "*Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo*" e la relativa tabella, raffigurante gli interventi normativi nazionali e regionali di mitigazione

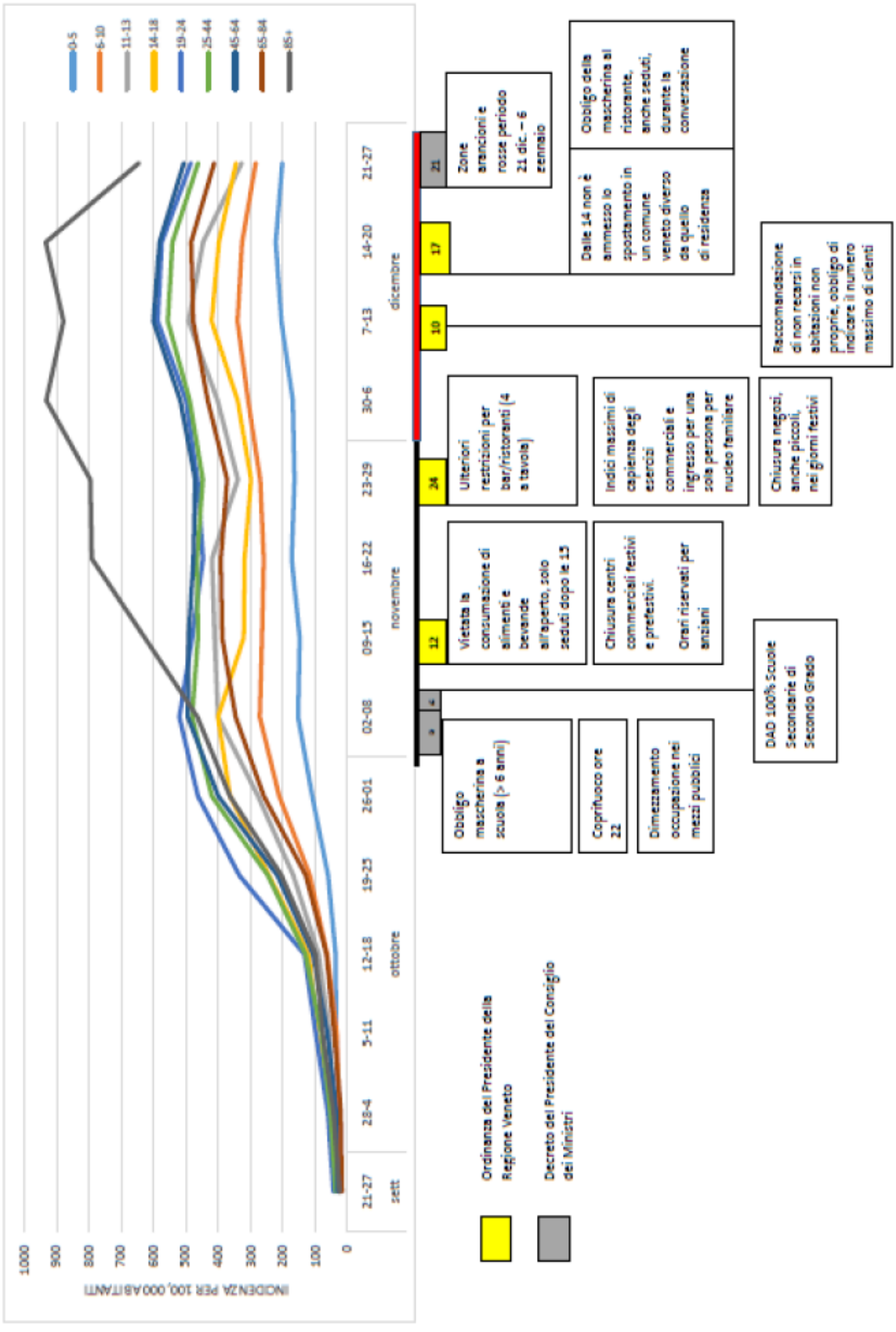
Adeguamento delle strategie di testing e di gestione dei casi sospetti, confermati e contatti	
semplificazione contact tracing [N, R, L]	- Decreto Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 61 del 9 novembre 2020 - Istituzione di un Gruppo di Lavoro tecnico a supporto dei Dipartimenti di Prevenzione per l'organizzazione delle attività di presa in carico dei nuovi positivi e di tracciamento dei contatti stretti - Definizione di un modello organizzativo di *"Presa in Carico Rapida"* da adottare nei momenti di rapido aumento dei soggetti positivi (23 novembre 2020) - Costante sviluppo e adeguamento degli applicativi regionali (SIAVr-COVID integrato con Portale Operatore in uso a MMG/PLS) per la registrazione e tracciabilità delle attività di contact tracing.
priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione [R, L]	- DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020 - Definizione delle priorità delle attività COVID rispetto alle attività ordinarie - Incontri con Direttori SISP e Direttori Dipartimento di Prevenzione per prioritarizzazione delle attività - Aggiornamento degli Obiettivi dei Direttori Generali con inserimento di un indicatore relativo all'attività di contact tracing
attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID [R, L]	- DGR n. 782 del 16 giugno 2020- Piano di Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione e adeguamento delle dotazioni organiche - Assunzione del personale reso disponibile a seguito del Bando di Manifestazione di interessa della Protezione Civile Nazionale e di Bandi Regionali (Azienda Zero) - Avvio di un Monitoraggio ulteriore e specifico sulle attività e sul personale dei Dipartimenti coinvolto nelle attività di presa in carico e contact tracing (3 dicembre 2020) - OPGR n. 148 del 31 ottobre 2020 con approvazione del Protocollo d'intesa con la MMG per le attività di esecuzione tamponi e provvedimenti contumaciali e contact tracing, con definizione di uno specifico protocollo operativo in sinergia con i Dipartimenti di Prevenzione - DGR n. 1643 del 24 novembre 2020 - Approvazione di un progetto di ricerca dell'Università degli Studi di Padova e finanziato dalla Regione del Veneto che, tra gli obiettivi, dovrà studiare, sulla base dei dati raccolti dai Dipartimenti di Prevenzione, le modalità di diffusione del virus e generare un modello in grado di spiegare i dettagli delle catene di contagio (*"Progetto per valutare la prevalenza e la diffusione di SARS-CoV-2 nella popolazione"*)
tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici	- Definizione delle *"Indicazioni operativa per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2"* approvate in data 5 ottobre 2020. - Definizione di uno specifico protocollo operativo per le atotività di testing e tracciamento per SISP e MMG.

rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) [R, L]	- DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020 - Rimodulazione delle attività di screening periodo per le categorie a maggior rischio
potenziamento alberghi per isolamento casi [R, L]	Individuazione di strutture alberghiere in accordo tra Azienda ULSS e Protezione Civile per le esigenze locali di isolamento e quarantena dei soggetti positivi, di soggetti post-dimissione o per gli operatori sanitari coinvolti in attività di assistenza a pazienti COVID-19.

Interventi di Comunità	
azioni (locali, provinciali e regionali) per l'aumento delle distanze sociali [R, L]	- OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 (*ingresso per una sola persona per nucleo familiare, indici massimi di capienza degli esercizi commerciali:* *- esercizi fino a 40 mq di superficie di vendita: 1 cliente, come da allegato 11 del DPCM 3.11.2020* *- esercizi fino a 250 mq di superficie di vendita: 1 cliente ogni 20 mq.* *- esercizi sopra i 250 mq di superficie di vendita: 1 cliente ogni 30 mq.)* - OPGR n. 67 del 10 dicembre 2020 (*raccomandazione di non recarsi in abitazioni non proprie, obbligo di indicare il numero massimo di clienti ammessi in ogni esercizio commerciale*)
possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto [R, L]	- Decreto Legge del 7 ottobre 2020 - OPGR n. 151 del 12 novembre 2020
zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt [R, L]	- Specifiche misure restrittive per l'area del Comelico e dell'area di alcuni comuni del Vicentino - Screening popolazione Auronzo di Cadore (BL) il 29 novembre 2020 - Attento monitoraggio epidemiologico dei comuni a maggior incidenza (es. vicentino, bellunese, trevigiano, etc)
interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti [R, L]	- OPGR n. 151 del 12 novembre 2020 (*dalle ore 15.00 somministrazione di alimenti e bevande esclusivamente seduti, divieto di consumo di alimenti e bevande all'aperto*) - OPGR n. 169 del 17 dicembre 2020 (*non possono essere collocati più di quattro avventori per tavolo, anche se conviventi. Obbligo della mascherina al ristorante, anche seduti, anche durante la conversazione*)
valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio [N, R, L]	- OPGR n. 151 del 12 novembre 2020 (*divieto mercati all'aperto su area, fasce orarie di accesso agli esercizi commerciali riservate per gli anziani, chiusura delle medie e grandi strutture di vendita nei giorni festivi e prefestivi*) - OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 *(nei giorni prefestivi le grandi e medie strutture di vendita, sia con un esercizio unico, sia con più esercizi, comunque collegati, ivi compresi i complessi commerciali e i parchi commerciali, sono chiuse al pubblico, salvo che per la vendita di generi alimentari, le farmacie, le parafarmacie, le tabaccherie e le edicole. Nei giorni festivi è vietato ogni tipo di vendita, anche in esercizi di vicinato, al chiuso o su area pubblica, fatta eccezione per le farmacie, le parafarmacie, le tabaccherie, le edicole e la vendita di generi alimentari).*
possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione) [N, R]	- OPGR n. 169 del 17 dicembre 2020 *(Dal 19 dicembre 2020 fino al 6 gennaio 2021, dopo le ore 14.00 non è ammesso lo spostamento in un comune veneto diverso da quello di residenza o dimora*) - DPCM del 21 dicembre 2020

Interventi in tema di Scuola e Università	
obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza [R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per l'uso della mascherina obbligatorio in particolari situazioni in presenza di un caso a scuola*)
sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) [R, L]	- OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione di alcune attività in particolari situazioni in presenza di un caso a scuola*)
lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi [R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020
possibilità di attivare, a garanzia di distanziamento e prevenzione assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale [N, R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione dell'attività in presenza e di sorveglianza sanitaria*)
chiusura temporanea di scuole in base all'epidemiologia locale (es. singola struttura [R, L] o più strutture in un'area) [R, L]	- OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione dell'attività in presenza e di sorveglianza sanitaria*) - Interventi disposti dalle Aziende ULSS su base locale, in funzione dell'analisi epidemiologica specifica e del numero di positivi evidenziati in ogni singola struttura.

Andamento dell'incidenza e interventi normativi (nazionali e regionali) di mitigazione



CONTACT TRACING

Il cardine della strategia regionale è sempre stato l'individuazione precoce di tutti i possibili soggetti positivi al SARS-CoV-2, anche asintomatici, per l'adozione tempestiva delle misure di sanità pubblica: isolamento dei positivi, indagine epidemiologica per l'individuazione dei loro contatti da sottoporre alla misura della quarantena preventiva, raccomandazione del test ai contatti di caso anche asintomatici al fine di allargare i cerchi dell'indagine con interruzione delle possibili catene di trasmissione impedendo così l'ulteriore diffusione del contagio, etc.

Negli scenari più impegnativi, ciò è stato possibile rafforzando l'attività di contact tracing, adeguandola al contesto e creando una stretta sinergia tra Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Strutture Residenziali per Anziani. Inoltre è stato possibile perseguire questa strategia grazie alla contestuale introduzione, accanto ai test molecolari e non in loro sostituzione (*vide infra*), dei test antigenici rapidi, che sono stati utilizzati nel rigoroso rispetto delle indicazioni di utilizzo internazionali e nazionali.

L'importanza del tracciamento dei contatti, a riprova del corretto e scientifico atteggiamento proposto dalla Regione Veneto, è stato recentemente valutato in uno studio sul Journal of the American Medical Association, che attribuisce al contact tracing la capacità di ridurre la trasmissione di contagio, in presenza di *community transmission,* fino al 21%
"Estimated COVID-19 Cases and Hospitalizations Averted by Case Investigations and Contact Tracing in the US"
https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2790518

Interventi per rafforzare le attività di contact tracing

La DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020 ha disposto aggiornamenti ed ha intensificato le attività di screening periodico delle diverse popolazioni target, considerate a maggior rischio.
La stessa DGR, ai fini di una diagnosi tempestiva di COVID-19, ha ampliato ulteriormente l'offerta di "*Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*", ha previsto l'attivazione di Punti di accesso territoriali (Sedi h24 7gg/7, Sedi di Continuità Assistenziale potenziate, Studi della Medicina Generale o spazi alternativi organizzati).
In particolare veniva attivato per ogni Azienda ULSS almeno un "Punto COVID-19 h24" ad accesso libero per soggetti con sintomi sospetti o contatti di caso confermato.

Sono state altresì istituite delle "Centrali Operative di Contact Tracing", coordinate dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, individuando come referente un medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva.

In accordo con quanto previsto per lo Scenario 3 "trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo" (documento "Prevenzione e risposta a COVID -19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale"), è stata prevista un'attività di semplificazione del contact tracing al fine di renderla sostenibile in considerazione dell'elevato numero di nuovi positivi. Parallelamente si è provveduto ad arruolare e formare nuovi operatori.
Per ulteriori dettagli sull'argomento si rinvia alla relativa tabella "Adeguamento delle strategie di testing e di gestione dei casi sospetti, confermati e contatti" di cui al precedente paragrafo.

SCUOLE E SERVIZI EDUCATIVI PER L'INFANZIA

Con riferimento al protocollo regionale per il tracciamento nelle scuole si ricordano:

- Ordinanza n. 105 del 2 ottobre 2020 "Emergenza Covid-19 – Linee di indirizzo per la gestione dei contatti di casi confermati di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia";
- Delibera di Giunta Regionale n. 159 del 9 febbraio 2021 "Emergenza COVID-19 – Linee di indirizzo per la Gestione dei contatti di casi di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia".

Sono stati adottati protocolli specifici, approvati con provvedimenti di Giunta regionale, inviati al Ministero successivamente come esempi di buona pratica e adottati dal Ministero a livello nazionale, per le Scuole sentinella, con la collaborazione delle Università di Padova e di Verona che ha permesso di individuare, nelle scuole superiori, insieme all'Ufficio scolastico regionale, le scuole sentinella in cui sono stati somministrati tamponi a ripetizione per tutte le sezioni della scuola.

Con riferimento al quadro degli interventi regionali, come sopra delineato, la dott.ssa Francesca Russo, Direttore Direzione Prevenzione della Regione Veneto, intervenuta in audizione nella seduta del 13 luglio 2021 ha affrontato i seguenti temi:

1. Esistenza di modelli predittivi - contagi, ricoveri e morti - mutazioni legati alle varianti e differenze prima e seconda ondata;

2. Cambiamenti nel calcolo dei valori di R(t), conseguenze;
3. Piano di sanità pubblica: aggiornamenti, evoluzioni, connessi alle successioni temporali del diffondersi dei contagi.

La dott.ssa Russo, interloquita dai consiglieri in merito alla costituzione del Centro per il Controllo delle Malattie Regionali e a quanto la Regione Veneto ha fatto prima dello scoppio della pandemia, ha risposto così:

"Per quanto riguarda il pre-pandemia, nel 2007 è stato elaborato a livello nazionale il Piano pandemico antinfluenzale, perché fino ai nostri giorni, fino al 2020, tutte le pandemie che avevano caratterizzato la storia delle malattie erano state determinate da virus influenzali (...) Dopo è stato costituito a livello nazionale CCM, cioè il Centro per il Controllo delle Malattie e questo è stato praticamente costituito a livello nazionale intorno al 2009, dopo la pandemia, quindi nel 2009-2010. A quel punto, come Regione, abbiamo adottato un provvedimento che istituiva il CCMR, cioè con Centro per il Controllo delle Malattie Regionale, che allora avevamo attribuito, come coordinamento, all'ULSS 7 di Pieve di Soligo e abbiamo costruito, attorno a questo CCMR, un nucleo che aveva sede qui a Venezia intorno al 2010-2011, con un loro ufficio al Giustinian e avevamo un medico, un amministrativo e un assistente sanitario. Abbiamo cominciato a lavorare per prepararci a quella che poteva essere una prossima pandemia, ma non solo, quindi agganciandoci alla pandemia e al piano H1N1, ma abbiamo cercato di mutuare questa esperienza e la metodologia e le caratteristiche delle cose che devono essere fatte in caso di pandemia, a tutti quelli che potevano essere gli eventi epidemici di natura infettiva, che potevano interessare la Regione, oppure anche eventi che potevano essere di natura ambientale. Quindi abbiamo cominciato con il costruire un percorso che riguardava le malattie infettive e abbiamo rivisto praticamente tutte le malattie infettive, secondo le classificazioni nazionali ed internazionali, e per ogni malattia infettiva, che poteva avere un impatto di natura epidemica, quindi dare origine a delle epidemie importanti regionali, abbiamo costruito delle flowchart, dove abbiamo sempre specificato chi fa che cosa, cioè qual era il ruolo dei SISP, il ruolo del Dipartimento di Prevenzione, il ruolo della Regione, il ruolo del Sindaco, il ruolo degli enti che sono esterni.

Per fare questo lavoro, abbiamo praticamente fatto una delibera regionale nel 2012, che istituiva, all'interno di ogni azienda, un gruppo operativo a risposta rapida, dove i capi dei servizi e del Dipartimento costituivano l'unità di crisi e il Direttore del SISP – questo in linea generale, ma l'ULSS poteva decidere anche di mettere un'altra persona, il direttore del SISP era il cosiddetto punto di contatto, cioè quello che coordinava le attività del Dipartimento in caso di un evento

epidemico. Nel contempo abbiamo creato all'interno di ogni azienda un livello più strategico, quindi questo è quello operativo nel Dipartimento di Prevenzione, un livello più strategico, quindi un Comitato Strategico di sanità pubblica coordinato invece dal Direttore sanitario. Il Direttore sanitario aveva all'interno di questo coordinamento invece il Direttore dell'ospedale, il Direttore del Farmaceutico, il Direttore delle Malattie infettive e a volte anche altri componenti che ha secondo dell'evento epidemico potevano essere interessati nel controllo e naturalmente gli altri Direttori della Direzione Strategica. Naturalmente a tutto questo ogni anno è stato affiancato un piano di formazione oltre a quello del primo anno, dove ha anche partecipato un componente dell'ECDC, e quindi del Centro Europeo per le Malattie, abbiamo avuto negli anni diversi focus su quelli che potevano essere oggetto di preoccupazione. L'abbiamo fatto sulla polio perché abbiamo avuto un'ondata degli immigrati, quindi il pericolo che potessero essere reintrodotta, insomma a seconda dello scenario.

Quindi questo ha portato a partire dal gennaio del 2020, quando la definizione di caso era legata soltanto alle classi che potevano essere importate, alla costituzione, ma era stato fatto anche prima per altri eventi epidemici, di un gruppo operativo a risposta regionale. Quindi io ho fatto un decreto dove abbiamo inserito all'interno diciamo che questo gruppo operativo tutti i componenti della Sanità. Quindi oltre ad esserci rappresentanti del Dipartimento di Prevenzione c'era anche il rappresentante della Medicina di base, il rappresentante del 118, delle Emergenze, delle Malattie infettive e questo anche in collegamento con il laboratorio regionale di riferimento che è di Padova, che ha sempre naturalmente per ogni procedura operativa adeguato e inserito le indicazioni".

"Quindi a fine gennaio abbiamo prodotto questo primo documento operativo, questo primo Piano di sanità pubblica e abbiamo costituito praticamente questo gruppo operativo a risposta rapida, che poi ci ha aiutato nella fase successiva.
Nel contempo, prima ancora che si verificasse il primo caso, abbiamo fatto degli incontri con tutte le direzioni mediche, anche per condividere il documento e per raccogliere quelle che potevano essere le eventuali criticità.
Quindi, quando il 21 febbraio abbiamo avuto il primo caso, diciamo che i nostri Dipartimenti di prevenzione, che poi sono stati quegli primariamente interessati, avevano già non solo la formazione, quindi come individuare il caso, fare le indagini epidemiologiche, l'isolamento e la quarantena, che non è scontato, ma ci vuole un'esperienza e ci vuole una capacità organizzativa, ma, oltre a questo, quello che poi abbiamo utilizzato nei nostri Piani di sanità pubblica successivi,

quando l'incidenza continuava ad aumentare, è stato il riorientamento delle attività, quindi tutto il Dipartimento, dalla parte veterinaria alla parte dello SPISAL, alla parte dell'ambiente, tutti sono riusciti a fare un gruppo operativo che era in grado di fare contact tracing, di chiamare le persone e di portare avanti le attività che erano richieste alla prevenzione."

La dott.ssa **Russo** nel suo intervento tocca i temi della raccolta dati in diversi settori e conseguente analisi finalizzate agli interventi da porre in essere, come di seguito riportato:

"Per quanto riguarda i modelli predittivi e gli elementi che ci permettono e ci hanno permesso di portare avanti quella che è la valutazione dell'andamento della pandemia, abbiamo via via arricchito la nostra possibilità di valutazione, a seguito della raccolta dati, e quindi avere la possibilità di analizzare e di vedere come si stava e si sta evolvendo la pandemia, attraverso tutta questa serie di rapporti e di analisi, che noi abbiamo messo a sistema e che abbiamo disponibile praticamente ogni giorno.

Abbiamo un rapporto giornaliero dei nuovi positivi, dei ricoveri e dei decessi, che fino al 1° luglio praticamente era prodotto due volte al giorno e portava tutti i dati aggregati relativi a questi elementi; poi un rapporto giornaliero del pronto soccorso, con un focus specifico sugli ingressi in terapia intensiva e anche su un monitoraggio molto stretto di quelli che erano i posti disponibili a livello ospedaliero, quindi i posti Covid separati naturalmente, esclusi quelli che erano per la terapia intensiva per altre cause.

Poi un rapporto giornaliero dei ricoveri, quindi che inquadrava la situazione a livello regionale, ma anche a livello di singola ULSS e di azienda ospedaliera, quindi praticamente per tutti gli ospedali presenti sul territorio regionale.

Un rapporto relativo alle RSA è stato messo a sistema dalla direzione dei servizi sociali e consentiva di vedere, anche nei centri servizi, come si evolveva l'andamento.

Poi l'analisi giornaliera dei tamponi effettuati a livello della medicina territoriale: questo è sopraggiunto in un momento successivo, quando l'effettuazione dei tamponi è stata anche affidata ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, affidando a loro anche la possibilità di mettere in isolamento e quarantena i soggetti che risultavano positivi e i loro contatti; poi, in un secondo momento, si sono aggiunte le farmacie perché è stata data la possibilità anche alle farmacie di effettuare il tampone.

Poi l'analisi giornaliera complessiva dei test, quindi la distinzione fra tamponi che venivano effettuati sia dalle strutture Covid, sia dalle strutture private suddivise in molecolari e antigenici e

poi un rapporto settimanale sull'andamento dell'epidemia che viene elaborato settimanalmente dal servizio epidemiologico regionale di Azienda Zero."

Sul caricamento dati in osservanza di normativa statale, che determinano, anche, la collocazione in fascia di rischio, si esprime così:

"(...) con i dati che noi carichiamo sulla piattaforma adempiamo a quanto previsto dal Decreto Ministeriale di aprile 2020 dove ci sono tutta una serie di indicatori, e precisamente il documento viene denominato da 21 indicatori che rispondono a diversi elementi di correttezza del dato, di resilienza di servizi, di tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva e in area medica e altri elementi che poi portano alla valutazione della fascia di rischio della Regione, oltre che naturalmente alla valutazione a livello nazionale di quella che è la situazione."

Proseguendo sul tema del "contact tracing":

"Poi abbiamo un monitoraggio anche che abbiamo messo a punto, un monitoraggio specifico delle attività del personale del Dipartimento di prevenzione coinvolto nell'attività di presa in carico e di contact tracing. Cosa significa? Che abbiamo messo a sistema un cruscotto che ci permette di capire in quanto tempo i servizi di sanità pubblica, le persone che sono adibite alla presa in carico al contact tracing ci mettono per prendere in carico i soggetti che risultano positivi e che sono attribuiti alla propria azienda. Questo per monitorare anche rispetto ai valori che sono inseriti in questo DM del 30 aprile 2020."

Sul diverso (peggiore) impatto del virus in termini di contagiosità ed ospedalizzazione, nella seconda ondata, rispetto alla prima:

"Qui, questo invece è una cosa che abbiamo valutato e che c'è risultata molto importante anche per spiegarci l'elevato numero di casi e anche di ricoveri ospedalieri che hanno caratterizzato la seconda ondata perché siamo andati a misurare quella che viene definita la forza dell'infezione, cioè quanto il virus è stato in grado di essere patogeno, infettante e soprattutto quanto questo ha determinato lo stress dei servizi sanitari ospedalieri. Infatti questo l'abbiamo misurato proprio andando a riportare il numero dei ricoveri e questa linea indica appunto i ricoveri ospedalieri e vedete che, rispetto a questo che è segnato in rosso, questo che è segnato in giallo mette in evidenza come l'infezione virus che ha caratterizzato, che ha circolato nella seconda fase rispetto alla seconda ondata rispetto alla prima avesse una forza dell'infezione molto più alta rispetto a quella della prima fase. Questo ha determinato le ripercussioni che sappiamo."

A proposito di interventi regionali e di fasce di rischio:

"Noi abbiamo avuto, come sapete, un lungo periodo, dopo un iniziale aumento dei casi, in cui si è mantenuta una sorta di plateau, cioè i casi non diminuivano, ma aumentavano per poi diminuire leggermente o aumentano leggermente per poi diminuire, quello che abbiamo visto poco fa nella slide, e questo è espressione di un'azione di contenimento che ha portato, dopo un certo periodo, poi all'abbassamento e alla riduzione progressiva del numero dei casi, fino a una riduzione significativa.

Questo perché l'ho messo? Perché, anche a seguito della discussione che era emersa nell'ultimo confronto che era stato fatto, per mettere in evidenza che, nonostante l'assegnazione, in base ai parametri che avevamo, ci collocava in uno scenario giallo, quindi di rischio intermedio, noi abbiamo adottato delle misure che erano da area arancione, quindi delle misure di controllo più stringenti rispetto a quelle di collocazione che prevedeva la circolare del Ministero del 9 ottobre. Sono queste elencate, quindi una semplificazione del contact tracing, una serie di azioni di priorità associate al Covid, soprattutto quella di riorientamento di quelle che erano le attività del Dipartimento di prevenzione, che poi abbiamo inserito nel Piano sanitario"

Sugli interventi di "comunità" e sulle chiusure:

"A parte questi del contact tracing allargato e dell'ampliamento dell'attività di testing, gli interventi di comunità hanno portato via via, con una serie di ordinanze, ad adottare misure più stringenti, che erano queste che vedete, anche con dei monitoraggi locali, perché riuscivamo, attraverso il monitoraggio che ci veniva fornito, ad individuare in alcuni Comuni che, per esempio, presentavano un'incidenza più alta rispetto al resto della Regione, delle attività, delle azioni più stringenti, in modo tale da riportare verso il basso quella che era l'incidenza di quel Comune o di quel distretto.

Poi diciamo che queste sono un po' quelle sulla comunità: abbiamo anche portato a sistema alcuni interventi in tema di scuole e di università, anche questo diciamo attirandoci molte polemiche per quanto riguarda le chiusure oppure le riduzioni, cioè, come si può dire, il posticipo dell'apertura per alcune fasce di scuola. Questo per evitare che la diffusione che, come sappiamo, è sicuramente meno importante nei soggetti giovani dal punto di vista della sintomatologia, questi potessero essere vettori del virus per soggetti fragili che vivevano nella stessa famiglia oppure per soggetti anziani, quali i nonni o altre persone del proprio contesto, quindi attività e restrizioni tipiche dell'area arancione."

Sui provvedimenti regionali in aggiunta alle disposizioni statali (per approfondimenti si rinvia alle slide contenute nell'**allegato 2** specifico della dott.ssa Russo):

"Come vedete questi provvedimenti, che si sono aggiunti naturalmente a quelli di carattere nazionale, dovete considerare che un provvedimento perché abbia effetto comunque devono passare intorno ai 10, 14 giorni, hanno portato ancor prima del provvedimento che poi ha interessato a fine anno, nel periodo di Natale, la nazione alla riduzione dell'incidenza, quindi si è riusciti praticamente a piegare la curva delle positività."

Sul rispetto delle **misure di quarantena e sul contact tracing**:
"Poi i comportamenti, e questo l'abbiamo detto, però abbiamo osservato che nella seconda ondata rispetto alla prima diciamo che la percezione del rischio era un po' cambiata perché comunque abbiamo visto che la gente era meno, i soggetti, i contatti dei casi, soprattutto quelli non proprio del nucleo familiare, ma magari appartenenti ai cerchi più esterni alle indagini epidemiologiche, erano meno propensi, meno disposti a rimanere in quarantena, per cui abbiamo visto, anche attraverso i controlli che hanno fatto i Carabinieri, che hanno fatto i Sindaci, che molti pur essendo in quarantena, andavano fuori oppure davano appositamente un numero di telefono sbagliato per non essere sottoposti ad alcun controllo e si rendevano irreperibili. Quindi anche questo ha determinato un certo grado di difficoltà poi nel costruire alcune catene di contagio e quindi ricostruire quella che era la catena dei cluster.
Comunque abbiamo da sempre - questo è stato uno degli elementi principali del nostro modo di lavorare - ampliato e potenziato il contact tracing, che riteniamo proprio l'azione chiave di tutta la pandemia e su questo abbiamo basato praticamente tutta la nostra strategia."

Sul tasso di mortalità si rimanda al paragrafo specifico.

ANALISI DI SEQUENZIAMENTO VIRALE DI SARS-COV

A seguito di segnalazioni della Autorità del Regno Unito, l'OMS raccomanda di condurre ulteriori studi epidemiologici e virologici per comprendere le mutazioni specifiche descritte dall'UK e da altri paesi per indagare ulteriormente su eventuali cambiamenti nella funzione del virus in termini di infettività e patogenicità.

- In attuazione a tali disposizioni riportate nell'Ordinanza del Ministero della Salute 20/12/2020, nell'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del Veneto n. 171 del 21.12.2020 e nella Circolare del Ministero della Salute del 21.12.2020, sono state avviate le specifiche misure di screening per i soggetti rientranti dal Regno Unito.
- in ottemperanza alla D.G.R. n. 1424/2020, è stato avviato un progetto relativo al sequenziamento del genoma virale dei sierotipi di SARS-CoV-2 circolanti in Veneto.
- con DGR n. 1643 del 24 novembre 2020 è stato approvato e finanziato dalla Regione del Veneto il Progetto di ricerca condotto dall'Università degli Studi di Padova, denominato "Progetto per valutare la prevalenza e la diffusione di SARS-CoV-2 nella popolazione".

Sull'argomento la dott.ssa Russo di esprime come di seguito riportato:

"Contemporaneamente a questo, (...) abbiamo attivato l'attività di sequenziamento, questo penso che lo sapete. Avevamo affidato un compito all'IZS[1] *di sequenziare i virus che erano stati isolati sin dall'inizio della pandemia, quindi da ottobre in poi, chiedendo alle ULSS di inviare questi tamponi, questo per valutare se il virus SARS-COV-2 che è circolato nella prima fase e che ha circolato in estate e poi nella seconda ondata fosse lo stesso. Questo, non so se magari la dottoressa Ricci l'ha presentato, ci mette in evidenza, e potremmo aggiungere quello di questi giorni, come effettivamente questo virus sia soggetto a diverse mutazioni che determinano poi la circolazione di virus che hanno caratteristiche diverse e che quindi ci spiegano, non solo naturalmente nella nostra Regione, ma come la seconda ondata sia caratterizzata e si sia caratterizzata per questa forza dell'infezione, insomma, molto più importante rispetto alla prima."*

La dott.ssa **Antonia Ricci,** Direttore generale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, nella sua audizione è stata chiamata a fornire informazioni in merito al **sequenziamento** del virus e alle sue mutazioni.

All'inizio del suo intervento ricorda che a causa delle mutazioni, nella seconda ondata si è dimostrato maggiormente aggressivo:

"Questo è successo in Italia, è successo in Veneto ed è successo in tutto il mondo perché questi virus si sono dotati di alcune mutazioni caratteristiche, la più importante delle quali – noi nel report poi riportiamo per ogni variante del virus la mutazione che la caratterizza – è questa D614G, che ha caratterizzato la seconda ondata: si è evidenziata verso la fine della prima ondata e

[1] Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie

poi si è sviluppata nella seconda ondata ed è la mutazione che ha creato sia l'aumento dei contagi che ha caratterizzato, ripeto, in tutto il mondo, la seconda ondata, che l'aumentata gravità della malattia."

Interviene anche sull'andamento differenziato in termini temporali e geografici della distribuzione del virus:
"L'altra caratteristica che vi volevo far notare è come in Veneto, sia in modo più precoce rispetto al resto d'Italia che anche con un picco più evidente, si sono sviluppati questi due virus che sono il B1.177 e il 160: questi sono due virus proprio caratterizzati, anche in letteratura, da contagiosità e aggressività molto spiccate che, appunto, in Veneto si sono presentati più precocemente rispetto ad altre zone d'Italia e sicuramente con una prevalenza molto alta."

A proposito della **codificazione di "seconda ondata**" e dell'analisi del contagio, ricorda che:
"Vi ricordo – e questo ci tengo a dirlo – che, quando parliamo di seconda ondata, non stiamo parlando di ottobre-novembre perché, ovviamente, nel definire le ondate dobbiamo basarci su dati oggettivi scientifici e l'Istituto Superiore di Sanità e la letteratura internazionale concordano nel dire che la seconda ondata del Covid va da ottobre 2020 ad aprile 2021. Quindi, quando noi guardiamo l'andamento dei contagi, dell'ospedalizzazione e dei decessi nella seconda ondata, non possiamo focalizzarci su un mese, un mese e mezzo, ma dobbiamo focalizzarci su un periodo più lungo."

E poi in una riflessione successiva coniuga i due concetti di **diffusione e valutazione degli impatti**:
"Ecco, vi dicevo che, quindi, dobbiamo vedere i dati fino alla fine di aprile 2021 e in questo periodo voi sapete che il Veneto ha visto una seconda ondata, che in qualche modo è leggermente anticipata rispetto alle altre regioni, comunque con un andamento non difforme dalle altre regioni del nord, ma che poi, devo dire, migliora perché il virus fa un po' così, va proprio a cicli: migliora dalla metà di dicembre, laddove in altre regioni d'Italia l'epidemia ha continuato con un notevole impatto anche nei mesi successivi. Quindi, nel conteggiare la seconda ondata, dobbiamo vedere anche cosa è successo i mesi dopo, non solo cosa è successo in ottobre-novembre, però sicuramente noi abbiamo visto questi virus emergere con notevole importanza. (...) La 222 è una mutazione che è stata descritta inizialmente in Spagna e che ha caratterizzato proprio il ceppo europeo della seconda ondata, ma che non ha avuto lo stesso andamento in tutti i Paesi europei, appunto è cominciata in Spagna ancora in estate dove si è visto un incremento dei casi anticipato rispetto ad

altri Paesi europei e devo dire appunto un po' analogamente alla Spagna noi in Veneto l'abbiamo vista precocemente e con un andamento molto importante nei primi mesi dell'autunno, sempre, diciamo, anticipando un po' quello che poi è successo in altre Regioni e in altri Paesi europei. (...) la 145, sicuramente in Veneto ha avuto un andamento, una prevalenza molto elevata, anche comunque la 220 e anche altre mutazioni, vedete che hanno avuto da noi in Veneto un andamento opposto in alcuni casi rispetto a quello nazionale. Sono tutte informazioni, anche qui la 272 fa, insomma, sale proprio fra novembre e dicembre, mentre a livello italiano era già in plateau e stava scendendo."

"È come se la seconda ondata in Veneto avesse cominciato a crescere molto presto, tant'è che poi è calata prima rispetto alle altre Regioni, perché poi in Veneto l'epidemia da inizio a metà dicembre ha cominciato a calare, mentre nelle altre regioni italiane ha continuato la sua crescita, quindi c'è stato un andamento che, secondo me, è come se fosse leggermente spostato prima rispetto alle altre regioni.

Quindi se la domanda è se le varianti trovate in quella fase solo in Veneto sono più contagiose, la risposta è no: c'erano sicuramente – nessuno l'ha studiata questa cosa – delle varianti molto molto contagiose che stavano prendendo piede e dopo, ovviamente, la variante inglese e quella indiana hanno fatto la loro parte."

Introduce anche una **questione "genetica**", relativamente alla contagiosità del virus:

"C'è anche una questione genetica estremamente importante di popolazione, che ovviamente dovrà essere approfondita, ma che viene in questo momento studiato, perché anche qui l'abbiamo visto tutti come il virus picchi, nel senso si comporti diversamente anche a seconda proprio dell'individuo che subisce l'infezione e questo può essere dettato anche da caratteristiche genetiche delle persone che verranno via via studiate e che magari ci aiuteranno a capire meglio il perché di tanti fenomeni che abbiamo osservato."

Sulla **capacità di sequenziare** emerge che la Regione Veneto è sempre stata all'avanguardia:

"Per quanto riguarda il sequenziamento, oggi l'Azienda ospedaliera di Padova sta sequenziando il Covid, come anche il laboratorio di microbiologia di Mestre ha cominciato, anzi devo dire con numeri anche importanti, a sequenziare e stiamo lavorando con i laboratori soprattutto di Treviso, Vicenza e Verona, per collaborare con loro e fare formazione affinché si rendano anche loro più autonomi nel sequenziamento. Quindi sicuramente c'è una rete che sta anche crescendo in questo momento."

"Io credo che la prima sequenza che abbiamo depositato fosse forse ad aprile 2020, però, appunto, vi cercavo la data giusta, ma direi che siamo assolutamente in linea con le altre Regioni, nel senso fra le prime Regioni: vi ricordate che all'inizio lo Spallanzani aveva isolato il virus, più o meno noi l'abbiamo fatto negli stessi giorni e anche i primi sequenziamento li abbiamo fatti non dico primi in Italia, ma sicuramente fra le primissime Regioni." "Siamo stati, penso, i primi in Italia a sequenziare la variante inglese il famoso 24 dicembre 2020 e quindi anche in questo direi che abbiamo fatto quello che si doveva fare e, rispetto anche alla variante indiana, abbiamo dato la notizia delle sequenze effettuate negli stessi giorni in cui si stava cominciando a vederla anche in altre regioni italiane, quindi direi che ci siamo comportati bene, anticipando quello che è stato fatto in altre regioni e assolutamente in linea."

Emerge però anche la carenza di supporto economico statale, che permetterebbe di far funzionare al meglio l'attività di sequenziamento:

"Credo che la questione da sottolineare sia che, invece, a livello nazionale il coordinamento fa molta fatica a partire, c'è un coordinamento tecnico e noi, fra l'altro, facciamo parte proprio del tavolo tecnico, perché abbiamo lavorato veramente fin dal primo giorno al fianco dell'Istituto Superiore di Sanità; vi ricordo che l'Istituto ha un ruolo nazionale, noi non siamo un organo tecnico della Regione Veneto e quindi lavoriamo anche per le altre Regioni del Triveneto, ma abbiamo un coordinamento e un riferimento diretto da parte del Ministero della Salute, quindi, con l'Istituto Superiore Sanità, abbiamo lavorato fin da subito in collaborazione, anche per mettere a punto i metodi: abbiamo mandato noi alcuni protocolli anche all'Istituto e quindi il coordinamento tecnico c'è, anche se fa un po' fatica a decollare.
Vi rappresento il fatto che non c'è nessun atto economico-finanziario a livello nazionale e questo mette in difficoltà anche tante Regioni e tanti Istituti che si trovano a fare questa attività.
Noi abbiamo questo finanziamento della Regione Veneto e un supporto anche da parte della Provincia di Trento, per la quale facciamo il sequenziamento, ma a livello nazionale ad oggi ci sono stati molti proclami rispetto ad una progettualità che avrebbe dovuto contribuire a sostenere questa attività, ma ad oggi non c'è stato nulla."

E ancora la dott.ssa Ricci, rispondendo alle domande poste dai consiglieri, espone alcuni suggerimenti per rendere maggiormente operativa l'**attività di sequenziamento su scala nazionale**:

"Il piano c'è, come vi dicevo c'è un coordinamento nazionale da parte dell'Istituto Superiore di Sanità e, come sapete, adesso peraltro vengono fatti degli studi tutti i mesi con un campionamento definito a livello nazionale comparabile fra le varie Regioni proprio per avere una fotografia mese dopo mese dell'andamento delle varie varianti con una base statistica. Quindi in realtà un coordinamento nazionale e un piano nazionale c'è. Sicuramente si può migliorare e ci vorrebbe veramente un piano strategico di sviluppo della capacità di sequenziamento a livello nazionale e questo, però a mio modo di vedere, richiederebbe, come vi dicevo prima, anche ovviamente un finanziamento, cioè lo sviluppo che deve passare dal fatto di avere una disponibilità per poter acquistare nuove attrezzature e materiali di consumo, insomma sono analisi estremamente costose queste e quindi davvero ci sarebbe bisogno di un piano di sviluppo nazionale che identificasse una rete a livello nazionale. Oggi c'è questa rete, ma è in qualche modo un po' volontaria: ci sono tanti istituti che collaborano al quadro nazionale, però questo piano strategico di sviluppo nazionale è stato più volte menzionato, da esponenti sia dell'Istituto che del Ministero, ma ad oggi non è ancora entrato in vigore e io spero che questo accada."

"Allora, abbiamo cominciato a sequenziare, come vi dicevo, a marzo 2020 e, peraltro, io venne invitata in conferenza stampa dal presidente Zaia a giugno del 2020, proprio per parlare di sequenziamento. Avevamo discusso anche con l'assessore Lanzarin sull'opportunità di aumentare questa attività di sequenziamento da parte dell'Istituto, ma fin dall'inizio eravamo in perfetto allineamento con la Regione su questo, non è che noi lo facessimo di nostra spontanea volontà. Questo ha portato poi alla delibera che ci ha dato un finanziamento e un ruolo, che è stata di settembre-ottobre del 2020, però diciamo che la questione era nata i mesi prima e poi è arrivata a compimento con questa delibera e poi recentemente ce n'è stata una successiva."

CONCLUSIONI

Da quanto sopra riportato emerge che:

sotto il profilo organizzativo, la Regione del Veneto è intervenuta già in fase pre-pandemica al fine di dare risposte alle macroemergenze che possono impegnare la sanità pubblica, mettendo a punto alcuni strumenti per la gestione di situazioni complesse, in coerenza con modalità e tempistiche nazionali.

La concretizzazione si è attuata con:

- l'istituzione nel 2009 del Centro per il Controllo delle Malattie Regionale (CCMR), che ha fatto seguito all'istituzione a livello nazionale del Centro per il Controllo delle Malattie (CCM); la partecipazione ai programmi annuali di attività del CCM del Ministero della Salute (mediante l'individuazione del Referente Scientifico regionale per l'attuazione dei progetti, in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS e le Unità Operative individuate dalle Direzioni Sanitarie Aziendali);
- l'approvazione nel 2012 del Piano per la preparazione e la risposta ad emergenze di sanità pubblica, con il quale veniva istituita una rete aziendale per la gestione delle emergenze prevalentemente di natura infettiva e previsto in ogni Azienda ULSS un Gruppo Operativo a Risposta Rapida (costituito da personale del Dipartimento di Prevenzione, con competenza nella gestione dell'emergenza di sanità pubblica) e un Comitato aziendale per l'emergenza in sanità pubblica, presieduto dal Direttore Sanitario.

Ne consegue che allo scoppio della pandemia i Dipartimenti di Prevenzione erano già strutturati per far fronte a questo tipo di emergenza.

La valutazione dell'andamento della pandemia e l'adozione delle scelte conseguenti sono state possibili grazie a:

- messa a sistema di una serie di rapporti/analisi/monitoraggi (rapporti giornalieri di positivi, ricoveri, decessi, accessi ai pronto soccorso, ingressi in terapia intensiva, ecc), che hanno consentito di monitorare costantemente i posti disponibili negli ospedali;
- lo sviluppo da parte di Azienda Zero di applicativi (prima il "PIC-19" e quindi il "SIAVr-Covid"), che hanno alimentato il sistema di biosorveglianza, che ha garantito la raccolta e la rielaborazione dei dati, il funzionamento di specifici algoritmi e automatismi per una restituzione degli stessi dati agli operatori, anche attraverso la predisposizione di report per il monitoraggio dell'epidemia. I dati così elaborati hanno alimentato, fin dalle prime fasi, la piattaforma di monitoraggio predisposta dall'Istituto Superiore di Sanità.
- analisi giornaliera di tutti i tamponi effettuati;
- messa a sistema di un cruscotto per monitorare i tempi della presa in carico e di contact tracing dei positivi da parte del personale dei Dipartimenti di Prevenzione;
- interventi sul territorio regionale di adeguamento delle strategie di testing e di gestione dei casi sospetti, confermati e contatti;

- misurazione della “forza” dell’infezione nella seconda ondata.

Questo complesso sistema ha consentito anche di prendere provvedimenti “mirati” per quelle parti del territorio che presentavano un’incidenza locale più alta rispetto ad altri.

La strategia della Regione del Veneto si è sempre fondata, fin dalle prime fasi dell’emergenza pandemica, su indicazioni tecnico-scientifiche di livello internazionale e nazionale, adattando i diversi Piani di Sanità Pubblica all’andamento epidemiologiche e delle conoscenze scientifiche.
Conseguentemente, muovendosi nell’ambito della cornice normativa, prevista dalla circolare del Ministero della Salute del 12 ottobre 2020 e dal DM Salute del 30 aprile 2020, la Regione Veneto ha attivato la scalabilità delle misure di contenimento della trasmissione del virus, commisurate alle valutazioni della situazione epidemiologica, supportata dalla classificazione settimanale del rischio fornita a ciascuna Regione e Provincia Autonoma in base al monitoraggio definito dal DM salute del 30 aprile 2020.
In particolare ha integrato le misure previste per lo scenario di rischio assegnato sulla base del monitoraggio ISS (scenario 2, zona gialla) con ulteriori interventi di mitigazione previsti per lo scenario di rischio aggiuntivo (scenario 3, zona arancione).

Con riferimento al territorio e alle comunità:

- la messa a sistema di un rapporto relativo alle RSA;
- l’analisi giornaliera dei tamponi effettuati da medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e farmacie;
- interventi “restrittivi” su scuole e università al fine di limitare la possibilità per i giovani diventassero vettori del virus per i familiari fragili.

Il cardine della strategia regionale è sempre stato l’individuazione precoce di tutti i possibili soggetti positivi al SARS-CoV-2, anche asintomatici, per l’adozione tempestiva delle misure di sanità pubblica, anche rafforzando l'attività di contact tracing, adeguandola al contesto e creando una stretta sinergia tra Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Strutture Residenziali per Anziani. Inoltre è stato possibile perseguire questa strategia grazie alla contestuale introduzione, accanto ai test molecolari e non in loro sostituzione, dei test antigenici rapidi, che sono stati utilizzati nel rigoroso rispetto delle indicazioni di utilizzo internazionali e nazionali.

Con riferimento all'attività di sequenziamento del virus, affidata all'Istituto Zooprofilattico delle Venezie, la dr.ssa Ricci evidenzia in particolare quanto segue:

- il virus ha subito delle mutazioni, tra le quali la più importante (D614G) è quella che ha caratterizzato la seconda ondata e che ha provocato in Veneto e in tutto il mondo l'aumento sia della gravità della malattia, sia del numero di contagi;
- l'attività di analisi delle mutazioni del virus permette anche di valutare la seconda ondata che, in base ai dati dell'Istituto Superiore di Sanità, inizia a ottobre 2020 e si protrae fino ad aprile 2021: ne consegue che per verificare l'andamento di contagi, ospedalizzazioni e decessi non ha senso focalizzarsi su un mese, un mese e mezzo, ma bisogna farlo su un periodo più lungo; inoltre consente anche di monitorare l'andamento dell'epidemia in Veneto dove si è manifestata in anticipo rispetto ad altre Regioni italiane e Paesi europei;
- un altro aspetto da considerare e da studiare è quello delle interazioni tra gravità dell'infezione e caratteristiche genetiche delle popolazioni colpite dal virus: il virus si comporta in modo diverso probabilmente anche in relazione al patrimonio genetico;
- per il futuro auspica che vi sia un piano strategico nazionale di sviluppo della capacità di sequenziamento del virus, adeguatamente finanziato.

PROVVEDIMENTI EMERGENZIALI

Nella seduta del 26 ottobre 2021 sono stati invitati in audizione l'ing. **Paolo Fattori**, Direttore Direzione Edilizia ospedaliera a finalità collettive sui temi:

1. Leggi statali e ministeriali che hanno definito l'organizzazione sanitaria legata al Covid 19;
2. Protocolli e direttive regionali che hanno acquisito le leggi statali ed eventuali scelte regionali - prima e seconda ondata: differenze;
3. Quali gli aspetti qualificanti e utili ad una gestione ottimale della pandemia e quali più critici nell'organizzazione ospedaliera, area non critica, critica, terapia intensiva e gestione attività ordinarie.

e il dott. **Paolo Rosi**, Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3, sui temi:

1. Leggi statali e ministeriali che hanno definito l'organizzazione sanitaria legata al Covid 19;
2. Protocolli e direttive regionali che hanno acquisito le leggi statali ed eventuali scelte regionali - prima e seconda ondata: differenze;
3. Quali gli aspetti qualificanti e utili ad una gestione ottimale della pandemia e quali più critici nella presa in carico della persona e in merito all'organizzazione centrali operative Suem.

Gli auditi sono intervenuti illustrando i provvedimenti emergenziali di fonte regionale e statale per contrastare la diffusione della pandemia e garantire assistenza ai pazienti affetti dal virus.
Di seguito si riportano i principali provvedimenti:

1) **29 febbraio 2020 Nota del Ministero della Salute prot. 0002619** avente ad oggetto "trasmissione linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19" nella quale, relativamente all'infrastruttura ospedaliera richiedeva:

- di identificare una o più strutture/stabilimenti da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da Covid-19, cosiddetti: Covid Hospital;
- di individuare in ogni struttura ospedaliera, postazioni isolate, che consentono l'osservazione di pazienti ventilati, intensivi, con sospetta infezione da SARS-CoV-2, in attesa del risultato definitivo dei test diagnostici eseguiti;
- la creazione di terapie intensive a corte, con separazione fisica da altre unità di Terapia intensiva, presenti in ospedale, destinate al ricovero e trattamento dei pazienti affetti da Covid-19;

- la previsione di ampliare la capacità di ogni struttura, mediante l'attivazione di posti letto in area critica, attualmente non funzionanti e/o a procedere a una rimodulazione delle attività programmate.

2) **1° marzo 2020 Nota del Ministero della Salute prot. 0002627** avente ad oggetto "incremento disponibilità posti letto del Sistema Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19" ha fornito ulteriori indicazioni tra cui**:**

- sia attivato a livello regionale nel minor tempo possibile un incremento delle disponibilità dei posti letto come segue:

  del 50% dei posti letto di Terapia intensiva;

  del 100% del numero di posti letto in unità operative di pneumologia e in unità operative di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio.

- l'identificazione di una o più strutture/stabilimenti ospedalieri da dedicare alla gestione esclusiva dei pazienti affetti da Covid: che vengono qualificati come presìdi ospedalieri Covid-19.

3) **13 marzo 2020 l'unità di crisi della Regione Veneto** ha approvato il **Piano di emergenza** che prevede:

- l'attivazione di 311 posti letto aggiuntivi, rispetto ai 494 del 1° marzo 2020, per complessivi 825 posti di letti di Terapia intensiva;
- l'attivazione di 298 posti letto aggiuntivi, rispetto agli 85 attivi al 1° marzo 2020, per complessivi 383 posti letto di terapia semintensiva;
- l'individuazione di 1612 posti letto aggiuntivi, rispetto ai 165 attivi al 1° marzo 2020, da dedicarsi alle malattie infettive;
- l'individuazione di 11 strutture da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da Covid 19;
- l'individuazione di cinque strutture ex ospedali per la degenza post-acuta, per complessivi 740 posti;
- l'individuazione di 110 posti letto in strutture intermedie.

Il Piano è stato attuato e da marzo la Regione Veneto ha comunicato il numero di 825 posti letto di Terapia intensiva al Ministero della salute, nel monitoraggio giornaliero Covid-19, rilevazione giornaliera posti letto attivati.

4) **5 maggio 2020 Regione Veneto DGR n. 552** è stato approvato il **Piano emergenziale ospedaliero** di preparazione a risposta ad eventi epidemici, con contestuale potenziamento e disponibilità di posti letto, così riassumibili:

Posti letto di Terapia intensiva totale:

- da schede di programmazione ospedaliera n° 559;
- aggiuntivi di attivazione CREU n° 191;
- convertibili in fase emergenziale n° 90;
- Totale posti da dedicare alla emergenza n° 840

Posti letto di pneumologia semintensiva:

- da schede di programmazione ospedaliera n° 281;
- convertibili in fase emergenziale n° 382;
- Totale posti da dedicare alla emergenza n° 663

Posti letto di malattie infettive:

- da Schede di programmazione ospedaliera n° 144;
- convertibili in fase emergenziale n° 941;
- Totale posti da dedicare alla emergenza n° 1085

La deliberazione di Giunta Regione Veneto n. 552 del 05/05/20 individua complessivamente

- 840 posti letto di terapia intensiva
- 663 posti letto di terapia semintensiva nell'area pneumologia e medica
- 1.085 posti letto da destinarsi alle malattie infettive
- 13 strutture da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da COVID-19

5) **19 maggio 2020 entra in vigore il Decreto Legge n. 34/2020 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19"** e le relative "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera emergenza Covid 19", si prevede che, per la Regione Veneto, diventino strutturali ulteriori 211 posti letto di Terapia intensiva, aggiuntivi rispetto ai 494 esistenti al 1° marzo 2020 e 343 posti letto di terapia semintensiva, dei quali il 50% riconvertibili in Terapia intensiva.

Il DL 34 individua pertanto 705 posti letto di Terapia intensiva e almeno 172 posti letto di semintensiva, convertibili in intensiva, dove per convertibili si intendono dotate delle necessarie strumentazioni di ventilazione e di monitoraggio, per complessivi 872 posti.

6) **16 giugno 2020 la Regione Veneto con la DGR n. 782** ottempera alle previsioni del decreto legge n. 34/2020, aggiornando i requisiti strutturali delle terapie intensive e semi-intensive, e individuando i presìdi ospedalieri dove realizzare 211 posti letti di Terapia intensiva e 343 di semi-intensiva, dei quali 176 convertibili in intensiva.
7) **6 agosto 2020 la Regione Veneto con DGR n. 1103** "Emergenza Covid-19, **Piano emergenziale per l'autunno 2020"** è stato approvato il Piano emergenziale, al fine di individuare le misure per una risposta efficace in caso di aggravamento della situazione sanitaria, a causa della diffusione del virus nei mesi autunnali ed invernali. Il Piano prevede:

Posti letto di terapia intensiva:

- - posti letti attivi al 01/03/2021 n° 494;
- - posti letto di adeguamento dalla programmazione n° 16;
- - posti letto previsti dalla DGRV 552/20 aggiuntivi n° 43;
- - posti letto previsti dalla DGRV 552/20 da blocco operatorio n° 76;
- - Totale posti da dedicare all'emergenza n° 840

Il numero è comprensivo di posti letto di Terapia intensiva previste in strutture ospedaliere private accreditate.

Posti letto di terapia semintensiva e semintensiva convertibile in intensiva:

- posti letto previsti dalla DGRV 782/2020 convertibili in TI n° 176;
- posti letto previsti dalla DGRV 782/2020 ulteriori n° 167;
- posti letto aggiuntivi previsti dalla DGRV 552/2020 n° 264;
- Totale posti da dedicare alla emergenza, pubblici n° 607

A questi si devono aggiungere i posti di semintensiva previsti dalla DGRV 552/20 nelle strutture private pari a n. 56 per il valore complessivo di posti di terapia semintensiva paria 663, come previsto dalla DGRV 552/20

Complessivamente la deliberazione di Giunta Regione Veneto n. 1103 del 06/08/20 individua

- 1.016 posti letto di terapia intensiva compreso i 176 posti di semintensiva convertibile in terapia intensiva come previsto dal DL 34/20.
- 487 posti letto di terapia semintensiva nell'area pneumologia e medica

8) **"Aggiornamento del Piano di emergenza Autunno" adottato il 22 ottobre 2020 dall'Unità di crisi**, al fine di garantire adeguati posti letto di terapia intensiva e semi intensiva, indipendentemente dall'attività del commissario straordinario nazionale.

L'attività sviluppata dalle aziende sanitarie della Regione Veneto e le forniture da parte del commissario nel periodo agosto - ottobre 2020 hanno consentito, in data 22/10/2020, all'Unità di Crisi della Regione Veneto di approvare l'"Aggiornamento del Piano di emergenza Autunno" che, relativamente ai posti letto di terapia intensiva e semintensiva, identifica:

Posti letto di terapia intensiva:

- posti letti da programmazione (DGR 614/2019) attivati n° 522;
- posti letto attrezzati a disposizione del CREU n° 191;
- posti letto attivabili da conversione da gruppi operatori n° 111;
- posti letto attivabili da conversione da semintensive n° 176;
- Totale posti da dedicare alla emergenza n° 1.000

Il documento oltre ad identificare complessivi i posti letto di terapia intensiva a disposizione definisce le "Fasi di rischio" e le corrispondenti riorganizzazioni ospedaliere.

Nel frattempo, ad ottobre, venivano realizzati, con le forniture di ventilatori del commissario straordinario nazionale, 176 posti letto di semintensiva riconvertibili.

Il 4 novembre il commissario straordinario, facendo un'analisi delle consegne fatte alla Regione, chiede alla Regione veneto di aggiornare i posti letto di terapia intensiva disponibili, al fine di evidenziare la capacità di essere pronti ad affrontare una situazione di crisi di cui non si sapevano i numeri. La Regione ha comunicato la disponibilità dei 1.000 posti letto, che sono poi stati certificati a livello statale.

Risulta quindi che a fine ottobre la Regione Veneto aveva le forniture e le attrezzature per attivare i 1.000 posti letto di terapia intensiva previsti dall'Aggiornamento del Piano di emergenza Autunno.

Risulta inoltre che nessun paziente sia stato collegato ad un ventilatore della sala operatoria.

L'insieme delle azioni attuate dalla Regione Veneto relativamente all'individuazione dei posti letto di terapia intensiva, che nascono al fine di contrastare l'epidemia COVID-19 e danno piena risposta ai provvedimenti nazionali, sono tutti antecedenti al DPCM del 3 novembre 2020 che determina le zone gialle, arancioni e rosse. Il DPCM del 3 novembre individua le Regioni che si collocano nelle diverse tipologie di scenario "…sulla base del monitoraggio dei dati epidemiologici secondo quanto stabilito nel documento di "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno invernale", condiviso dalla

Conferenza delle Regioni e Province autonome l'8 ottobre 2020 nonché sulla base dei dati elaborati dalla cabina di regia di cui al decreto del Ministro della Salute 30 aprile 2020". Tra gli indicatori utilizzati vi è l'indicatore 3.8 "tasso di occupazione dei posti letto totali di terapia intensiva" definito nell'allegato al Decreto Ministero della Salute in data 30 aprile 2020 che ha per oggetto e identifica le attività per monitorare la transizione tra la Fase 1 di lock down fino alla Fase 3 di ritorno alla situazione iniziale e come riportato a pagina 2, con riferimento agli indicatori di cui all'allegato al medesimo decreto "..non sono finalizzati ad una valutazione di efficienza/efficacia dei servizi ma ad una raccolta del dato e ad una migliore comprensione della qualità dello stesso, al fine di poter realizzare nel modo più corretto possibile una classificazione rapida del rischio di concerto con l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni/PPAA".
L'indicatore è determinato dal dato presente nella "piattaforma rilevazione giornaliera posti letto MdS" alimentato quotidianamente dal 17 marzo dalla Regione Veneto secondo quanto segue:

- fino a marzo 2020 non vi era una ricognizione dei posti di terapia intensiva;
- da marzo al 3 novembre 2020 comunicato 825 posti
- dal 4 novembre 2020 comunicato 1000 posti.

Sul fronte della piena disponibilità dei posti letto di terapia intensiva è emerso che i 1.000 posti letto avevano **il personale necessario** ad operare con le necessarie organizzazioni, contando i 926 anestesisti in organico al 1° marzo 2020, le prestazioni acquistate normalmente (anche al di fuori dell'emergenza covid), i contratti libero professionali (esistenti anche prima del covid). Il personale così presente in servizio ha dato una disponibilità di 1.020 medici e ha garantito la copertura dei 1.000 posti letto individuati.
A quanto rappresentato sopra, vanno aggiunti i reclutamenti. Nel 2020 sono stati assunti 107 medici che, al netto delle cessazioni avvenute nello stesso periodo, ha portato ad un aumento di organico di 44 unità. Sono stati assunti per attività covid 32 medici a contratto e sono stati attivati 77 contratti libero-professionali di anestesia e rianimazione.
I medici erano tutti specialisti in anestesia e rianimazione a differenza di quello che è avvenuto in altre regioni. Per questi non c'è stato bisogno di fare alcun corso di formazione perché erano già specialisti in anestesia e rianimazione.
Gli infermieri che sono stati impiegati erano quelli che avevano pregressa esperienza in servizi di terapia intensiva, che lavoravano nelle sale operatorie, nei servizi di emergenza urgenza, al pronto soccorso, quindi persone che avevano già una formazione di base e che hanno avuto un periodo di affiancamento e di formazione.

Rispetto quindi alla previsione del decreto legge n. 34/2020 di realizzare complessivamente almeno 872 posti letto di terapia intensiva, comprese le semintensive riconvertibili, la Regione Veneto ha realizzato 1.000 posti letto di terapia intensiva, comprese le semintensive convertibili, con un incremento del 14,67% rispetto a quanto prescritto dal decreto legge n. 34/2020.

Si ritiene importante evidenziare che per tutti i pazienti è stato rispettato il diritto alle cure e che tutti coloro che avevano la necessità di essere ricoverati in terapia intensiva lo sono stati.
Nessun paziente è stato inviato fuori regione perché il Veneto non si è mai trovato in carenza di posti letto. Questo anche grazie al supporto di una rete dei trasporti, la rete suem del 118, che ha permesso di assistere i pazienti sempre all'interno della regione.

Va aggiunto anche che è stata correttamente gestita l'attribuzione dell'appropriato setting assistenziale a ciascun paziente e che nessuna persona che aveva bisogno di essere ricoverato in ospedale sia stata rimandata a casa o in rsa.

La Regione ha istituito un coordinamento regionale per monitorare in tempo reale l'occupazione dei posti letto di terapia intensiva, suddividendoli tra pazienti Covid e pazienti non Covid, riuscendo ad impartire a livello regionale le disposizioni relative all'aumento progressivo dei posti letto. I dati sul livello di occupazione sono quelli raccolti e inviati dalle singole Aziende sanitarie al Ministero.
Questo per mantenere continuamente un margine di posti liberi da poter utilizzare nei giorni successivi. Risulta che il Veneto non è mai rimasto senza posti letto di terapia intensiva disponibili.
Ad aprile 2020 la Regione è arrivata ad avere circa 697 posti letto attivi e ad occuparne un massimo di 524 (di cui 356 covid).
Il picco si è avuto il 1° gennaio 2021, quando è stato raggiunto il massimo di 702 posti letto attivi, con un'occupazione di 663 posti (di cui 427 covid).
A proposito di proiezioni, si riscontra che le proiezioni hanno iniziato a diventare attendibili verso la fine del 2020, mentre prima non vi erano dati che consentissero di capire la previsione di occupazione delle terapie intensive.
All'inizio della pandemia, a marzo 2020, la previsione (non attendibile) era di poter arrivare a 1.100 ricoverati per covid nelle terapie intensive.

La prima valutazione fatta era la necessità di avere sempre 200 posti letto disponibili per pazienti non Covid, soglia al di sotto della quale non si poteva scendere, pur considerando che in caso di

forte diffusione del virus le attività programmate venivano sospese. Questo dato è stato poi confermato dalla realtà perché il numero più basso avuto e di 192 pazienti non covid in terapia intensiva. Quindi 800 posti letto di terapia intensiva per pazienti covid e 200 per pazienti non covid. È sempre stato ritenuto importante mantenere un certo margine di posti disponibili.

CONCLUSIONI

Da quanto illustrato dal dr. Rosi e dall'ing. Fattori emerge che la Regione del Veneto è intervenuta tempestivamente dando attuazione alle disposizioni statali (decreti legge e circolari), approvando:

in data 13 marzo 2020 il "Piano di emergenza" (adottato dall'Unità di Crisi)

in data 5 maggio 2020 il "Piano emergenziale ospedaliero" (deliberazione di Giunta regionale n. 552)

in data 16 giugno 2020 l'aggiornamento dei requisiti strutturali delle terapie intensive e semi-intensive

in data 6 agosto 2020 il "Piano emergenziale per l'autunno 2020" (deliberazione di Giunta regionale n. 1103)

in data 22 ottobre 2020 l'"Aggiornamento del Piano di emergenza Autunno" (adottato dall'Unità di crisi).

Complessivamente sono stati così individuati 13 strutture ospedaliere da dedicare alla gestione esclusiva dei pazienti affetti da Covid-19; 1.000 posti letto di terapia intensiva; 487 posti letto di terapia semi-intensiva (nell'area pneumologica e medica).

Con riferimento all'assistenza fornita ai pazienti è emerso dagli interventi che vi era il personale medico necessario, che può essere così riassunto: 926 anestesisti in organico al 1^ marzo 2020, 32 medici a contratto assunti per attività connesse al Covid-19, 77 contratti libero professionali di anestesia-rianimazione attivati, ai quali vanno aggiunti i reclutamenti, che ha portato ad un aumento di organico di 44 unità.

La Regione ha istituito un coordinamento regionale per monitorare in tempo reale l'occupazione dei posti letto di terapia intensiva, suddividendoli tra pazienti Covid e pazienti non Covid, riuscendo ad impartire a livello regionale le disposizioni relative all'aumento progressivo dei posti letto. I dati sul livello di occupazione sono stati raccolti e inviati dalle singole Aziende sanitarie al Ministero.

La Regione ha rispettato il diritto alle cure per tutti i pazienti e tutti coloro che avevano la necessità di essere ricoverati in terapia intensiva lo sono stati.

Nessun paziente è stato inviato fuori regione perché il Veneto non si è mai trovato in carenza di posti letto.

COMITATO SCIENTIFICO REGIONALE

Il Comitato Scientifico COVID 19 istituito con DGR n. 269 del 02.03.2020 con finalità di supportare l'Unità di Crisi Regionale e acquisire il supporto scientifico per le decisioni di sanità pubblica. affinché potesse fornire indicazioni in relazione alla gestione dell'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili da COVID-2019, nel territorio regionale.

Il Comitato Scientifico è formato da dirigenti delle Aziende del Servizio Sanitario regionale di comprovata esperienza e di esperti di fama, con la seguente composizione:

- dr. Mario Saia - Direttore Sanitario Azienda Zero, con funzioni di coordinamento;
- dr.ssa Anna Maria Cattelan - Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedale - Università di Padova;
- dr.ssa Evelina Tacconelli - Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona;
- prof. Andrea Crisanti - Direttore UOC Microbiologia e Virologia, Azienda Ospedale - Università di Padova
- prof. Andrea Vianello - Direttore UOC Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedale - Università di Padova;
- prof. Vincenzo Baldo - Università degli Studi di Padova, Dipartimento Scienze Cardio Toraco Vascolari;
- dr. Marco Baiocchi - Direttore UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Bassano- AULSS 7 Pedemontana, Presidente Associazione Direttori di Anestesia e Rianimazione della Regione Veneto;
- prof. Paolo Navalesi - UOC Istituto di Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedale - Università di Padova;
- dr.ssa Viviana Da Dalt - Direttore UOC Accettazione - Pronto Soccorso Pediatrico, Azienda Ospedale - Università di Padova;
- prof. Stefano Merler - Fondazione Bruno Kessler - Trento;
- Dr. Francesco Zambon, Coordinatore OMS per le Regioni per l'emergenza COVID-19;

- componente della Task force regionale di cui al Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30 gennaio 2020 individuato, di volta in volta, in relazione agli aspetti da trattare ed approfondire.

Il Comitato ha lavorato, a supporto dell'Area Sanità e Sociale, esprimendo pareri su provvedimenti e documenti che sarebbero stati disposti dal Presidente della Regione Veneto e dalla Giunta regionale.

Il **dott. Mario Saia**, dirigente di Azienda Zero, con funzione di coordinatore del Comitato è stato audito nella seduta del 12 ottobre 2021. Nel delineare l'attività del Comitato Scientifico si esprime così:

"(...) Tutto questo - e ci tengo a specificarlo subito - nel rispetto degli indirizzi emanati dal Ministero della Salute e dal Comitato Tecnico Scientifico Nazionale, istituito dal Capo del Dipartimento della Protezione civile. Pertanto, ogni qualvolta che veniva richiesto un parere la prima cosa era quella di andare a valutare e vedere se erano presenti dei documenti ministeriali già approvati che contenessero una serie di indirizzi. Questa consultazione da parte dei componenti ci è sempre stata, assolutamente.

Per quanto concerne le modalità operative, ci sono state una serie di incontri in presenza in fase iniziale e poi, per ovvi motivi divenuti a distanza: questa attività è consistita quindi nell'approvazione telematica poi dei documenti, formulando dei pareri, sempre su richiesta dell'Area Sanità e Sociale, che pertanto era l'unico interlocutore del Comitato Scientifico. Quindi non ci si è rifatti ad altre fonti, solamente si conferiva con l'Area Sanità e Sociale."

Proseguendo nell'illustrare la composizione del Comitato, il dott. Saia precisa:

"(...) Lo stesso provvedimento istitutivo prevedeva la presenza anche di un componente della task force regionale, di cui dicevo precedentemente al decreto del gennaio del '20, da individuare via via a seconda degli aspetti da trattare e approfondire. La scelta era stata quella di mettere sempre per conoscenza all'Area Sanità e Sociale e soprattutto il dirigente che andava a proporci il parere nel caso ci fosse bisogno di interloquire con lo stesso.

A titolo informativo dico poi che il dottor Merler e Zambon si sono dimessi dal Comitato: il primo nel marzo '20 e il secondo nell'aprile 2021."

Ripercorrendo gli ambiti di attività del Comitato, il dott. Saia si esprime così:

"(...) Per quanto concerne l'attività del Comitato, si è articolata in 11 incontri: tutti i verbali sono stati poi trasmessi sempre al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale. Di questi 11, i primi quattro si sono tenuti in presenza con la partecipazione a distanza di qualche componente, mentre i seguenti 7, per le motivazioni che vi accennavo precedentemente, insomma per gli ovvi motivi di prevenzione, interamente in modalità di videoconferenza.

Che argomenti sono stati affrontati? Andando a schematizzarli, perché poi erano anche parecchi: il piano della valutazione dei pareri su degli studi. Abbiamo assistito a una presentazione assolutamente preliminare dei risultati dello studio sugli abitanti di Vo', a inizio del tutto poi. Per esempio, una proposta che è stata interessante di studio sperimentale sull'utilizzo di plasma iperimmune per il trattamento dei pazienti. Qui si era proprio all'inizio, era proprio la fase di marzo.

Poi molte riunioni, ampie discussioni, analisi di dati per esempio sui modelli previsionali dell'evoluzione dell'epidemia; un'analisi puntuale e continua anche del dato relativo al tasso di occupazione dei posti letto di Terapia intensiva, che rappresentava la prima preoccupazione per la gestione ospedaliera e di questo, insomma, c'era anche sempre richiesta la situazione a noi di esprimere anche dei pareri su delle possibili evoluzioni del fenomeno.

Abbiamo valutato poi la diversa letalità tra i pazienti ricoverati per Covid nelle varie realtà. Eravamo però in una fase molto iniziale del tutto, quindi tutto era condizionato anche da una serie di altri fattori, fino a poi a valutare anche delle componenti organizzative assolutamente non trascurabili e tipiche di quel periodo, per esempio la sospensione delle attività chirurgiche non urgenti che comportassero l'utilizzo della Terapia intensiva post operatoria, visto che la chiave di tutta la criticità maggiore era stata identificata inizialmente nella dotazione di posti letto di Terapia intensiva.

Poi via via dei vari protocolli per il trasporto dei pazienti all'interno delle strutture a gestione ospedaliera, non so, anche del bambino e dell'adolescente con sospetta e accertata infezione, anche per le diversità che ci sono negli ospedali.

Altro capitolo: gli indirizzi terapeutici, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale, quindi come gestire i pazienti che necessitassero di supporto respiratorio. Ricordo a tal punto le flow chart prodotte dal professor Navalesi che poi sono state di fatto adattate e utilizzate in tutta Italia.

I primi protocolli terapeutici per pazienti Covid-19, con tutte le scarse evidenze che c'erano in quel periodo, parliamo di marzo e aprile. Protocolli con i farmaci off label, i vari indirizzi per l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale, i video tutorial rivolti agli operatori sanitari magari meno

pratici dell'utilizzo di questa tipologia di dispositivi e meno avvezzi a questo tipo di assistenza, fino anche al ricondizionamento, per esempio, dei caschi per la CPAPP. Parliamo di dispositivi monouso, però, quando c'era una forte carenza degli stessi, si è anche valutata la possibilità di un condizionamento dei medesimi. È stato proposto anche un documento inviato alla Protezione civile: non abbiamo mai avuto risposta in merito e fortunatamente la dotazione tecnologica, insomma, ha consentito di comunque fornire l'assistenza."

Il dott. Saia descrive anche come si esplicitava la metodologia di lavoro del Comitato, in un'epoca in cui era impossibili fare riunioni in presenza:

"(...) Per quanto concerne poi l'iter delle approvazioni, che erano una serie di approvazione telematiche, però, considerando il periodo, erano condizionate da un periodo estremamente particolare, quindi da un lato le misure imposte dalla pandemia, dall'altro anche dalla tempestività con cui venivano richieste: mediamente erano 24 o 48 ore al massimo, o 36, alcune anche nella stessa giornata perché da vari lavori condotti dai colleghi dell'Area Sanità e Sociale poi gli stessi dovevano concretizzarsi in atti per i quali era necessario e richiesto il parere del Comitato Scientifico.
Come avveniva il tutto? C'era la ricezione della documentazione da parte dell'Area Sanità e Sociale, che avveniva a mezzo mail, da parte mia un'immediata trasmissione a tutti i componenti del Comitato, sempre lasciando ovviamente, per conoscenza, anche l'Area Sanità e Sociale e, come dicevo precedentemente, anche il Dirigente che ci aveva inviato il tutto nel caso fosse necessario magari chiedere qualche chiarimento all'estensore del documento.
Vi era poi, ovviamente, una data entro la quale fornire il parere, che bisognava assolutamente rispettare per l'efficacia dell'attività del Comitato, che veniva indicata, come accennavo, sulla base di una serie di necessità, per esempio un passaggio in Giunta regionale per essere poi formalizzato con un atto deliberativo della Giunta stessa.
Il Comitato ha sempre lavorato in tempi assolutamente contenuti e nell'assoluto rispetto dei tempi prefissati dal richiedente, quindi si è riusciti sempre a dare queste risposte.
Venivano poi raccolti, ovviamente, i pareri, le eventuali osservazioni anche da riportare nei documenti e tutti i riferimenti utili all'approvazione venivano condivisi, come detto: primi tra tutti, ovviamente, i documenti approvati a livello nazionale, quindi dalla Conferenza Stato-Regioni, dal Comitato Tecnico Scientifico regionale della Protezione civile, dal Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità. Quindi si teneva conto di queste fonti superiori – chiamiamole così – come era peraltro previsto facessimo dall'atto deliberativo istitutivo del Comitato.

Il parere, con tutte le eventuali osservazioni o suggerimenti – è più corretto – veniva poi trasmesso formalmente all'Area Sanità e Sociale concludendo pertanto l'iter di approvazione, quindi fissata quella tempistica, che magari erano le 3 del pomeriggio del giorno 10, e alle 3 del pomeriggio del giorno 10 si chiudeva e veniva inviato.

Quindi si intendevano, a quel punto, approvati con l'espressione di cosa? È chiaro che ci voleva la maggioranza dei componenti, ad esclusione del Coordinatore del Comitato - si era deciso così - e anche ad esclusione del coordinatore dell'Organizzazione mondiale della sanità per la Regione per l'emergenza Covid-19. Ricordo che era il dottor Zambon che, pur avendo partecipato solo in qualità di osservatore, come ci aveva tenuto a precisare, però ha sempre fornito numerosi spunti di assoluto interesse, quindi lo ringrazio sempre per la collaborazione estremamente preziosa.

A seguito di queste riunioni del Comitato Scientifico, le 11 riunioni di cui detto e quella serie lunghissima di approvazioni per via telematica, l'attività si è concretizzata con l'approvazione o, meglio, con l'aver fornito parere a ben 57 documenti, quindi un'attività assolutamente cospicua, tutti trasmessi all'area Sanità e Sociale."

Il dott. Saia, interloquito da un consigliere, ha avuto modo di parlare della scelta dei test in fase di screening da utilizzare per verificare la positività al COVID-19, ma di questo aspetto si può trovare riscontro nel paragrafo dedicato.

Comitato scientifico COVID-19, ex DGR 269/2020

Presenze e attività

Incontri del Comitato scientifico

	Presenze	Assenze	% presenze
Baiocchi	10	1	91%
Baldo	11		100%
Cattelan	11		100%
Crisanti	5	6	45%
Da Dalt	7	4**	100%
Navalesi	11		100%
Vianello	11		100%
Tacconelli	8	3	73%
Zambon*	5*	6*	*

*: Coordinatore OMS per le Regioni per l'emergenza COVID-19, partecipa in qualità di osservatore
**: assente giustificato

Documenti approvati

	parere fornito	non fornito parere	% pareri forniti
Baiocchi	56	1	98%
Baldo	57	0	100%
Cattelan	49	8	86%
Crisanti	7	50	12%
Da Dalt	54	3	95%
Navalesi	57	0	100%
Vianello	57	0	100%
Tacconelli	48	9	84%
Zambon*	31	19	*

*: Coordinatore OMS per le Regioni per l'emergenza COVID-19, partecipa in qualità di osservatore

8.10.2021

Per un maggiore e più preciso approfondimento dell'attività del Comitato Scientifico si rimanda alla lettura del resoconto della seduta del 12 ottobre 2021 e alla documentazione messa a disposizione dal dott. Saia, (**allegato 6**).

CONCLUSIONI

Da quanto dichiarato dal dr. Mario Saia emerge che il Comitato ha lavorato su numerose tematiche, tra le quali:

modelli previsionali dell'evoluzione della pandemia;

analisi del tasso di occupazione di posti letto di Terapia intensiva;

le componenti organizzative inerenti vari ambiti, ad esempio la sospensione delle attività chirurgiche non urgenti, che comportassero l'utilizzo delle terapie intensive post operatorie;

i protocolli per il trasporto dei pazienti all'interno delle strutture a gestione ospedaliera

primi protocolli terapeutici, indirizzi per l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale, protocolli con farmaci off label, modalità di gestione di pazienti che necessitavano di supporto respiratorio.

Il Comitato ha sempre lavorato in tempi necessariamente contenuti, nel rispetto dei tempi prefissati dal richiedente, fornendo sempre il parere richiesto.

Complessivamente sono stati forniti pareri a 57 documenti pervenuti al Comitato.

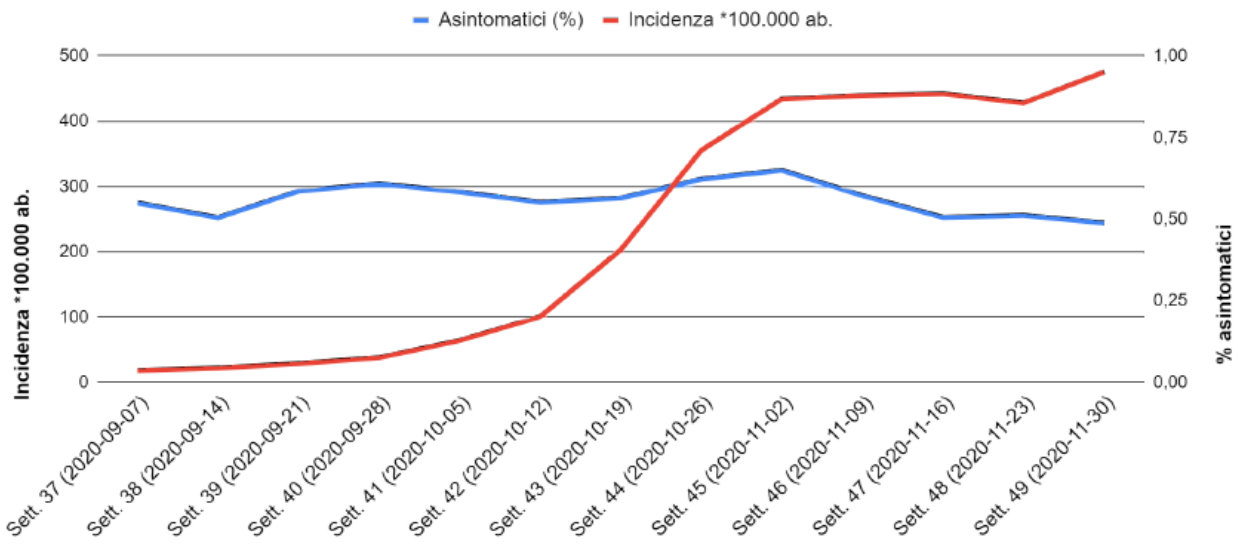
CALCOLO Rt E CLASSIFICAZIONE ZONE CON LIMITAZIONI

Il **prof. Silvio Brusaferro**, presidente dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e il **dott. Patrizio Pezzotti** (ISS) convocati nella seduta del 14 settembre 2021 per fornire un contributo su "*Sistemi predittivi e cambiamenti calcolo zone a rischio - conseguenze e panoramica nazionale*", hanno affrontato la tematica del calcolo rt e classificazione delle zone con le relative limitazioni.

Dagli interventi degli auditi è emerso che la percentuale di soggetti identificati come sintomatici può variare nel corso dell'epidemia in funzione dello scenario epidemiologico, del numero di nuovi casi, della disponibilità e dell'accessibilità ai test, delle strategie e delle indicazioni all'uso dei test stessi, dei protocolli di screening nonché delle indicazioni di classificazione introdotte per le definizioni di caso e di guarigione e dagli operatori coinvolti nelle attività di rilevazione.

Gli ultimi mesi del 2020, ottobre-dicembre, hanno visto un aumento esponenziale di casi positivi identificati con un passaggio da alcune centinaia di casi al giorno nella prima metà di ottobre, ad oltre 2.000 nuovi casi nella seconda metà, crescendo fino a oltre 3.000 casi medi al giorno tra novembre e dicembre con punte di quasi 5.000 soggetti. Sono quasi 1.400.000 i test molecolari effettuati e quasi 2.000.000 i test antigenici nell'ultimo trimestre del 2020. Tutto ciò ha portato ad un incrementale ed esponenziale lavoro di presa in carico e di gestione dell'epidemia dei sistemi regionali per il contact tracing.

I dati del monitoraggio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità relativi al periodo settembre-novembre evidenziano come gli interventi posti in essere dalla Regione e comunicati dalla stessa all'ISS (comunicazioni a mezzo mail del 28 ottobre e del 3 novembre) abbiano favorito un recupero dei soggetti sintomatici ed un allineamento delle informazioni mancanti in coerenza con lo scenario epidemiologico del momento, non incidendo quindi sulla distribuzione tra asintomatici e sintomatici registrati ai fini della sorveglianza sanitaria di sanità pubblica.



L'identificazione dei soggetti senza nessuno stato clinico e la tempestiva segnalazione alle Aziende di competenza, ha permesso una più corretta classificazione in asintomatici/sintomatici. In assenza di tale iniziativa, il dato sarebbe rimasto inespresso portando ad un suo completo inutilizzo per le statistiche e per lo stesso calcolo dell'Rt. Difatti, approfondendo lo stato clinico dei nuovi positivi, ed evitando la non classificazione, si è consentita una stima molto più precisa dell'indicatore (dato che l'indice di replicazione virale non considera i soggetti senza data primi sintomi al pari degli asintomatici). Recuperando e meglio definendo i soggetti "sintomatici" l'Rt poteva essere soggetto ad aumento e non ad una diminuzione.

Dal grafico e dalla tabella di dettaglio si evidenzia infatti che nel periodo da settembre a novembre, la distribuzione tra sintomatici e asintomatici risulta pressoché stabile nel tempo, presentando delle variazioni fisiologiche per un sistema di sorveglianza, all'interno di un range stabile di valori.

Settimana	Asintomatici (%)	Sintomatici (%)	Casi Totali (n.)	Incidenza *100.000	Rt [sintomi][12]
Sett. 37 (2020-09-07)	55,0%	44,9%	893	18,1	0,91
Sett. 38 (2020-09-14)	50,5%	49,4%	1.054	22,2	1,06
Sett. 39 (2020-09-21)	58,6%	41,2%	1.402	28,8	1,16
Sett. 40 (2020-09-28)	60,8%	39,2%	1.710	38,0	1,1
Sett. 41 (2020-10-05)	58,4%	41,6%	3.004	64,3	1,15
Sett. 42 (2020-10-12)	55,2%	44,8%	4.770	101,0	1,73
Sett. 43 (2020-10-19)	56,5%	43,4%	8.969	203,4	1,47
Sett. 44 (2020-10-26)	62,3%	37,4%	15.560	355,7	1,57
Sett. 45 (2020-11-02)	65,0%	34,6%	21.233	434,3	1,26
Sett. 46 (2020-11-09)	57,2%	41,9%	21.944	439,4	1,16
Sett. 47 (2020-11-16)	50,6%	48,7%	21.789	442,1	1,2
Sett. 48 (2020-11-23)	51,1%	48,3%	20.393	428,2	1,13
Sett. 49 (2020-11-30)	48,9%	50,4%	22.996	475,6	0,91

Il prof. **Brusaferro** si esprime così a proposito della capacità di intervento e del livello di collaborazione riscontrato per la Regione Veneto:

"Io ribadisco che la Regione Veneto ha un impianto, per quanto consta a noi, organizzativo molto ben strutturato, in particolare sulla prevenzione, sui Dipartimenti di Prevenzione, che nasce ovviamente prima di questa pandemia e che vede un impegno importantissimo delle figure dei medici, dei Dipartimenti di prevenzione, degli assistenti sanitari, dei tecnici della prevenzione che ovviamente nel rispondere anche a screening, campagne vaccinali nel passato in qualche modo sono figure professionali pronte ad affrontare anche un evento nuovo come sostanzialmente questa pandemia e dico nuovo nel senso che è un qualcosa che per quanto uno possa aver studiato nella storia o nei libri, eventi certamente nella storia recente non ci sono stati e dobbiamo sempre ricordare che stiamo affrontando anche adesso un continuo sviluppo della conoscenza e migliore comprensione. Quindi man mano che andiamo avanti acquisiamo ulteriori dati e conoscenze che ci permettono poi di suggerire azioni nell'adozione di misure…"

"In questo senso credo la collaborazione che noi abbiamo intercettato con il Veneto come con tutte le Regioni italiane è stata enorme. L'ho detto all'inizio, i colleghi hanno sempre lavorato senza risparmiarsi, anche domeniche, ma, guardate, non lo dico… non è manierismo, io stesso lo posso dire, potreste chiedere alla mia famiglia e alle famiglie di tutti quelli che lavorano qui con noi, ma

credo sicuramente di tutti i colleghi del Veneto, che non c'è stato un momento reale di pausa, neanche adesso, di fronte a qualsiasi allarme, sia domenica sia notte sia giorno lavoriamo e devo dire che c'è sempre stata la piena disponibilità a discutere, così come rispetto alla qualità del dato, i controlli che possiamo fare noi ovviamente, quelli dichiarati, peraltro li trovate tutti esplicitati, noi ci siamo sempre confrontati, valutati e laddove c'erano delle incongruenze si sono discusse, ma questa è una realtà di routine che serve proprio a qualificare la bontà del sistema e questo vale ovviamente per tutte le Regioni, quelle della Sicilia, fino alla Val d'Aosta, dal Friuli Venezia Giulia, che è la Regione a cui io appartengo come cittadinanza, fino al Lazio e certamente il Veneto in questo senso qua."

"Questo ha avuto un'importanza, perché dal punto di vista epidemiologico e dal punto di vista della sanità pubblica abbiamo reso disponibili dei dati validati secondo metodologie condivise e secondo standard internazionali, validati da un doppio controllo che viene fatto settimanalmente tra i tecnici, gli epidemiologi delle Regioni, le Province autonome e i tecnici epidemiologi del Ministero della salute e dell'Istituto superiore di sanità."

"Successivamente questo viene validato, discusso anche dal Comitato Tecnico Scientifico. Sulla base dei dati della cabina di regia il Ministro adotta i provvedimenti previsti dalla normativa vigente in quel momento in funzione ovviamente, se ci sono, situazioni che meritano provvedimenti e d'altra parte in questa dialettica, laddove ci siano problematiche particolari, specificità, spesso le Regioni e le Province autonome sottopongono dei quesiti o chiedono dei chiarimenti in un dialogo continuo che mira proprio a fare in modo che si possono adottare i migliori provvedimenti, quelli più appropriati in quel contesto regionale per quel quadro epidemiologico."

"…Ecco, questo è dovuto alla capacità di tracciamento, alla capacità di monitoraggio che i sistemi hanno avuto. La Regione Veneto sicuramente in questo senso è sempre stata e per quanto a me risulta e per i rapporti che sono intercorsi c'è sempre stato un continuo scambio di informazioni e laddove c'era la necessità di chiarimenti sono avvenuti da una parte e dall'altra…".

In sostanza ha affermato come non solo la Regione Veneto è ben organizzata sulla prevenzione già da prima della pandemia, e che il suo impianto organizzativo si è rivelato pronto ad affrontare anche un evento nuovo e inatteso come la pandemia da Sars-Cov-2, ma anche che l'avere regionalizzato il sistema di monitoraggio e sorveglianza sia stata una scelta importante e funzionale, perché ha consentito di modulare gli interventi restrittivi.

Il dott. **Patrizio Pezzotti** che coadiuva il prof. Brusaferro e lo sostituisce nel corso della seduta del 14 settembre 2021, quando quest'ultimo è costretto ad abbandonare la seduta per adempimenti istituzionali, fa le seguenti dichiarazioni in merito al calcolo dell'Rt:

"(...) L'Rt, il calcolo dell'indice di trasmissibilità ideale nelle epidemie molto piccole a bassa trasmissione viene fatto attraverso tutti i contatti tracciati attraverso le modalità di diffusione tra una persona un'altra. Nella realtà in questa epidemia in tutto il mondo viene applicata un'altra formula che si basa sulla crescita dei casi tra una settimana e l'altra sostanzialmente. Come ha spiegato la dottoressa Riccardo noi utilizziamo i casi sintomatici come indicatore perché abbiamo visto che è un indicatore rispetto a tutti i casi meno sensibile a cambi di strategia di screening durante il periodo e l'altra cosa importante però da dire è anche questa, cioè che in realtà quello che conta non è tanto la quantità di casi sintomatici riportati, prima parlavate del fatto che il 95% dei casi in Veneto in quel periodo sono stati identificati come asintomatici, ma è legata proprio alla variazione da una settimana all'altra di questi casi. Quindi in particolare dovrebbe essere meno sensibile anche a un eventuale sotto notifica dei casi sintomatici a meno che questo non avvenga in una particolare settimana. In generale quindi se c'è stato un meccanismo di classificazione degli stadi clinici abbastanza omogeneo nel periodo comunque l'indicatore non ne risente.
Preciso un'altra cosa, che l'indicatore costruito, se voi andate a vedere l'indicazione degli indicatori, il calcolo richiede un controllo di qualità, richiede che la data inizio sintomi sia riportata in almeno il 60% dei casi sintomatici, quindi è anche il calcolo in qualche modo affidabile pure con una certa mancanza di dati riguardanti la data di inizio sintomi, si parla del 60% dei casi sintomatici che abbiano almeno la data d'inizio sintomi (...)"

"Ultima cosa che noi facciamo, anche se questo non è esplicitato in maniera, ma facciamo controlli con le Regioni, verifichiamo direttamente questo indicatore anche per i casi solamente ospedalizzati. Come sapete l'ospedalizzazione è un indicatore in qualche modo meno sensibile a problemi di testing o di classificazione degli stati perché presuppone una certa gravità clinica che porta queste persone a essere ricoverate e in queste fasi noi abbiamo sempre comunque verificato con tutte le Regioni e la consistenza tra questi due indicatori in qualche modo e quindi questo è stato verificato, è stata ogni volta riportata alle Regioni l'eventuale incongruenza tra questi indicatori al fine di valutare e se potete andare a vedere i nostri report in qualche settimana, non riguarda la Regione Veneto, in alcune settimane in passato per alcune Regioni, anche d'accordo

con loro, quando hanno avuto delle difficoltà nel tracciamento, nel raccogliere i dati sui sintomatici a utilizzare in alternativa l'Rt basato sui soli casi ospedalieri."

"(...) Nelle settimane, quindi, se c'è un'anomalia sulla segnalazione dei sintomatici, la prima settimana io ho un Rt probabilmente distorto e inferiore a quello che è quello reale, ma nelle settimane successive, se quella anomalia rimane, in realtà l'Rt viene calcolato sempre in maniera corretta perché vede soltanto la variazione tra una settimana e l'altra dei casi sintomatici riportati dalla Regione. Quindi, se la Regione del Veneto fosse passata da 100 sintomatici nella prima settimana a 80 nella seconda, perché era venuta a mancare una parte dei casi di segnalazione, e successivamente rimane questa anomalia, quell'80 davanti a una crescita crescerebbe di nuovo, dovrebbe diventare di nuovo 100, 120, eccetera. Quindi l'errore che noi abbiamo che l'avremmo avuto soltanto in una settimana e non in tante settimane. Normalmente quell'errore si presenta solo una settimana davanti a un cambiamento sostanziale della segnalazione sintomatici. È molto tecnico (...)"

Sempre sullo stesso tema interviene per dei chiarimenti la **dott.ssa Flavia Riccardo** dell'Istituto Superiore di Sanità:

"Quindi l'attenzione che inviterei a fare è di non vedere nei singoli scambi delle osservazioni o delle interazioni sull'interpretazione e la qualità dei dati: questa è una cosa normale che avviene sempre. Quello che è, insomma, un po', tecnicamente magari l'ha riportato il dottor Pezzotti, è proprio che non abbiamo visto delle incongruenze e il fatto di guardare a tanti indicatori, vedere tante anche fonti di informazioni differenti (noi vediamo il dato che viene dal sistema aggregato del Ministero, il dato che raccogliamo noi, i dati di ospedalizzazione che vengono dal Ministero della Salute, dati che arrivano direttamente dalla Regione). Proprio vedere tutta questa mole di dati insieme ci permette di dire che erano coerenti tra di loro, cioè che ci stavano raccontando la stessa storia. Quando vediamo delle incoerenze eventuali e possibili c'è questo scambio che c'è stato per altre Regioni, ma che non ricordiamo essere avvenuto per la Regione, però, appunto che ci siano scambi, e-mail, confronti è una cosa perfettamente normale, fa parte proprio del processo di verifica e di miglioramento della qualità del dato.

Ricordo che tutte queste valutazioni vengono fatte sui dati della settimana precedente, quindi sono dati estremamente recenti che vengono consolidati per poter fornire un'informazione veloce e affidabile."

Analoghi concetti sono stati espressi dalla dott.ssa **Francesca Russo**, Direttore della Direzione Prevenzione della Regione Veneto, in occasione della seduta *straordinaria* di Quinta commissione del 4 maggio 2021 a proposito di caricamento dati nel sistema informatico regionale e successiva riclassificazione:

"…. Abbiamo comunicato all'Istituto Superiore di Sanità – ci sono le mail – che avevamo un problema di dati che erano disallineati e che stavamo recuperando. Io ho fatto, con i miei colleghi, con i miei collaboratori, un'estrazione per capire quanti soggetti, nell'ambito della Regione Veneto, nel mese di ottobre e la prima settimana di novembre, non erano stati presi in carico, anche perché in quel periodo cominciavamo ad avere tantissimi casi; se vi ricordate, le nostre frequenze di incidenza giornaliera erano 3.000, 3.5000, 4.000 e purtroppo siamo arrivati anche a 5.000 un giorno.

Cosa vuol dire questo? Vuol dire che tutte le aziende per determinare, per scrivere e per identificare nell'ambito del database lo stato clinico dei soggetti, li devono contattare e dire: signora Francesca Russo, è risultato che lei è positiva, come sta? Ha sintomi? Sì, no. Quindi questo è l'indicatore 1.1 dei famosi 21 indicatori.

Lì c'è una soglia che non è del 100%, perché sarebbe impossibile nel momento in cui abbiamo tantissimi casi e quindi c'è una soglia che è del 60%, che non è una soglia che poi determina l'RT. L'RT è un'altra cosa e adesso ve ne parlo. È una soglia che invece sta ad indicare se una Regione ha dei dati affidabili e vi assicuro che molte Regioni sono andate a finire in area rossa perché la loro banca dati non era in quel momento affidabile. Quindi una cosa che abbiamo sempre messo davanti a tutte le nostre attività, era quella di avere ed è quello di avere un data base che sia allineato perfettamente con l'Istituto Superiore di Sanità perché questo prevede la legge.

I documenti di monitoraggio prevedono anche che le Regioni via via recuperano i dati e li allineano. Questo è già previsto ed è quello che abbiamo fatto.

Quindi, ritornando a quello che è stato in maniera… ve lo spiego molto veloce, ma vorrei che lo comprendessimo nello stesso tempo in maniera chiara. Abbiamo individuato tutti i soggetti che, dal mese di ottobre alla prima settimana di novembre non erano stati presi in carico: li abbiamo marcati con la dizione "asintomatici". Questo non comporta nessuna differenza nel calcolo dell'RT e quindi nel passaggio di area, perché l'RT non considera né quelli non presi in carico né quelli che sono asintomatici. L'RT considera solo i soggetti sintomatici e poi ci torno …"

Ulteriori elementi sono rilevabili nel documento reso disponibile dalla dott.ssa Russo, ai paragrafi *Sistemi informativi COVID - 19 e Intervento di recupero per allineamento dei dati*, che si **allega**.

CONCLUSIONI

Come chiarito anche da parte dello staff tecnico dell'Istituto Superiore di Sanità, i dati trasmessi all'ISS dalla Regione Veneto nella registrazione dei casi positivi sintomatici/asintomatici e degli ospedalizzati sono sempre risultati coerenti: nella sequenza dei report quotidiani e settimanali non si sono osservate anomalie o indicatori divergenti che potessero evidenziare incongruenze negli indicatori ai fini della valutazione del rischio.

Le dichiarazioni fornite dal Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e dai suoi collaboratori hanno confermato la capacità strutturata di intervento, di tracciamento, di monitoraggio della Regione Veneto, che nasce ben prima della pandemia e l'elevato livello di collaborazione riscontrato con la stessa Regione.

In particolare è stata sottolineata l'importanza del sistema di monitoraggio dell'ISS che ha reso disponibili dei dati validati secondo metodologie condivise e in conformità a quanto previsto dagli standard internazionali, validati da un doppio controllo (fatto settimanalmente tra i tecnici, gli epidemiologi delle Regioni, le Province autonome e i tecnici epidemiologi del Ministero della salute e dell'Istituto Superiore di Sanità e successivamente discusso e validato anche dal Comitato Tecnico Scientifico).

Il Presidente dell'ISS ha evidenziato che la comunicazione della Regione del Veneto all'ISS sul disallineamento e l'attività messa in atto per recuperarlo, ha favorito il processo di completamento dei dati per il calcolo dell'Rt: così agendo il valore dell'Rt non veniva ridotto, ma al contrario non poteva che aumentare ottenendo una stima della circolazione virale più corretta e aderente alla reale situazione epidemiologica:

- Rt misura infatti la crescita dei casi tra una settimana e l'altra, dove ciò che conta non è tanto la quantità di casi sintomatici riportata, ma è legata proprio alla variazione da una settimana all'altra di quei casi;
- ne consegue che un'anomalia (peraltro nel caso specifico mai riscontrata per il Veneto), sulla segnalazione dei sintomatici, porta a un Rt inferiore solo la prima settimana, ma non nelle successive proprio perché l'Rt vede la variazione tra una settimana e l'altra dei casi sintomatici;

- la strategia regionale adottata fin dalle prime fasi dell'emergenza pandemica e successivamente confermata nei diversi Piani di sanità pubblica che si sono succeduti, ha previsto misure finalizzate a promuovere l'individuazione e la registrazione di tutti i possibili casi positivi da parte di tutte le strutture e i soggetti coinvolti, quali: laboratori del Servizio sanitario regionale, laboratori privati autorizzati all'effettuazione dei test, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta;
- durante tutto il periodo di pandemia venivano caricati automaticamente e tempestivamente tutti i nuovi positivi nel sistema di monitoraggio e conseguentemente comunicati agli organi nazionali;
- l'ISS nel calcolare l'indicatore Rt non ha riscontrato alcuna incongruenza/anomalia nell'Rt ospedaliero e nell'Rt basato sui sintomi.

Inoltre, ancora in tema di calcolo dell'indicatore Rt, si evidenzia che dalla documentazione trasmessa dalla dott.ssa Francesca Russo in data 20 aprile 2022 risulta quanto segue:

- il calcolo dell'indicatore Rt sintomi è effettuato direttamente dall'Istituto Superiore di Sanità e non dalla Regione;
- il calcolo non considera né i soggetti per cui non sono riportati sintomi (dato mancante) né quelli con stato clinico compilato come asintomatico;
- il calcolo non considera tutti i soggetti con data di diagnosi compresa nei 14 giorni precedenti alla data del calcolo, che pertanto vengono "scartati" dall'algoritmo nazionale al fine di avere un indicatore su dati consolidati proprio in virtù del fatto che il sistema di monitoraggio definito dall'Istituto considera l'esigenza di un intervallo temporale necessario alla raccolta e al completamento dei dati.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE E TECNOLOGIA SANITARIA

La dott.ssa **Patrizia Simionato**, in qualità di ex Direttore Generale di Azienda Zero, è intervenuta nella seduta del 13 giugno 2022 per parlare di acquisto di dispositivi di protezione individuale. Ripercorre quanto è stato fatto da Azienda Zero per acquisire sul mercato quanto fosse necessario per far fronte all'emergenza:

"Allora, il Presidente della Regione, in qualità di soggetto attuatore, sappiamo che con proprio decreto ha individuato il CRAV, cioè il Centro Regionale Acquisti del Veneto, quale soggetto competente, cui ha voluto affidare l'acquisizione di beni e servizi per fronteggiare l'emergenza Covid."

"Ovviamente, il contesto in cui ci siamo trovati ad agire – non serve neppure questa precisazione – è sicuramente il contesto di un mercato in grosse difficoltà, un mercato dove c'era una crescita esponenziale della domanda rispetto all'offerta, un mercato che implicava soprattutto una valutazione da parte nostra rispetto a tutte le offerte che ci trovavamo ad esaminare, che ci imponeva di verificare e soprattutto di declinare le offerte speculative.
Cosa abbiamo fatto? Abbiamo selezionato gli operatori economici, innanzitutto mediante ricerche e indagini di mercato, utilizzando il web aziendale, effettuando ogni quindici giorni delle pubblicazioni dei bandi europei, quindi dalla Gazzetta Ufficiale Europea, nonché facendo delle indagini mediante il mercato elettronico delle Pubbliche amministrazioni."

Specificatamente per i dispositivi di protezione individuale:
"Per quanto riguarda, invece, l'aspetto, sicuramente molto importante, del fabbisogno di DPI, il fabbisogno dei dispositivi di protezione individuale, per quanto riguarda le aziende sanitarie del Veneto, è stato effettuato da parte dell'Area Sanità e Sociale, da parte di un gruppo coordinato, che ha attivato un portale che veniva alimentato dalle singole aziende sanitarie. Quindi, il fabbisogno determinato dalle singole aziende sanitarie che alimentavano il portale, che mutavano le quantità richieste a seconda del fabbisogno; dopodiché questo, una volta validato da parte dei referenti, dei responsabili delle singole aziende sanitarie, veniva trasmesso ad Azienda Zero per procedere agli acquisti.
Questo, praticamente, è l'iter che abbiamo seguito. L'iter è stato mutato, affinato via via che anche noi ci organizzavamo, tanto è vero che, per quanto riguarda l'altro aspetto, quello dei DPI relativi alle RSA piuttosto che ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, il portale delle

singole aziende è stato alimentato anche rispetto ai fabbisogni di tali strutture, di tali Enti. Parlo di RSA, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Questo nel mese di marzo. È stato alimentato anche da questo, perché, pur trattandosi di strutture con propria autonomia giuridica, organizzativa, eccetera, avevano meno capacità di approvvigionamento rispetto ad Azienda Zero."
Le consegne alle RSA, come pure ai MMG e PLS, non venivano eseguite direttamente da Azienda Zero, bensì dalle singole Aziende Sanitarie sulla base del fabbisogno da loro espresso, come sopra specificato.
"Per quanto riguarda le RSA, abbiamo effettuato, verso la fine del 2020, delle consegne, esattamente quattro consegne, noi come Azienda Zero, direttamente alle RSA per 9.915.237 pezzi di dispositivi di tipologia diversa, e li abbiamo, quindi, direttamente consegnati noi sulla base di prodotti che erano giunti dalla Protezione civile."

Tocca anche l'aspetto delle forniture inviate dal Commissario straordinario e alle modalità di acquisizione dei DPI:
"Per quanto attiene all'aspetto della struttura commissariale – io vado, dopo mi chiedete – noi sappiamo che, ovviamente, oltre ad Azienda Zero, avevamo una struttura a livello centrale che operava le acquisizioni. Vi do dei numeri, perché sulla base dei numeri ci si rende conto che ciò che è stato acquistato e destinato alle singole Regioni da parte delle strutture ministeriali, stante proprio la difficoltà mondiale di acquisire dispositivi, non sarebbe stato certo sufficiente per coprire il nostro fabbisogno. Anno 2020, mascherine chirurgiche ad Azienda Zero 32.981.980, quelle della Protezione civile 6.623.966; le P2 9.710.330, mentre quelle della Protezione civile 3.876.000; le P3 640.208, mentre quelle della Protezione civile 236.280.
Ovviamente, come dicevo all'inizio, ci siamo mossi con delle procedure straordinarie, ovviamente non con gare ordinarie, ci siamo mossi sulla base delle direttive ministeriali, ci siamo mossi comunque garantendo sempre la procedura negoziale senza pubblicazione di bando, però effettuando delle comparazioni rispetto a prezzi e qualità che ci venivano proposti dai vari offerenti."
"Quanto alla idoneità tecnica delle mascherine e dei DPI ci siamo organizzati così: inizialmente, proprio nei primi giorni della pandemia, era l'RSPP (il responsabile della prevenzione e protezione) di Azienda Zero che valutava e verbalizzava l'idoneità del prodotto, distinguendolo a seconda delle aree di destinazione. Dopo, invece, abbiamo creato un gruppo di lavoro, anche con RSPP di altre aziende per valutare esattamente tutto questo.

C'è anche da dire ovviamente che oltre alla valutazione del prodotto ogni dispositivo era dotato di propria scheda tecnica, quindi si facevano le valutazioni anche sulla base della tecnica e sulla base del prodotto."

Azienda Zero è stata inoltre molto impegnata nell'attività di acquisizione di tecnologia sanitaria come respiratori, attrezzature per le terapie intensiva, diagnostica etc..

A conferma di ciò va evidenziato che il modello organizzativo di Azienda Zero, unico in Italia, ha consentito di gestire in un'unica Azienda acquisti di beni, di tecnologie, convergenza informatica, reporting e gestione dati Covid, reclutamento di personale etc., consentendo di affrontare l'emergenza pandemica con una reattività dimostratasi di elevata efficacia.

CONCLUSIONI

Da quanto dichiarato dalla dr.ssa Simionato, intervenuta in qualità di Direttore generale di Azienda Zero, risulta quanto segue:

attivazione di un portale al quale affluivano i fabbisogni di dispositivi di protezione individuale provenienti dalle singole Aziende Sanitarie; in questo portale sono affluite anche le richieste provenienti dalle RSA, dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta;

alle acquisizioni effettuate da Azienda Zero si aggiungevano quelle fornite dalla struttura commissariale (statale);

Azienda Zero ha posto in essere procedure straordinarie, sulla base di direttive ministeriali, garantendo comparazioni rispetto a prezzi e qualità dei dispositivi, che erano sempre dotati di scheda tecnica;

è stato istituito un gruppo di lavoro, formato dal Responsabile della Prevenzione e Protezione di Azienda Zero e da quelli di alcune Aziende Sanitarie, al fine di valutare l'idoneità dei prodotti;

si evidenzia infine che Azienda Zero ha provveduto all'acquisizione di tecnologia sanitaria come respiratori, attrezzature per le terapie intensiva, diagnostica, etc.

Ciò si è reso possibile grazie al modello organizzativo adottato dalla Regione del Veneto che ha riunito in un'unica Azienda le procedure di acquisti di beni, di tecnologie, convergenza informatica, reporting e gestione dati Covid, reclutamento di personale etc. - talvolta anche per altre Regioni – e che è risultato particolarmente efficace e tempestivo nell'affrontare l'emergenza pandemica.

RSA E CASE DI RIPOSO PER ANZIANI – MISURE DI ISOLAMENTO E ASSISTENZA SANITARIA

Il dott. **Fabrizio Garbin**, Direttore Direzione Servizi sociali della Regione Veneto al tempo della prima e seconda ondata è intervenuto nella seduta del 23 giugno 2022 sul tema:

1. criticità rilevate e azioni effettuate nei centri servizi per anziani

Di seguito si riportano le dichiarazioni del dott. Garbin rispetto alle azioni disposte dalla Regione Veneto nelle RSA e centri servizi per anziani, dove ripercorre i meccanismi per l'isolamento dei centri servizi, lo screening del personale e degli ospiti, supporto alle strutture in termini di invio di personale e di integrazioni economiche:

"(...) Come è stato ripetuto, ed è noto, eravamo in una situazione emergenziale. Come Direzione dei servizi sociali di cui all'epoca ero il direttore, la prima operazione che abbiamo fatto, il 6 marzo 2020, è stata da un lato chiudere tutti i centri, o meglio, le attività semiresidenziali, scelta poi sostenuta da disposizioni nazionali. Per quanto riguarda più specificatamente le case di riposo, l'obiettivo era quello di garantire la messa, o il mantenimento in sicurezza, sia degli ospiti che anche degli operatori.

Abbiamo definito, attraverso una circolare emanata in quella data, l'attivazione delle aree di isolamento all'interno delle case di riposo: aree di isolamento da un lato, contenimento e disciplina per quanto riguarda le visite dei familiari, in modo tale da contrastare il più possibile l'entrata del virus attraverso questo vettore, disposizioni poi che andavano a integrarsi con i programmi di screening messi in atto dalla Regione. Tali programmi di screening erano sia per ospiti che per operatori, che come avete discusso e sapete, hanno visto delle evoluzioni nel tempo rispetto agli sviluppi tecnologici di questo strumento.

Ovviamente, il tampone nasofaringeo aveva delle caratteristiche sotto il profilo della processazione, quindi i tempi per arrivare al referto di positività o meno. Quanto ai test rapidi, inizialmente si lavorava con i sierologici, che avevano una durata di processazione sostanzialmente istantanea.

Ricordo che il sierologico nel momento in cui veniva refertato positivo per quanto riguarda l'ospite, era considerato contagiato; per quanto riguarda l'operatore, veniva a sua volta confermato da un tampone nasofaringeo.

Questa è stata una prima base di riferimento, questa nota circolare, era un venerdì, che aveva la sua efficacia a decorrere dal giorno 9 marzo. Poi, con la frenesia, che conoscete, di tutte le disposizioni ministeriali e le messe a punto anche da parte nostra di tutte le misure necessarie a mano a mano che le conoscenze emergevano, nel giro di neanche dieci giorni abbiamo ulteriormente perfezionato questa circolare, con un maggior dettaglio nella descrizione delle misure da porre in atto nella definizione in queste strutture e nei nostri centri di servizi, che hanno una loro fisionomia architettonica particolare, e in forza di questo, appunto con queste seconde indicazioni, abbiamo suggerito delle misure di intervento proprio per garantire l'isolamento, secondo anche gradazione rispetto alle gravità degli ospiti e ai contatti stretti probabili, secondo le varie classificazioni, che non sto a ripetere, ma conosciamo, in modo tale da adeguarsi il più possibile alle varie classificazioni di gravità degli ospiti.

Questa impostazione è stata, nel tempo, ripresa anche nelle varie ordinanze, più o meno perfezionata. In particolare, si è lavorato molto sulla disciplina dei visitatori, dei familiari, dei congiunti, per garantire il concetto della relazione, che abbiamo più volte sentito questa mattina richiamare proprio per queste strutture, per le caratteristiche dell'ospite, per garantire le visite nella massima sicurezza. È chiaro che alcune situazioni hanno richiesto anche delle sospensioni delle visite, ma è intervenuto, dall'altra parte, il soccorso attraverso la tecnologia, quindi da parte nostra con le indicazioni e da parte delle strutture con l'attivazione dei tele-contatti con i familiari.

Questo, lo ripeto, è stato l'intervento, ovviamente portato avanti in un contesto di una strategia di screening sia della popolazione in generale, che nello specifico di quel target di utenza e di popolazione che sono gli operatori all'interno delle strutture.

Questo è un primo obiettivo che abbiamo perseguito, che ritengo sia stato nel possibile della realtà portato avanti, con risultati, dal mio punto di vista, positivi.

L'altro obiettivo è stato quello di garantire un supporto alle strutture che maggiormente vedevano una presenza di operatori colpiti dal Covid e, quindi, contagiati attraverso l'intervento delle Aziende sanitarie, in particolare mediante l'attivazione delle USCA, che hanno apportato all'interno delle strutture quella dimensione clinica in parallelo e anche a supporto dei medici curanti che già operavano all'interno delle strutture. Quindi, vi è stata un'operazione di supporto sotto questo profilo da parte delle Aziende sanitarie. Dalla panoramica che ho avuto ho potuto seguire, attraverso anche incontri, se non settimanali, di quindici giorni in quindici giorni, in videoconferenza con i direttori dei servizi sociali per condividere, omogeneizzare e armonizzare i vari interventi che venivano fatti sui vari territori, in modo da tendere a risposte il più possibile omogenee, salve, ovviamente, le peculiarità.

Dall'altra parte, sempre con un'ottica attenta al tessuto delle Case di riposo presenti nel nostro territorio, che ha una sua storia sotto questo profilo, la Regione, da quello che mi risulta unica nella panoramica nazionale, ha portato avanti un intervento, anche economico, importante. Con due, tre, quattro provvedimenti (adesso non ricordo il numero), abbiamo fatto un intervento complessivo attorno ai 24 milioni di euro a sostegno di maggiori costi che le Case di riposo hanno dovuto sostenere nel far fronte alla pandemia, sia per – come dicevo prima – l'organizzazione o la riorganizzazione in aree di isolamento sia rispetto anche ai cali di fatturato dovuti a una flessione negli ingressi nelle strutture.
Quindi, ripeto, un'operazione economicamente importante, non corrisposta a livello dello Stato, perché lo Stato è intervenuto sul fronte – e ci mancherebbe altro – della disabilità con misure specifiche, sulle quali abbiamo lavorato, ovviamente, anche noi, dando attuazione e portando avanti anche su quel fronte di utenza, un target di utenza molto delicato, interventi di messa in sicurezza e interventi di sostegno economico.
Questi sono i tre punti rispetto al quesito che mi avete posto in termini di "quali misure". Queste sono le più caratterizzanti, che si sovrappongono, ovviamente, a tutte le altre misure che la Regione ha messo in atto sul fronte igienico-sanitario, che sono state – immagino – già rappresentate dai miei ex colleghi per tutta l'area della sanità."

Sul fronte dell'assistenza sanitaria agli ospiti che risultavano positivi, il dott. Garbin aggiunge quanto segue:

"(...) Per l'ultima domanda quello che posso dirle è questo. Tutti gli ospiti che avevano bisogno di ricovero venivano ricoverati. Su questo, la presenza delle USCA e la presenza di medici curanti all'interno delle strutture è stata l'entità prescrittiva del ricovero. Per quanto mi risulta, non posso che dirle che non è mai stato trattenuto o rifiutato un ricovero che aveva necessità di essere ricoverato."

Si evidenzia che la Direzione regionale per la Prevenzione con nota prot. n. 122366 del 16 marzo 2020 – richiamando le precedenti note prot. nn. 109224 del 6 marzo 2020, 113076 del 10 marzo 2020, 115533 dell'11 marzo 2020, 119071 del 12 marzo 2020 e 121821 del 16 marzo 2020 – ha dato ulteriori precise indicazioni relativamente alla presa in carico e assistenza dei pazienti ricoverati presso le strutture residenziali extraospedaliere e per i lavoratori operanti presso le medesime strutture (**allegato 14**).

Anche il dott. **Paolo Rosi** nell'audizione del 26 ottobre 2021 ha toccato il tema dell'appropriatezza delle cure attuate, anche, per gli ospiti delle RSA e case di riposo:

"Per quanto riguarda invece l'eventuale selezione di pazienti da ammettere in Terapia intensiva, tutti i pazienti che avevano necessità di Terapia intensiva sono stati ricoverati in Terapia intensiva. Aggiungerei che sono stati ricoverati in Veneto in Terapia intensiva, perché vi ricordo che in quel periodo molte Regioni hanno chiesto il supporto di altre. Anche noi abbiamo fornito supporto alla Lombardia per accogliere certi pazienti, e addirittura, pazienti della Lombardia sono andati a finire in Germania.

Noi siamo riusciti a gestirli tutti all'interno, non ci sono stati pazienti che non sono stati ricoverati in Terapia intensiva per mancanza di posti letto, questo grazie anche al supporto di una rete di trasporti che ci ha consentito di spostarli all'interno della regione.

Approfitto per concludere, perché era nata all'inizio qualche polemica su un documento sull'appropriatezza dei ricoveri in Terapia intensiva. Per chiarire bene: in Terapia intensiva ci va chi può giovarsi della Terapia intensiva, quindi chi ha prospettive di essere salvato. Per certi pazienti grandi anziani non c'è un'indicazione di Terapia intensiva, perché ricoverarli vorrebbe dire condannarli a morte. Loro quindi hanno più possibilità di sopravvivere se sottoposti a terapie subintensive, che evitino di sottoporli a trattamenti dai quali noi sappiamo non potrebbero poi essere più staccati e quindi non potrebbero sopravvivere.

Il documento che era stato elaborato dai rianimatori quindi era un documento di questo tipo, che specificava bene l'appropriatezza del ricovero.

Ovviamente, voi capite bene che un paziente tumorale in fase terminale è giusto che muoia nel suo letto e non attaccato a dei macchinari e lontano dai familiari. Quindi la Terapia intensiva serve a chi ha possibilità di uscirne. Purtroppo noi sappiamo che alcuni questa possibilità non ce l'hanno, ma questo avviene anche in condizioni ordinarie. Ribadisco, tutti quelli che avevano questa possibilità, un posto letto di Terapia intensiva in Veneto, l'hanno avuta."

E nuovamente, rispondendo alle domande dei consiglieri, ribadisce che:

"Sì. Mi permetto di evidenziare: che ne avessero l'indicazione. È chiaro cioè che veniva ricoverato chi aveva bisogno di essere ricoverato.

Il problema che noi abbiamo dovuto gestire, e che secondo me è stato gestito in maniera corretta, è stato quello di attribuire al corretto setting assistenziale ciascun paziente. Quindi, come sono stati lasciati a casa pazienti anche con ossigenoterapia, allo stesso modo sono stati ricoverati tutti quelli che avevano necessità di ricovero e che potevano giovarsi del ricovero.

Non è che avere il Covid vuol dire automaticamente andare in Terapia intensiva.
L'appropriatezza del ricovero è fondamentale. Tutti quelli per cui era appropriato sono stati ricoverati."

CONCLUSIONI

Dagli interventi del dott. Garbin e del dott. Rosi relativi alle misure adottate nelle strutture per gli anziani è emerso quanto segue:

la Direzione dei Servizi Sociali, in data venerdì 6 marzo 2020 - con decorrenza 9 marzo 2020 - ha provveduto a disporre la chiusura di tutti i centri, o meglio, delle attività semiresidenziali (scelta poi sostenuta dalle disposizioni nazionali). Per quanto riguarda più specificatamente le case di riposo, l'obiettivo era quello di garantire la messa, o il mantenimento in sicurezza, sia degli ospiti che anche degli operatori. È stata quindi emanata la circolare prot. n. 109224 del 6 marzo 2020, per l'attivazione delle aree di isolamento all'interno delle case di riposo: aree di isolamento da un lato, contenimento e disciplina per quanto riguarda le visite dei familiari, in modo tale da contrastare il più possibile l'entrata del virus attraverso questo vettore, disposizioni poi che andavano a integrarsi con i programmi di screening messi in atto dalla Regione. Tali programmi di screening erano sia per ospiti che per operatori. Poi, con la messa a punto di tutte le misure necessarie a mano a mano che le conoscenze sul virus emergevano, in data 12 marzo 2020, è stata perfezionata la suddetta circolare, con un maggior dettaglio nella descrizione delle misure da porre in atto nella definizione in queste strutture e nei centri di servizi e sono state suggerite delle misure di intervento proprio per garantire l'isolamento degli ospiti. Con riferimento agli operatori delle RSA, si evidenzia che la Direzione regionale per la Prevenzione ha esteso le prescrizioni contenute nella circolare del 16 marzo 2020 che richiama ed integra le precedenti. Altro obiettivo perseguito dalla Regione è stato quello di garantire un supporto alle strutture che maggiormente vedevano una presenza di operatori colpiti dal Covid e, quindi contagiati, attraverso l'intervento delle Aziende sanitarie; in particolare mediante l'attivazione delle USCA, che hanno apportato all'interno delle strutture quella dimensione clinica in parallelo e anche a supporto dei medici curanti che già operavano all'interno delle strutture. Quindi, vi è stata un'operazione di supporto sotto questo profilo da parte delle Aziende sanitarie. Infine, la Regione del Veneto ha attuato un intervento economico, importante. Con alcuni provvedimenti di Giunta è stato attuato un intervento complessivo di circa 24 milioni di euro a sostegno di maggiori costi che le Case di riposo hanno dovuto sostenere nel far fronte alla pandemia, sia per l'organizzazione o la riorganizzazione in aree di isolamento sia rispetto anche alla

diminuzione di fatturato dovuto ad una flessione negli ingressi nelle strutture. Quindi un'operazione economicamente importante.

Infine, con riferimento alla tematica dell'appropriatezza del ricovero degli ospiti delle case di riposo in strutture ospedaliere ed in particolare nei reparti di terapia intensiva, il dr. Rosi ha dichiarato che tutti i pazienti che hanno avuto bisogno di ricovero in terapia intensiva lo hanno ottenuto e ha specificato che sono stati ricoverati in strutture situate all'interno del territorio regionale.

TAMPONI – SCREENING

Il cardine della strategia regionale è sempre stato l'individuazione precoce di tutti i possibili soggetti positivi al SARS-CoV-2, anche asintomatici, per l'adozione tempestiva delle misure di sanità pubblica: isolamento dei positivi, indagine epidemiologica per l'individuazione dei loro contatti da sottoporre alla misura della quarantena preventiva, raccomandazione del test ai contatti di caso anche asintomatici al fine di allargare i cerchi dell'indagine con interruzione delle possibili catene di trasmissione per impedire l'ulteriore diffusione del contagio, etc.

Negli scenari più impegnativi, ciò è stato possibile rafforzando l'attività di contact tracing, adeguandola al contesto e creando una stretta sinergia tra Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Strutture Residenziali per Anziani. Inoltre è stato possibile perseguire questa strategia grazie alla contestuale introduzione, accanto ai test molecolari e non in loro sostituzione (*vide infra*), dei test antigenici rapidi, che sono stati utilizzati nel rigoroso rispetto delle indicazioni di utilizzo internazionali e nazionali.

A tal proposito, si riporta di seguito una rassegna dei principali atti e documenti tecnici di riferimento disponibili nell'arco temporale di cui trattasi, al fine di fornire le necessarie evidenze a supporto delle misure di sanità pubblica adottate a livello regionale. I documenti citati sono altresì allegati in calce alla presente relazione (**allegato 13**).

- **12 agosto 2020 - Ordinanza del Ministro della Salute**
  "*Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*"

  L'ordinanza introduce per la prima volta l'utilizzo dei test antigenici rapidi nelle strategie di contrasto alla diffusione di SARS-CoV-2. In particolare con l'Ordinanza viene disposto l'obbligo di sottoporsi ad un test molecolare o antigenico per le persone di rientro dall'estero.

- **11 settembre 2020 - Documento dell'Organizzazione Mondiale della Sanità**
  "*Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays*"

  Il documento riporta alcuni consigli sul potenziale impiego dei test antigenici rapidi per la diagnosi di COVID-19. L'OMS evidenzia come, nonostante alcuni limiti di tali test, i test rapidi possono avere un ruolo importante nel guidare la gestione clinica del paziente, nell'applicazione delle misure di sanità pubblica e nella sorveglianza epidemiologica.
  Risulta utile riportare alcune delle raccomandazioni fornite nel documento, che individuava la possibilità di utilizzare tali test, nei contesti di alta circolazione virale nella comunità, per le seguenti finalità:

- monitorare l'incidenza nella comunità ed in particolare nei lavoratori dei servizi essenziali o negli operatori sanitari;
- identificare tempestivamente soggetti positivi nelle strutture sanitarie, nelle strutture residenziali per anziani, nelle carceri, nella scuola, negli operatori sanitari e nelle misure di contact tracing;
- testare contatti di caso, anche asintomatici, precisando che in questi casi - anche in presenza di test antigenico negativo - doveva essere mantenuta l'indicazione della quarantena.

- **29 settembre 2020 - Circolare del Ministero della Salute n. 31400**
  "*Uso dei test rapidi per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, con particolare riferimento al contesto scolastico*"

  In questa circolare, il Ministero evidenzia che il tampone antigenico rapido è stato recentemente introdotto per lo screening dei passeggeri nei porti e negli aeroporti, dove è importante avere una risposta in tempi rapidi. In particolare, la circolare precisa che pur considerando la possibilità di risultati falso-positivi e di falso-negativi, "*grazie all'uso di tali test rapidi è stato intercettato comunque un rilevante numero di contagiati, probabilmente con alte cariche virali, che non sarebbero stati individuati in altro modo*".

- **12 ottobre 2020 - Circolare del Ministero della Salute n. 32850**
  "*COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena*"

  Il Ministero aggiorna le indicazioni relative alla definizione del termine dell'isolamento dei positivi e dalla quarantena dei contatti introducendo l'utilizzo dei test antigenici rapidi per il definire il termine del periodo di quarantena dei contatti stretti.

- **12 ottobre 2020 - Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità**
  "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale". Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2020.

  Il Ministero fornisce indicazioni per pianificare gli interventi per il periodo autunnale-invernale. Il documento indica come parallelamente alla sopraggiunta validazione e disponibilità di test rapidi antigenici, gli USMAF hanno iniziato ad utilizzarli in accordo con la citate ordinanza del 12 agosto 2020.
  Il documento, inoltre, riporta come i test antigenici rapidi potrebbero essere strategici per controllare possibili focolai in contesti come scuole o comunità chiuse (carceri, RSA).
  Lo stesso documento indica che il Commissario Straordinario per l'emergenza ha pubblicato una richiesta pubblica di offerta per la fornitura di 5 milioni di test rapidi, destinati alla rilevazione qualitativa di antigeni specifici di SARS-CoV-2 presenti su tampone nasofaringeo o campione salivare. La richiesta di offerta per la fornitura di test antigenici rapidi rappresenta un passo importante per intensificare ulteriormente le attività di prevenzione, già messe in atto dal Governo, per contrastare l'epidemia.

- **21 ottobre 2020 - Regione del Veneto**
  DGR 1422/2020 - Approvazione del nuovo Piano "*Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione*"

  Sulla base di quanto indicato dai principali organismi internazionali (OMS, ECDC) e nazionali (Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità), il piano regionale introduce la possibilità di impiegare i test antigenici rapidi, al fine di garantire uno screening periodico, rapido e frequente (es. ogni 8 giorni per gli operatori dei reparti a rischio) che possa, in particolare per i contesti più fragili, garantire l'individuazione tempestiva dei soggetti positivi, tenendo in considerazione, oltre alle caratteristiche intrinseche dei test, anche la possibilità di ripeterli nel tempo anche a distanze ravvicinate.

- **23 ottobre 2020 - Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità**
  "*Nota tecnica ad interim. Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica. Aggiornata al 23 ottobre 2020.*" Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2020.

  Il documento, trasmesso con Circolare del Ministero della Salute, conferma la possibilità di utilizzare i test antigenici rapidi in diversi contesti per le finalità di sanità pubblica.

  Il documento indica come, alla luce delle evidenze disponibili in quel momento, sulla base della situazione epidemiologica e della necessità di garantire test in tempi compatibili con le diverse esigenze di salute pubblica, risultava fondamentale una scelta appropriata tra i test disponibili in funzione delle diverse strategie per la identificazione di infezione da SARS-CoV-2.
  Lo stesso documento infatti indicava che "*l'elevata sensibilità e specificità dei test non possono rappresentare l'unico criterio nella scelta del tipo di test da utilizzare nell'ambito di una strategia che prevede non solo la diagnosi clinica in un preciso momento ma anche la ripetizione del test all'interno di una attività di sorveglianza che sia sostenibile e in grado di rilevare i soggetti positivi nel loro reale periodo di contagiosità*". Infatti risultava evidente l'essenzialità della rapidità di diagnosi nei soggetti con sospetto clinico e/o sintomatici e dei contatti per controllare il focolaio limitando la diffusione del virus avvalendosi di quarantena e isolamento.

  Alla luce di queste considerazioni il documento nazionale indicava come il test antigenico rapido costituisse un'alternativa al test molecolare in tutte i principali contesti (caso sospetto, contatti di caso, screening degli operatori sanitari/personale in contesti ad alto rischio, screening volontario occasionale in assenza di sintomi, screening di comunità, etc.). In particolare si evidenziava come l'impiego dei test antigenici nel contesto del contact tracing era indicata come una strategia appropriata e sostenibile qualora le capacità diagnostiche dei test molecolari tradizionale siano già saturate. La rapidità del risultato permette un veloce monitoraggio di eventuali contagi e il conseguente isolamento del soggetto limitando la diffusione dell'infezione in ambiente comunitario. In questo caso, il rischio di risultati falsi negativi può essere accettabile in quanto bilanciato dalla velocità di risposta nel percorso di controllo delle infezioni e dalla possibilità di ripetere il test se ritenuto opportuno.

- **28 ottobre 2020 - Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale**
  "*ACN della Medicina Generale per il rafforzamento delle attività territoriali di diagnostica di primo livello e di prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2.*"

  L'accordo nazionale conteneva disposizioni negoziali per il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per il rafforzamento dell'attività di indagine epidemiologica attraverso l'accertamento diagnostico tramite test antigenico rapido al fine di contribuire ad identificare rapidamente i focolai e ad isolare i casi. Tale accordo infatti, per evitare che l'attività di indagine epidemiologica con il tracciamento dei contatti (contact tracing) e l'accertamento diagnostico per l'identificazione rapida dei focolai, l'isolamento dei casi e l'applicazione delle misure di quarantena gravassero esclusivamente sui Dipartimenti di Sanità Pubblica, disponeva il coinvolgimento dei medici di medicina generale per il rafforzamento delle attività e per l'effettuazione dei tamponi antigenici rapidi.

  Il test antigenico rapido veniva indicato per i contatti stretti asintomatici, per i casi sospetti e per i contatti stretti asintomatici allo scadere dei 10 giorni di quarantena.
  La fornitura dei tamponi antigenici rapidi veniva assicurata direttamente dal Commissario per l'emergenza Covid-19.

- **31 ottobre 2020 - Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale**
  OPGR n. 148 del 31 ottobre 2020

  Preso atto dell'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale del 28/10/2020 sono state formulate le disposizioni regionali relative al coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale per l'effettuazione dei test antigenici rapidi e per le misure contumaciali. La strategia della Regione del Veneto ha previsto - rafforzando ulteriormente quanto previsto dall'accordo nazionale - il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nelle azioni di presa in carico dei positivi e nel tracciamento al fine di fronteggiare lo scenario epidemiologico autunnale.

- **19 novembre 2020 - European Centre for Disease Prevention and Control**
  "*Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the UE/EEA and the UK*". 19 November 2020. ECDC: Stockholm; 2020.

  Il documento del "Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC)" descrive numerosi aspetti e caratteristiche dei test antigenici rapidi, precisandone i vantaggi. In particolare, evidenzia che oltre agli aspetti relativi alle performance, altri aspetti pratici e operativi ne suggeriscono l'uso per lo screening, tra cui: tempestività degli esiti, uso su larga scala in scenari ad alta prevalenza al fine di massimizzare la capacità di testing, semplicità d'uso in diversi contesti e costo ridotto.
  Inoltre, l'uso di test antigenici rapidi è funzionale al raggiungimento dei seguenti obiettivi di sanità pubblica:
  - corretta gestione dei soggetti con sintomi suggestivi di COVID-19 al momento del ricovero;

- controllo della trasmissione attraverso identificazione precoce, il contact tracing e lo screening di popolazione;
- mitigazione dell'impatto nelle strutture sanitarie e socio-sanitarie attraverso triage all'accesso, identificazione precoce e isolamento;
- identificazione di focolai in specifici setting.

L'ECDC, nel documento, indica che in tutte queste situazioni, l'uso di test antigenici rapidi offre un significativo vantaggio rispetto all'uso di test molecolari in termini di tempestività del risultato e di disponibilità del test per un numero maggiore di persone.

- **29 dicembre 2020 - European Centre for Disease Prevention and Control**
  "Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA – 29 December 2020". ECDC: Stockholm; 2020.

  Il documento del "Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC)", affronta il tema della sorveglianza e del monitoraggio del rischio di diffusione di nuove varianti di SARS-CoV-2 che potrebbero destare preoccupazione.
  Anche in tale contesto, l'ECDC precisa che l'uso di test antigenici rapidi incrementa la velocità di identificazione dei soggetti positivi, favorendo il successivo campionamento per confermare il tipo di variante di SARS-CoV-2 (possibile solo con un test molecolare).

- **8 gennaio 2021 - Circolare del Ministero della Salute n. 705**
  "*Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing*"

  La Circolare aggiorna la definizione di caso confermato introducendo, secondo alcune specifiche, anche i casi identificati dal solo test antigenico rapido. La Circolare aggiorna inoltre le indicazioni relative alle strategie di testing, precisando le modalità di impiego dei test antigenici rapidi sia per i soggetti con sintomi, sia per i soggetti asintomatici.
  Con riferimento a questi ultimi, il Ministero indica che l'uso dei test antigenici rapidi è previsto:
  - *"nelle attività di contact tracing, per testare contatti asintomatici con esposizione ad alto rischio;*
  - *nelle attività di screening di comunità per motivi di sanità pubblica (es. ambito scolastico, luoghi di lavoro, ecc.). In tale situazione, il rischio di non rilevare tutti i casi o di risultati falsi negativi è bilanciato dalla tempestività dei risultati e dalla possibilità di effettuare test periodici";*
  - *in contesti sanitari e socioassistenziali/sociosanitari quali comunità chiuse o semichiuse (ad es. carceri, centri di accoglienza per migranti), in aree con elevata trasmissione comunitaria per lo screening periodico dei residenti/operatori/visitatori; riguardo RSA, lungodegenze e altri luoghi di assistenza sanitaria, l'impiego dei test antigenici rapidi di ultima generazione può essere considerato laddove sia necessario adottare con estrema rapidità misure di sanità pubblica."*

- **6 maggio 2021 - European Centre for Disease Prevention and Control e European Agency for Safety and Health at Work**
  "*Considerations on the use of rapid antigen detection (including self-) tests for SARS-CoV-2 in occupational settings.*" ECDC/EUOSHA: Stockholm/Bilbao; 6 May 2021.

  Si ritiene utile aggiungere che il Report tecnico congiunto del Centro Europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC) e dell'Agenzia europea per la sicurezza e la salute sul lavoro (EU-OSHA) del maggio 2021, ad ulteriore conferma, ha precisato che nei contesti ad alta prevalenza, l'uso di test antigenici rapidi (nonchè di test in auto-somministrazione) può essere utile per l'identificazione di soggetti infettati da SARS-CoV-2, specialmente nelle fasi precoci dell'infezione. Ciò può consentire il tempestivo isolamento dei soggetti positivi, per evitare l'ulteriore diffusione del contagio.

- **6 ottobre 2021 – World Health Organization – Interim guidance**
  "*Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection"*
  https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays

  La circolare dell'OMS dice tra l'altro: "*Test diagnostici rapidi per la rilevazione dell'antigene (Ag-RDT) può offrire un modo più veloce e meno costoso per diagnosticare un'infezione attiva da SARS-CoV-2 rispetto a test di amplificazione degli acidi nucleici (NAAT)".*
  Sugli operatori sanitari dice (pur ritenendo PCR come il benchmark di riferimento):
  "Gli Ag-RDT hanno chiari vantaggi per gli operatori sanitari perché i test decentralizzati e risultati rapidi portano a un isolamento più rapido dopo un risultato positivo."

Certificazione verde COVID-19

A completamento di quanto evidenziato dai documenti citati, si rammenta, inoltre, che i test antigenici rapidi sono ritenuti validi, al pari dei test molecolari, sia a livello nazionale che a livello comunitario per il rilascio della certificazione verde COVID-19, introdotta dalla normativa statale (decreto-legge 22 aprile 2021, n. 52 e ss.mm.ii) e necessaria per l'accesso alle diverse attività economiche e sociali, nonché per l'accesso ai luoghi di lavoro e alle strutture sanitarie e socio-sanitarie in qualità di visitatore/accompagnatore.

Il Test molecolare mediante tampone, è un'indagine molecolare reverse transcription (rt)-Real Time PCR per la rilevazione del genoma (RNA) del virus SARS-CoV-2 nel campione biologico.
Questa metodica permette di identificare in modo altamente specifico e sensibile uno o più geni bersaglio del virus presenti nel campione biologico e di misurare in tempo reale la concentrazione iniziale della sequenza target.

La rt-Real Time PCR è il "gold standard" per la diagnosi di COVID-19. La rilevazione dell'RNA virale di SARS-CoV-2 eseguita in laboratorio da campioni clinici (in genere tamponi nasofaringei o orofaringei) rimane il saggio di riferimento internazionale per sensibilità e specificità ed è in grado di rilevare il patogeno anche a bassa carica virale in soggetti sintomatici, pre-sintomatici o asintomatici.
Per la complessità della metodica, la rilevazione di SARS-CoV-2 viene eseguita esclusivamente in laboratori specializzati con operatori esperti. Il risultato può esser ottenuto in un minimo di 3-5 ore ma situazioni organizzative e logistiche possono richiedere anche 1-2 giorni.
È necessario ricordare che ai fini della segnalazione dei casi nel sistema della sorveglianza integrata COVID-19, coordinata da ISS, vengono considerati solo i risultati positivi ottenuti tramite rt-Real Time PCR dai laboratori di riferimento regionali o dai laboratori identificati/autorizzati da questi.

Il Test antigenico rapido (mediante tampone nasale, naso-oro-faringeo, salivare) offre risultati in tempi più rapidi (30-60 minuti), con minor costo e senza la necessità di personale specializzato.
Questi test sono strumenti potenzialmente utili soprattutto per le indagini di screening.
Analogamente ai test molecolari, i saggi antigenici sono di tipo diretto, ossia valutano direttamente la presenza del virus nel campione clinico, a differenza dei test sierologici che sono di tipo indiretto, cioè rilevano la presenza di 9 anticorpi specifici che indicano una infezione pregressa o in atto. A differenza dei test molecolari, però, i test antigenici rilevano la presenza del virus non tramite il suo acido nucleico ma tramite le sue proteine (antigeni). Questi test contengono come substrato anticorpi specifici in grado di legarsi agli antigeni virali di SARS-CoV-2 ed il risultato della reazione antigene-anticorpo può essere direttamente visibile a occhio nudo o letto mediante una semplice apparecchiatura al "point of care" senza la necessità di essere effettuato in un laboratorio.
Negli Stati Uniti 3 test antigenici rapidi sono stati autorizzati da FDA. In Europa, numerosi test hanno già ottenuto il marchio CE e diverse aziende di diagnostica stanno lavorando per ottenere l'approvazione normativa idonea per essere immessi sul mercato con un sufficiente grado di affidabilità.
I test molecolari sembrano avere una maggiore sensibilità prima della comparsa dei sintomi, mentre nella fase iniziale immediatamente successiva all'inizio dell'infezione i test rapidi antigenici e quelli molecolari hanno una sensibilità simile, rendendo utile l'uso anche dei primi.
Inoltre, il test rapido antigenico può essere utilizzato per l'identificazione dei contatti asintomatici dei casi, anche se questo tipo di test non è specificamente autorizzato per questa destinazione d'uso, poiché è stato dimostrato che i casi asintomatici hanno cariche virali simili ai casi sintomatici.

(Fonte: NOTA TECNICA "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica Aggiornato al 23 ottobre 2020", allegata alla circolare Ministero della Salute n. 0035324 del 30/10/2020)

Si inizia a trattare l'argomento, riprendendo l'intervento del dott. **Mario Saia**, nel ruolo di coordinatore del Comitato Scientifico COVID-19 nella seduta del 12 ottobre 2021.

Il dott. Saia, rispondendo a specifica domanda, si esprime come di seguito:

"(...) quel documento approvato il giorno stesso, quindi il 16 di ottobre, denominato "Test di laboratorio per SARS-CoV-2: loro uso in sanità pubblica". Ce ne sono varie versioni, noi avevamo ovviamente quella del 16 in quanto abbiamo approvato in tutto il 19. Si trattava di un documento già approvato in Conferenza delle Regioni e ce l'ha fornito la dottoressa Russo che è una componente della Conferenza; è redatto oltre che dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome anche dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'INAIL e dal Comitato Tecnico Scientifico nazionale.

In considerazione proprio di quanto affermavo precedentemente, quindi che il Comitato scientifico opera nel rispetto degli indirizzi emanati dal Ministero della Salute, dal Comitato Tecnico Scientifico nazionale come previsto, ripeto, dalla delibera, questo documento è risultato di estrema utilità per la valutazione della proposta di aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica.

C'erano dei contenuti che sono andati a fugare di fatto queste perplessità. Il primo riguardava ovviamente, anzi l'unico, la minor sensibilità dei test genetici, ma questo documento, finalizzato a orientare le strategie di sanità pubblica verso un uso razionale e sostenibile delle risorse, riportava con chiarezza come l'elevata sensibilità e specificità dei test non potessero rappresentare l'unico criterio nella scelta del tipo di test da utilizzare, in particolar modo, riportando quanto previsto nel documento, a fronte della necessità di garantire l'esecuzione dei test in tempi compatibili con le esigenze di sanità pubblica. Pertanto queste strategie, trattandosi di un Piano, prevedevano non solo la diagnosi clinica in un preciso momento, ma anche la ripetizione del test all'interno di un'attività definibile come un'attività di sorveglianza, un'attività sostenibile e in grado di rilevare i soggetti positivi nel loro reale periodo di contagiosità, quindi non potendo prescindere assolutamente da una rapidità della diagnosi stessa.

Riportava anche quali importanti parametri per la valutazione della scelta del test da utilizzare i tempi di esecuzione, la disponibilità di personale specializzato, strumentazione reagente, i costi comprensivi di tutto e l'accertabilità del test da parte dei soggetti nonché ovviamente la facilità nell'esecuzione dello stesso, quindi il fatto di poterlo adattare a quella realtà.

Pertanto considerati tutti questi parametri e quanto previsto nella tabella sinottica dei test emergeva come l'utilizzo del test rapido antigenico come test di screening di comunità e anche dagli operatori sanitari operanti in contesti con rischio più elevato risultasse vantaggioso proprio per la rapida identificazione e il successivo, conseguente, rapido isolamento anche dei positivi a tutela dei soggetti fragili.
Per quanto concerne le osservazioni, non sono pervenute delle osservazioni dal professor Crisanti in occasione dell'approvazione di questo documento che si è concluso il 19 di ottobre.

Passando quindi agli interventi degli altri soggetti auditi nella seduta del 12 ottobre 2021 in merito all'utilizzo delle tipologie di tamponi disponibili, criteri e margini di errore, si inizia a quanto esposto dal prof. **Andrea Crisanti**, Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova.

Il prof. Crisanti inizia parlando dell'utilizzo dei test che all'inizio erano solo "molecolari", passando poi alla "definizione di caso e ai protocolli che non sarebbero stati recepiti dall'Italia e quindi a quanto avrebbe messo in atto la Regione Veneto, a partire dall'esperienza del caso di Vo' Euganeo:

"Il primo test ad essere stato sviluppato è stato un test molecolare PCR, è stato sviluppato alla Charité a Berlino, che poi ha condiviso i protocolli con vari laboratori europei. Noi siamo stati uno dei primi laboratori in Italia a sviluppare un test e a valutare la sensibilità, poi, di fatto, a utilizzarlo su pazienti o su persone che avevano una sintomatologia sospetta.
Il test molecolare, poi, di fatto è diventato il cosiddetto standard di riferimento perché è un test estremamente sensibile. Ha delle problematiche perché richiede una strumentazione complessa e richiede anche del personale che abbia delle competenze specifiche. Tuttavia poi è un test che può anche essere fatto in grandi numeri, quindi è stato rapidamente adottato come test di conferma dei casi.
Poi lei mi ha chiesto quali sono state le direttive per l'utilizzo di questo test. Su questo c'è stata, in Italia, una grande confusione, in modo particolare legata principalmente a due circolari del Ministero della Sanità, una del 22 e una del 27, con la definizione di caso.
Inspiegabilmente, questa definizione di caso poi è stata in qualche modo collegata alle limitazioni di fare e non fare il test, peraltro, disattendendo anche delle direttive della ERC, cioè dell'Ente Europeo che, praticamente, dà delle disposizioni sul controllo e prevenzione delle malattie infettive, che già il 25 febbraio raccomandava l'utilizzo del test in tutte le situazioni che rientravano nella definizione di caso, ma anche in tutti i casi di infezione respiratoria grave o una sindrome simile all'influenza.

Quindi, l'Italia non ha recepito queste direttive e, praticamente, fino verso la fine di aprile, inizi di maggio, la maggior parte delle Regioni si sono attenute a queste direttive, viceversa la Regione Veneto, che già con la direttiva del 17 marzo aveva cambiato strategia raccomandando l'uso del tampone e del test molecolare anche per iniziative di sorveglianza attiva.
Politica che poi deriva direttamente dall'esperienza fatta a Vo' sulla presenza degli asintomatici, che di fatto contribuiscono in misura molto importante alla trasmissione e che di fatto rappresentano uno degli ostacoli principali al controllo di questa epidemia perché tutti ricorderanno che, per esempio, l'epidemia della SARS e della MERS sono state facilmente controllate. La ragione per cui sono state facilmente controllate è che l'isolamento del malato, di fatto, era sufficiente drammaticamente a far diminuire l'indice di trasmissione per la semplice ragione che soltanto i casi sintomatici, cioè le persone che stavano male, trasmettevano. Viceversa ci è voluto molto tempo per in qualche modo assimilare questa nozione e rendersi conto del ruolo degli asintomatici nella trasmissione. Di fatto è proprio perché esistono gli asintomatici che diventa così importante testare: se gli asintomatici non ci fossero, il problema sarebbe sicuramente molto meno grave e non avremmo la necessità di fare tutti questi tamponi sia per attività di sorveglianza, sia per attività di tracciamento e sia per attività di diagnosi."

Prosegue precisando le differenze tra test molecolari e test antigenici rapidi:
"(...) lei mi ha chiesto in che condizioni queste diverse soluzioni metodologiche possono essere applicate. Subito dopo lo sviluppo dei metodi molecolari, diciamo verso giugno/luglio, sono apparsi in commercio dei test alternativi, cosiddetti antigenici, che di fatto identificano nella saliva o addirittura nel tampone la presenza non del materiale genetico del virus, bensì del prodotto del virus, cioè praticamente proteine del virus, i cosiddetti antigeni.
Questi sono dei test che hanno dei vantaggi e degli svantaggi: sono facili da usare, non richiedono un laboratorio, non richiedono personale altamente specializzato, però hanno un problema di sensibilità, cioè hanno una sensibilità più bassa. Il fatto che abbiano una sensibilità più bassa di fatto limita alcune applicazioni e su questo vorrei essere chiaro: non è che esiste un test che va bene per tutte le situazioni."

L'intervento prosegue specificando l'opportunità di usare un tipo di test piuttosto che un altro:

"Quindi, la prima cosa, per rispondere alla domanda che mi ha posto, è chiedersi per quale ragione usiamo il tampone. Quindi se usiamo il tampone per la diagnosi, probabilmente vanno bene sia il molecolare che l'antigienico, perché nella maggior parte dei casi ci troviamo di fronte a

pazienti già con alte cariche virali; nel caso della sorveglianza, cioè nel caso in cui vogliamo proteggere una comunità, è chiaro che il tampone molecolare va preferito al tampone antigenico.
Nel caso in cui vogliamo fare tracciamento… anche qui sul caso del tracciamento, bisogna capire qual è l'obiettivo del tracciamento, perché se l'obiettivo del tracciamento è quello di estinguere le catene di trasmissione è chiaro che il tampone antigenico non va bene; se l'obiettivo di tracciamento è quello di fare una fotografia epidemiologica e capire qual è il livello di diffusione del virus il tampone antigenico, va bene lo stesso.
La stessa cosa nello screening di comunità: se l'obiettivo è quello di capire il livello di diffusione del virus il tampone antigenico è sicuramente adatto, però, se poi vogliamo in qualche modo ripulire quella comunità, è chiaro che dobbiamo utilizzare, invece, il tampone molecolare, perché solo quello ci dà la certezza di avere individuato tutti quanti i positivi."

A conclusione di questa sezione dedicata all'intervento del prof. Crisanti, va osservato che nella seduta straordinaria di Quinta commissione del 4 maggio 2021 e nelle sedute della commissione d'inchiesta Covid del 13 luglio e 12 ottobre 2021, è stato trattato il tema del cosiddetto studio preprint, realizzato dal prof. Crisanti ed altri sull'efficacia dei test antigenici.
Il dott. Flor, Direttore Generale dell'Area Sanità e sociale della Regione Veneto ha ricostruito la sequenza temporale degli accadimenti relativi al suddetto studio preprint, in quanto al tempo dei fatti ricopriva l'incarico di Direttore Generale dell'Azienda Ospedale Università di Padova. Le conclusioni che ne trae sono sostanzialmente le seguenti:

- lo studio del prof. Crisanti non è mai stato validato dalla comunità scientifica;
- annunciato dal mese di ottobre 2020, dando vita ad una nutrita polemica sui media è stato inserito nel mese di marzo 2021 in una piattaforma digitale (medRxiv) in attesa di essere pubblicato, condizione che non si è verificata alla data suindicata. (si allega copia dello studio) La pubblicazione del preprint riporta la "NOTA: this preprint reports new research that has not been certified by peer review and should not be used to guide clinical practice" (questo preprint riporta una nuova ricerca che non è stata certificata da peer review e non dovrebbe essere utilizzata per guidare la pratica clinica).

Per completezza d'informazione si evidenzia, con riferimento alla suindicata imminente pubblicazione, che lo studio pre-print è stato poi pubblicato in data 5 ottobre 2022 su *Nature Communications.* Lo studio realizzato dal prof. Crisanti, in collaborazione con altri docenti universitari, dal titolo "*Impatto del fallimento del test dell'antigene e delle strategie di test sulla trasmissione delle varianti SARS-CoV-2"*, (la rivista *Nature Communications* ha un impact factor

inferiore [indicatore internazionale basato sulle citazioni degli articoli pubblicati] alla rivista *Nature*: I.F. di *Nature* a 2 anni =69.504, I.F. di *Nature Communication* a 2 anni =17.694)

Anche la pubblicazione di questo studio è stata preceduta da una nutrita polemica sui media.

L'Azienda Ospedale Università di Padova ha diramato, in merito allo studio, un comunicato stampa il 6 ottobre 2022 in cui mette in luce le differenze fra lo studio arrivato in pubblicazione su *Nature Communication* ed il documento circolato in preprint sottoposto al vaglio del team di revisione, di cui si riportano alcuni passaggi:

- Resta il concetto sul valore dei test molecolari (cosa peraltro ben nota a qualsiasi professionista del settore sanitario, avendo anche posto gli stessi test molecolari come parte integrante nelle procedure diagnostiche ospedaliere)
- Resta evidenziato nello studio il valore dei test antigenici, specie per esigenze di sanità pubblica, secondo quanto indicato dall'OMS e riportato da una molteplicità di lavori scientifici, per una diagnosi tempestiva che ha la capacità di interrompere la trasmissione virale. Ricordiamo che la capacità di esame dei test molecolari nella Regione Veneto può raggiungere al massimo i 20 mila test al giorno, a fronte di oltre 100 mila test antigenici effettuati quotidianamente nei periodi di picco della pandemia, che hanno permesso (anche per la loro tempestività) l'identificazione di numerose positività, interrompendo la catena del contagio
- Sparisce del tutto la correlazione tra l'utilizzo di test antigenici rapidi e la mortalità in Veneto, con particolare riferimento alle case di riposo

L'Azienda Ospedale Università Padova nel comunicato mette in evidenza come, oltre alla modifica del titolo dello studio rispetto al pre-print e al fatto che sono cambiati alcuni degli autori con l'introduzione di nuovi esperti, sia diversa la metodologia di analisi del dato (dopo il contributo di revisione, riferito dallo stesso prof. Crisanti, da parte dell'Imperial College) e come vi sia una netta implementazione delle analisi statistiche.

Si riporta un ulteriore passaggio estrapolato dal comunicato stampa:

La ricerca pubblicata su Nature Communications cita come faro le linee guida dell'OMS, redatte nell'ottobre 2021, andando però ad accostarle al periodo – ed alle decisioni sanitarie – adottate nella prima fase dell'emergenza, nel 2020. Anno nel quale le linee guida dell'OMS, diramate nel mese di settembre, erano ovviamente differenti e alle quali correttamente si sono attenuti scrupolosamente tutti gli attori della sanità del Veneto (come peraltro le altre Regioni italiane ed i maggiori paesi dell'UE).

Questo forzato accostamento appare quantomeno come una strana dimenticanza da parte degli autori ed una svista importante del team di revisione (che peraltro dopo l'ingresso nel team degli studiosi dell'Imperial College aveva modificato numerosi punti dell'articolo in pre-print, cassando in toto il legame fra test antigenici e presunta maggiore mortalità, inizialmente parte integrante del testo elaborato dal prof. Crisanti).

Gli interventi proseguono con il prof. **Giorgio Palù**, presidente Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), che inizia parlando di tracciamento, quale sistema per proteggere la comunità:

"(...) il tracciamento è possibile in base alla circolazione del virus, ma quando abbiamo più di 50 positivi per 100.000 abitanti per settimana il tracciamento non è più possibile. Soprattutto non è più possibile"

e subito dopo fa un collegamento sull'uso del tampone molecolare:

"E non è più possibile il tracciamento, soprattutto sia dei tempi di latenza, come sappiamo, medi è la PCR o di 48 ore o 72 ore o addirittura quattro giorni, quindi non ha nessun significato."

Parlando di affidabilità per quanto attiene ai tamponi si esprime così:

"Quello che noi, invece, dobbiamo considerare quello che è uscito nella letteratura ormai consolidata, perché già ai tempi da quando si scriveva questo lavoro, da quando si studiavano, era uscito in "New England Journal of Medicine" sono usciti editoriali, uno la settimana scorsa sul Lancet, (inc.), che è il Comitato inglese per le vaccinazioni e le risposte immunitarie che parlano invece dell'importanza dei test rapidi, se applicati - anche perché si possono applicare e adesso ne abbiamo anche di terza generazione e di quarta - a distanza di due, quattro, tre giorni, il più rapidamente possibile, cosa che non si può fare con un test molecolare.
Quindi, da questo punto di vista io dico che anche l'approccio che è stato seguito è un approccio né più, né meno che coerente con quelle che erano le linee guida e con quella che è stata poi la letteratura internazionale fino a una settimana fa."

Proseguendo il suo intervento sulla validità predittiva dei tamponi, sostiene che:

"Il quesito era: "Siamo contenti dei vaccini?". Gli inglesi, come sapete, hanno ancora 30.000 casi, sono quelli che ne hanno di più, ma hanno deciso che è finita e lasciano che i bambinetti si infettino perché credono all'immunità naturale, però una cosa importante è che noi siamo in questa fase e un articolo critico dice ancora: "Fate tanti tamponi". Posso dirvi che nel CTS nazionale noi abbiamo deciso di non fare la sierologia, perché conta di più, invece che valutare il tipo degli

anticorpi, vedere quella che è l'efficacia della vaccinazione sul campo e abbiamo detto che non vale la pena fare la PCR, soprattutto nel test per questi motivi.
Vi ricordo un'altra cosa: il valore positivo predittivo, cioè che un positivo sia realmente positivo, sapete da cosa dipende? Non dipende solo dalla sensibilità, ma dipende dalla prevalenza e dalla circolazione del virus, perché se un virus circola poco, vi posso garantire che il valore positivo predittivo anche della PCR, test sensibile, è del 5-10%, il che dire che il 90% non è realmente positivo.
Io vi ho ribaltato la questione per farvi capire che la virologia e la biologia molecolare, non sono da oggi, non sono dal caso di Vo', ma la conosciamo da più tempo. Invece la cosa che è utile raccomandare anche oggi, a livello di screening, è applicare dei test rapidi dopo due giorni e siamo in grado di coprire quel virus che è realmente infettante. Infatti l'amplificazione genica mi può amplificare non solo sequenze che io ho ricordato dai virus del raffreddore, ma anche un virus di SARS che non esiste più, perché rimane un pezzettino di RNA il cui virus non è infettivo. Quindi sul piano dell'impatto sulla clinica della malattia e sui morti è irrilevante."

Gli interventi proseguono con il dott. **Luigi Ambrosini**, amministratore delegato della sede italiana del gruppo Abbott che distribuisce i test rapidi Abbott Rapid Diagnostics e la dottoressa **Andrea Gonzalez**, direttore generale per il Sud Europa della Divisione malattie infettive di Rapid Diagnostics invitati a parlare delle evidenze scientifiche sui margini di errore di tamponi rapidi nella loro evoluzione, quindi dell'accuratezza dei test rapidi Abbott e in particolare riguardo del test antigenico Panbio.

La dott.ssa Gonzalez descrive l'attendibilità del test rapido commercializzato da Abbott in tutto il mondo ed utilizzato anche nella Regione Veneto:

"Abbott ha sviluppato il test Panbio, il test rapido Panbio di antigene per l'individuazione dell'antigene SARS-CoV-2 all'interno dell'azienda. È stato sviluppato per l'utilizzo di due principali gruppi di persone, uno per persone con sintomatologia compatibile con l'infezione di SARS-CoV-2 e l'altro per persone che hanno avuto un contatto stretto con i casi positivi, confermati positivi. Prima del lancio del Panbio, Abbott ha fatto degli studi di prestazione utilizzando campioni di questi due gruppi che ho menzionato. Questi campioni erano già determinati, sia positivi che negativi, con un sistema PCR, Real time PCR, disponibile al momento della pandemia, al momento dell'inizio della pandemia, quando abbiamo sviluppato questo prodotto. I risultati di questo studio sono di una sensibilità del 93,3%: vuol dire individuare i

malati in fase di screening durante la pandemia e una specificità del 99,4% per i risultati negativi per i soggetti sani.

Vorrei parlare un po' dell'informazione che ci ha dato l'Organizzazione Mondiale della Sanità in quel momento, a settembre dell'anno scorso, dove le linee guida che loro hanno pubblicato parlano della stretta connessione tra la performance di un test antigenico rapido, qualsiasi test antigenico rapido, e la carica virale che è contenuta nel campione del paziente, rilevato nel paziente. La carica virale diminuisce con il passare dei giorni, questo credo che è già stato detto abbastanza e capito, ma vale la pena menzionare che siccome la carica virale è più elevata nei primi giorni dopo il sorgere dei sintomi: si parla da uno a tre giorni in particolare in questa fase.

Perciò la valutazione della prestazione dei test si deve considerare sempre due cose: una la carica virale nel campione e l'altra il tempo in giorni dopo il sorgere dei sintomi del paziente. Il valore, come sappiamo già tutti, più comunemente utilizzato per indicare la carica virale è il CT, il ciclo-soglia, e questo valore è una relazione inversa alla carica virale. Per questo vorrei puntualizzare che la sensibilità di un test è sempre superiore con i CT più bassi, particolarmente si parla di meno di 25 cicli in questa letteratura.

Abbott, come ha detto anche il mio collega Luigi Ambrosini, continua sempre a studiare il prodotto, a studiare anche l'evidenza scientifica disponibile in ogni punto della pandemia e Abbott ha pubblicato una nuova versione del foglietto illustrativo; in questa versione attuale noi parliamo della sensibilità del Panbio entro tre giorni e poi da quattro a sette giorni (che sono i limiti importanti secondo l'informazione che è stata pubblicata dall'Organismo Mondiale della Sanità).

Abbiamo - come riportiamo - una sensibilità del 94,9% entro i primi tre giorni e una sensibilità del 90,1% tra quattro, a sette giorni dal ricevimento dei sintomi, stiamo parlando; in più di questo abbiamo anche comunicato nel nostro foglietto illustrativo la sensibilità con il CT minore o uguale a 33 e questa sensibilità è del 98,2%; questo è importante evidenziare perché da diversi studi indipendenti si parla del fatto che sopra i 33 cicli CTI le persone non sono più contagiose. Questo è molto importante ed è anche coerente con quello che noi diciamo del nostro testo."

Proseguendo sull'attendibilità dei test rapidi, la dott.ssa Gonzalez cita alcuni studi che confermano i dati in possesso della Abbott:

"La seconda parte della domanda è sullo studio del professore Crisanti, se ci risulta o non ci risulta allineato con i nostri dati. Non ci risulta coerente con le informazioni che abbiamo noi sui nostri prodotti dai nostri studi di validazione interna, ma anche da studi pubblicati da altri, da terze parti internazionali, che hanno studiato Panbio e che sono studi anche peer reviewed, studi pubblicati dalla comunità scientifica.

Noi abbiamo il listino degli studi che utilizziamo per rispondere a questa domanda, posso menzionare, non approfondire troppo la parte scientifica, perché questo compete più ai miei colleghi scientifici, ma menziono alcuni: lo studio di Alemani et al., lo studio di Perino, Amadore et al., lo studio di L. J. Krüger et al. Sono studi europei. Questi sono solo tre esempi, ce ne sono altri, naturalmente ci sono altri studi, ma solo per dire questi primi tre nel listino: tutti questi hanno studiato Panbio secondo i criteri di inclusione allineati alla nostra utenza del prodotto e hanno concluso numeri di percentuale di sensibilità molto vicini a quelli che riportiamo noi. Perciò ho detto che altri studi pubblicati ci risultano coerenti, ma non lo studio del professor Crisanti."

Sui test si sofferma anche il dott. **Domenico Mantoan**, Direttore Generale dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), fornendo la sua esperienza diretta di quando ricopriva l'incarico di Direttore Generale dell'Area Sanità e sociale della Regione Veneto, esprimendosi così:

"Credo che sia contenuto, adesso io vado a memoria, ma credo che sia contenuto nella relazione che vi ha dato la dottoressa Russo, però, quello che volevo, spero di riuscire a far capire, è questo: rispetto alla seconda ondata, dove molte cose erano chiare, durante la prima ondata sono apparsi sul mercato tutta una serie di altri test, test sierologici, test antigenici, test salivari, eccetera, eccetera, che erano una alternativa ai test molecolari.

Allora vorrei che fosse chiara una cosa: il test molecolare è il gold standard, non esiste niente di più preciso nel far diagnosi del test molecolare ma come ha dichiarato stamattina il professor Crisanti. Il test molecolare è così complesso, è così indaginoso, è così preciso che non è idoneo a essere usato per far screening; uso le sue parole: "Screening di comunità va bene l'antigenico".

Quindi, noi a un certo punto, avevamo due strade: o limitarci a fare x tamponi molecolari che le microbiologie del Veneto erano in grado di fare, con tutti i limiti del caso, cioè avevamo il limite delle macchine, il limite dei reagenti, il limite del personale, a un certo punto mi ricordo a Padova che… adesso c'è il dottor Flor forse potrà essere più preciso di me, a un certo punto le macchine erano talmente sotto pressione che se ne ruppero un paio e la microbiologia si fermò, quindi c'erano anche questi problemi.

Per cercare di aumentare la capacità, gli screening per mettere sotto controllo meglio le RSA, i nostri dipendenti, per fare screening di comunità, abbiamo utilizzato anche i test antigenici e anche i test sierologici."

La trattazione dell'argomento tamponi è proseguita con l'audizione del prof. **Massimo Clementi**, Direttore del laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'ospedale s. Raffaele di Milano.

Nel corso dell'audizione, il prof. Clementi ha fornito informazioni e chiarimenti su test molecolari e antigenici, precisando tra l'altro che "*il gold standard diagnostico in questa infezione è il test molecolare, ma il test molecolare non è in grado di darci quella rapidità di azione che in molti frangenti è richiesta"; si può vedere il test antigenico di ultima generazione in maniera integrata nei confronti del test molecolare: il test molecolare è più sensibile, più specifico, è il migliore dal punto di vista diagnostico, ma ha alcuni difetti: un difetto è quello di consentire una risposta sicura dopo un numero di giorni, soprattutto quando ci sono routine di grosse dimensioni, che a volte non è adeguato con quella che deve essere l'attività di in un pronto soccorso, o di valutazione di personale sanitario che è in una situazione di rischio. Quindi, se è così, deve essere affiancato da test che siano più rapidi [...], gestendo i due test in una maniera coordinata. Questa prospettiva è stata realizzata in maniera coerente dalla Regione Veneto. Il combinato uso di entrambi i test porta ad un risultato migliore sia in termini di tempo - il test antigenico abbrevia tantissimo il tempo rispetto al test molecolare consentendo di adottare le misure di profilassi e di terapia su un soggetto positivo molto prima - sia in termini di efficienza complessiva del sistema"*.

Interloquito dai consiglieri sull'affidabilità del test rapido antigenico confrontato con un test molecolare e se esistano studi sull'affidabilità dello stesso test rapido, si esprime così:

"(...) recentemente in alcuni studi è stata fatta un'interessante valutazione che è abbastanza in linea con quello che ha appena detto il dottor Mantoan. Si può vedere il test antigenico di ultima generazione, quello che è in grado di dare le migliori risposte in maniera integrata nei confronti del test molecolare. In che modo? Il test molecolare è il più sensibile, il più specifico, quello che è il migliore dal punto di vista diagnostico, ma ha alcuni difetti, tant'è che noi diciamo non esiste il test perfetto. Un difetto, è stato ricordato anche oggi, è quello di consentire una risposta sicura dopo un numero di giorni, soprattutto quando ci sono routine di grosse dimensioni, come abbiamo affrontato in tutti i laboratori importanti d'Italia, che a volte non affittano con quella che deve essere l'attività ad esempio di un pronto soccorso, ad esempio di valutazione di personale sanitario che è in situazione di rischio perché viene a contatto con soggetti infettanti. Quindi se è così deve essere affiancato il test molecolare da test che siano più rapidi. Quella che secondo me in maniera convincente è una valutazione che si sta facendo sempre più spesso è quella di gestire le due tipologie di test, se vogliamo chiamarli così, ma sono dei test che sono finalizzati allo stesso rilievo, in maniera coordinata, quindi affrontare i diversi problemi secondo una logica razionale di sfruttamento di quello che abbiamo in mano.

Non so se questo va incontro a quello che mi era stato richiesto. Io quello che adesso vedo è che questa prospettiva è stata fatta in maniera coerente attraverso alcuni passaggi della Regione Veneto, per quello che ho potuto vedere da esterno, da lontano."

E poi ancora il suo intervento prosegue:

"Sottolineare la sensibilità è importante, ma ancora più importante, e questo è stato visto con l'esperienza, perché si è visto quali sono i grandi pregi, ma anche qualche limite dei test molecolari. I test molecolari sono impegnativi, sono lenti, sono costosi anche in termini di impiego su popolazioni ampie e quindi la valutazione combinata e il risultato complessivo che si ottiene dal combinato disposto delle due metodologie utilizzate insieme. Per esempio, in una popolazione a bassa incidenza di infezione, io utilizzerei quasi sempre in prima battuta un test antigenico, perché ho il risultato subito, rilevo gli infettati e posso tenere sotto controllo quello che è un andamento dell'infezione.

È chiaro che già in un ambiente ospedaliero, se soprattutto voglio monitorare il personale, devo avere a disposizione magari entrambi i test e far seguire al risultato eventualmente negativo per confermarlo oppure per non confermarlo con un test molecolare se ha ottenuto un risultato negativo con un test antigenico; quindi, a mio avviso è più importante, ma non soltanto a mio avviso, sto dicendo quello che leggo anche su alcuni lavori internazionali. Cito un lavoro di settembre uscito sul Lancet che arriva proprio a questa conclusione, cioè il combinato uso di entrambi i test porta a un risultato migliore, sia in termini di tempo perché, ad esempio, il test antigenico abbrevia tantissimo il tempo rispetto al test molecolare.

Io posso prendere le misure anche su un positivo misure di profilassi e di terapia molto prima e in termini di costi e di efficienza complessiva del sistema."

Il dott. **Roberto Rigoli**, già Direttore di Microbiologia dell'Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana e coordinatore delle Microbiologie del Veneto interviene in audizione il 12 ottobre 2021 per parlare della sua esperienza sul campo ed in particolare del lavoro fatto dalla Rete delle Microbiologie del Veneto. Il dott. Rigoli cita un documento sottoscritto dai microbiologi ospedalieri e un documento delle Società scientifiche in merito all'uso dei tamponi:

"(...) noi abbiamo prodotto un documento il 25 gennaio 2021 che è firmato da tutti i componenti della rete. Questo documento è firmato anche dalla dottoressa Rossi che lavora dal professor Crisanti. Premetto che, ripeto, e lo ripeto all'infinito che, comunque Padova è rimasto il centro di riferimento e, comunque, quando facevamo le riunioni, alle riunioni erano invitate tutte le Microbiologie e alle riunioni c'era la dottoressa Rossi. Praticamente questo è un documento che

raccoglie le indicazioni di che cosa? Dell'OMS e dell'ESCMID[2], dei documenti europei che indicavano quando fare gli antigenici.

Inoltre, secondo me, è importante un documento che qua vi ho portato, che è la lettera che è stata firmata da tutte le società scientifiche in Italia, cioè sono sei società scientifiche che rappresentano i lavoratori di tutta Italia e a un certo punto qui che cosa si dice? Si dice: è noto - questo vale per tutti, ma compreso anche noi e lo ribadiamo e lo ripetiamo - che la biologia molecolare rimane il gold standard in assoluto.

Se noi abbiamo cercato delle alternative, le alternative le abbiamo cercate perché a un certo punto noi avevamo raggiunto veramente il massimo della produttività che potevamo ottenere nei nostri laboratori. È vero, prima sentivo, sono saltati degli strumenti, a Treviso ha preso fuoco uno strumento della biologia molecolare, perché gli strumenti della biologia molecolare non sono adatti, non sono nati per fare routine a elevata produttività, come ci siamo trovati a fare.

Per esempio, vi dico che a Treviso avevamo una produzione, prima della pandemia, di 3.700 test in biologia molecolare all'anno e ci siamo trovati a raggiungere punte di 4.000 test al giorno. Quindi ci siamo trovati in grande difficoltà.

Comunque la lettera, diciamo il documento firmato da tutte le società scientifiche dice: "È oggi noto come la sensibilità dei test antigenici sia inferiore rispetto ai test molecolari, considerato tuttora il gold standard della diagnosi. La sensibilità diagnostica appare inferiore in pazienti con bassa carica, mentre è sufficientemente alta in soggetti con alta carica virale, ovvero nelle fasi iniziali dell'infezione, quando la capacità di diffusione del virus è massima".

Quindi, questo perché, giustamente, noi dobbiamo capire se e quanti ne abbiamo persi di soggetti positivi ai quali noi abbiamo dato il test negativo con l'antigienico.

"Appare evidente, quindi, come la rapidità di risposta e la possibilità di applicazioni su grandi numeri siano i fattori determinanti per un'azione tempestiva ed efficace su larga scala, quando le azioni di screening sono mirate a identificare e isolare i principali diffusori di virus".

Quindi praticamente anche questo documento si concentra sul fatto di prendere in considerazione il fatto di utilizzare gli antigenici.

Noi abbiamo proposto nel documento quando usare gli antigenici, quando usare i molecolari, però quello che ribadisco è il fatto che noi non abbiamo abbassato la guardia sui molecolari, l'abbiamo

[2] Società europea di microbiologia clinica e malattie infettive

sempre tenuta alta e abbiamo aggiunto gli antigenici e questo ci ha permesso, ovviamente, di poter screenare una popolazione più ampia.".

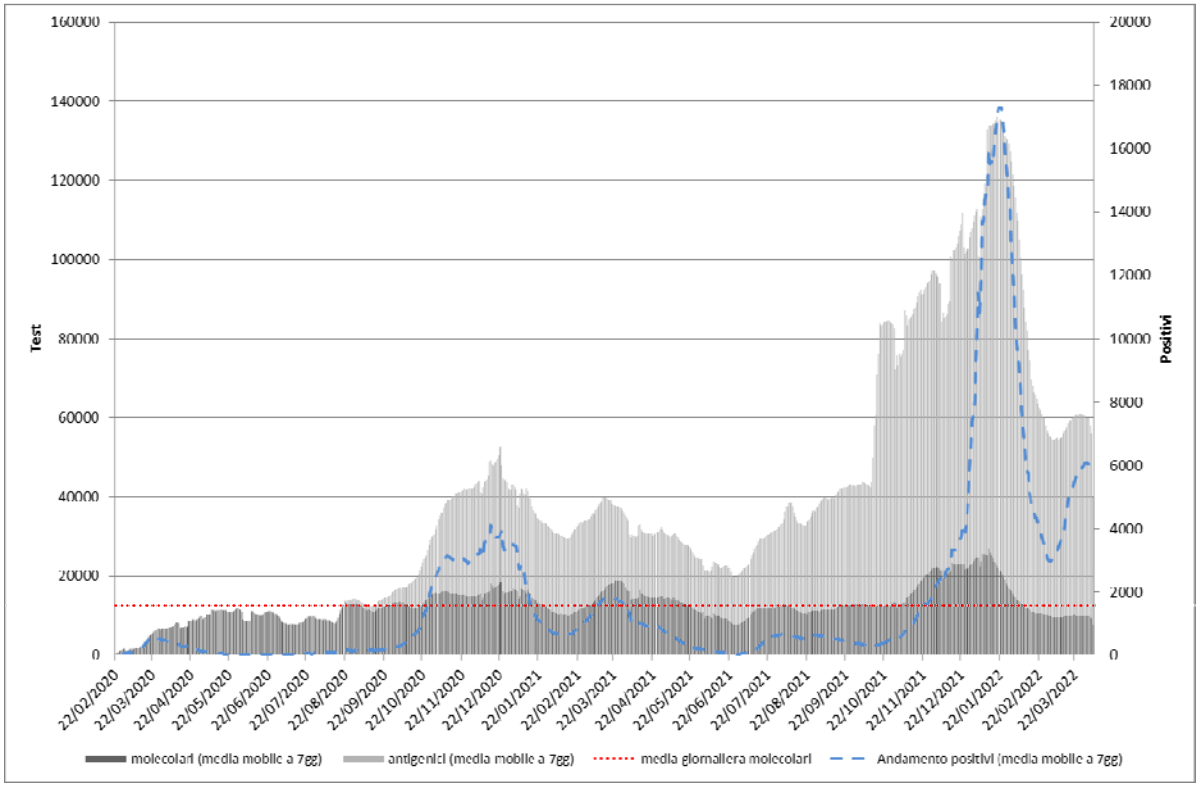
Relativamente al tema dei tamponi rapidi la dott.ssa Ricci nella seduta del 13 luglio 2021 ha affermato che "*l'efficacia di un test diagnostico non dipende solo dalle caratteristiche di quel test, cioè dalla sensibilità e dalla specificità del test, ma dipende anche dal modo in cui si utilizza*"; "*anche un test meno sensibile come un test rapido risulta più efficace se utilizzato con maggiore frequenza perché permette di intercettare casi positivi più precocemente*".

Il dott. **Roberto Volpe**, presidente di URIPA (Unione Regionale Istituti Per Anziani), interviene nella seduta del 17 giugno 2022 per portare la sua testimonianza diretta di come è stata affrontata la pandemia all'interno delle case di riposo.
Tocca anche il tema dell'utilizzo dei tamponi per gli operatori sanitari e per gli ospiti, esprimendosi così riguardo l'importanza e l'efficacia dei test rapidi:
"In realtà, i tamponi rapidi ci sono serviti tantissimo, perché hanno un tempo zero. Cioè, noi facevamo il tampone, eri negativo, entravi al lavoro. Il tampone molecolare aveva un tempo di attesa che in termini organizzativi per noi era impossibile. Cioè, tu entri oggi al lavoro, ti faccio il molecolare e torni a casa in attesa che arrivi l'esito per farti lavorare. E nel frattempo?"
"Si diceva: la differenza rapido e molecolare. Ma non avrei avuto i tempi di monitorare con il molecolare. La risposta del molecolare quando arriva? Noi facevamo screening ogni tre giorni con il rapido e ogni sette con il molecolare. Sono tempi tecnici. Intercettavi con quello, e ne abbiamo intercettati tantissimi."
"Il tampone rapido è servito….noi abbiamo avuto decine di molecolari che ci sono tornati indietro inevasi, cioè non rilevabili. Ricordo che nella prima ondata i tamponi molecolari restavano in laboratorio dieci giorni. Quindi, noi avevamo l'operatore, l'infermiere fermo a casa in attesa dell'esito. I molecolari venivano utilizzati a conferma dei rapidi e negli screening periodici."

Alcuni numeri dei test effettuati per la ricerca di SARS-CoV-2

Al fine di supportare con evidenze oggettive quanto sopra affermato in relazione all'utilizzo dei test antigenici rapidi in affiancamento ai test molecolari anche per il periodo in discussione, e non in loro sostituzione, per conseguire un indiscutibile potenziamento della capacità di testing, si riportano le seguenti elaborazioni (fonte dati: Azienda Zero).

Figura 1. Media mobile a 7 gg di tamponi molecolari e antigenici per data di somministrazione, dal 22/02/2020 al 05/04/2022.



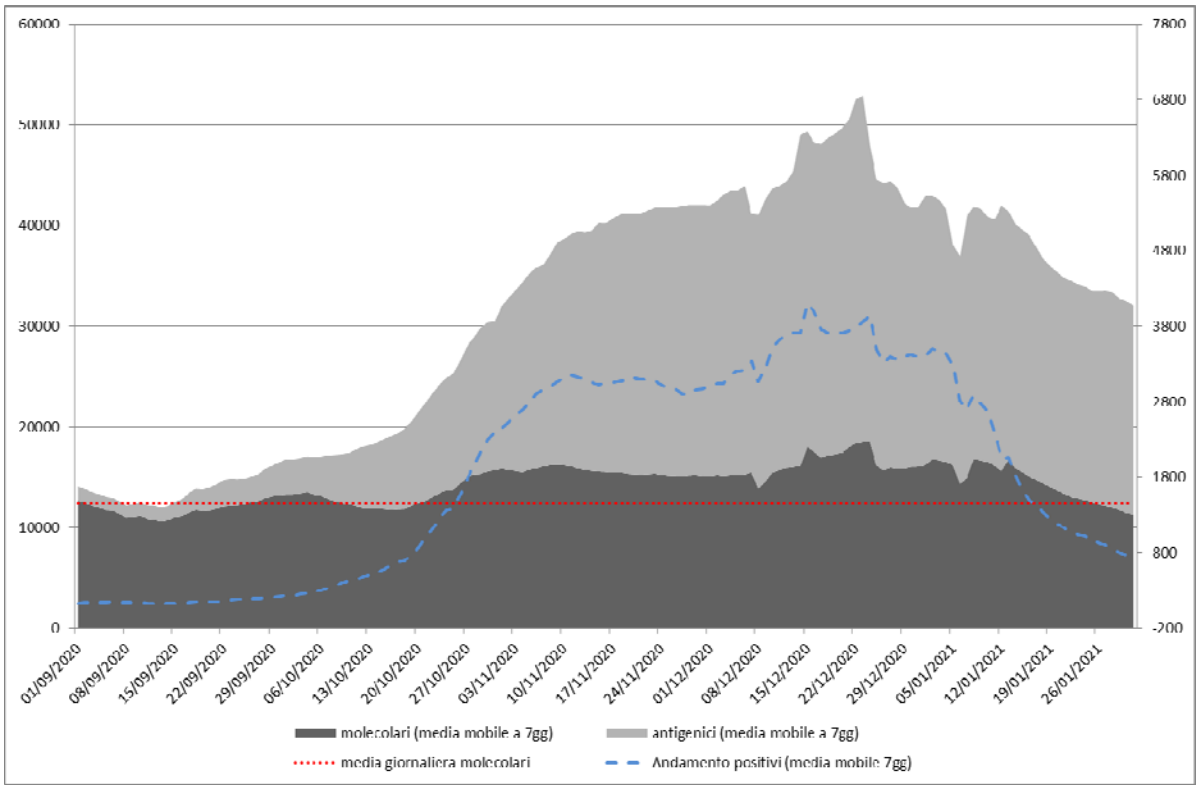
Dal grafico rappresentato in **Figura 1**, relativo all'intera pandemia COVID-19, si evince come in Regione Veneto sono sempre stati garantiti un numero costante di test molecolari (grigio scuro) durante tutto il periodo pandemico. In rosso è riportata la media settimanale dei test molecolari effettuati durante il periodo pandemico. Il numero quotidiano di test molecolari, durante i periodi di maggior circolazione virale, è sempre rimasto ai valori prossimi alla capacità complessiva totale dei laboratori di microbiologia.

Complessivamente, durante tutto l'arco della pandemia (il periodo preso in considerazione va dal 22/02/2020 al 05/04/2022) la media di test molecolari effettuati giornalmente è di circa 12.470, nel periodo in osservazione (dal 01/09/2020 al 31/01/2021) tale media è salita a 14.190 rappresentando non un decremento, ma addirittura un incremento rispetto ad altri periodi.

Dalla figura inoltre si evince come, con l'introduzione dei test antigenici rapidi, la capacità di testing complessiva della Regione si è notevolmente incrementata senza nessuna riduzione dei test molecolari. Tale strategia ha consentito di aumentare notevolmente il numero di persone che hanno potuto essere sottoposte a test con una più rapida identificazione di eventuali soggetti positivi per l'attuazione tempestiva delle necessarie misure di sanità pubblica.

Utilizzando come valori il numero di test giornaliero ogni 100.000 abitanti (ovvero il numero complessivi di test effettuati rapportato alla popolazione residente in Veneto) risulta che, sommando test molecolari e antigenici (in fase di avvio) tra febbraio 2020 e agosto 2020 si eseguivano circa 172,3 test ogni 100.000 abitanti al giorno, tale quota aumenta nel periodo discusso (settembre 2020 - gennaio 2021) con 651,2 tamponi giornalieri ogni 100.000 abitanti di cui 292,4 molecolari a sottolineare quanto appena espresso .Al 26 settembre 2022 facendo riferimento al Bollettino sulla situazione epidemiologica in Italia predisposto dal Ministero della Salute, se si confrontano il numero dei test in relazione al numero dei residenti, la Regione del Veneto è la Regione che ha effettuato il maggior numero di test diagnostici totali, seconda solo alla Provincia Autonoma di Bolzano. Per quanto riguarda i test molecolari si colloca tra le regioni che effettuano il maggior numero di test molecolari, seconda solo ad Emilia Romagna e Friuli Venezia Giulia (Veneto: 22.034, Emilia Romagna 22.645 e FVG 30.287; media italiana 16.414).

Figura 2. Focus periodo 01/09/2020 al 31/01/2021



Il grafico rappresentato in **Figura 2**, invece, rappresenta un approfondimento grafico di dettaglio sull'arco temporale in oggetto, dal quale risulta maggiormente evidente l'incremento sia dei test molecolari rispetto alla media dei test effettuati nell'arco dell'intera pandemia, sia dei test antigenici rapidi.

Le tabelle riportate di seguito, elaborate sulla base dati del Dipartimento della Protezione Civile, forniscono una rappresentazione della numerosità di tamponi totali, molecolari e antigenici rapidi, effettuati dalle Regioni e Province autonome, nel periodo compreso tra il 24 febbraio 2020 (inizio pandemia) e il mese di settembre 2022.

Sono stati presi in esame quattro periodi, evidenziando il numero di tamponi molecolari effettuati su 100.000 abitanti:

- 24 febbraio 2020 – gennaio 2021
- febbraio 2021 - dicembre 2021
- gennaio 2022-settembre 2022
- 24 febbraio 2020 -settembre 2022

È opportuno segnalare che fino al 14/01/2021 l'archivio dati della Protezione Civile riporta solo il numero dei tamponi molecolari, mentre distingue tra molecolari e antigenici a partire dal 15/01/2021.

24 febbraio 2020 - gennaio 2021

Regione/Provincia autonoma	Tamponi totali	Tamponi totali per 100.000 abitanti	Tamponi_test_molecolare totali	Tamponi_test_molecolare per 100.000 abitanti	Tamponi_test_antigenico_rapido totali	Tamponi antigenici per 100.000 abitanti
Italia	32.666.726	54.771,8	30.840.359	51.709,6	1.826.367	3.062,2
Italia senza Veneto	28.513.085	52.066,9	27.088.942	49.466,4	1.424.143	2.600,6
P.A. Trento	528.986	96.986,0	511.119	93.710,2	17.867	3.275,8
Friuli Venezia Giulia	1.146.864	95.079,5	1.111.452	92.143,7	35.412	2.935,8
P.A. Bolzano	497.235	93.352,2	425.065	79.802,8	72.170	13.549,4
Veneto	4.153.641	85.130,7	3.751.417	76.887,0	402.224	8.243,8
Umbria	629.140	72.301,2	595.305	68.412,9	33.835	3.888,3
Emilia-Romagna	3.103.697	69.525,4	2.986.157	66.892,4	117.540	2.633,0
Toscana	2.237.018	60.581,8	2.151.364	58.262,2	85.654	2.319,6
Valle d'Aosta	70.139	56.095,9	69.198	55.343,3	941	752,6
Lombardia	5.665.413	56.498,2	5.531.042	55.158,2	134.371	1.340,0
Liguria	862.130	56.539,6	820.447	53.805,9	41.683	2.733,6
Lazio	3.342.016	58.064,5	3.080.687	53.524,1	261.329	4.540,4
Abruzzo	690.016	53.326,7	621.655	48.043,5	68.361	5.283,2
Molise	137.879	45.880,8	137.681	45.814,9	198	65,9
Marche	690.203	45.628,1	664.718	43.943,3	25.485	1.684,8
Piemonte	2.072.804	48.079,3	1.882.944	43.675,5	189.860	4.403,9
Campania	2.432.221	42.579,8	2.406.121	42.122,9	26.100	456,9
Basilicata	211.624	38.250,8	209.904	37.939,9	1.720	310,9
Sardegna	580.215	36.002,0	570.328	35.388,5	9.887	613,5
Puglia	1.312.676	33.204,5	1.292.540	32.695,2	20.136	509,3
Sicilia	1.784.459	36.602,1	1.506.448	30.899,7	278.011	5.702,5
Calabria	518.350	27.366,4	514.767	27.177,2	3.583	189,2

febbraio 2021 - dicembre 2021						
Regione/Provincia autonoma	**Tamponi totali**	**Tamponi totali per 100.000 abitanti**	**Tamponi_test_molecolare totali**	**Tamponi_test_molecolare per 100.000 abitanti**	**Tamponi_test_antigenico_rapido totali**	**Tamponi antigenici per 100.000 abitanti**
Italia	107.470.880	181.427,7	42.516.778	71.775,0	64.954.102	109.652,7
Italia senza Veneto	92.053.864	169.321,3	37.975.277	69.850,7	54.078.587	99.470,6
P.A. Trento	1.314.764	242.502,1	268.130	49.455,3	1.046.634	193.046,8
Friuli Venezia Giulia	3.377.338	281.091,1	1.536.191	127.855,0	1.841.147	153.236,1
P.A. Bolzano	2.504.920	468.286,4	354.866	66.341,0	2.150.054	401.945,4
Veneto	15.417.016	316.582,2	4.541.501	93.257,9	10.875.515	223.324,3
Umbria	2.268.022	262.062,1	753.384	87.050,9	1.514.638	175.011,2
Emilia-Romagna	8.565.267	192.957,6	4.304.473	96.970,8	4.260.794	95.986,8
Toscana	6.900.829	186.869,2	3.296.948	89.278,9	3.603.881	97.590,4
Valle d'Aosta	287.242	231.480,6	56.521	45.548,8	230.721	185.931,9
Lombardia	19.273.466	193.090,8	7.476.583	74.904,0	11.796.883	118.186,8
Liguria	2.681.082	176.561,8	1.172.594	77.220,8	1.508.488	99.341,0
Lazio	9.573.683	167.068,3	3.813.394	66.546,7	5.760.289	100.521,6
Abruzzo	2.839.806	221.684,6	1.109.314	86.596,7	1.730.492	135.087,9
Molise	180.971	61.493,3	168.139	57.133,0	12.832	4.360,3
Marche	1.318.325	87.991,8	980.020	65.411,6	338.305	22.580,2
Piemonte	9.273.507	216.926,9	2.270.448	53.110,6	7.003.059	163.816,4
Campania	7.034.699	125.077,8	4.070.898	72.381,0	2.963.801	52.696,7
Basilicata	334.447	61.351,8	308.099	56.518,4	26.348	4.833,3
Sardegna	2.106.753	132.496,5	933.109	58.684,5	1.173.644	73.812,0
Puglia	4.449.845	113.118,9	2.034.139	51.709,6	2.415.706	61.409,3
Sicilia	6.622.200	137.000,5	2.317.756	47.949,9	4.304.444	89.050,6
Calabria	1.146.698	61.630,5	750.271	40.324,1	396.427	21.306,4

gennaio 2022-settembre 2022						
Regione/Provincia autonoma	**Tamponi totali**	**Tamponi totali per 100.000 abitanti**	**Tamponi_test_molecolare totali**	**Tamponi_test_molecolare per 100.000 abitanti**	**Tamponi_test_antigenico_rapido totali**	**Tamponi antigenici per 100.000 abitanti**
Italia	106.681.948	180.868,6	23.623.673	40.051,6	83.058.275	140.817,0
Italia senza Veneto	92.750.365	171.352,2	21.193.789	39.154,6	71.556.576	132.197,6
P.A. Trento	1.007.535	185.837,9	80.262	14.804,2	927.273	171.033,7
Friuli Venezia Giulia	2.628.570	219.542,4	988.196	82.535,7	1.640.374	137.006,7
P.A. Bolzano	2.384.074	444.977,5	136.624	25.500,3	2.247.450	419.477,2
Veneto	13.931.583	286.975,0	2.429.884	50.052,9	11.501.699	236.922,1
Umbria	1.802.427	209.688,9	357.503	41.590,8	1.444.924	168.098,1
Emilia-Romagna	6.194.644	139.776,7	2.769.810	62.498,3	3.424.834	77.278,3
Toscana	6.400.337	174.098,0	1.511.044	41.102,5	4.889.293	132.995,5
Valle d'Aosta	198.839	161.216,0	18.664	15.132,5	180.175	146.083,5
Lombardia	16.560.347	166.184,4	3.564.621	35.771,2	12.995.726	130.413,1
Liguria	2.735.987	181.499,1	598.449	39.699,7	2.137.538	141.799,4
Lazio	11.103.519	194.280,8	2.388.879	41.798,8	8.714.640	152.482,1
Abruzzo	3.310.534	259.922,9	754.200	59.215,2	2.556.334	200.707,7
Molise	415.288	142.824,0	177.421	61.017,9	237.867	81.806,2
Marche	1.522.156	102.172,6	362.580	24.337,7	1.159.576	77.834,9
Piemonte	8.070.745	189.798,1	897.141	21.097,9	7.173.604	168.700,2
Campania	9.478.447	169.540,1	2.724.311	48.729,5	6.754.136	120.810,6
Basilicata	690.603	127.889,7	170.864	31.641,5	519.739	96.248,1
Sardegna	2.420.996	153.307,1	646.334	40.928,4	1.774.662	112.378,6
Puglia	6.954.240	177.759,3	1.317.815	33.685,0	5.636.425	144.074,3
Sicilia	6.747.592	140.531,9	1.198.150	24.953,8	5.549.442	115.578,0
Calabria	2.123.485	115.119,9	530.921	28.782,7	1.592.564	86.337,2

24 febbraio 2020 -settembre 2022						
Regione/Provincia autonoma	**Tamponi totali**	**Tamponi totali per 100.000 abitanti**	**Tamponi_test_molecolare totali**	**Tamponi_test_molecolare per 100.000 abitanti**	**Tamponi_test_antigenico_rapido totali**	**Tamponi antigenici per 100.000 abitanti**
Italia	246.819.554	416.313,5	96.980.810	163.578,7	149.838.744	252.734,8
Italia senza Veneto	213.317.314	391.990,0	86.258.008	158.506,9	127.059.306	233.483,0
P.A. Trento	2.851.285	524.857,2	859.511	158.216,6	1.991.774	366.640,6
Friuli Venezia Giulia	7.152.772	595.234,1	3.635.839	302.564,6	3.516.933	292.669,6
P.A. Bolzano	5.386.229	**1.007.820,4**	916.555	171.497,1	4.469.674	**836.323,3**
Veneto	**33.502.240**	**688.232,7**	**10.722.802**	**220.277,3**	**22.779.438**	**467.955,4**
Umbria	4.699.589	543.265,5	1.706.192	197.233,3	2.993.397	346.032,3
Emilia-Romagna	17.863.608	401.884,8	10.060.440	**226.333,8**	7.803.168	175.551,0
Toscana	15.538.184	421.404,8	6.959.356	188.741,9	8.578.828	232.662,9
Valle d'Aosta	556.220	448.010,5	144.383	116.294,1	411.837	331.716,4
Lombardia	41.499.226	415.349,4	16.572.246	165.865,1	24.926.980	249.484,3
Liguria	6.279.199	413.944,1	2.591.490	170.839,0	3.687.709	243.105,1
Lazio	24.019.218	418.908,5	9.282.960	161.900,0	14.736.258	257.008,5
Abruzzo	6.840.356	533.206,8	2.485.169	193.719,3	4.355.187	339.487,5
Molise	734.138	248.697,6	483.241	163.703,4	250.897	84.994,2
Marche	3.530.684	235.342,5	2.007.318	133.800,5	1.523.366	101.542,0
Piemonte	19.417.056	453.724,6	5.050.533	118.017,4	14.366.523	335.707,2
Campania	18.945.367	335.770,2	9.201.330	163.075,9	9.744.037	172.694,3
Basilicata	1.236.674	226.444,1	688.867	126.136,6	547.807	100.307,5
Sardegna	5.107.964	320.526,8	2.149.771	134.899,0	2.958.193	185.627,8
Puglia	12.716.761	323.328,1	4.644.494	118.087,9	8.072.267	205.240,2
Sicilia	15.154.251	313.310,1	5.022.354	103.835,8	10.131.897	209.474,3
Calabria	3.788.533	202.982,6	1.795.959	96.224,2	1.992.574	106.758,4

CONCLUSIONI

Nel corso dell'audizione il Prof. Palù ha fornito elementi sull'utilizzo dei tamponi (molecolari e antigenici, che non sono un mezzo per proteggere la comunità, ma sono un sistema per fare diagnosi), sulla scarsa efficacia del tracciamento in caso di incidenza settimanale maggiore di 50 casi per 100.000 abitanti nonché sul tema degli asintomatici La percentuale di asintomatici o paucisintomatici è ancor alla data di ottobre 2021 del 90%; la differenza tra sintomatico e paucisintomatico è minima) e sul fatto che pur avendo l'Organizzazione Mondiale della Sanità inizialmente detto che il virus veniva trasmesso solo dai sintomatici (salvo poi cambiare posizione), gli studi che dimostravano che trasmettevano anche gli asintomatici sono dei primi di gennaio 2020, fatti da cinesi, con decine di migliaia di persone (non è stata una scoperta successiva).

Ha ricordato come il laboratorio dell'Azienda Ospedale Università Padova è stato uno dei primi in Italia ad aver sviluppato un test molecolare, così come è testimoniato, hanno sempre fatto per tutti i virus comparsi negli ultimi anni, grazie ad un gruppo strutturato e avviato dallo stesso prof. Palù

(Direttore del laboratorio di Padova fino al 2019) che aveva sempre a disposizione dei kit per sviluppare i test.

Il cardine della strategia regionale è sempre stato l'individuazione precoce di tutti i possibili soggetti positivi al SARS-CoV-2, anche asintomatici, per l'adozione tempestiva delle misure di sanità pubblica, anche rafforzando l'attività di contact tracing, adeguandola al contesto e creando una stretta sinergia tra Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Strutture Residenziali per Anziani. Inoltre è stato possibile perseguire questa strategia grazie alla contestuale introduzione, accanto ai test molecolari e non in loro sostituzione, dei test antigenici rapidi, che sono stati utilizzati nel rigoroso rispetto delle indicazioni di utilizzo internazionali e nazionali.

In Regione Veneto sono sempre stati garantiti un numero costante di test molecolari durante tutto il periodo pandemico. Il numero quotidiano di test molecolari, durante i periodi di maggior circolazione virale, è sempre rimasto ai valori prossimi alla capacità complessiva totale dei laboratori di microbiologia.
Complessivamente, durante tutto l'arco della pandemia (il periodo preso in considerazione va dal 22/02/2020 al 05/04/2022) la media di test molecolari effettuati giornalmente è di circa 12.470, nel periodo in osservazione (dal 01/09/2020 al 31/01/2021) tale media è salita a 14.190 rappresentando non un decremento, ma addirittura un incremento rispetto ad altri periodi.
Inoltre, con l'introduzione dei test antigenici rapidi, la capacità di testing complessiva della Regione si è notevolmente incrementata senza nessuna riduzione dei test molecolari. Tale strategia ha consentito di aumentare notevolmente il numero di persone che hanno potuto essere sottoposte a test con una più rapida identificazione di eventuali soggetti positivi per l'attuazione tempestiva delle necessarie misure di sanità pubblica.

La lettura dei dati della Protezione Civile dicono che la Regione Veneto nel periodo 24 febbraio 2020 – gennaio 2021 ha eseguito un numero di tamponi molecolari su 100.000 abitanti che la collocano dietro solo a provincia autonoma di Trento, Friuli Venezia Giulia e provincia autonoma di Bolzano.
Al fine di ampliare il più possibile la capacità di intercettare il virus la Regione, alla capacità di testing con tampone molecolare, ha aggiunto gli screening attraverso l'uso dei tamponi rapidi e dei test sierologici".

Il dato dell'elevatissima capacità di eseguire tamponi è confermato nell'intero periodo 24 febbraio 2020 – settembre 2022, con il Veneto che sta dietro solo alla provincia autonoma di Bolzano per il numero di tamponi totali, segue Friuli Venezia Giulia e Emilia-Romagna nei tamponi molecolari, mentre nei tamponi antigenici segue solo la provincia autonoma di Bolzano.

Quindi l'approccio seguito nell'uso dei test rapidi "è una approccio né più né meno che coerente con quelle che erano le linee guida e con quella che è stata in seguito la letteratura internazionale".

In tal senso si veda la circolare del Ministero della Salute n. 0035324 del 30/10/2020 relativa a "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica", che così disponeva:

"Alla luce delle evidenze al momento disponibili, della situazione epidemiologica e della necessità di garantire test in tempi compatibili con le diverse esigenze di salute pubblica, è fondamentale una scelta appropriata tra i test disponibili in funzione delle diverse strategie per la identificazione di infezione da SARSCoV-2. Come riportato da altre esperienze, infatti, l'elevata sensibilità e specificità dei test non possono rappresentare l'unico criterio nella scelta del tipo di test da utilizzare nell'ambito di una strategia che prevede non solo la diagnosi clinica in un preciso momento ma anche la ripetizione del test all'interno di una attività di sorveglianza che sia sostenibile e in grado di rilevare i soggetti positivi nel loro reale periodo di contagiosità. Rimane essenziale la rapidità di diagnosi nei soggetti con sospetto clinico e/o sintomatici e dei contatti per controllare il focolaio limitando la diffusione del virus avvalendosi di quarantena e isolamento.

Appaiono quindi importanti per la valutazione della scelta del test da utilizzare diversi parametri come, ad esempio:

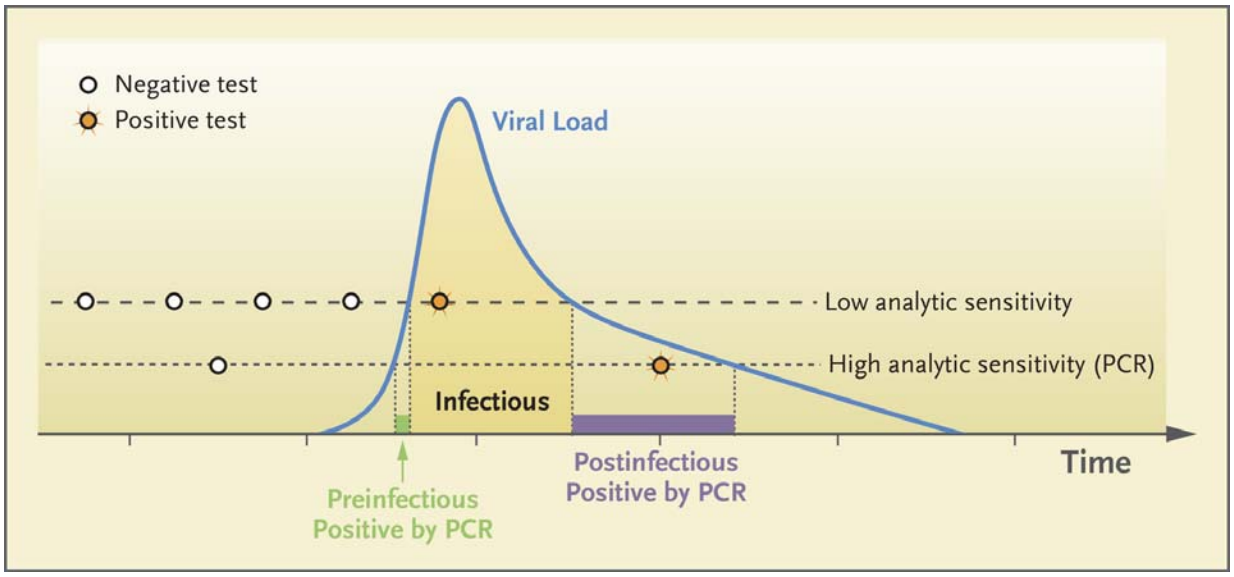
- i tempi di esecuzione del test (alcune ore per i test molecolari, contro i 15-30 minuti di un test antigenico rapido ad esempio);
- la necessità di personale specializzato e di strumentazione dedicata disponibile solo in laboratorio vs. piccole strumentazioni portatili da utilizzare ovunque;
- i costi da affrontare per una politica basata sulla ripetizione dei test; il trasporto dei campioni vs l'esecuzione in loco;
- l'accettabilità del test da parte dei soggetti per l'invasività del test; la facilità di raccolta del campione;
- l'addestramento necessario a raccogliere/processare i campioni;
- la disponibilità dei reagenti; la stabilità dei campioni."

Gli editoriali pubblicati sulle riviste scientifiche **The New England Journal of Medicine** (30 settembre 2020) e **The Lancet** (17 febbraio 2021) portano a considerazioni positive sull'utilizzo dei test antigenici rapidi in ambito di sorveglianza:

"Ripensare la sensibilità del test Covid-19: una strategia per il contenimento" (**The New England Journal of Medicine**, 30 settembre 2020)
https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmp2025631

L'articolo parte dal presupposto che è tempo di cambiare il modo in cui pensiamo alla sensibilità dei test per il Covid-19. Contestualizzandolo al tempo in cui è stato scritto, l'articolo, si propone di consolidare un'alternativa al test clinico, molecolare al tempo il più utilizzato. L'assunto scientifico è che i test utilizzati per la *sorveglianza* devono restituire rapidamente i risultati, essere economici e facili da eseguire, per poter aumentare la frequenza del test. Viceversa il test molecolare (PCR), pur essendo il test di riferimento, non è efficace in regime di sorveglianza. Inoltre, sulla base degli studi Centers for Disease Control and Prevention (CDC), si arriva alla conclusione che i test diagnostici molecolari, utilizzati in regime di sorveglianza, falliscono come filtri Covid. Efficaci come filtro Covid sono invece i test antigenici a flusso laterale rapido. Viene consigliato di utilizzare una combinazione di test PCR e test antigenici, per mitigare i focolai.
Traduzione dal testo in inglese: "*La domanda chiave non è quanto bene le molecole possano essere rilevate in un singolo campione, ma quanto efficacemente le infezioni possano essere rilevate in una popolazione mediante l'uso ripetuto di un determinato test come parte di una strategia di test complessiva: la sensibilità del regime di test (...) Abbiamo urgentemente bisogno di spostare la nostra attenzione da un focus ristretto sulla sensibilità analitica di un test (il limite inferiore della sua capacità di rilevare correttamente piccole concentrazioni di molecole in un campione) alla misura più rilevante della sensibilità di un regime di test per rilevare le infezioni (la probabilità che le persone infette scoprano di essere infette in tempo per essere filtrate dalla popolazione e prevenire la diffusione ad altri). Un test point of care che fosse abbastanza economico da essere utilizzato frequentemente avrebbe un'elevata sensibilità per rilevare le infezioni in tempo per agire.*"

Di seguito si riporta il *diagramma* esplicativo del concetto suesposto:



Test ad alta frequenza con bassa sensibilità analitica rispetto a test a bassa frequenza con alta sensibilità analitica.

La traiettoria dell'infezione di una persona (linea blu) è mostrata nel contesto di due regimi di sorveglianza (cerchi) con diversa sensibilità analitica. Il test a bassa sensibilità analitica viene somministrato frequentemente e il test ad alta sensibilità analitica raramente. Entrambi i regimi di test rilevano l'infezione (cerchi arancioni), ma solo il test ad alta frequenza lo rileva durante la finestra di trasmissione (ombreggiatura), nonostante la sua minore sensibilità analitica, che lo rende un filtro più efficace. La finestra durante la quale la reazione a catena della polimerasi (PCR) rileva le infezioni prima dell'infettività (verde) è breve, mentre la corrispondente finestra postinfettiva ma rilevabile tramite PCR (viola) è lunga.

L'autorizzazione all'uso in emergenza (EUA) di Abbott Binax NOW (test antigenico rapido) da parte della Food and Drug Administration viene giudicato un passo nella giusta direzione e se ne auspica lo sviluppo per aumentare il regime di sorveglianza a livello di comunità per SARS-CoV-2. La conclusione dell'articolo è che un uso frequente di test economici, semplici e rapidi raggiungerà lo scopo di fornire i migliori filtri anti Covid, anche se le loro sensibilità analitiche sono di gran lunga inferiori a quelle dei test benchmark. Un tale regime può aiutarci a fermare il Covid sui suoi passi.

Traduzione dal testo in inglese: "*L'autorizzazione all'uso d'emergenza (EUA) rilasciata dalla FDA alla fine di agosto di Abbott BinaxNOW, il primo test antigenico rapido che non richiede strumentazione a ricevere un'EUA, è stato un passo nella giusta direzione. Il processo di approvazione ha sottolineato l'elevata sensibilità del test per identificare le persone quando è più probabile che la loro infezione sia trasmissibile, riducendo così il limite di rilevamento richiesto di due ordini di grandezza rispetto al benchmark PCR. Questi test rapidi devono essere sviluppati e approvati per l'uso a casa, per consentire veri regimi di sorveglianza a livello di comunità per SARS-COV2.*

"Chiarire le prove sui test rapidi dell'antigene SARS-CoV-2 nelle risposte di salute pubblica a COVID-19" (**The Lancet**, 17 febbraio 2021)

L'articolo vuole confutare le critiche che sono state rivolte all'uso del test antigenico a flusso laterale rapido (LFT) per *SARS-CoV-2,* mettendone in risalto la bontà delle capacità diagnostiche e di miglioramento delle misure di controllo del COVID-19. Al test molecolare (PCR) è riconosciuta una valenza di potente test clinico, ma non di essere anche il gold standard appropriato in funzione di salute pubblica. L'argomentazione forte è connessa alla rapidità diagnostica del test antigenico che interviene nel momento di maggiore contagiosità del soggetto, rispetto al test PCR il cui esito arriverebbe quando ormai l'individuo è post infettivo.

MORTALITA'

Di mortalità parla la dott.ssa **Francesca Russo**, Direttore della Direzione Prevenzione della Regione Veneto nella seduta del 13 luglio 2021, specificando che i dati ci dicono che in tutta Italia c'è stato un eccesso di mortalità rispetto a quello che viene preso come periodo di riferimento (il triennio precedente), segnatamente nella cosiddetta "seconda ondata", ma che il Veneto sta al di sotto della media nazionale e al di sotto di altre Regioni simili, confrontabili:

"Ma, a parte la Lombardia che ha una storia diversa, vedete che tutte le Regioni e le Province autonome hanno avuto nella seconda ondata, che poi praticamente qui abbiamo messo fino a dicembre, ma si è anche verificato che alcune Regioni hanno avuto un inizio e un termine della seconda ondata che è stato leggermente posticipato rispetto a quello che è successo nella Regione Veneto, cioè noi abbiamo cominciato da ottobre e finito a dicembre, mentre altri hanno iniziato a novembre-dicembre e finito a gennaio-febbraio. Quindi o il virus presenta praticamente questa stessa curva; vedete le curve delle varie Regioni, non le abbiamo messe proprio tutte, ma ce le avete nel report e questo mette in evidenza come la seconda ondata, per le caratteristiche che abbiamo detto prima, è stata importante, questa è la mortalità, per tutte le Regioni.

Poi volevo farvi vedere questo che mette praticamente tutte le Regioni a confronto, questo per tutta la pandemia (...) E vedete come praticamente questo tasso di letalità si presenta nelle varie Regioni e questo è il totale. Questo qui è il Veneto e sicuramente rispetto all'Emilia Romagna, alla Liguria, alla Valle d'Aosta, eccetera si presenta, ma lo vedete meglio in questo grafico, praticamente sicuramente tra le Regioni che fortunatamente hanno avuto meno mortalità rispetto a quelle che troviamo, vedete la Lombardia, poi l'Emilia Romagna, eccetera, invece nella seconda parte del grafico.

Questo invece serve a rappresentare una cosa che è contenuta anche nella reportistica, questo praticamente che vedete, questa curva che vedete in verde è il numero dei tamponi e questo invece è il tasso di letalità. Praticamente questa reportistica, che ha analizzato tutti i dati di tutte le Regioni, mette in evidenza come nelle Regioni, nelle aree dove si sono eseguiti un maggior numero di tamponi, e quindi c'è stata una maggiore attività di testing proprio per individuare più casi possibili, questo è inversamente proporzionale a quella che è la letalità e questo perché? Perché isolando più precocemente diciamo i soggetti e prendendo l'incarico anche a livello domiciliare più frequentemente questo ha determinato una minore letalità."

E prosegue ancora:

"Poi per quanto riguarda la mortalità. Forse sono stata fraintesa all'inizio della mia presentazione. Intanto il documento sul case fatality rate, che ho presentato, è un documento dell'Istituto Superiore di Sanità, che vi ho fornito: è un documento che classifica la mortalità sulla base della diretta correlazione fra soggetti che sono morti perché contagiati e confronta praticamente tutte le Regioni. Io non credo di aver detto che la situazione della mortalità in Veneto sia stata una situazione ottimale, perché anche un decesso rappresenta un grave problema, ho soltanto detto che la forza del virus - lo ripeto perché non sono stata chiara evidentemente – che si è manifestata in Regione Veneto, si è manifestata in tutte le Regioni.

Infatti potete vedere – il documento ce l'avete – che la seconda ondata, per i dati che sono stati mandati da tutte le Regioni all'Istituto Superiore di Sanità e vi ricordo che all'Istituto Superiore di Sanità sono le ULSS che mandano direttamente le schede di morte, non passano attraverso la Direzione Prevenzione, elaborando i dati, hanno visto che è la seconda ondata ha portato ad una mortalità presente in tutte le Regioni in maniera più evidente rispetto alla prima, perché l'incidenza è stata molto alta.

Nella classificazione delle Regioni sia per letalità che per eccesso di mortalità ci sono i grafici che meglio descrivono quello che io sto dicendo, quindi nessun tentativo (...) di sottostimare quello che è stato l'impatto in termini di soggetti sintomatici, di disagio dei soggetti in quarantena e purtroppo anche dei morti che il virus ha determinato."

Per una migliore comprensione si riporta di seguito un estratto dei documenti tratti da The Lancet e ISS, per completare e documentare quanto emerso in seduta:

"COVID-19 Excess Mortality Collaborators. Estimating excess mortality due" to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality,* 2020-21. *(The Lancet marzo 2022)

Nel marzo 2022 è stato pubblicato, sulla prestigiosa rivista scientifica internazionale *The Lancet,* uno studio che ha analizzato l'eccesso di mortalità durante l'intero periodo della pandemia da COVID-19 nei diversi paesi del mondo (1gennaio2020 - 31 dicembre 2021), che è un'ulteriore conferma dell'efficacia della strategia regionale.

Tra le varie analisi, lo studio, per il contesto italiano, riporta il dato di ogni singola Regione/Provincia Autonoma.

Lo studio analizza l'eccesso di mortalità, che rappresenta un indicatore rappresentativo dell'impatto della pandemia da COVID-19. L'eccesso di mortalità è definito come la differenza tra il numero di

decessi (per tutte le cause) registrati durante la pandemia e il numero di decessi atteso sulla base del dato storico degli anni prima della pandemia.

Al fine di rendere i dati confrontabili tra i diversi paesi e le diverse regioni, gli autori hanno rapportato il dato relativo all'eccesso di mortalità alla popolazione residente: per l'Italia è stato calcolato un eccesso di mortalità pari a 227,4 (CI 212,0 - 242, 5) ogni 100.000 abitanti, mentre per il Veneto è stato calcolato un eccesso di mortalità pari a 177,5 (CI 164,0 – 190,7) ogni 100.000 abitanti, tra i valori più bassi tra tutte le Regioni (valore inferiore a Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta), come indicato nella tabella riportata di seguito, estratta dall'articolo.

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Lower Saxony	6810	42·3	14 300 (12 300 to 15 600)	88·5 (76·3 to 97·0)	2·09 (1·80 to 2·29)
Mecklenburg-Western Pomerania	1470	44·9	3410 (2920 to 3810)	104·0 (89·0 to 116·3)	2·32 (1·98 to 2·59)
North Rhine-Westphalia	20 300	55·8	42 300 (40 200 to 44 000)	116·5 (110·7 to 121·1)	2·09 (1·98 to 2·17)
Rhineland-Palatinate	4620	56·1	8530 (7430 to 9220)	103·5 (90·2 to 111·9)	1·85 (1·61 to 2·00)
Saarland	1240	61·5	2290 (2090 to 2440)	113·0 (103·2 to 120·3)	1·84 (1·68 to 1·96)
Saxony	12 800	154·4	16 800 (15 500 to 18 100)	202·0 (187·0 to 218·0)	1·31 (1·21 to 1·41)
Saxony-Anhalt	4250	93·0	6400 (5950 to 6830)	140·3 (130·3 to 149·6)	1·51 (1·40 to 1·61)
Schleswig-Holstein	1880	32·4	4520 (3820 to 5090)	77·7 (65·8 to 87·6)	2·40 (2·03 to 2·70)
Thuringia	5840	132·4	8140 (7520 to 8770)	184·6 (170·4 to 198·9)	1·39 (1·29 to 1·50)
Greece	20 800	104·1	25 400 (23 400 to 27 400)	127·1 (117·0 to 137·2)	1·22 (1·12 to 1·32)
Iceland	37	5·6	–314 (–703 to 11)	–47·8 (–107·1 to 1·6)	–8·49 (–19·01 to 0·29)
Ireland	5910	63·5	1170 (84 to 2330)	12·5 (0·9 to 25·0)	0·20 (0·01 to 0·39)
Israel	8240	45·3	9280 (7860 to 10 600)	51·0 (43·2 to 58·2)	1·13 (0·95 to 1·28)
Italy	137 000	120·6	259 000 (242 000 to 276 000)	227·4 (212·0 to 242·5)	1·89 (1·76 to 2·01)
Abruzzo	2640	106·4	4570 (4040 to 5130)	184·2 (162·7 to 206·9)	1·73 (1·53 to 1·94)
Basilicata	634	60·2	1700 (1360 to 2040)	161·9 (128·9 to 193·9)	2·69 (2·14 to 3·22)
Calabria	1610	44·3	6920 (6180 to 7670)	190·0 (169·8 to 210·5)	4·29 (3·83 to 4·75)
Campania	8470	77·8	18 600 (17 300 to 19 900)	170·6 (159·2 to 182·6)	2·19 (2·04 to 2·35)
Emilia-Romagna	14 200	164·8	19 900 (18 600 to 21 100)	230·2 (215·7 to 244·7)	1·40 (1·31 to 1·48)
Friuli-Venezia Giulia	4210	184·0	5060 (4610 to 5610)	221·1 (201·3 to 245·0)	1·20 (1·09 to 1·33)
Lazio	9270	85·5	18 400 (17 100 to 19 600)	169·4 (158·0 to 180·8)	1·98 (1·85 to 2·11)
Liguria	4580	158·0	9840 (9410 to 10 300)	339·2 (324·4 to 356·0)	2·15 (2·05 to 2·25)
Lombardy	35 100	185·9	59 500 (56 600 to 62 000)	315·1 (300·1 to 328·5)	1·70 (1·61 to 1·77)
Marche	3240	109·6	7400 (6790 to 8040)	250·0 (229·5 to 271·5)	2·28 (2·09 to 2·48)
Molise	512	90·0	1900 (1780 to 2070)	334·5 (312·1 to 363·1)	3·72 (3·47 to 4·03)
Piedmont	12 000	146·0	27 100 (25 600 to 28 700)	328·9 (310·6 to 347·5)	2·25 (2·13 to 2·38)
Provincia autonoma di Bolzano	1300	130·5	1670 (1430 to 2040)	167·3 (143·0 to 203·7)	1·28 (1·10 to 1·56)
Provincia autonoma di Trento	1420	136·4	1790 (1580 to 2030)	172·2 (151·4 to 194·4)	1·26 (1·11 to 1·42)
Puglia	6990	91·7	17 700 (16 300 to 19 000)	232·1 (214·0 to 249·6)	2·53 (2·33 to 2·72)
Sardinia	1730	56·3	4670 (4090 to 5320)	152·3 (133·2 to 173·3)	2·70 (2·36 to 3·08)
Sicily	7500	79·3	19 400 (18 000 to 20 600)	204·5 (189·7 to 218·0)	2·58 (2·39 to 2·75)
Tuscany	7590	107·5	12 700 (11 700 to 13 800)	179·6 (165·4 to 195·0)	1·67 (1·54 to 1·81)
Umbria	1500	87·2	3180 (2960 to 3440)	184·5 (171·7 to 199·7)	2·11 (1·97 to 2·29)
Aosta Valley	488	204·2	713 (572 to 840)	298·3 (239·5 to 351·7)	1·46 (1·17 to 1·72)
Veneto	12 400	132·5	16 600 (15 300 to 17 800)	177·5 (164·0 to 190·7)	1·34 (1·24 to 1·44)
Luxembourg	915	76·0	1070 (685 to 1400)	89·2 (56·8 to 116·4)	1·17 (0·75 to 1·53)
Malta	476	58·2	735 (528 to 925)	89·9 (64·6 to 113·0)	1·54 (1·11 to 1·94)
Monaco	38	53·1	53 (40 to 62)	74·4 (55·5 to 86·3)	1·40 (1·04 to 1·63)
Netherlands	21 400	65·8	45 500 (42 700 to 48 000)	140·0 (131·3 to 147·6)	2·13 (2·00 to 2·24)
Norway	1300	12·8	742 (–4 to 1630)	7·2 (–0·0 to 15·9)	0·57 (–0·00 to 1·25)

(Table continues on next page)

Si evidenzia che, secondo gli autori dell'articolo, tra le Regioni del Nord Italia solo per le due Province Autonome di Trento e Bolzano è stato calcolato un valore di poco inferiore a quello calcolato per il Veneto.

Lo studio evidenzia come in tutto il mondo si sia registrato un eccesso di mortalità rispetto al periodo prepandemico e che tale eccesso è verosimilmente associato in larga parte all'infrazione da SARS-CoV-2.

Per approfondire ulteriormente questo fenomeno gli autori hanno valutato quanto dell'eccesso di mortalità è spiegato dal numero di decessi per i quali è stata effettuata una diagnosi di COVID-19 tramite test diagnostico.

Tale analisi è quindi sintetizzata dal rapporto tra l'eccesso di mortalità durante il periodo pandemico (per tutte le cause) e i decessi effettivamente diagnosticati come COVID-19. Questo rapporto è stato calcolato essere pari a 1,89 (CI 1,76 - 2,01) per l'Italia mentre in Regione Veneto tale rapporto è stato calcolato pari a 1,34 (CI 1,24 – 1,44) tra i più bassi di tutte le Regioni (valore inferiore a Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta).

Si precisa che più basso è il valore di questo rapporto, maggiore è stata la capacità della Regione di individuare correttamente i decessi associati a COVID-19, proprio grazie alla capacità di effettuare un test al fine di confermare la diagnosi di infezione (sia a livello ospedaliero che territoriale). Di conseguenza, più alto è il rapporto calcolato, più il numero complessivo dei decessi dichiarati associati a COVID-19 è potenzialmente sottostimato rispetto all'eccesso di mortalità valutato sulla base del dato storico.

In sintesi tale dato evidenzia come in Regione Veneto, oltre ad aver riportato un eccesso di mortalità inferiore rispetto a gran parte delle altre Regioni italiane, si sia riusciti ad attribuire correttamente al COVID-19 un numero di decessi molto più completo rispetto a molte altre realtà.

Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021 "Il case fatality rate dell'infezione SARS-COV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia" versione del 20 gennaio 2021:

dalla **Figura 3**, che rappresenta la distribuzione dei decessi a livello regionale nel periodo 21 febbraio 2020 – 13 gennaio 2021, si evince che la seconda ondata non ha avuto lo stesso inizio e lo stesso termine nelle varie regioni: in Regione Veneto da ottobre fino a dicembre, altre Regioni hanno iniziato a novembre-dicembre 2020 e finito a gennaio-febbraio 2021.
Inoltre la distribuzione dei decessi nel tempo non è comunque omogenea tra le regioni. Molte di queste, in particolare quelle centro-meridionali, dove la diffusione dell'infezione SARS-COV-2 era stata relativamente limitata durante la prima fase dell'epidemia, mostrano una curva dei decessi con picchi più elevati in corrispondenza della seconda ondata.

Figura 7 rappresenta il Case Fatality Rate (CFR), inteso come la percentuale di decessi sul numero totale di casi identificati, indicante la percentuale sia grezza che aggiustata per sesso ed età, e quindi confrontabile, di decessi entro 30 giorni dalla diagnosi per ogni regione. Si osserva che la percentuale di decessi rilevata nella Regione Veneto è inferiore ad altre Regioni e soprattutto è inferiore al valore complessivo nazionale.

Figura 8 mostra come il Case Fatality Rate (CFR) standardizzato settimanale appare negativamente correlato con il numero settimanale di tamponi effettuati, suggerendo che all'aumentare di quest'ultimo abbia corrisposto, specialmente nella prima fase dell'epidemia un aumento della capacità di tracciamento di casi asintomatici e paucisintomatici con conseguente riduzione del CFR.

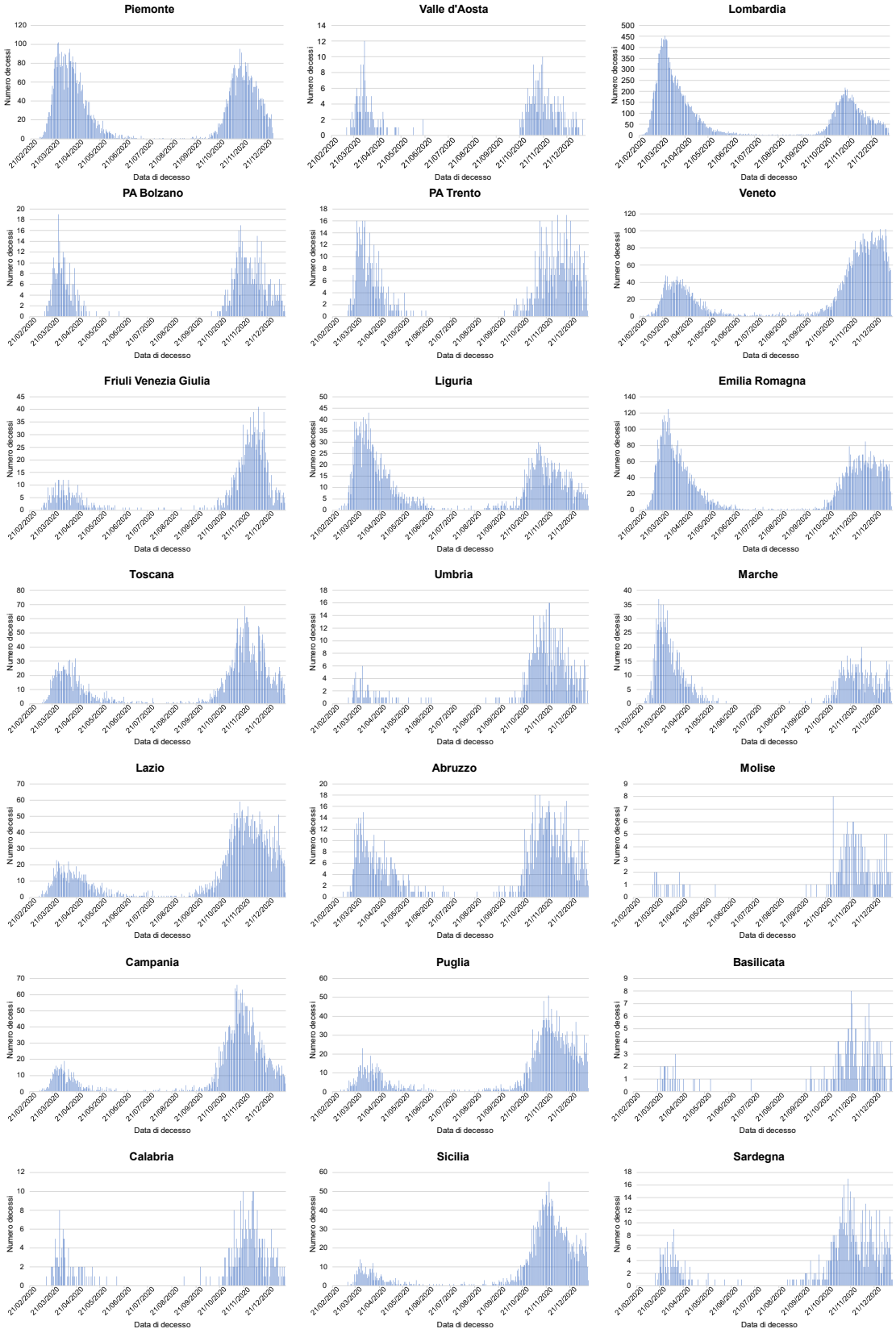
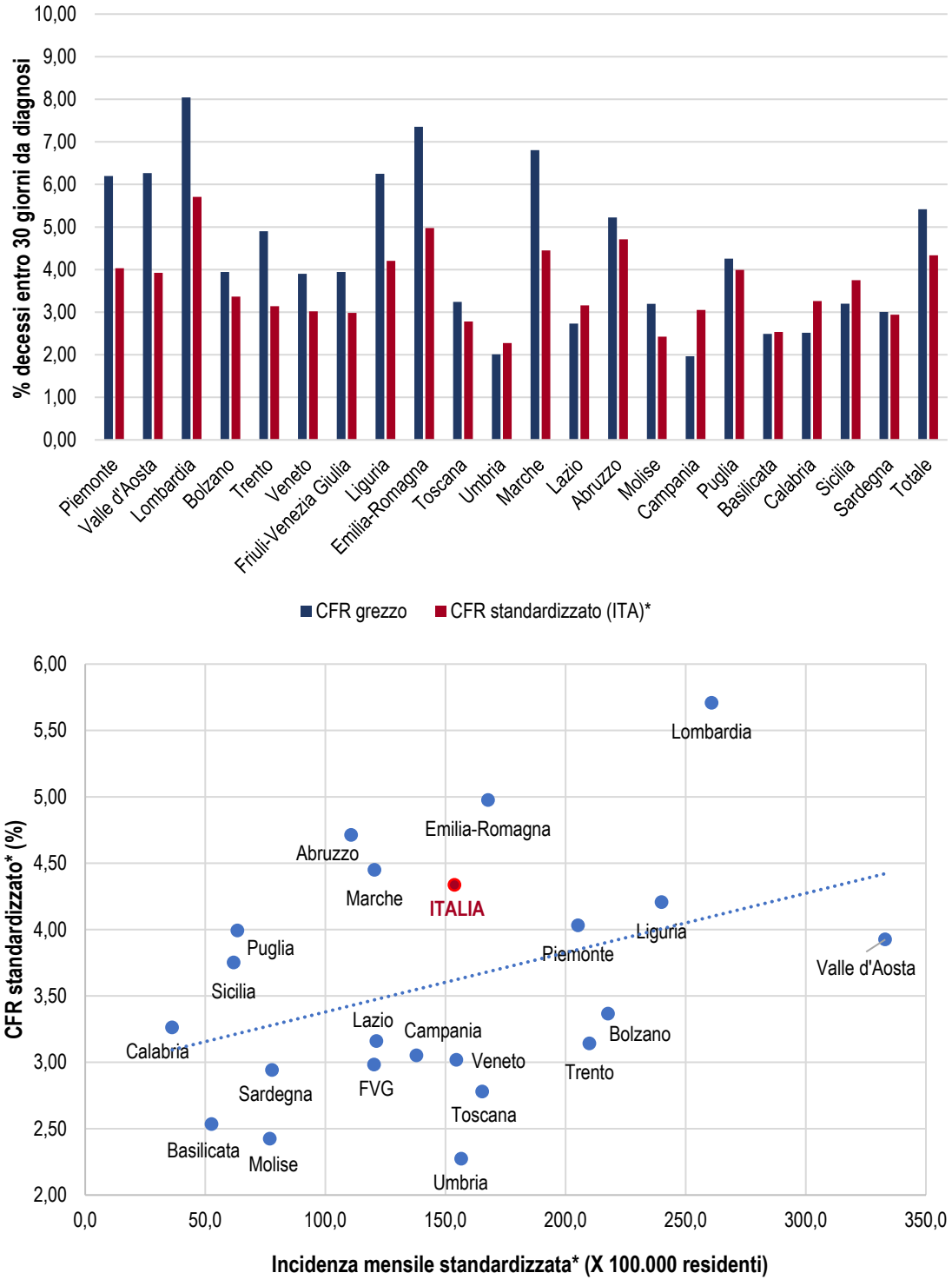


Figura 3. Distribuzione dei decessi a livello regionale nel periodo 21 febbraio 2020 – 13 gennaio 2021

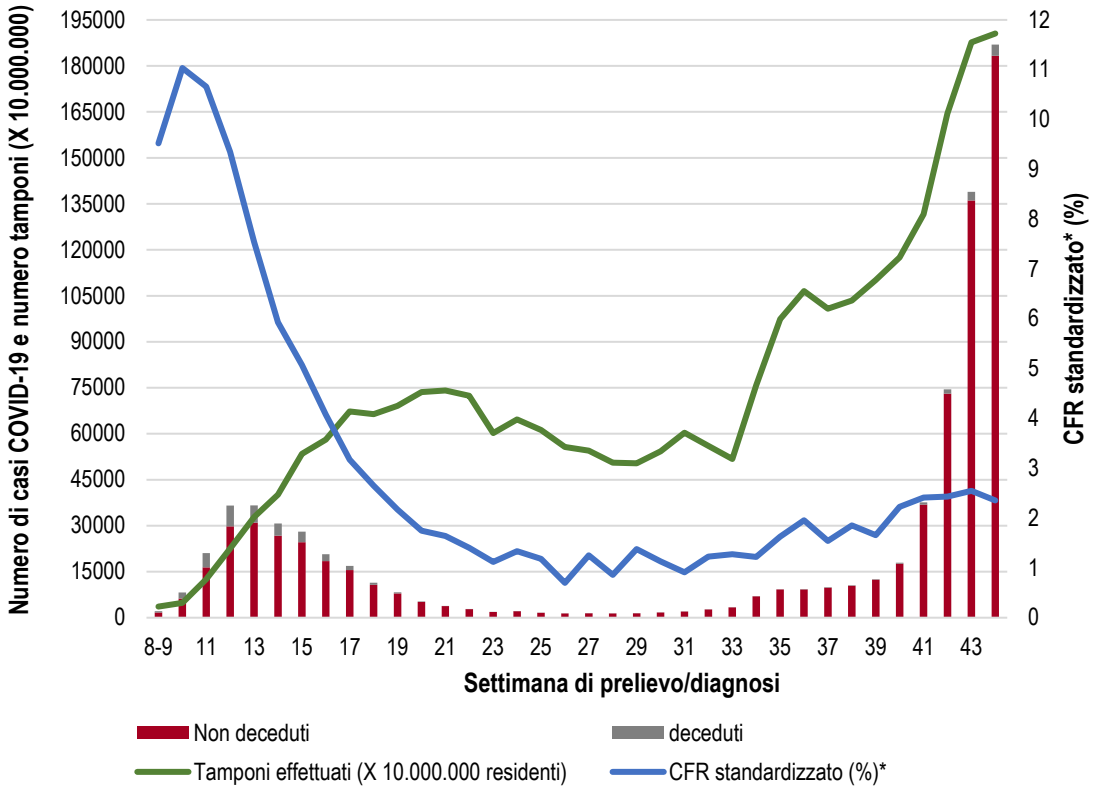


* Incidenza e CFR standardizzati per sesso e classe di età
utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 7. CFR standardizzato per sesso e classe di età e relazione con l'incidenza standardizzata

Infine, la Figura 8 mostra come il CFR standardizzato settimanale appare negativamente correlato con il numero settimanale di tamponi effettuati (r=-0,493), suggerendo che all'aumentare di quest'ultimo abbia

corrisposto, specialmente nella prima fase dell'epidemia, un aumento della capacità di tracciamento di casi asintomatici e paucisintomatici con conseguente riduzione del CFR.



* CFR standardizzato per sesso e classe di età utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 8. Trend settimanale del CFR e del numero di tamponi molecolari effettuati (20 febbraio – 31 ottobre 2020)

Nell'interpretare le differenze regionali di CFR è importante tenere in considerazione la tempistica con cui l'epidemia si è manifestata nei diversi ambiti territoriali. L'epidemia ha colpito prevalentemente l'area settentrionale del Paese durante la prima ondata (febbraio-maggio), per poi estendersi più diffusamente sull'intero territorio nazionale nelle fasi successive.

In base alla Tabella 7, dove è riportata per ciascuna Regione/PA la distribuzione relativa del numero casi diagnosticati nelle diverse fasi, è possibile osservare come il 39% dei casi diagnosticati nelle Regioni del Nord Italia sia riferibile alla prima fase dell'epidemia, in contrasto con il 19% e 13% osservato rispettivamente nelle Regioni dell'Italia centrale e in quelle del Sud Italia.

Questa disparità nella distribuzione dei casi nel tempo potrebbe spiegare parte delle differenze del CFR regionale riferite all'intero periodo esaminato e precedentemente presentate in Tabella 6. Infatti, rispetto ai casi più recenti, i casi diagnosticati nella prima fase dell'epidemia hanno probabilmente risentito di un sistema sanitario meno preparato ad affrontare l'emergenza in termini di accesso alla diagnosi, disponibilità di servizi ospedalieri e di conoscenze in merito ai possibili trattamenti terapeutici. La capacità diagnostica nella prima fase dell'epidemia è stata limitata e pertanto l'esecuzione di test molecolari è stata riservata ai casi più gravi di malattia. Questo può aver condotto a una sottostima dei casi e alla conseguente sovrastima del CFR riferito a questa fase epidemica iniziale.

La tabella che segue mostra un confronto tra Regioni relativamente a decessi e tamponi. Il Veneto ha un rapporto decessi/100.000 abitanti inferiore ad altre Regioni del Nord e, rispetto alle stesse Regioni, un maggior numero di tamponi effettuati per 100.000 abitanti

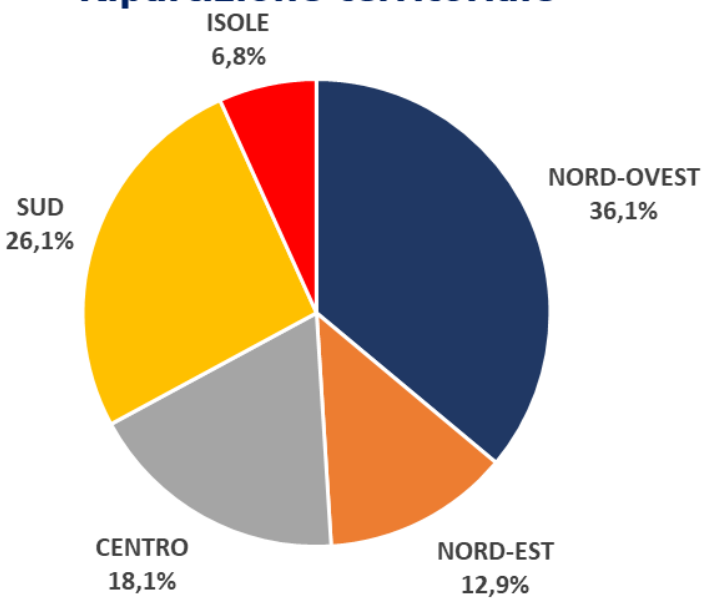
Regione/PA	Pop. ISTAT 2022	Decessi	Decessi per 100.000	Tot. tamponi	Tamponi per 100.000
Friuli-Venezia Giulia	1.197.295	5.569	**465,13**	7.304.295	610.066
Valle d'Aosta	123.337	555	**449,99**	567.422	460.058
Lombardia	9.965.046	43.061	**432,12**	42.525.027	426.742
Emilia-Romagna	4.431.816	18.228	**411,30**	18.248.727	411.766
Liguria	1.507.438	5.622	**372,95**	6.433.368	426.775
Veneto	**4.854.633**	**15.687**	**323,13**	34.383.781	**708.267**
Piemonte	4.252.279	13.676	**321,62**	20.011.462	470.606
ITALIA	58.983.122	179.025	**303,52**	252.501.600	428.091
Toscana	3.676.285	10.965	**298,26**	15.872.903	431.765
P.A. Trento	542.158	1.617	**298,25**	2.923.217	539.182
P.A. Bolzano	535.774	1.572	**293,41**	5.458.409	1.018.789
Abruzzo	1.273.660	3.707	**291,05**	6.992.737	549.027
Marche	1.489.789	4.160	**279,23**	3.602.080	241.785
Sicilia	4.801.468	12.244	**255,01**	15.445.702	321.687
Umbria	859.572	2.179	**253,50**	4.799.600	558.371
Molise	290.769	684	**235,24**	750.416	258.080
Puglia	3.912.166	9.164	**234,24**	12.969.989	331.530
Lazio	5.715.190	12.213	**213,69**	24.545.259	429.474
Campania	5.590.681	11.291	**201,96**	19.311.423	345.422
Basilicata	539.999	989	**183,15**	1.260.747	233.472
Sardegna	1.579.181	2.782	**176,17**	5.191.488	328.746
Calabria	1.844.586	3.060	**165,89**	3.902.548	211.568

Fonti: Ministero della Salute, ISTAT - dati cumulativi da inizio pandemia al 28/10/2022

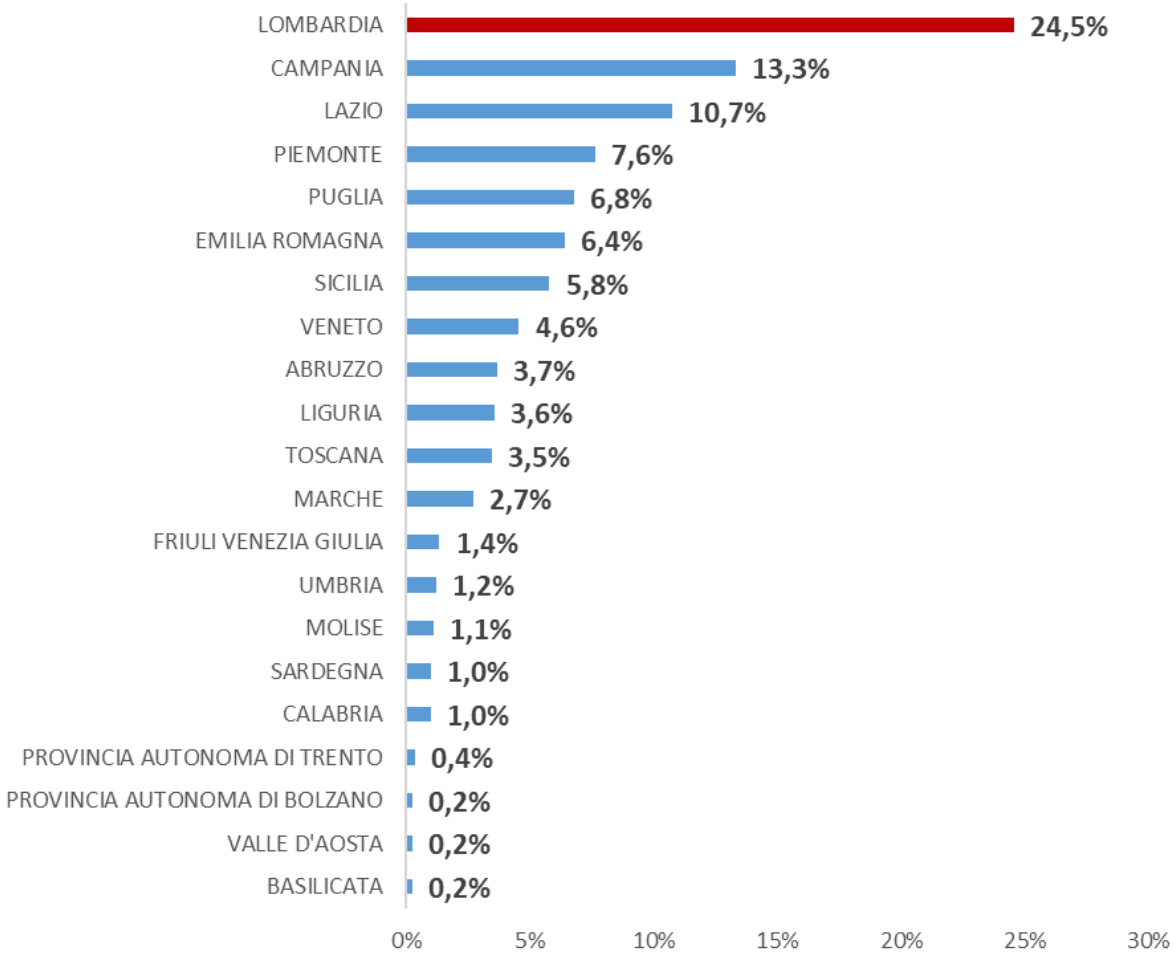
Il Rapporto **INAIL** del 26 gennaio 2022 - Scheda Nazionale Infortuni Covid – 19 prende in esame le denunce di infortunio pervenute all'INAIL al 31 dicembre 2021. In particolare a pag. 18 viene visualizzata tramite grafici la ripartizione territoriale (regionale) degli infortuni con esito mortale. Il Veneto incide per il 4,6% del totale nazionale, posizionandosi dietro a Lombardia, Campania, Lazio, Piemonte, Puglia, Emilia Romagna e Sicilia.

Tra gli eventi mortali all'interno della gestione assicurativa *Industria e servizi (88,2%)* prevale la categoria *Sanità e assistenza sociale* con il 22%, mentre le professioni più colpite risultano essere i Tecnici della salute (infermieri, fisioterapisti) con il 9,7%, i Medici con il 5,1%, le Professioni qualificate nei servizi sanitari e sociali (operatori socio sanitari) con il 3,8% e il Personale non qualificato nei servizi sanitari e di istruzione con il 3,3%.

Ripartizione territoriale

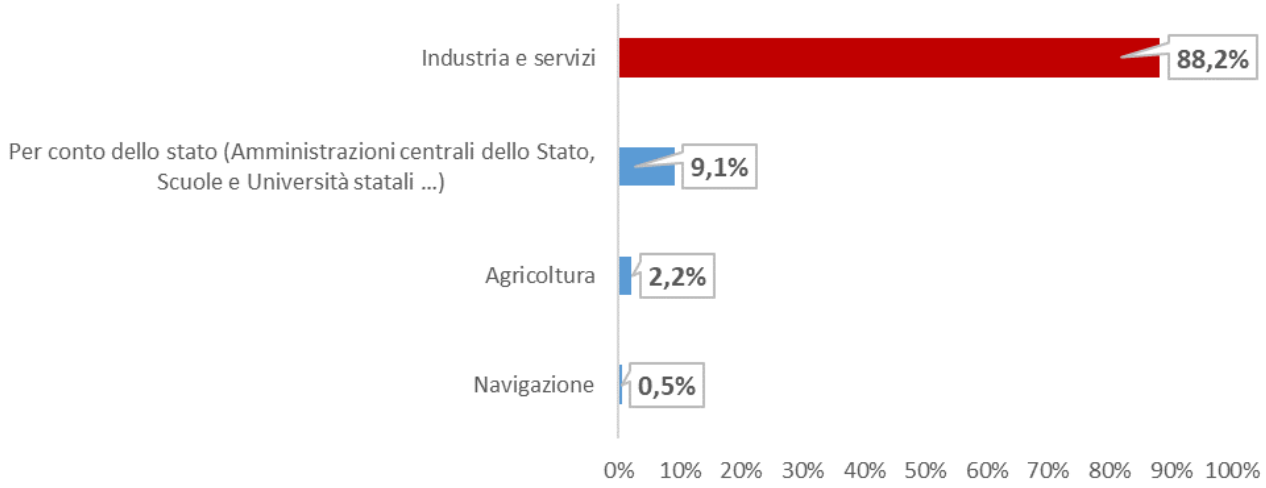


Regione dell'evento

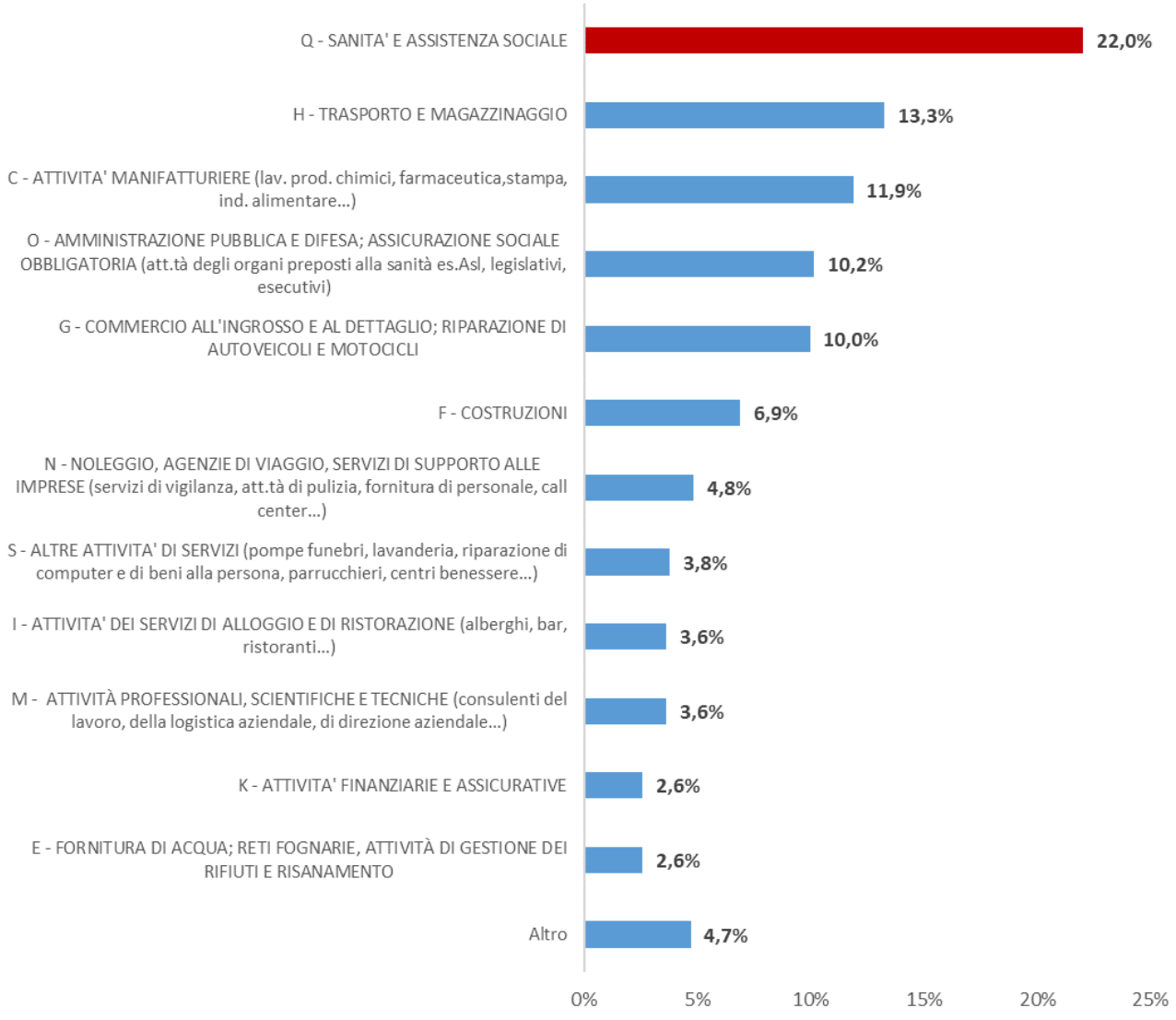


PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Gestione assicurativa

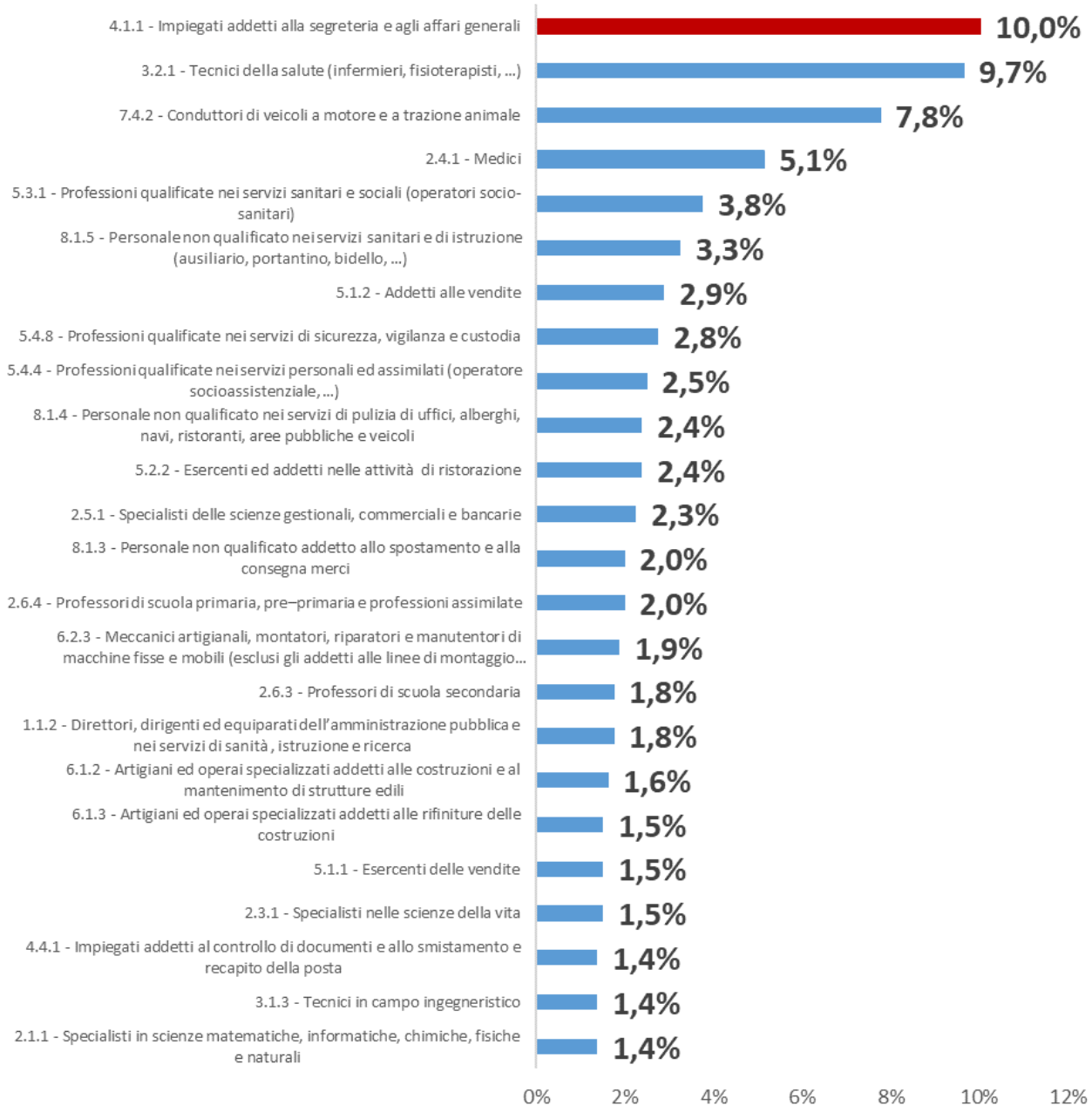


Industria e servizi (solo casi codificati)



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Principali professioni (cod. cp2011, casi codificati)



CONCLUSIONI

Per quanto riguarda i dati relativi alla mortalità è evidente come tali dati non possano che essere analizzati a posteriori al fine di consentirne una raccolta completa ed un'analisi approfondita che deve necessariamente considerare un periodo di riferimento più ampio in considerazione del fatto che in ciascuna territorio si possono verificare condizioni sia molto diverse tra loro, sia in momenti temporali diversi.

Da quanto dichiarato dalla dr.ssa Russo e dalla documentazione allegata (**allegati 2 e 4**) alla presente relazione emerge quanto segue:
tutte le Regioni hanno dovuto affrontare la c.d. "seconda ondata" della pandemia, anche se con una scansione temporale diversa, nel senso che nel Veneto si è manifestata nel periodo ottobre-dicembre 2020, mentre in altre Regioni si è verificata a novembre-dicembre 2020 protraendosi fino a gennaio-febbraio 2021. Di tale differenza bisogna tener conto quando vengono messi a confronto i dati delle varie Regioni su base mensile, relativi alla mortalità nella "seconda ondata".

È stato anche evidenziato che le Aziende Sanitarie inviavano direttamente all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) le schede di morte per Covid-19, senza informare la Direzione regionale per la Prevenzione. L'ISS ha provveduto ad elaborare i dati, dai quali è emerso che nella seconda ondata vi è stata in tutte le Regioni una maggiore mortalità.

La rivista scientifica internazionale The Lancet nel mese di marzo 2022, ha pubblicato uno studio che ha analizzato l'eccesso di mortalità durante l'intero periodo della pandemia da Covid 19 nei diversi paesi del mondo (1° gennaio 2020 – 31 dicembre 2021) dal titolo "Covid-19 Excess mortality collaborators. Extimating excess mortality due" to the Covid-19 pandemic: a systematic analysis of Covid-19-related mortality 2020-2021. Tra le varie analisi, lo studio per il contesto italiano, riporta il dato di ogni singola regione/provincia autonoma.
Lo studio analizza l'eccesso di mortalità, che rappresenta un indicatore rappresentativo dell'impatto della pandemia da COVID-19. L'eccesso di mortalità è definito come la differenza tra il numero di decessi (per tutte le cause) registrati durante la pandemia e il numero di decessi atteso sulla base del dato storico degli anni prima della pandemia.
Al fine di rendere i dati confrontabili tra i diversi paesi e le diverse regioni, gli autori hanno rapportato il dato relativo all'eccesso di mortalità alla popolazione residente: per l'Italia è stato calcolato un eccesso di mortalità pari a 227,4 (CI 212,0-242,5) ogni 100.000 abitanti, mentre per il Veneto è stato calcolato un eccesso di mortalità pari a 177,5 (CI 164,0-190,7) ogni 100.000 abitanti,

tra i valori più bassi tra tutte le regioni (valore inferiore a Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta). Si evidenzia che, secondo gli autori dell'articolo, tra le Regioni del Nord Italia solo per le due Province Autonome di Trento e Bolzano è stato calcolato un valore di poco inferiore a quello calcolato per il Veneto.

Lo studio evidenzia come in tutto il mondo si sia registrato un eccesso di mortalità rispetto al periodo pre-pandemico e che tale eccesso è verosimilmente associato in larga parte alla pandemia da COVID-19. Per approfondire ulteriormente questo fenomeno gli autori hanno valutato quanto dell'eccesso di mortalità è spiegato dal numero di decessi per i quali è stata effettuata una diagnosi di COVID-19 tramite test diagnostico.
Tale analisi è quindi sintetizzata dal rapporto tra l'eccesso di mortalità durante il periodo pandemico (per tutte le cause) e i decessi effettivamente diagnosticati come COVID-19. Questo rapporto è stato calcolato essere pari a 1,89 (CI 1,76 - 2,01) per l'Italia mentre in Regione Veneto tale rapporto è stato calcolato pari a 1,34 (CI 1,24 - 1.44) tra i più bassi di tutte le Regioni (valore inferiore a Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana Umbria e Valle d'Aosta).

Si è potuto riscontrare un rapporto inversamente proporzionale tra numero di tamponi eseguiti e letalità, poiché l'isolamento precoce dei soggetti infetti, grazie all'attività di testing, ha permesso di evitare un maggior numero di decessi.

Si precisa che più basso è il valore di questo rapporto, maggiore è stata la capacità della Regione di individuare correttamente i decessi associati a COVID-19, proprio grazie alla capacità di effettuare un test al fine di confermare la diagnosi di infezione (sia per a livello ospedaliero che territoriale). Di conseguenza, più alto è il rapporto calcolato più il numero complessivo dei decessi dichiarati associati a COVID-19 è potenzialmente sottostimato rispetto all'eccesso di mortalità valutato sulla base del dato storico.
Il rapporto INAIL del 26 gennaio 2022 (scheda nazionale infortuni Covid 19) prende in esame una campione di popolazione nel solo ambito lavorativo. Il Veneto incide per il 4,6% del totale nazionale degli infortuni con esito mortale, posizionandosi dietro a Lombardia, Campania, Lazio, Piemonte, Puglia, Emilia-Romagna e Sicilia.

In conclusione, dalle analisi riportate nello studio internazionale, emerge come il numero di decessi, rapportato alla popolazione residente, posiziona il Veneto tra le regioni italiane con il più basso

impatto in termini di mortalità. Tale dato, congiuntamente con il rapporto tra eccesso di mortalità per tutte le cause e i decessi attribuiti a COVID-19, evidenzia chiaramente come la capacità di testing ha consentito di individuare ed identificare un numero elevato di casi contribuendo a contrastare la diffusione e limitare il contagio e conseguentemente anche i decessi che - come anticipato - sono tra i più bassi tra tutte le regioni italiane.

CURE DOMICILIARI

Il tema delle cure domiciliari è stato sviluppato, ognuna per le proprie competenze, dalla dott.ssa **Maria Cristina Ghiotto,** ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie Regione Veneto, dalla dott.ssa **Giovanna Scroccaro**, Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici, Regione Veneto e dalla prof.ssa **Evelina Tacconelli**, Direttore UO Malattie infettive dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona (seduta del 13 giugno 2022).

Maria Cristina Ghiotto, ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie Regione Veneto inizia il suo intervento parlando di Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA):

"Entro subito nel merito. L'argomento principale è quello delle USCA, quindi un brevissimo accenno a quando sono nate, e soprattutto alle peculiarità del modello veneto.
Sono nate con il DL n. 14, ricordo, del 9 marzo 2020. In questa Regione, con la Direzione regionale della prevenzione e con la struttura che dirigevo, abbiamo redatto quelle indicazioni operative per la gestione della presa in carico del paziente sintomatico, che sono state anche condivise con le organizzazioni sindacali della medicina generale, approvandole il 30 marzo 2020."

Prosegue illustrando le peculiarità del modello veneto:
"Le peculiarità del modello veneto sono sostanzialmente queste, come USCA: immediatamente abbiamo esteso il concetto di domicilio anche alle RSA, nel senso che era un setting particolare, lo sappiamo, particolarmente colpito dalla pandemia. Sostanzialmente, abbiamo ritenuto che il concetto di domiciliarità potesse anche essere adatto per andare a supportare anche la gestione di questa particolare categoria di pazienti."

"La seconda peculiarità riguarda le dimensioni. Il decreto legislativo, lo ricordo, il n. 14, parlava di una USCA ogni 50.000 abitanti. Quindi, per la nostra Regione sostanzialmente voleva dire 97 USCA. Però, capite che fin da subito abbiamo privilegiato la dimensione dell'USCA correlata al bisogno, alle zone e quindi anche all'orografia del territorio. Era molto importante correlarla. Era uno standard teorico e quindi andava calato sul nostro territorio, e così abbiamo fatto. Siamo arrivati ad avere l'attivazione di 62 USCA con 520 medici. Lo ricordo perché questo era un periodo, quello di ottobre-dicembre 2020, molto molto particolare."

"La terza peculiarità riguarda il reclutamento dei medici. Il DL prevedeva che i medici che potevano far parte delle USCA fossero o medici di continuità assistenziale o corsisti della scuola di

formazione specifica in medicina generale o semplicemente medici iscritti all'Ordine. Nel nostro caso, siccome tenevamo un monitoraggio costante sia degli incarichi sia, ovviamente, della composizione delle nostre USCA, posso dire che il 65% dei medici USCA afferivano a questa terza categoria. Eravamo partiti subito con Azienda Zero, con la collaborazione con Azienda Zero, per bandire sostanzialmente una manifestazione di interesse e quindi raccogliere tutte le candidature, che poi Azienda Zero provvedeva di volta in volta a mandare e trasmettere alle altre aziende."

"L'altra peculiarità importante del modello veneto, che poi ho visto che è stata anche ripresa negli atti successivi ministeriali, riguardava la collaborazione con le cure domiciliari. (...) il confronto era costante, era quotidiano anche con le altre Regioni. Abbiamo previsto da subito che il medico USCA, che soprattutto era un giovane medico, uscisse assieme all'infermiere delle cure domiciliari. Questo favoriva anche una sorta di formazione sul campo e quindi anche un rafforzamento proprio del percorso di formazione.

Nel nostro modello abbiamo anche previsto che ci fosse una formazione specifica per questi medici, giovani medici, proprio perché erano giovani medici, magari con poca esperienza, e quindi avevamo chiesto alle aziende di mettere a disposizione una collaborazione di infettivologi piuttosto che di pneumologi che remuneravamo. Abbiamo riconosciuto con remunerazione anche l'attività svolta come formazione. Questo era molto importante per questi giovani medici."

Proseguendo sull'organizzazione e la dotazione delle USCA:

"È stato molto importante aver dato il coordinamento all'unità operativa Cure Primarie del distretto perché questa unità operativa coordina anche l'équipe dell'ADI, dell'assistenza domiciliare. Quindi, è molto importante che ci fosse questa sinergia. Ovviamente, doveva esserci anche un collegamento funzionale con i SISP, perché dovevano lavorare assieme per la sorveglianza epidemiologica e tutta l'attività. Quindi, il coordinamento doveva esserci. Abbiamo costruito un modello flessibile con delle squadre che potevano essere rimodulate a seconda delle condizioni, della situazione epidemiologica e del bisogno. Ogni USCA era dotata di un kit che prevedeva il saturimetro, il termometro a distanza, in alcuni casi anche, dov'era disponibile, l'ecografo e l'ECG portatile."

E concludendo sui pazienti presi in carico e sull'attività di effettuazione tamponi da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta:

"Ricordo un dato a mio avviso significativo proprio in quel periodo, ottobre-dicembre 2020: siamo arrivati ad avere giornalmente anche 9.300 pazienti seguiti dalle nostre USCA.

Per quanto riguarda l'accordo con gli MMG e i PLS sull'esecuzione dei tamponi rapidi, anche questo è stato un provvedimento molto importante.

Devo dire che l'accordo nazionale era stato siglato il 28 ottobre 2020 e due giorni dopo noi avevamo già approvato il nostro accordo integrativo regionale. Questo in forza del fatto che una componente dei nostri MMG si era già resa disponibile, prima ancora dell'accordo nazionale, a collaborare a somministrare dei tamponi rapidi, quindi questo ci aveva favorito anche nella individuazione dei modelli organizzativi.

Importante è stato poi che nel nostro accordo abbiamo inserito anche le disposizioni sui provvedimenti contumaciali. Questo è stato un punto forte per i pazienti innanzitutto, ma per tutto il sistema, perché in qualche modo andavamo a chiudere un cerchio di collaborazione molto importante.

Siamo arrivati ad avere a fine 2020, 170.000 tamponi eseguiti dalla medicina generale e, in minima parte, dalla pediatria di libera scelta. Il nostro accordo, tra l'altro, economicamente era esattamente quanto previsto dall'ACN. Visto che però in concomitanza vi era anche la campagna antinfluenzale, cui i medici di medicina generale di questa Regione hanno sempre molto contribuito, fino ad arrivare ad eseguire il 95% dei vaccini antinfluenzali di questa Regione, avevamo aggiunto una piccola quota economica, un incremento dell'indennità per il personale infermieristico che potesse dare supporto anche nell'attività dei tamponi.

La dott.ssa **Giovanna Scroccaro**, Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici, Regione Veneto interviene per trattare di cure domiciliari declinando le attività che hanno coinvolto l'area della farmaceutica:

"Le azioni che sono state portate avanti, nel corso della pandemia, sostanzialmente, sono state tre.
La prima è quella della emanazione di indirizzi sui trattamenti farmacologici. Ne sono stati emanati tanti nel corso della pandemia e, naturalmente, risentivano delle nuove evidenze scientifiche che venivano pubblicate via via e dei nuovi farmaci che uscivano.
La seconda area di intervento è stata il coinvolgimento delle farmacie di comunità in tre attività. La prima è stata quella dei test antigenici rapidi, la seconda delle prenotazioni che le persone e gli utenti potevano fare direttamente in farmacia, prenotazioni alla vaccinazione nei centri Covid, e, da ultimo, poi, la stessa vaccinazione fatta dai farmacisti. La terza area di intervento è stata quella dei provvedimenti finalizzati a ridurre l'accesso dei pazienti in ospedale per andare a farsi fare le prescrizioni da parte degli specialisti e a ritirare i farmaci. Quindi, l'ultimo intervento, lo posso già

anticipare, ha previsto la proroga di molti piani terapeutici prescritti dagli specialisti, evitando così ai pazienti di dover tornare dallo specialista per farsi rifare il piano. C'è stato anche l'orientamento di alcuni farmaci che non sono stati più distribuiti in distribuzione diretta, ma sono passati attraverso la distribuzione dalle farmacie al pubblico, quindi più vicini ai pazienti, senza fargli fare spostamenti. Questo ha riguardato sia i farmaci che anche i prodotti sanitari.

"Per venire al primo punto, che è quello dei protocolli, il primo protocollo è stato emanato in marzo del 2020. In realtà, conteneva poche informazioni sui farmaci, perché a quel tempo c'erano solo delle informazioni molto aneddotiche, poche pubblicazioni, qualche caso riportato in riviste cinesi e quindi sostanzialmente erano poche le informazioni che sono state date. Si è data, però, l'informazione di utilizzare l'idrossiclorochina, di usare degli antiretrovirali che erano farmaci già in uso per i pazienti con HIV, che sembravano – poi la realtà è stata smentita, le prove hanno smentito questa ipotesi – essere utili nei pazienti Covid, e anche qualche antinfiammatorio, qualche prodotto utilizzato per l'artrite reumatoide, che sembrava (e poi l'ha dimostrato in effetti) di essere utile nel trattamento dei pazienti con il Covid.

Questi protocolli, come dicevo prima, sono stati successivamente aggiornati. Il cambiamento più importante è stata la modifica che ha fatto l'Agenzia italiana del farmaco rispetto all'idrossiclorochina e agli antiretrovirali. Inizialmente li aveva autorizzati come usi speciali, pur in assenza di prove. In realtà, successivamente, quando siamo arrivati a maggio del 2020, l'Agenzia ha tolto, ha eliminato questa possibilità di uso dell'idrossiclorochina e degli antiretrovirali, stante la mancanza di dati e di dimostrazione di efficacia.

Quindi, di fatto, anche noi abbiamo dato comunicazione alle nostre aziende sanitarie, comunicando appunto che, ai sensi e come conseguenza di una ordinanza, di una decisione, scusate, del Consiglio di Stato, l'idrossiclorochina poteva essere somministrata solo come uso off-label. Il medico di medicina generale doveva richiedere il consenso informato del paziente e l'Agenzia italiana del farmaco intendeva anche tracciare in maniera molto precisa quanto di questo farmaco venisse utilizzato."

Per quanto riguarda specificatamente le terapie domiciliari, la dott.ssa Scroccaro prosegue così:

"Un intervento che è stato fatto è stato quello relativo all'ossigenoterapia. Mentre l'ossigenoterapia domiciliare poteva essere prima prescritta solo dagli pneumologi, con il Covid si è consentito anche ai medici di medicina generale e ai medici delle USCA di poter prescrivere l'ossigenoterapia. Questa è stata un po' la novità. I primi protocolli sono usciti nel 2021, perché

nel 2021 si incominciavano ad avere già delle informazioni più precise e alcuni farmaci, ancorché non specificatamente destinati e dedicati al Covid-19, dimostravano di essere utili nel trattamento del Covid. Quindi, sono stati redatti due protocolli, uno nel gennaio del 2021, come dicevo, perché il Ministero della salute, attraverso l'Istituto Superiore di sanità e l'agenzia, avevano emanato i primi documenti, che si chiamavano proprio "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-Cov", quindi i nostri documenti regionali hanno fatto specifico riferimento a questi documenti."

E ancora sui "monoclonali":

"Nel febbraio del 2021 arriva il primo anticorpo monoclonale, a cui seguono altri tre. Sono farmaci che vengono acquistati dalla struttura commissariale e distribuiti alle Regioni sulla base di incontri, algoritmi, che tengono conto dell'utilizzo che se ne fa e della popolazione delle singole Regioni. La struttura commissariale ci chiede anche di individuare un unico magazzino regionale e noi individuiamo la farmacia dell'Azienda ospedaliera di Padova, quindi gli anticorpi monoclonali vengono portati lì, sono prodotti che devono essere infusi in ospedale dallo specialista ospedaliero, utilizzabili con una certa agilità perché richiedono un'infusione che ha una durata di solo un'ora. Aggiorniamo quindi i nostri protocolli, soprattutto concentrandoci sugli anticorpi monoclonali, monitorando settimanalmente il consumo degli anticorpi monoclonali, sapendo che un buon effetto si ottiene solo se vengono somministrati entro i primi 5-7 giorni dalla comparsa dei sintomi. È quindi estremamente importante che il medico di medicina generale si metta in contatto rapidamente, attraverso una piattaforma informatizzata che viene attivata, di cui immagino parlerà la dottoressa Ghiotto, con gli specialisti. Questa è la grande novità."

E poi sull'utilizzo e la prescrittibilità degli "antivirali":

"La seconda, grande novità è la fornitura dei primi antivirali orali, che arrivano, ahimè, a gennaio 2022. Di nuovo, sono farmaci che possono essere somministrati e prescritti dagli specialisti ospedalieri, ma la Regione Veneto per prima, unica nel panorama nazionale, prevede che tali compresse antivirali orali possano essere prescritte anche dalle unità di cura, dalle cure primarie dei distretti e solo molto recentemente, ad aprile 2022, quindi qualche mese fa, l'Agenzia italiana del farmaco consente anche i medici di medicina generale di poter prescrivere direttamente questi antivirali."

Infine riassume, fornendo dei numeri sulla somministrazione di "monoclonali" e di "antivirali":

"Questo tipo di attività, che è stata fatta di continue riunioni, informazioni, incontri, circolari, ha collocato la Regione Veneto ad una buona graduatoria di utilizzo di questi farmaci. Basti pensare

che gli anticorpi monoclonali sono stati prescritti per 9.800 pazienti in Veneto, su 58.000 in tutta Italia, quindi la Regione Veneto è la prima, con 9.800 trattamenti, quando, ad esempio, la Lombardia ne ha fatti 4.500. La seconda Regione è il Lazio.

Abbiamo avuto una buona prescrizione anche di antivirali (4.900 pazienti trattati), anche se è un numero più basso. È importante considerare anche che di tutti questi antivirali una parte molto consistente è stata prescritta dalle cure primarie distrettuali, quasi il 40%, quindi il 60% è stato prescritto dagli specialisti, ma il 40% è stato prescritto dalle unità di cure primarie dei nostri distretti."

La trattazione di questo punto prosegue con l'intervento della prof.ssa **Evelina Tacconelli**, Direttore UO Malattie infettive dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona che inizia chiarendo qual è il suo ruolo nel Servizio Sanitario Regionale e precisando la scansione temporale delle cosiddette "ondate":

"Ovviamente io non ho un ruolo dirigenziale per quanto riguarda le cure domiciliari, per cui quello che riporto è parte fondamentalmente del mio contributo al CTS della Regione e a quello dei tavoli ministeriali per il trattamento domiciliare dell'infezione da SARS-CoV-2.

Per capirci, quando parlo di "ondate" mi riferisco alle quattro ondate febbraio-maggio 2020, ottobre-gennaio 2021, febbraio-luglio 2021 e agosto 2021-marzo 2022 (questi sono i ricoveri in terapia intensiva e nei reparti della regione Veneto), che si basano non solo sui casi, ma anche su come, poi, si sono distribuite le varianti, perché questo ha avuto un effetto anche sul tipo di trattamento che è stato scelto per i pazienti che rimanevano a domicilio."

L'esposizione prosegue con un'analisi sui diversi farmaci utilizzati nelle quattro ondate:

"La prima ondata. Questi sono i farmaci approvati da AIFA per essere utilizzati dai pazienti a casa propria. Durante la prima ondata e durante la seconda ondata non ci sono stati farmaci nuovi. Quindi, ci sono stati solo nella prima ondata tre farmaci, che noi utilizzavamo per altri scopi, che sono stati testati per il Covid e poi revocati addirittura durante la prima ondata, perché si è capito – poi vedrete qualche dettaglio – che non erano efficaci. Un solo "farmaco", perché in questo caso mi riferisco all'eparina, che non è un vero e proprio trattamento per il Covid, è stato utilizzato per limitare alcuni degli effetti collaterali del Covid.

La seconda ondata, che è stata la più drammatica da un punto di vista di pazienti. Noi non abbiamo avuto nessun farmaco licenziato per il Covid a domicilio, nessun farmaco già in uso e nessun

farmaco nuovo. L'unico, durante la seconda ondata, che noi abbiamo avuto a disposizione è stato il cortisone, che però non era una terapia contro il Covid, ma aiutava a trattarlo meglio. Questo è stato il grande problema della prima e della seconda ondata.

Nella terza ondata arrivano per la prima volta tre nuovi farmaci, quindi sviluppati appositamente per il Covid, di cui uno immediatamente revocato perché a causa delle varianti non più efficace e due che, invece, hanno continuato ad utilizzarli per tutta la terza ondata.

Nella quarta ondata i farmaci diventano sette. Una della precedente ondata non può essere più utilizzato, quindi noi abbiamo sei farmaci nuovi. Questa è la grande differenza, oltre alle vaccinazioni, tra la prima e soprattutto la seconda ondata e la terza e la quarta."

Si ritiene opportuno riportare il passaggio in cui la prof.ssa Tacconelli evidenzia il positivo impatto nella riduzione della mortalità, dovuto all'introduzione dei monoclonali nella terza e quarta ondata:

"Terza e quarta ondata: arrivano i monoclonali. Di monoclonali ne arrivano immediatamente tre. Vengono indicati per tutti i pazienti ad alto rischio, che sono più o meno sempre gli stessi che abbiamo già visto prima, e qui cambia completamente la mia possibilità di trattamento. Ho un anticorpo monoclonale, addirittura come precedente all'esposizione, e ho quelli più anticorpi monoclonali per il trattamento del paziente a casa.

Regione Veneto già il 26 marzo rende immediatamente operativa l'indicazione sugli anticorpi monoclonali nelle delibere. Questo secondo me è un segnale molto importante di quello che è successo: questo è il primo rendiconto di AIFA dell'utilizzo dei monoclonali in Italia.

A distanza di 14 giorni dalla possibilità di utilizzo, il 21% dell'utilizzo viene fatto solo in Regione Veneto su 1.297 pazienti trattati. Qual è l'impatto esorbitante? Qui parliamo tutti di pazienti non vaccinati: il rischio di andare in ospedale era del 26%, con il Covid; se avevano una malattia renale, di morire nel 44% dei casi; sui primi 635 pazienti non vaccinati che avevano almeno un rischio importante, trattati in Veneto nel 2020, la mortalità a domicilio è stata dell'1.9%.

Una differenza quindi, vi assicuro, che riempie veramente il cuore di chi ha visto la differenza nell'introduzione dei nuovi farmaci e il beneficio avuto su pazienti che arrivano la mattina, tornavano a casa dopo un'ora e non venivano ricoverati in ospedale.

A fine della terza ondata, anzi, della quarta ondata, qui siamo già all'8 giugno 2022, il Veneto continua a essere il più grande prescrittore di terapie monoclonali con il 16% dei 61.000 pazienti trattati in tutta Italia."

La prof.ssa Tacconelli conclude il suo intervento con la seguente riflessione:

"È essenziale che si continui ad investire sui trattamenti domiciliari precoci, anche e soprattutto per evitare la sindrome del long Covid, che ha già un impatto a mio parere sostanziale sul sistema sanitario regionale."

CONCLUSIONI

Sulla base di quanto esposto sopra, emerge quanto segue per quanto riguarda le cure domiciliari:

- con riferimento alle USCA vengono evidenziate le peculiarità del modello veneto, in particolare:
- l'aver previsto, sin da marzo 2020, che le USCA svolgessero la loro attività anche per le RSA e per la disabilità (è stato esteso il concetto di domicilio fino a comprendere anche le RSA);
- l'aver privilegiato come scelta strategica la dimensione dell'USCA correlata al bisogno e all'orografia del territorio (meno USCA ma con più medici);
- una organizzazione del reclutamento effettuata da Azienda Zero per le Aziende ULSS che ha permesso di disporre per oltre il 65% di medici iscritti all'Ordine;
- la collaborazione con le cure domiciliari prevedendo che il medico USCA andasse a domicilio assieme ad un infermiere delle cure domiciliari;
- la formazione specifica per i medici USCA;
- la previsione del coordinamento delle USCA da parte delle Unità di cure primarie del distretto (che hanno anche il coordinamento delle cure domiciliari);
- la costruzione di un modello flessibile e la possibilità di rimodulare le squadre.

Per quanto riguarda l'area della farmaceutica:

l'attività è stata svolta in modo completo emanando protocolli, sin dal mese di marzo 2020, aggiornando prontamente gli indirizzi sui trattamenti farmacologici, a seguito particolarmente delle statuizioni dell'Agenzia italiana del farmaco. Il primo protocollo di marzo 2020 dava l'informazione di utilizzare l'idrossiclorochina, gli antiretrovirali e alcuni antinfiammatori.

I protocolli sono stati aggiornati, in particolare a seguito della decisione dell'Agenzia italiana del farmaco, nel maggio 2020, in merito all'idrossiclorochina e agli antiretrovirali.

L'Aifa ha tolto la possibilità di uso dell'idrossiclorochina, inizialmente ammessa come uso speciale pur in assenza di prove, che poteva quindi essere somministrato solo come uso off-label (il medico deve acquisire il consenso informato del paziente) e gli antiretrovirali in quanto le prove hanno smentito che questi farmaci potessero essere utili per i pazienti Covid.

Nel 2021 sono stati adottati i protocolli per l'ossigenoterapia (prevedendo la possibilità della

prescrizione oltre che degli pneumologi anche da parte di MMG e USCA) e i protocolli per l'uso degli anticorpi monoclonali,

Nel 2022 l'uso degli antivirali orali dove la Regione Veneto, unica nel panorama nazionale, ha previsto la possibilità della prescrizione anche da pare delle unità di cura, delle cure primarie dei distretti, oltreché degli specialisti ospedalieri.

Nel complesso l'attività posiziona il Veneto tra le Regioni che hanno più utilizzato gli unici, veri farmaci efficaci: su 61.800 anticorpi monoclonali in Italia, il Veneto è la prima Regione, con 9.800 trattamenti effettuati, e su 58.000 antivirali orali, il Veneto ne ha prescritti circa 5.000.

Di rilievo anche l'attività svolta dalle Farmacie al pubblico nel campo dei test rapidi e delle vaccinazioni. Il primo protocollo d'intesa tra Regione e Farmacie per l'esecuzione dei test rapidi viene siglato a dicembre 2020. Da tale data a giugno 2022 sono stati eseguiti in farmacia circa 8,6 milioni di test rapidi da parte di circa 1.000 farmacie. Per quanto riguarda le vaccinazioni, in aprile 2021 Regione Veneto sigla l'accordo con le farmacie: dal 1° luglio 2021 al 5 giugno 2022 sono state eseguite in farmacia 132.518 vaccinazioni da parte di 284 farmacie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ALLEGATI

1) Resoconti delle sedute di commissione
2) Documentazione audizione dott.ssa Francesca Russo (13 luglio 2021)
3) Documentazione dott.ssa Francesca Russo (23 novembre 2021)
4) Documentazione dott.ssa Francesca Russo (20 aprile 2022)
5) Documentazione Azienda Zero (3 agosto 2021)
6) Documentazione Comitato Scientifico Regionale
7) Slide audizione Azienda Ulss n. 7 Pedemontana (24 febbraio 2022)
8) Slide audizione Azienda Ulss n. 8 Berica (24 febbraio 2022)
9) Documentazione audizione Coordinamento Veneto per la Sanità Pubblica (CoVeSaP)
10) Documentazione audizione Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP)
11) Documentazione audizione Sindacato Medici Italiani (SMI)
12) Documentazione audizione Unione Regionale Istituzioni e Iniziative Pubbliche e Private di Assistenza agli Anziani (URIPA)
13) Normativa tamponi screening
14) Circolare Direzione, Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria (16 marzo 2020)
15) Circolare Ministero della Salute n. 35324 del 30 ottobre 2020

Allegato 1

Resoconti delle sedute di commissione

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 1 del 23 giugno 2021

O.D.G.

1. Elezione del Presidente

2. Elezione del Vicepresidente

3. Elezione del Segretario

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 1 del 23 giugno 2021

PRESENTI

Erika BALDIN (Movimento 5 Stelle)
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Fabrizio BORON (Zaia Presidente)
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Tomas PICCININI (Lista Veneta Autonomia)
Giacomo POSSAMAI (Partito Democratico Veneto)
Luciano SANDONA' (Zaia Presidente)
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Enoch SORANZO (Fratelli d'Italia - Giorgia Meloni)
Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)
Alberto VILLANOVA (Zaia Presidente)
Andrea ZANONI (Partito Democratico Veneto)
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

ALTRI PRESENTI

dott. Roberto VALENTE (Segretario generale)
dott. Alessandro ROTA (Dirigente Capo Servizio Attività e Rapporti Istituzionali)
dott.ssa Carla COMBI (Dirigente Ufficio Attività Istituzionali)
dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)

Documento ad uso interno

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 1 del 23 giugno 2021

Presiede

Roberto CIMABETTI

Indi

Francesca ZOTTIS

Documento ad uso interno

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 1 del 23 giugno 2021

Sommario

Presidente..... 1
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 1
Presidente..... 2
Presidente..... 2
Presidente..... 3
Luciano SANDONA' (Zaia Presidente)..... 3
Presidente..... 3
Presidente..... 3
Luciano SANDONA' (Zaia Presidente)..... 4
Presidente..... 4
Presidente..... 4

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 1 del 23 giugno 2021

Presidente

Bene, mi pare che abbiamo quasi raggiunto la totalità dei membri.

La Commissione di inchiesta l'abbiamo approvata qualche giorno fa, i gruppi sono stati velocissimi nel mandarci i nomi dei componenti e, quindi, dobbiamo partire, appunto, con questa Commissione che avrà, da quanto ho colto anche all'esterno, particolare attenzione, quindi una raccomandazione a tutti i colleghi di utilizzare il vostro ruolo con equilibrio e con attenzione, proprio perché, ripeto da quanto ho colto sia da una parte dei media, sia da attori nel panorama socio-sanitario del Veneto, questa Commissione, ha creato molte aspettative e ha creato molta attenzione.

Quindi raccomandazione generale.

Siamo qui per insediare l'Ufficio di Presidenza della Commissione.

Ci sono proposte?

Camani, prego.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Grazie, Presidente. Naturalmente accogliamo e condividiamo l'invito che ha rivolto a tutti i membri della Commissione e lo facciamo con il senso di responsabilità con il quale tutti noi vogliamo impegnarci per lavorare al meglio possibile per il Veneto e per i veneti.

Come minoranze, avendo l'opportunità di poter avanzare una candidatura per la Presidenza di questa Commissione, noi chiediamo, quindi a nome dei cinque Consiglieri di opposizione, che la Presidenza della Commissione sia affidata alla presidente Francesca Zottis.

Documento ad uso interno

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 1 del 23 giugno 2021

Presidente

Bene. Allora bisogna votare, appunto, questa proposta di Presidenza.

A tutti i membri della Commissione sia distribuito il foglio per l'indicazione del Presidente.

Quindi la proposta: Francesca Zottis, come Presidente della Commissione Speciale; tra l'altro Francesca Zottis aveva presieduto la Commissione speciale nel termine della scorsa legislatura che non ha completato i lavori per il termine della legislatura.

Quindi proseguirebbe, se la votate, l'impegno già esplorato.

Si procede a votazione mediante scrutinio segreto.

Si procede allo spoglio delle schede.

Presidente

Bene. Sui 15 presenti abbiamo 13 voti per la collega Zottis e 2 schede bianche.

Quindi Francesca Zottis è Presidente della Commissione Speciale sull'andamento dei contagi in Veneto e dei decessi da Sars-Cov-2.

Quindi Francesca, ti invito a presiedere il resto della riunione e completare l'Ufficio di Presidenza.

Una comunicazione: martedì pomeriggio prossimo lasceremo una finestra di lavoro per la Commissione d'inchiesta, poi con i Capigruppo e con la Presidente Zottis vedremo il calendario prossimo venturo perché raccogliendo un po' di notizie vedo un luglio piuttosto intenso in Aula, quindi dovremmo capire come incardinare bene i lavori della Commissione Speciale nell'andamento dell'attività del Consiglio.

Zottis prego e buon lavoro.

Documento ad uso interno

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 1 del 23 giugno 2021

Assume la Presidenza
Il Presidente Francesca ZOTTIS

Presidente
Grazie, Presidente. Grazie ai colleghi per la fiducia e chiaramente cercherò di svolgere, insieme a tutti voi, al meglio il ruolo per fare piena chiarezza su quello che è successo in questi mesi, sia per la chiarezza, sia in fase di prospettiva futura, per riuscire a mettere anche in atto tutte le azioni necessarie per fare emergere le cose che non sono andate ma anche per riuscire a costruire qualcosa per il nostro Veneto.
Con questo auspicio andiamo avanti con l'elezione dell'Ufficio di Presidenza.
Quindi, se ci sono proposte per la Vicepresidenza.
Collega Sandonà.

Luciano SANDONA' (Zaia Presidente)
Grazie, Presidente.
Come Vicepresidente indichiamo il nome della collega Milena Cecchetto.

Presidente
Procediamo con la distribuzione.

Si procede a votazione mediante scrutinio segreto.
Si procede allo spoglio delle schede.

Presidente
Bene. Allora, sono pervenuti gli esiti della votazione.

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Milena Cecchetto eletta Vicepresidente con 13 voti a favore e 2 schede bianche.

Complimenti.

Adesso proseguiamo con l'elezione del segretario o segretaria.

Ci sono proposte?

Collega Sandonà.

Luciano SANDONA' (Zaia Presidente)

Come segretario della Commissione, il nostro Gruppo propone la collega Sonia Brescacin.

Presidente

Procediamo con la distribuzione, grazie.

Si procede a votazione mediante scrutinio segreto.

Si procede allo spoglio delle schede.

Presidente

È stata eletta come Segretaria la collega Brescacin con 13 voti a favore e 2 schede bianche.

Quindi ringraziamo la collega, complimenti.

Adesso, nell'augurarci reciprocamente buon lavoro, adesso magari ci fermiamo un attimo con l'Ufficio di Presidenza, come annunciato, la prima convocazione potrebbe essere martedì pomeriggio e se siete d'accordo, martedì poi rivediamo magari il calendario delle audizioni, ma contemporaneamente potremmo iniziare magari con le audizioni, vedendo se è disponibile, chiaramente bisogna capire se è disponibile l'assessore Lanzarin e magari alcuni Direttori Generali delle ULSS, perché è più facile, da un punto di vista, anche organizzativo partire da loro e anche contattarli per poi andare prendere in esame

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tutte le altre audizioni previste dal provvedimento ed eventualmente richieste di audizioni che provengono dai vari Consiglieri che non erano previste dal provvedimento e, nel frattempo, avviamo anche l'ufficio da un punto di vista tecnico e poi ci riaggiorniamo la prossima settimana per ulteriori decisioni.

Vi verrà, chiaramente, inviata la convocazione con le audizioni previste e l'ordine del giorno.

Se ci sono delle richieste siamo qui.

Ritorno a ringraziare, ripeto, con l'auspicio che questa sia una Commissione assolutamente propositiva e nello stesso tempo chiarificatoria del periodo Covid che deve servirci anche a capire cosa possiamo migliorare anche all'interno della nostra Regione e a magari concludere - guardo i colleghi che c'erano in precedenza anche nella Commissione precedente - i lavori della Commissione dei Centri Servizi per Anziani e Case di Riposo che era rimasto in sospeso a causa del fine legislatura essendo iniziata proprio al termine perché era 20 giorni prima del termine ufficiale della legislatura stessa; quindi andremo un po' a recuperare quello che è stato fatto e magari insieme decideremo e definiremo i passi anche da fare in futuro.

Ringraziando, buon lavoro per oggi pomeriggio e, insomma, se c'è qualcosa lo vediamo subito, altrimenti ci riaggiorniamo martedì. Chiedo alla collega Brescacin se può fermarsi un attimo insieme al Vicepresidente.

La Seduta termina alle 13.57

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 2 del 29 giugno 2021

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Modalità avvio lavori della commissione (calendario e contenuti delle audizioni).

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 2 del 29 giugno 2021

PRESENTI

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Tomas PICCININI (Lista Veneta Autonomia)
Luciano SANDONA' (Zaia Presidente)
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Enoch SORANZO (Fratelli d'Italia - Giorgia Meloni)
Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

ALTRI PRESENTI

Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile Quinta commissione consiliare)
Dott. Carlo GIACHETTI (Dirigente Capo Servizio Affari giuridici e legislativi)
Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)

Presiede
Francesca ZOTTIS

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 2 del 29 giugno 2021

Sommario

Presidente..... 1
Elisa VENTURINI (Forza Italia – Berlusconi – Autonomia per il Veneto)..... 4
Presidente..... 4
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 5
Presidente..... 7
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 7
Presidente..... 7
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 7
Presidente..... 7
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 8
Presidente..... 8
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 8
Presidente..... 9
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 9
Presidente..... 9
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 9
Presidente..... 9
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 9
Presidente..... 10
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 11
Presidente..... 11
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 11
Presidente..... 12

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 2 del 29 giugno 2021

La Seduta inizia alle 14.44

Presidente

Se vi va bene, iniziamo, così diamo il quarto d'ora accademico. Vi ringrazio.

Procediamo con l'approvazione del verbale della seduta precedente. Favorevoli? Contrari? Astenuti? Approvato all'unanimità.

Bene, allora intanto vi ringrazio per la partecipazione. La giornata di oggi vuole essere un momento di confronto e condivisione sulle modalità con cui procedere come Commissione, vista sia la delicatezza dei contenuti, che la modalità che abbiamo scelto, che è la modalità pubblica e quindi, dalla prossima volta, andremo in streaming. Abbiamo chiesto – con l'Ufficio di Presidenza ci troveremo comunque con gli uffici – un doppia elemento, nel senso che c'è stata la richiesta da parte dei Capigruppo di partecipazione e adesso il dottor Valente elaborerà una risposta insieme agli uffici, perché c'è una contraddizione nel senso che noi abbiamo espresso una PDA in cui diciamo che è pubblica, ma nel Regolamento era inserito un parere della Commissione Regolamento della scorsa legislatura in cui si definivano gli elementi di riservatezza.

Quindi chiediamo – con gli uffici ci vedremo la prossima settimana – un vademecum per capire quali sono i documenti che richiedono riservatezza, se ci sono dei documenti che questa Commissione dovrà depositare magari in Procura, come è già successo, e se ci sono particolari audizioni, come ci eravamo anche detti nel dibattito, che richiedono riservatezza. Quindi andiamo magari a definire un vademecum, così abbiamo delle

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

linee guida a cui possiamo attenerci e quindi anche comunicare se eventualmente non ci sono: ci sono dei momenti che non andranno in streaming.

Oggi mi pareva corretto, prima di andare in streaming, oltre a una difficoltà tecnica perché deve essere avviato il profilo webex della Commissione, condividere il metodo di lavoro.

Adesso c'è il primo periodo, che è un periodo estivo, che è un po' difficoltoso rispetto anche magari ad alcune audizioni; probabilmente, non è ancora sicuro, ma il 13 forse non faremo Consiglio e quindi volevamo cogliere l'occasione per fare una giornata intera di Commissione prossima settimana, in modo da avere il tempo di comunicare gli auditi, di raccogliere anche da voi se ci sono particolari audizioni e vi farò avere un macro schema che hanno preparato gli uffici su cosa è previsto per la PdA. Poi, se ci sono ulteriori audizioni che ritenete, come Ufficio di Presidenza, pensavamo di procedere con tre macro ambiti, in modo anche da darci uno schema di lavoro: il contact tracing, ospedali e territorio e case di riposo.

Dopo chiaramente siamo qui per confrontarci e quindi, se ci sono ulteriori elementi, li cogliamo. Quindi vi chiederei la cortesia, se già oggi ci sono delle richieste di audizioni, le raccogliamo, sennò nella prossima settimana, se potete comunicarmi o comunicarci come Ufficio di Presidenza se ci sono particolari studiosi o persone che ritenete di dover audire.

La prima audizione volevamo dedicarla al contact tracing, se siamo d'accordo, e quindi andare a chiamare i direttori di microbiologia, il dottor Rigoli, Rassu, Flor e Russo; chiederò poi all'assessore Lanzarin se vuole fare un saluto iniziale o se, invece, preferisce essere audita magari successivamente:

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

questa sarà una libertà che penso sia corretto, anche dal punto di vista istituzionale, lasciare all'Assessore. Se ci sono ulteriori audizioni, rispetto a quelle che vi ho detto, che ritenete di fare sul contact tracing, rimaniamo a disposizione. Già questi comunque sarebbero: Rigoli, Rassu, Flor, Russo, più i direttori di 12 microbiologie e, togliendone 2, ne rimangono 10, quindi sono già abbastanza audizioni.
Come metodo di lavoro, io lascerei 15 minuti ad audito, non di più, poi qualcuno sfora e, se sul contact tracing magari alcune domande sono abbastanza naturali, quello che vi chiedo è se ci sono delle particolari documentazioni o domande specifiche che volete fare alle persone che vi comunicheremo che verranno audite, magari è il caso di saperlo, in modo da comunicarlo agli auditi, perché siamo da stimolo anche al Commissario stesso: se c'è un documento su cui confrontarsi, se lo chiediamo prima, mettiamo nelle condizioni la persona di confrontarsi, altrimenti ce lo fanno avere successivamente, ma non poniamo le condizioni perché diventi elemento di confronto.
Ipoteticamente, stando chiaramente poi agli impegni delle altre Commissioni e del Consiglio, dopo il 13 potremmo vederci il 27 mattina, che può essere libero; mi sto coordinando anche con il presidente Zanoni per vedere se riusciamo a incastrarci, visto il periodo estivo, e il venerdì è sempre una giornata un po' x per audire le persone: molti vanno magari via.
Poi, la prima settimana di agosto dovremmo fare Consiglio ipoteticamente il 4, quindi potremmo fare la Commissione il 3 agosto. Poi salterei le due settimane centrali di agosto e andiamo, quindi, all'ultima settimana: vediamo se c'è Consiglio o non c'è Consiglio, ma questo prima della chiusura

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dei lavori ce lo comunichiamo.

Elisa VENTURINI (Forza Italia – Berlusconi – Autonomia per il Veneto)
Solo per capire, siccome non ho davanti il calendario: viene convocata questa Commissione in concomitanza con altre oppure dedichiamo delle giornate apposite, perché sarebbe meglio in concomitanza con altre, se fosse possibile.

Presidente
Questa è stata una discussione che abbiamo fatto prima: stiamo cercando di farlo anche in concomitanza e per quello tenevo il martedì, ma è chiaro che, se il 13 non c'è Consiglio e non ci sono altre Commissioni, faremo tutto il giorno proprio anche per riuscire a fare maggiori audizioni e saltare la settimana successiva e la settimana dopo potrebbe esserci la concomitanza forse con la Quarta o con il Consiglio, perché il 27 probabilmente faremo Consiglio. Se lo iniziamo il pomeriggio, sto sentendo il consigliere Zanoni per capire se mi lascia la mattina libera, in modo da fare noi la mattina, lui la settimana dopo e ci adeguiamo, insomma cerchiamo di coordinarsi.
Quindi il tentativo è di farla in concomitanza con altre. Essendosi tutte queste concomitanze, soprattutto da settembre in poi, potrebbe essere necessario magari vederci in giornate che non sono proprio concomitanti, però questo lo vedremo. Io cercherò di inviarvi comunque un calendario che va da due a tre settimane, insieme all'Ufficio di Presidenza, in modo da coordinarci e, a chiusura dei lavori, programmare un attimo il mese di settembre, in modo che ci sia la possibilità di

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

incrociarsi, se riusciamo, con altre Commissioni e di organizzarci se non riusciamo a incrociarci con altre Commissioni.
Consigliera Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente. Grazie anche a tutto l'Ufficio di Presidenza, che, fin da subito, ha voluto impostare i lavori di questa Commissione, cercando di coniugare le necessità informative che abbiamo e anche l'efficacia e la velocità dell'acquisizione delle informazioni.
Comprendo anche la proposta che ci fate rispetto alla pubblicità o meno delle sedute, quindi questione su cui è necessario un ulteriore approfondimento; mi pare condivisibile l'idea di chiedere o comunque concordare con gli auditi, se non hanno nulla in contrario, la pubblicità delle sedute che, mi pare di capire, si traduca in uno streaming video: lo dico perché il concetto di seduta pubblica nel 2021 ha modalità di svolgimento diverse rispetto a quando erano stati concepiti il Regolamento e la definizione.
È anche evidente, ma lei, Presidente, lo sa meglio di me, che durante audizioni così delicate, notizie di reato o questioni da poter essere oggetto di interesse della Procura non sempre si sanno in anticipo e quindi chiedo all'Ufficio di Presidenza di valutare anche che comportamento dobbiamo tenere qualora, in seduta pubblica, emergano aspetti rilevanti dal punto di vista dell'autorità giudiziaria, che è - io credo - la preoccupazione sulla base della quale il Consiglio aveva sempre suggerito e indirizzato a non rendere pubbliche le sedute. Valutate se magari dare una pubblicità a posteriori,

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

cioè alla fine della seduta, l'Ufficio di Presidenza valuta se può essere autorizzata la messa on line della seduta: può essere anche un modo, appunto, per eventualmente bypassare il problema di cui parlavo.

Sull'ordine dei lavori, al netto del calendario per cui vi confronterete e cercherete di trovare più tempo possibile per questa Commissione, perché sono sicura che anche i colleghi commissari concordano sul fatto che o facciamo veloci, oppure rischiamo di essere qui a perdere tempo. Quindi l'invito che posso fare è quello di calendarizzare scadenze di sedute che ci consentano di lavorare velocemente.

Va bene, ovviamente, l'impostazione che ha dato l'Ufficio di Presidenza e, se la prima seduta avete pensato di dedicarla ai temi del tracciamento dei dati, mi permetto di dare due suggerimenti: il primo è di valutare se sia opportuno sentire tutti i Direttori di tutti i Dipartimenti di microbiologia perché forse, se chiediamo l'audizione del Direttore generale, è anche sufficiente; magari si può chiedere ai Direttori di mandare delle memorie scritte, a meno che non ci sia qualche Dipartimento particolare di microbiologia che decidiamo che è strategico audire, potrebbe essere quello di Padova o quello di Verona, ad esempio, e agli altri chiedere soltanto memorie.

La seconda questione, rispetto sempre al tracciamento, io credo sia opportuno chiedere anche l'audizione del Direttore dei servizi informatici, nel senso che sappiamo che un pezzo rilevante di quel comparto è stato gestito dal punto di vista dell'informatica, che è stato anche oggetto di discussione e approfondimenti, forse è il caso di audire, anche se è cambiato negli ultimi mesi, l'ideale sarebbe audire quello che gestiva questi servizi durante la seconda ondata, io lo proverei a

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sentire, se non è disponibile il dottor Gubian, anche quello attuale.

Presidente
Grazie.
Consigliere Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Io ho una domanda sull'ordine dei lavori perché prima non ho capito bene: quindi noi abbiamo in programma, probabilmente, una 27 di luglio e poi non ho capito se il 3 o il 04 agosto.

Presidente
Il 3, sempre potenzialmente, nel senso che adesso nell'arco di uno o due giorni ho chiesto al presidente Ciambetti di confrontarci sulle esatte sedute, siccome l'ipotesi era un Consiglio il 4 ho pensato il 3 in modo da anticipare.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Okay, avevo capito giusto.

Presidente
Il 13 dovrebbe esserci buca, cioè nel senso non dovrebbe esserci Consiglio e se mi conferma che non c'è Consiglio, facciamo tutto il giorno la Commissione.
Quindi due martedì di seguito: 27 e 3, saltiamo invece una settimana per le considerazioni e perché, ripeto, magari da settembre in poi il venerdì può anche essere una giornata utile.

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Adesso è molto dura perché è anche difficile, anche per esperienze pregresse, durante l'estate trovare chi viene in audizione e, quindi, cerchiamo - su suggerimento della consigliera Capogruppo Venturini - di coglierlo, soprattutto in questa prima parte dell'avvio dei lavori, cogliendo anche il suggerimento della consigliera vicecapogruppo Camani, quando dice: cerchiamo di lavorare sodo, motivo per cui il 13, se ci riusciamo, lo facciamo tutto il giorno in modo da provare a dare un primo input.
Quindi queste sono le date.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Volevo chiedere altre due cose: una rispetto invece alla richiesta dei Capigruppo di partecipare mi suona nuova a me non era arrivata, volevo capire.

Presidente
Era una richiesta che è arrivata all'Ufficio di Presidenza, dottor Valente, dove hanno chiesto la partecipazione per quello che viene definito nel regolamento ad oggi, diciamo, potrebbe essere data, vista l'impostazione di questa Commissione nella PDA la possibilità di partecipazione senza diritto di parola, però questo lo valuteremo anche come Ufficio di Presidenza, insieme agli uffici e poi vi faremo avere il vademecum, cogliendo anche quello che diceva prima la collega Camani sulla questione di come definire la pubblicità e anche quando ci sono particolari documentazioni come gestirle.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Rispetto alle audizioni farò pervenire all'Ufficio di

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidenza in questi giorni qualche ragionamento, visto che mi pare di capire sul contact tracing è il prossimo incontro, quindi proverò a focalizzare su questo e dia qualche proposta di nome, insomma, all'ufficio di Presidenza.

Presidente
Grazie, collega.
Consigliera Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Anch'io sull'ordine dei lavori perché non avevo capito.
Per l'audizione, quindi, noi abbiamo il termine quantomeno di rispondere ed eventualmente chiedere l'integrazione per il 13 luglio?

Presidente
Esattamente.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Ecco…

Presidente
Quindi la prossima settimana andiamo a spedire le audizioni.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Quindi il 13 luglio però in scaletta ci sarebbe già il Presidente, l'Assessore e il Direttore Generale. Ho capito bene?

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Allora il 13 luglio noi avremmo definito di iniziare con il contact tracing, con le persone, quindi, che a livello regionale si sono occupati e si occupano di contact tracing, quindi il dottor Rigoli, Rassu, Flor, la Russo e vediamo se il direttore chiaramente di Azienda Zero, però adesso questo andiamo a valutarlo e i direttori di microbiologia.

Questo era il primo pacchetto.

Se ci sono tra il 13 e le settimane successive ulteriori, perché non riusciamo a audire, io avevo pensato a 6 - 7 persone a giornata, non di più, quindi, non riusciamo ad audire tutti il 13, quindi se la settimana prossima, piuttosto che anche il 13, ci sono ulteriori persone che, secondo voi, nel pacchetto contact tracing possono essere o dovrebbero essere audite, ce lo fate sapere, in modo da inserirlo nelle sedute successive. Non sarà nella seduta del 13, sarà nella seduta del 27 o del 3 o di settembre, perché forse questo è anche il pacchetto più grosso, nel senso che da qui poi dipendono anche un po' le valutazioni degli ambiti successivi, al netto delle Case di Riposo, dove, integro quello che non ho detto prima, vi faremo pervenire anche la documentazione della precedente Commissione; sto solo, con gli uffici, vedendo se ci sono particolari documenti che io ho già depositato in Procura, che magari non sono condivisibili o sono condivisibili con vincolo di riservatezza.

Alcuni documenti possiamo condividerli subito perché sono documenti assolutamente pubblici e pubblicizzabili altri da Procura chiaramente hanno una valutazione diversa, ma questo ve lo facciamo avere.

Quello chiaramente è un altro capitolo che è un po' a sé

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

rispetto a tutto il resto.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Quindi allora, se ho capito bene, per quanto riguarda le audizioni, avremo la possibilità di integrare e chiedere altre audizioni.
Per quanto riguarda invece la richiesta di documenti uguale?

Presidente
Sì, potete proporlo con lo stesso metodo, ripeto, comunicando per tempo noi chi sono gli auditi, avete anche per tempo la possibilità di chiedere quali documentazioni richiedere agli auditi. Ripeto questo è a tutta la nostra, perché altrimenti è inutile che poi ci lamentiamo se non abbiamo il confronto, perché io non posso chiedere un dato all'ultimo secondo a nessuno e chiedere di confrontarmi se quel dato magari è anche un dato di rielaborazione come spesso andiamo a richiedere, di rispetto all'audito e effettuare un confronto che sia reale.
Ci sono altre domande, altre richieste?
Non so se la Vicepresidente o il consigliere Segretario voleva aggiungere qualcosa.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
In sede di avvio, quindi, di inizio della predisposizione del metodo di lavoro penso che si raccoglie la proposta della Presidente, quindi di raccogliere delle proposte, dei suggerimenti, eccetera, che saranno successivamente oggetto di definizione in seno all'Ufficio di Presidenza.

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Allora è arrivata già la risposta da parte del Vicepresidente Finco per quanto riguarda la richiesta di partecipazione dei capogruppo, ve la leggo velocemente: "In relazione alla richiesta di partecipazione alle sedute della Commissione speciale d'inchiesta, oggetto presentato dai Consiglieri Giacomo Possamai e Alberto Villanova, sentito l'Ufficio di Presidenza si comunica che i Presidenti dei Gruppi consiliari ed eventuali altri Consiglieri potranno partecipare alle sedute come uditori, sempre che la seduta sia pubblica nel rispetto delle determinazioni della Giunta per il regolamento del 06 dicembre 2017, delle disposizioni vigenti volti a prevenire la diffusione di contagio Covid".

Grazie. È evidente che nel momento in cui accediamo anche con webex c'è anche questa possibilità da un punto di vista tecnico. Quindi questa è una prima interpretazione di quello che vi dicevo prima per mettere insieme PDA e regolamento.

Ci sono dubbi? Se non c'è altro, io chiudo anche qui.

Vi ringrazio, ci sembrava corretto avere un primo momento di confronto, anche perché è una Commissione particolare e ci rivedremo potenzialmente il 13.

Se dovessero esserci variazioni martedì, ma anche prima, probabilmente, ve lo comunichiamo.

Io adesso cerco di fare anche un gruppo WhatsApp della Commissione in modo che determinate magari variazioni ce le comunichiamo velocemente e tutti noi possiamo organizzarci in base agli impegni delle altre Commissioni e personali.

Grazie a tutti e buon lavoro.

La Seduta termina alle 15.03

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Approvazione del "Documento per l'organizzazione e la gestione delle sedute della commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto…".

4. Interventi di:

   - Assessore regionale alla Sanità, Programmazione socio-sanitaria e ai Servizi sociali, Manuela Lanzarin;
   - Direttore Generale Area Sanità e Sociale, dott. Luciano Flor.

5. Audizione, ai sensi dell'art. 54 del Regolamento con:
   - Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, Francesca Russo;
   - Direttore Generale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezia (IZSVe), dott.ssa Antonia Ricci;
   - Direttore del Dipartimento di Prevenzione Aulss 1 Dolomiti, dott. Sandro Cinquetti.

Documento ad uso interno

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

PRESENTI

Erika BALDIN (Movimento 5 Stelle)
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Fabrizio BORON (Zaia Presidente)
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Tomas PICCININI (Lista Veneta Autonomia)
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Enoch SORANZO (Fratelli d'Italia - Giorgia Meloni)
Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

PRESENTI

(in modalità telematica)

Arturo LORENZONI (Gruppo Misto)
Roberta VIANELLO (Zaia Presidente)

ALTRI PRESENTI

(in modalità presenza)

Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile segreteria commissione speciale d'inchiesta)
Dott. Carlo GIACHETTI (Dirigente Capo Servizio Affari giuridici e legislativi)

Documento ad uso interno

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)
Dott. Luca SCHIAVON (Servizio Affari giuridici e legislativi)

ALTRI PRESENTI

(in modalità telematica)

Manuela LANZARIN (Assessore regionale alla Sanità, Programmazione socio sanitaria e Servizi sociali)
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Dott. Filippo DA RE (Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)

Presiede
Francesca ZOTTIS

Documento ad uso interno

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

Sommario

Presidente..... 1
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 2
Presidente..... 2
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 2
Presidente..... 3
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)..... 3
Presidente..... 5
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 5
Presidente..... 6

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

La Seduta inizia alle ore 10.45

Presidente

Tra poco inizieremo con la diretta. Il primo punto era il punto di approvazione del vademecum che vi avevamo preannunciato nella prima seduta e quindi vi chiedo se ci sono osservazioni. Se non ci sono osservazioni sul vademecum, procederei con l'approvazione del verbale della seduta precedente e poi con l'approvazione del vademecum.

2)	Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

Per quanto riguarda il verbale, favorevoli? Astenuti? Contrari? Perfetto, verbale approvato.

Perfetto, è arrivata la collega Ostanel, ho chiesto se c'erano delle osservazioni per quanto riguarda il vademecum, perfetto.

3)	Approvazione del "Documento per l'organizzazione e la gestione delle sedute della commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto …"

Allora, se non ci sono osservazioni procederei con l'approvazione del vademecum. Favorevoli? Astenuti? Contrari? Nessuno.

Diamo per approvato il vademecum che sarà la modalità con cui noi andiamo a coordinarci all'interno della Commissione.

Fatti questi due passaggi, direi che possiamo iniziare la seduta pubblica e quindi dare il via alla diretta.

Documento ad uso interno

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Presidente, ma non volevo disturbare ulteriormente la dottoressa perché vorrei intervenire sull'ordine dei lavori. Quindi non è una questione che riguarda, se vuole stare non è un problema…

Presidente
Credo che sia una questione di collegamento e basta, è una questione tecnica.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Sull'ordine dei lavori, Presidente, perché è giusto che, essendo anche le prime sedute, proviamo a costruire le condizioni per fare tra di noi un patto sereno su come vogliamo affrontare i lavori di questa Commissione. Io penso di non essere stata né maleducata. Se ho fatto delle domande non inerenti alle competenze della dottoressa me lo avrebbe fatto notare o non avrebbe risposto. Ho esercitato quello che io penso sia il mio diritto di Commissaria che indaga su una questione molto seria che riguarda migliaia di persone che sono morte. A me fa piacere se altri Commissari arrivano qui sereni sapendo già di aver fatto tutto bene.
Le chiedo però, Presidente, di consentire a tutti i Commissari di poter esercitare questa funzione senza essere tirate per le orecchie dall'Ufficio di Presidenza. Se solo maleducata, se commetto un reato, potete dirmi quello che volete, ma le domande io le faccio a chi voglio e nel merito di qualsiasi cosa, perché se avessi avuto le risposte senza bisogno di una Commissione d'inchiesta, non sarei qui oggi allora.
Allora, siccome vi stiamo dicendo da mesi, vedendo i morti,

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che qualcosa non va, noi abbiamo intenzione da questa Commissione di capire cosa non ha funzionato. Mi dispiace se faremo domande scomode e se il vostro problema è la scomodità della domanda, facevate come avevamo suggerito noi: Commissione non pubblica, in modo da essere anche sereni nella discussione franca tra di noi, ma siccome la discussione è pubblica, io non ho mancato di rispetto a nessuno, non ho offeso nessuno, ho esercitato legittimamente non il mio diritto, il mio dovere di indagare dentro una Commissione d'inchiesta.

Quindi chiedo all'Ufficio di Presidenza: se non va bene che qualcuno faccia delle domande scomode, fate una proposta di regolamento diversa e io mi adeguo. Ma siccome non mi pare che sia scritto da nessuna parte che le domande scomode in questa Commissione non si possono fare, io, finché l'Ufficio di Presidenza all'unanimità non decide diversamente, continuerò a fare le mie domande scomode, perché ci sono domande che io ho rivolto alla dottoressa Russo quattro volte, che non hanno avuto risposta, quattro volte.

Allora, siccome nessuno è venuto qua per farsi prendere in giro e tanto quanto la dottoressa Russo, anch'io non ho tempo da perdere, penso di esercitare il mio diritto come meglio ritengo.

Presidente

Il Vicepresidente e poi intervengo io.

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)

Allora, non ho individuato domande scomode io e, se qualcuno non ha risposto, forse era perché non era di competenza o

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

magari, per una questione di gentilezza, ha preferito non farglielo notare. Abbiamo fatto notare io e il Segretario alla Presidente certe domande che non competevano alla Dottoressa, però le ripeto che non è un problema. Tutte le domande che vuole, in questa sede, anzi in Quinta Commissione, quella volta che è durata una giornata intera, qualcuno si è lamentato perché ci sono stati interventi lunghissimi, sono stati prolissi, eccetera; abbiamo sottoposto la Dottoressa a due ore e mezza di interrogatorio.

Permetta, non sono d'accordo e infatti ho detto con la Presidente che vediamo di rivedere questa cosa per rendere più agile e eventualmente per far girare più documenti, in maniera che magari le risposte le troviamo nella carta anziché farle qua e allora capiamo eventualmente a chi farle e a chi non farle.

Sono d'accordo sul fatto che la Commissione comunque serva per l'approfondimento, sono sicura che usciremo con delle informazioni in più, credo e spero, più che altro per una questione di aver investito il tempo in maniera fruttuosa, su tutto quello che avevamo comunque in risposta dopo quella Quinta Commissione infinita a cui era presente anche il Governatore.

Sono sicuro di questo e il mio intervento stava solo a intendere che quello che non mi piace è questo.

Porti pazienza, non ho parlato né di maleducazione, né di domande scomode, io non ho detto niente; lei può farmi tutte le domande che vuole, può farle ai tecnici, ma è il modo e quello che si percepisce. Allora, o cerchiamo un modus operandi che sia trasparente e che sia accogliente, perché forse si riesce meglio a convivere in questo ambito in questa

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione, piuttosto che, ripeto, continuare con il modo di attacco a mo' di ruspa, che poi non si addice a lei, si addice più ad altra parte politica, con cui anche oggi avete approcciato questa prima seduta.
È solo la prima, ma se ci adeguiamo, forse lavoriamo meglio.

Presidente
Consigliera Bigon e poi però chiudo, perché altrimenti continuiamo su un vortice vizioso.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Mi permetta, non credo che sia un vortice, nel senso che abbiamo avuto due persone audite, dovevano essere di più, sul tracciamento perché questo era l'argomento.
Allora, finisco il ragionamento: so che non era rivolto a me, ma non è questo il problema, il problema è che noi dobbiamo capire alcune cose e siamo qua per fare delle domande.
L'argomento era idoneo alle domande che abbiamo fatto, perché altrimenti probabilmente c'è qualcosa che non funziona ancora e quindi credo che siano state rivolte, per quanto mi riguarda, ma anche per quanto riguarda le colleghe, nel modo corretto, perché di fatto alcune risposte le abbiamo avute effettivamente e teniamo conto che sono persone che comunque lavorano nel pubblico e nella sanità da tanto tempo per.
Pertanto io non credo che ci siano state domande fatte in modo non idoneo, sbagliato, non pertinente e non di competenza: non credo proprio. Credo, invece, che, sempre con le dovute modalità, che credo abbiamo tutti tenuto oggi, dobbiamo fare delle domande e vogliamo delle risposte. Questo credo proprio di sì. Grazie.

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Grazie, collega. Adesso chiudo perché non era rivolto a lei, è rivolto alla discussione di per sé che credo debba venire poi all'interno dell'Ufficio di Presidenza. Credo che le domande siano legittime e credo che ci sia la mia disponibilità chiaramente a chiarire le modalità, però, siccome stiamo finendo, colleghe, chiedo solo un secondo che finisco di parlare.

Chiedo cortesemente, siccome sta finendo di intervenire, se può esserci un attimo anche e che non si fugga fuori dall'Aula, perché credo ci sia piena disponibilità nel chiarire eventuali modalità che possono migliorare l'interlocuzione: credo che questa volontà ci sia da entrambe le parti.

È evidente che la Commissione è nata per fare chiarezza, altrimenti non sarebbe nata la Commissione e investiremo il nostro tempo probabilmente anche in altro, perché penso che per tutti sia da una parte assolutamente interessante e dall'altra anche faticoso, quindi se ci sono degli elementi di miglioramento da parte di qualunque Consigliere, sono pienamente disponibile e spero non ci siano ulteriori polemiche sulla legittimità.

È evidente che si hanno anche approcci diversi, perché da una parte c'è una maggioranza e dall'altra c'è un'opposizione ed è evidente che anche all'interno delle Commissioni questo emerga.

Eventualmente interverremo - su questo, ripeto, do la mia piena disponibilità - sulla linearità delle varie audizioni per chiarire quello che è il focus delle varie audizioni e questo per facilitare tutti i Consiglieri, sia nella fase di

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

preparazione, sia nella fase successiva.

Quindi ringrazio tutti, ho voluto chiudere la discussione proprio perché credo di aver compreso quelle che sono state le obiezioni e penso che sia meglio chiarirle all'interno dell'Ufficio di Presidenza per arrivare a una chiusura finale e all'andamento migliore dei lavori. Grazie.

La Seduta termina alle ore 17.25

Documento ad uso interno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

LA PRESENTE TRASCRIZIONE CONTIENE GLI INTERVENTI FATTI NEL CORSO DELLA SEDUTA, QUALIFICATA COME PUBBLICA, COME DISPOSTO DALLA DELIBERAZIONE DEL CONSIGLIO REGIONALE N. 52 DELL'8 GIUGNO 2021

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Approvazione del "Documento per l'organizzazione e la gestione delle sedute della commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto…".

4. Interventi di:

   - Assessore regionale alla Sanità, Programmazione socio-sanitaria e ai Servizi sociali, Manuela Lanzarin;
   - Direttore Generale Area Sanità e Sociale, dott. Luciano Flor.

5. Audizione, ai sensi dell'art. 54 del Regolamento con:
   - Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, Francesca Russo;
   - Direttore Generale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezia (IZSVe), dott.ssa Antonia Ricci;
   - Direttore del Dipartimento di Prevenzione Aulss 1 Dolomiti, dott. Sandro Cinquetti.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

PRESENTI

Erika BALDIN (Movimento 5 Stelle)

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Fabrizio BORON (Zaia Presidente)

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)

Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Tomas PICCININI (Lista Veneta Autonomia)

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)

Enoch SORANZO (Fratelli d’Italia - Giorgia Meloni)

Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

PRESENTI

(in modalità telematica)

Arturo LORENZONI (Gruppo Misto)

Roberta VIANELLO (Zaia Presidente)

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

ALTRI PRESENTI
(in modalità presenza)

Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile segreteria commissione speciale d'inchiesta)
Dott. Carlo GIACHETTI (Dirigente Capo Servizio Affari giuridici e legislativi)
Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)
Dott. Luca SCHIAVON (Servizio Affari giuridici e legislativi)

ALTRI PRESENTI
(in modalità telematica)

Manuela LANZARIN (Assessore regionale alla Sanità, Programmazione socio sanitaria e Servizi sociali)
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Dott. Filippo DA RE (Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)

Presiede
Francesca ZOTTIS

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

Sommario

Presidente..... 1
Ass.re Manuela LANZARIN..... 4
Presidente..... 7
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 7
Presidente..... 9
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 11
Presidente..... 11
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 12
Presidente..... 12
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 12
Presidente..... 14
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 14
Presidente..... 14
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 14
Presidente..... 14
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 15
Presidente..... 17
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 17
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 18
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 18
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 20
Presidente..... 20
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 20
Presidente..... 25
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 25
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 26
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 26
Presidente..... 30
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 30
Presidente..... 35
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 35

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

Presidente..... 36
Elisa VENTURINI (Forza Italia – Berlusconi – Autonomia per il Veneto)..... 37
Presidente..... 37
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 37
Presidente..... 42
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 42
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 42
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 42
Presidente..... 43
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 43
Presidente..... 44
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 44
Presidente..... 45
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 45
Presidente..... 45
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 45
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 45
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 46
Presidente..... 47
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 48
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 50
Presidente..... 52
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 52
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 53
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 53
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 53
Presidente..... 53
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 53
Presidente..... 54
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 54
Presidente..... 55
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 55
Presidente..... 55

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 56
Presidente..... 57
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 58
Presidente..... 59
Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)..... 59
Presidente..... 59
Elisa VENTURINI (Forza Italia – Berlusconi – Autonomia per il Veneto)..... 60
Presidente..... 60
Presidente..... 60
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 61
Presidente..... 61
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 61
Presidente..... 62
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 62
Presidente..... 67
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 67
Presidente..... 67
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 67
Presidente..... 67
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 67
Presidente..... 74
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 74
Presidente..... 75
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 75
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 80
Presidente..... 80
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 81
Presidente..... 83
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 83
Presidente..... 87
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 87

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 88
Presidente..... 89
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 89
Presidente..... 98
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 98
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 98
Presidente..... 99
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 99
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 99
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 99
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 99
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 99
Presidente..... 105
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 105
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 106
Presidente..... 108
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 108
Presidente..... 111
Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia Per il Veneto)..... 111
Presidente..... 112
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 112
Presidente..... 115
Tomas PICCININI (Lista Veneta Autonomia)..... 115
Presidente..... 115
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 115
Presidente..... 116
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 116
Presidente..... 116
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 117
Presidente..... 117
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 117
Presidente..... 119
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 119
Presidente..... 122

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 123
Presidente..... 123
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 123
Presidente..... 126
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 126
Presidente..... 130
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 130
Presidente..... 132
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)..... 132
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 133
Presidente..... 135
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 135
Presidente..... 136
Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)..... 137

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

La Seduta inizia alle ore 10.45

1)	Comunicazioni del Presidente.

Presidente

Aspettiamo un attimo. Intanto che stiamo aspettando vi devo comunicare delle variazioni perché purtroppo il dottor Cinquetti ha un problema personale che è successo questa mattina e gli auguro di risolverlo quanto prima; manderà comunque probabilmente una nota, ma in questo momento è proprio impossibilitato fisicamente a partecipare anche online.

Poi ci sarà un'inversione: noi avremo prima la dottoressa Ricci e poi la dottoressa Russo, perché la dottoressa Russo è stata chiamata dal presidente Zaia e quindi si sono invertite le due audizioni.

Buongiorno a tutti, ringrazio la Commissione, l'Ufficio di Presidenza e lo staff regionale della Commissione per il sostegno e per l'avvio dei lavori.

Questa è la prima Commissione pubblica per quanto riguarda la Commissione Covid. Ringrazio chiaramente lo staff regionale per averci messo nelle condizioni di rendere pubblica questa Commissione con anche regole, indirizzi chiari e per questo, diciamo, fa in modo anche di poter far partecipare le persone all'esterno e di poter condividere quello che sta succedendo e quello che sarà il percorso che la Commissione Covid ha deciso di intraprendere.

Questa mattina partiremo con i saluti iniziali dell'assessore Lanzarin, che ringrazio per la presenza, se è collegata. No? Aspettiamo un attimo, siamo in attesa del collegamento con

l'Assessore per un primo saluto e un primo indirizzo per quanto riguarda i lavori della Commissione stessa.

Successivamente poi, come da programma, avremmo alcune audizioni e inizieremo con l'audizione della dottoressa Ricci come Direttore generale dello Zooprofilattico.

Stiamo aspettando e vi devo comunicare delle variazioni, perché purtroppo il dottor Cinquetti ha un problema personale che è successo questa mattina e gli auguro di risolverlo.

Buongiorno a tutti. Ringrazio la Commissione, l'Ufficio di Presidenza e lo staff regionale della Commissione per il sostegno e per l'avvio dei lavori.

Questa è la prima Commissione pubblica per quanto riguarda la Commissione Covid. Ringrazio chiaramente lo staff regionale per averci messo nelle condizioni di rendere pubblica questa Commissione con anche regole, indirizzi chiari e per questo fa in modo anche di poter far partecipare le persone all'esterno e di poter condividere quello che sta succedendo e quello che sarà il percorso che la Commissione Covid ha deciso di intraprendere.

Questa mattina partiremo con i saluti iniziali dell'Assessore Lanzarin, che ringrazio per la presenza e a cui… se è collegata, no? Aspettiamo un attimo. Siamo in attesa del collegamento dell'Assessore per un primo saluto e un primo indirizzo per quanto riguarda i lavori della Commissione stessa.

Successivamente poi, come da programma, avremmo alcune audizioni. Inizieremo con l'audizione della dottoressa Ricci come direttore generale dello Zooprofilattico con la quale approfondiremo alcune tematiche che in parte erano state affrontate, chiaramente in modo meno approfondito, già nella

Quinta Commissione che era stata fatta il maggio del 2021 nella quale avevamo iniziato ad approfondire le tematiche di quello che è successo all'interno del periodo Covid.

Ricordiamo che ci sarà quindi un percorso che mette a confronto la prima e anche la seconda ondata, quindi un'analisi puntuale di tutto il periodo che c'è stato nel 2020, 2021, conseguenze e modalità di gestione organizzative da parte della Regione, anche impatti sul territorio stesso. Infatti nelle varie audizioni all'inizio andremo ad approfondire quelle che sono le tematiche del contact tracing, sequenziamento, dopodiché andremo a capire meglio quello che è successo all'interno della rete ospedaliera, della rete territoriale e dei centri servizi per anziani attraverso audizioni chiaramente specifiche con tutte le parti in causa, parti sociali e quelle della rete sociosanitaria e anche quelli che sono rappresentanti magari del mondo civico e cittadino.

L'Assessore si è connessa? Non ancora, okay, allora attendiamo due minuti.

Avremo un intervento dell'Assessore Lanzarin, intanto nel ritornare a ringraziare non so se c'è qualche domanda da parte della Commissione di approfondimento, altrimenti attendiamo un attimo e sospendiamo due minuti nell'attesa dell'arrivo dell'Assessore, grazie.

C'è il dottor Flor, a cui passeremo poi la parola per un saluto iniziale, dopo l'arrivo dell'assessore Lanzarin.

Riprendiamo i lavori.

Ringraziamo l'arrivo dell'Assessore Lanzarin. Prima mi scuso, ringrazio anche i colleghi che sono connessi e quindi parteciperanno a distanza alla Commissione, che, ricordo, è una Commissione pubblica e quindi anche coloro che non fanno

parte della Commissione stessa potranno comunque partecipare come uditori alla Commissione in presenza o a distanza.
La ringrazio, le passo subito la parola per un saluto e anche se vuole un commento per quanto riguarda l'avvio dei lavori della Commissione, grazie Assessore.

4)	Interventi di: - Assessore Regionale alla Sanità, programmazione socio – sanitaria e ai Servizi Sociali, Manuela Lanzarin; - Direttore Generale Area Sanità e Sociale, dott. Luciano Flor.

Ass.re Manuela LANZARIN

Buongiorno a tutti.
È l'occasione, oltre che per i saluti, anche per augurare buon lavoro a tutti i Commissari di questa Commissione di Inchiesta fortemente voluta e poi votata, ricordiamolo, all'unanimità. Una Commissione di Inchiesta che lavorerà, inizierà a lavorare per tematiche specifiche, per cercare anche di tracciare quelli che sono stati i vari passaggi che hanno visto la Regione all'interno appunto di questa emergenza, di questa pandemia con anche le varie fasi che si sono susseguite e con quindi anche le azioni che sono state di volta in volta adottate dalla parte tecnica e poi con i provvedimenti che sono stati, ricordiamolo, provvedimenti di Giunta, quindi, con delibere approvate e piani di sanità pubblica sono passati tramite provvedimenti di Giunta oppure tramite circolari dirette, emanazione di circolari ministeriali, di ordinanze o comunque poi di pareri che di volta in volta, lo ricordiamo, è già stato detto, hanno sempre avuto l'avvallo del CTS regionale perché fin dall'inizio ci siamo forniti, ci siamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

organizzati con anche una supervisione di questo tipo, quindi prettamente scientifica e tecnica che di volta in volta ha valutato, osservato, quindi fatto osservazioni se c'erano, e poi approvato i vari piani, i vari documenti, le varie circolari, insomma le varie indicazioni.

Come è stato detto, sia in fase di Quinta Commissione, quando c'è stata la Quinta Commissione in Consiglio Regionale sia in altre occasioni, noi diamo la massima disponibilità proprio nell'ottica della trasparenza a tutti quelli che sono stati i passaggi che hanno visto la Direzione Sanità e sociale, le Direzioni delle singole USL, la parte tecnica protagonista, e quindi che hanno visto appunto provvedimenti di questo tipo, diamo la massima trasparenza e disponibilità, quindi senza nessuna preoccupazione, con la massima serenità perché credo che questo sia lo spirito che deve avere questa Commissione.

Io ho avuto modo di dirlo anche in altre occasioni, dall'emergenza Covid, che è stata un'emergenza ed è tuttora un'emergenza perché oggi voi sapete siamo un po' riaffrontando quelle che sono le preoccupazioni con variante Delta, con sicuramente comportamenti che non sempre sono stati dettati dalla responsabilità e che quindi potrebbero, parliamo al condizionale, speriamo di no, portare a un nuovo numero di aumento dei contagi, quindi non siamo per niente fuori. Sicuramente la campagna di vaccinazione ci sta proteggendo molto e stiamo spingendo molto su questo e quindi il panorama è completamente diverso, però non siamo per niente fuori, però alla luce di tutto questo, vi dicevo, questa emergenza, questa pandemia deve essere vista anche come un'occasione per riflettere sui percorsi che sono stati seguiti, per riflettere anche su quello che abbiamo capito con dei punti di forza e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

punti di debolezza e per costruire anche quelle che sono la programmazione, quelle che sono le revisioni future che ci saranno per forza di cose perché non solo c'è un PNNR che parla di settori specifici, ma perché comunque sicuramente gli strumenti che sono in itinere in Regione Veneto vanno rivisti e vanno aggiornati alla luce dei provvedimenti nazionali, ma anche di tutto quello che abbiamo imparato e abbiamo capito. Quindi servirà anche da questo punto di vista proprio per cercare poi di tracciare la strada, tracciare appunto quelli che saranno i passaggi successivi.

Io credo che sicuramente il clima è un clima, non ho dubbio su questo, di massima serenità e di confronto con tutti gli attori, gli stakeholder che saranno chiamati. So e quindi condivido il fatto che vogliate dividere per tematiche le audizioni perché chiaramente altrimenti diventava un po' un tutt'uno e quindi difficile anche capire, mentre, dividendo per tematiche le audizioni, credo che diventi fondamentale, perché così si riesce anche a capire, sulla singola tematica, chiamare i singoli professionisti.

È chiaro che poi ci sono, invece, dei professionisti che faranno un commento su tutte le tematiche e quindi sulla pandemia, sull'emergenza, sulle gestioni in generale: penso ai Direttori generali. Qui chiedo anche alla Presidente l'attenzione perché è chiaro che c'è stato un cambio di direzione a febbraio e quindi la maggior parte dell'emergenza è stata gestita dai precedenti direttori, quindi credo che sia opportuno chiamare gli uni e gli altri proprio perché ci sia un filo conduttore, come anche per quanto riguarda altri settori specifici.

Quindi io non posso che augurare a tutti i commissari un buon

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

lavoro rispetto a questo avvio di questa Commissione d'inchiesta. Abbiamo già avuto esempi in Veneto importanti di Commissioni d'inchiesta, che alla fine hanno anche prodotto dei documenti che sono stati molto utili e molto apprezzati, quindi possono poi anche aiutarci nella fase successiva.
Ribadisco, quindi, massima trasparenza e massima disponibilità, siamo a disposizione e io credo che, per quanto mi riguarda, probabilmente io sono a disposizione e se, verso la fine, quando ci saranno poi i passaggi con le varie tematiche specifiche e ci sarà un momento in cui anche l'Assessore deve essere sentita, io sono a disposizione.

Presidente
Ringrazio l'Assessore. Sicuramente la terremo informata costantemente sulle varie audizioni e poi la richiameremo chiaramente in audizione, come ha detto lei, magari verso la fine, anche per fare un punto di riflessione e di sintesi, anche da un punto di vista politico.
Accogliamo il suggerimento per quanto riguarda i Direttori generali: chiameremo quelli vecchi e quelli nuovi proprio per avere un confronto e per avere un'analisi realistica, nel senso che chi è stato inserito negli ultimi mesi è evidente che non ha vissuto e può solo vivere di racconti rispetto a quello che è stato gestito nel passato. Quindi, bene e la ringraziamo.
Passiamo, quindi, adesso al dottor Flor, che vedo presente in video, che ringrazio e a cui lascio immediatamente la parola.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Grazie. Buongiorno all'Assessore e a tutta la Commissione, Presidente.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Io mi unisco a quello che ha detto l'Assessore rispetto alla serenità con cui deve essere svolto questo lavoro, in tutta chiarezza e trasparenza, perché riguarda l'operato anche di migliaia di operatori del servizio sanitario in questa pandemia. Io, fino al dicembre dell'anno scorso ero direttore generale dell'azienda di Padova e abbiamo vissuto anche momenti molto difficili; non c'è dubbio che l'epidemia sia stata un evento molto duro e ha provato anche molte persone, perché nessuno era abituato a quello che è accaduto e abbiamo vissuto tanti momenti davvero di incertezza rispetto all'andamento di questa epidemia. Però abbiamo anche la serenità di aver fatto un lavoro credo onesto dentro quelle che erano le possibilità di quello che si poteva fare.

In molte occasioni ci siamo anche posti davanti al treno, abbiamo saputo anche anticipare qualche novità che c'era nell'aria e soprattutto siamo sempre stati, credo, molto compatti nell'affrontare quello che succedeva a livello regionale.

Io vorrei portare un esempio alla Commissione di quello che succedeva in questo momento nel servizio sanitario regionale: io, un giorno, da direttore dell'ospedale di Padova, ricevo una telefonata dal responsabile del CREO regionale, che mi dice di aprire dei posti letto di rianimazione per equilibrio e contributo alla Regione, cioè alle necessità che c'erano in Regione. Quindi vorrei dire che si è sviluppato anche questo sentimento di solidarietà, che avremo modo di approfondire. Quindi vi dico che il momento è stato vissuto con questo atteggiamento da parte delle Direzioni generali, insieme con chi allora guidava la Regione.

Io non aggiungerei altro, se non che mi auguro di vedere

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ricostruito, anche con i dati e con i fatti, quello che vogliamo approfondire, io sono a completa disposizione rispetto a documentazione da fornire o a cose che si rendessero necessarie anche di tipo organizzativo per supportare il lavoro della Commissione e quando sarà il momento io sono ben lieto di poter dare un contributo alla ricostruzione che la Commissione ha deciso di portare a termine e auguro a tutti buon lavoro e rinnovo la mia disponibilità.

Presidente

Ringrazio il dottor Flor, sicuramente la ricontatteremo sia per audizioni specifiche nei diversi temi perché chiaramente come Direttore Generale ha seguito le diverse tematiche, sia come poi Direttore dell'USL padovana perché all'epoca aveva anche questo tipo di ruolo.

Nel ringraziarla la saluto e ci risentiremo presto come con l'Assessore, magari visto il ruolo che ha la terremo comunque informata delle diverse audizioni e quindi se vorrà partecipare saremo ben lieti in modo da poter avere anche un confronto continuo sulle diverse tematiche e le diverse audizioni, audizioni fatte. Grazie, Direttore.

Adesso dobbiamo aspettare l'arrivo della dottoressa Ricci, proprio per questi cambi che sono successi nel calendario delle audizioni e proviamo adesso a contattarla per vedere se possiamo anticipare rispetto all'orario previsto.

Quindi interrompiamo un attimo la diretta in attesa dell'inizio dell'audizione stessa. Stiamo ancora aspettando, sta chiamando per vedere se riusciamo ad anticipare l'audizione.

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 3 del 13 luglio 2021

5)	Audizione, ai sensi dell'art. 54 del Regolamento con: - Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, dott.ssa Francesca Russo; - Direttore Generale dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZSVe), dott.ssa Antonia Ricci; - Direttore del Dipartimento di Prevenzione Aulss 1 Dolomiti, dott. Sandro Cinquetti.

Iniziamo, è arrivata la dottoressa Ricci, che ringraziamo, Presidente dello Zooprofilattico, direi la saluto. Nell'iniziare io le porrei subito alcune domande alle quali magari possiamo rispondere, poi lascio la parola chiaramente alla Commissione, che comunque le erano già state paventate. Una era capire meglio la descrizione delle mutazioni della variante in termini di aggressività perché già nella prima audizione della Quinta Commissione si era parlato, ci sono nel verbale in modo abbastanza approfondito il fatto che comunque ci sono state queste mutazioni e ad un certo punto c'è stato anche il sequenziamento della cosiddetta, era stata citata come variante veneta, quindi l'interesse è capire un po' meglio quali mutazioni ci sono state dalla prima, quante, se possibile, dalla prima alla seconda ondata, come in qualche modo hanno inciso in termini di aggressività, di diffusione e di ricoveri di morti e anche capire se ci sono stati, perché erano stati citati sempre durante l'audizione della Quinta Commissione, degli elementi anche di contesto collegati alla diffusione. Si è parlato di maggiore aggressività all'interno delle Regioni del Nord, comprendere se ci sono stati degli approfondimenti scientifici in merito che hanno in qualche

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

modo creato una correlazione o se tutto questo è ancora in fase di studio e di approfondimento.
Io per ora mi fermo qui, le lascerei la parola anche per un saluto e poi ritornerei a dare la parola ai colleghi per le domande di approfondimento.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Benissimo, grazie, buongiorno a tutti, mi fa piacere essere qui.
Spero di essere utile nel darvi alcune spiegazioni, anche se devo dire che le domande che mi avete presentato sono le domande, mi verrebbe da dire, del secolo, nel senso che siamo ancora in piena epidemia, come sapete in fondo si tratta di un'epidemia molto recente perché 14 mesi per una malattia infettiva, o 15 o 16, non è niente per capirne realmente meccanismi. Io credo che ci vorranno tanti prossimi anni per avere le risposte che voi oggi vi ponete, alle domande che vi ponete che sono assolutamente legittime, però è veramente complicato rispondere.
Io mi chiedevo se posso, io credo, condividere il video così magari vi faccio vedere qualche immagine che mi può aiutare un po' per introdurvi l'argomento.
Vediamo se…

Presidente
Sì, è possibile. Condividi schermo, probabilmente.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Esatto, forse posso semplicemente condividere la schermata, proviamo.
Voi adesso vedete lo schermo?

Presidente
Sì, è tutto condivido, grazie.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Voi sapete che sul nostro sito vengono pubblicati regolarmente i report relativi all'attività di sequenziamento e quindi potete trovare tutte le informazioni sulle varianti circolanti e sulle mutazioni che caratterizzano queste varianti.
Allora questo è il report di fine dicembre, quindi quello che io avevo presentato anche in conferenza stampa con il Presidente Zaia, che descrive un po' quello che è successo in Veneto e in Italia in autunno. La prima cosa che io ci tengo a condividere con voi e su cui veramente non ho tema di smentita è l'enorme differenza del virus fra la prima e la seconda ondata. Qui lo vedete, questo è il dato italiano, questo è il dato Veneto, quindi a sinistra - non so se vedete muoversi il mouse - comunque nell'immagine a sinistra il dato italiano, nell'immagine a destra il dato veneto. Quello che voi vedete in verde, blu e rosa sono i virus che hanno caratterizzato la prima ondata, mentre sulla destra dei due grafici vedete i virus che hanno caratterizzato la seconda ondata ed è assolutamente evidente che si tratta di virus completamente diversi.

Questo è successo in Italia, è successo in Veneto ed è successo in tutto il mondo perché questi virus si sono dotati di alcune mutazioni caratteristiche, la più importante delle quali – noi nel report poi riportiamo per ogni variante del virus la mutazione che la caratterizza – è questa D614G, che ha caratterizzato la seconda ondata: si è evidenziata verso la fine della prima ondata e poi si è sviluppata nella seconda ondata ed è la mutazione che ha creato sia l'aumento dei contagi che ha caratterizzato, ripeto, in tutto il mondo, la seconda ondata, che l'aumentata gravità della malattia.

È una delle mutazioni, perché poi questo virus di mutazioni ne ha tantissime e ad oggi sono ancora tantissimi i lavori che si interrogano sul ruolo delle mutazioni rispetto alla gravità, alla contagiosità, ma ad oggi sono pochi i dati certi perché ovviamente bisogna vedere il virus, ma metterlo anche in correlazione a quello che sta facendo e quindi all'epidemiologia della malattia, quindi sono studi che sono tutti in itinere e oggi nessuno tira delle conclusioni definitive. Però diciamo che il primo dato di fatto è che nella seconda ondata noi ci siamo trovati di fronte a un virus diverso, più contagioso e più aggressivo, soprattutto per questa mutazione, ma anche per altre.

L'altra caratteristica che vi volevo far notare è come in Veneto, sia in modo più precoce rispetto al resto d'Italia che anche con un picco più evidente, si sono sviluppati questi due virus che sono il B1.177 e il 160: questi sono due virus proprio caratterizzati, anche in letteratura, da contagiosità e aggressività molto spiccate che, appunto, in Veneto si sono presentati più precocemente rispetto ad altre zone d'Italia e sicuramente con una prevalenza molto alta.

Vi ricordo – e questo ci tengo a dirlo – che, quando parliamo di seconda ondata, non stiamo parlando di ottobre-novembre perché, ovviamente, nel definire le ondate dobbiamo basarci su dati oggettivi scientifici e l'Istituto Superiore di Sanità e la letteratura internazionale concordano nel dire che la seconda ondata del Covid va da ottobre 2020 ad aprile 2021. Quindi, quando noi guardiamo l'andamento dei contagi, dell'ospedalizzazione e dei decessi nella seconda ondata, non possiamo focalizzarci su un mese, un mese e mezzo, ma dobbiamo focalizzarci su un periodo più lungo.

Presidente
Dottoressa, mi scusi un secondo: riesce per caso ad allargare l'immagine?

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Temo di no.

Presidente
No, però è un PDF. Non so se c'è su "visualizza", dove c'è la lente di ingrandimento. Niente, va bene, grazie comunque.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Forse così.

Presidente
Ecco, sì, un po' di più. Okay, grazie intanto.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)

Ecco, vi dicevo che, quindi, dobbiamo vedere i dati fino alla fine di aprile 2021 e in questo periodo voi sapete che il Veneto ha visto una seconda ondata, che in qualche modo è leggermente anticipata rispetto alle altre regioni, comunque con un andamento non difforme dalle altre regioni del nord, ma che poi, devo dire, migliora perché il virus fa un po' così, va proprio a cicli: migliora dalla metà di dicembre, laddove in altre regioni d'Italia l'epidemia ha continuato con un notevole impatto anche nei mesi successivi. Quindi, nel conteggiare la seconda ondata, dobbiamo vedere anche cosa è successo i mesi dopo, non solo cosa è successo in ottobre-novembre, però sicuramente noi abbiamo visto questi virus emergere con notevole importanza.

Soprattutto io mi focalizzerei su questi due, che noi avevamo riportato già nel report di dicembre, quindi il 160, che ha questa mutazione di cui vi parlavo, la 614, proprio batte continuamente su questi virus e anche quest'altra mutazione che poi è diventata prevalente in molte, in altre Regioni italiane, anche in Paesi europei, e poi questo, il 177, che a questa mutazione, la 222, oltre alla famosa 614. La 222 è una mutazione che è stata descritta inizialmente in Spagna e che ha caratterizzato proprio il ceppo europeo della seconda ondata, ma che non ha avuto lo stesso andamento in tutti i Paesi europei, appunto è cominciata in Spagna ancora in estate dove si è visto un incremento dei casi anticipato rispetto ad altri Paesi europei e devo dire appunto un po' analogamente alla Spagna noi in Veneto l'abbiamo vista precocemente e con un andamento molto importante nei primi mesi dell'autunno,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sempre, diciamo, anticipando un po' quello che poi è successo in altre Regioni e in altri Paesi europei.

Allora vi do un ultimo spunto, dopo ovviamente mi direte voi cosa volete approfondire perché, vi dico, gli argomenti sono anche molto complessi, ma mi parlavate anche di mutazioni specifiche. Allora noi siamo andati a vedere le mutazioni più importanti - vediamo se riesco a ingrandirvele - le mutazioni più importanti che abbiamo visto nei nostri virus veneti, sempre ovviamente nel periodo dall'autunno in poi, e le abbiamo messe a confronto con l'andamento delle stesse mutazioni a livello nazionale.

Quindi vedete in arancione la riga del Veneto e in blu la riga dell'Italia rispetto appunto a specifiche mutazioni, ovviamente non le abbiamo prese tutte, perché sono tantissime, ma quella che vedevamo con maggiore frequenza nei virus che isolavamo in quel periodo. Vedete che ad esempio per queste due mutazioni l'andamento è esattamente sovrapponibile fra quello italiano e quello veneto, ma se andiamo a vedere delle altre mutazioni, e qui le vedete, sicuramente l'andamento è diverso e vedete appunto questa, la 145, sicuramente in Veneto ha avuto un andamento, una prevalenza molto elevata, anche comunque la 220 e anche altre mutazioni, vedete che hanno avuto da noi in Veneto un andamento opposto in alcuni casi rispetto a quello nazionale. Sono tutte informazioni, anche qui la 272 fa, insomma, sale proprio fra novembre e dicembre, mentre a livello italiano era già in plateau e stava scendendo.

Quindi tutto questo dimostra che ci sono le caratteristiche del virus che dobbiamo tenere in considerazione, che possono aver fatto un po' la differenza nell'andamento della malattia che ovviamente non è legato, e questo penso che lo sappiamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tutti, solo al virus, ma anche ovviamente alle condizioni, alla densità della popolazione, alle restrizioni applicate, insomma a una serie di caratteristiche che poi hanno modulato l'epidemia. C'è anche una questione genetica estremamente importante di popolazione, che ovviamente dovrà essere approfondita, ma che viene in questo momento studiato, perché anche qui l'abbiamo visto tutti come il virus picchi, nel senso si comporti diversamente anche a seconda proprio dell'individuo che subisce l'infezione e questo può essere dettato anche da caratteristiche genetiche delle persone che verranno via via studiate e che magari ci aiuteranno a capire meglio il perché di tanti fenomeni che abbiamo osservato.
Io adesso vi avrei dato un po' un'introduzione perché non vi voglio massacrare di questioni troppo tecniche. Mi dite voi cosa preferite approfondire.

Presidente
La ringraziamo, lascerei la parola ai Commissari. Chi vuole intervenire? Consigliera Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente. Grazie, dottoressa Ricci, per la presentazione su cui poi faccio una domanda, però partirei chiedendo, anche riprendendo quello che l'assessora Lanzarin diceva all'inizio, cioè che è importante capire anche il ruolo che ciascun soggetto ha avuto durante la gestione della pandemia, prima ondata e seconda ondata, anche per capire appunto chi effettivamente c'era anche nei cambi, io le chiederei inizialmente di descrivere il suo ruolo all'interno della Regione, insomma quali erano i suoi compiti e anche

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quando è stata la prima volta che è stata coinvolta a supporto della prevenzione nella gestione della pandemia, giusto per avere un'indicazione generale del suo lavoro e del suo ruolo.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Certo.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie. Poi le faccio tre domande, quindi gliele faccio in serie, così poi ha tempo magari di elaborare.
La prima domanda è rispetto a quanto abbiamo discusso anche nella Commissione precedente, a quando abbiamo fatto il lavoro di Commissione non speciale, ma qui in sede, con anche il presidente Zaia presente, nel senso che, riguardando i materiali di quella seduta, lei era intervenuta rispetto ai sequenziamenti proprio dell'inizio della pandemia, quindi famoso caso Vo', se non sbaglio. Allora, la mia domanda era rispetto a quello che aveva anche dichiarato quel giorno, siccome mi pareva di vedere dai verbali che lei dicesse che in quel momento i sequenziamenti di Vo' non fossero stati inviati, la domanda è se conferma che ci sia stato un ritardo nell'invio dei sequenziamento di quel momento importante e se nessuno della struttura tecnica o qualcun altro della struttura anche politica aveva ricevuto o meno i dati rispetto ai sequenziamento dell'inizio proprio della pandemia, quindi a Vo'.
In secondo luogo, le faccio la seconda domanda rispetto a tamponi rapidi molecolari, nel senso che, riguardando un po' quello di cui abbiamo parlato quel giorno, sostanzialmente lei

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ha descritto l'uso dei tamponi rapidi come una modalità positiva, nel senso che diceva che potevano anche segnalare in maniera precoce la positività di alcuni casi. Quindi io le faccio proprio una domanda su questo, cioè mi piacerebbe capire se lei ritiene, dopo questi mesi di analisi e di studio, che i tamponi molecolari e i tamponi antigenici di prima e di seconda generazione siano sovrapponibili nella loro attendibilità e, in base a quali studi afferma questa posizione.

Glielo chiedo perché, appunto, ho riletto le linee guida, sia OMS che quelle nazionali, che citavamo quel giorno per poter provare ad approfondire, e vedevo una differenza rispetto al contenuto della circolare ministeriale; quindi le volevo chiedere se eventualmente ci sono stati degli studi che, invece, hanno sostenuto che in Veneto fosse utile e migliore fare un'attività di screening presso le strutture ospedaliere con quel tipo di tamponi, visto che comunque le linee-guida citano che in alcuni casi possa essere usato. Quindi mi chiedevo in base a quale studio.

Poi le chiederei se ci può inviare, anche a beneficio della Commissione, una relazione che aveva citato quel giorno, che aveva prodotto lei o la sua struttura rispetto ai tamponi rapidi, che così magari la possiamo guardare.

Invece, rispetto ai sequenziamenti che mostrava ora avevo una domanda più tecnica: se le varianti, quelle che andavano in alto, quelle arancioni, si riferiscono anche alla famosa variante indiana che era citata all'epoca; proprio quando è partita la seconda ondata, si sosteneva che in Veneto fosse arrivata prima o fosse predominante quel tipo di variante all'epoca, mi chiedo se quei numeri che lei ha citato si

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

riferiscono appunto a questo tipo di variante, grazie.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Okay, provo a rispondere in ordine. Vado?

Presidente
Sì, vada pure, Dottoressa.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Grazie.
Il ruolo dell'Istituto, beh, diciamo che noi siamo entrati in campo subito all'inizio della pandemia sia per quanto riguarda l'analisi dei tamponi molecolari, nel senso che, vista l'esperienza del personale dell'Istituto e dei laboratori dell'Istituto nelle analisi molecolari per agenti patogeni virali, ci siamo messi a disposizione per analizzare i tamponi e quindi abbiamo, direi proprio all'inizio della pandemia, nelle primissime settimane, cominciato a esaminare tamponi per diverse ASL del Veneto e direi quasi contemporaneamente abbiamo cominciato a sequenziare il virus.
Vi ricordo che l'Istituto è il centro di referenza anche europeo per l'influenza aviaria e quindi abbiamo veramente una grande esperienza su come si traccia un'epidemia di malattia infettiva e alla fine, credetemi, che siano animali o che siano persone da un punto di vista virologico l'attività è davvero la stessa, per cui noi da subito appena abbiamo ricevuto dei tamponi positivi la prima cosa che abbiamo fatto è stato cominciare a isolare il virus per sequenziarlo perché sapevamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che sarebbe stata la cosa giusta da fare. Tant'è che le prime sequenze del Veneto sono state depositate da noi all'inizio di aprile 2020 e siamo stati anche fra i primi in Italia a depositare in data base internazionali delle sequenze proprio facendo tesoro della nostra esperienza quotidiana di lotta alle malattie infettive.

Ci tengo a dire, perché questo poi si riallaccia un po' con la questione di Vo', che noi abbiamo sempre portato avanti una battaglia in cui crediamo, che è quella della trasparenza e della messa a disposizione dei dati scientifici. È una questione che è un po' bandiera dell'Istituto Zooprofilattico da tanti anni perché già nel controllo dell'influenza aviaria, l'influenza aviaria vi ricordo che è una malattia che può essere devastante per le specie avicole, ma ha un rischio zoonotico molto, molto importante perché c'è sempre il rischio che il virus muti e possa trasmettersi alle persone. Poi ogni tanto capita, per fortuna finora, io direi anche grazie all'azione di prevenzione, non ci sono mai state delle pandemie influenzali legate a un serbatoio animale, ma appunto il rischio esiste e quindi noi abbiamo sempre portato avanti l'idea che è indispensabile appena uno ha una sequenza di un virus depositarlo nei data base internazionali affinché tutto il mondo scientifico possa vedere quel risultato, confrontarlo con i propri e lavorare assieme per il controllo della malattia.

Questa cosa purtroppo non era scontata per niente una decina d'anni fa, ma non è scontata neppure oggi, perché? Perché nel momento in cui un ricercatore mette a disposizione la propria sequenza tutti i ricercatori del mondo possono prendere quella sequenza, il dato diventa pubblico, e utilizzarla per scrivere

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dei lavori scientifici ovviamente citando la fonte, però non c'è più, diciamo, l'esclusività dell'informazione per il ricercatore. Allora io credo che in tempi di pandemia Covid questa cosa diventi proprio scontata, cioè chi è che può preferire una pubblicazione scientifica per il proprio gruppo per quanto prestigioso possa essere scrivere un lavoro scientifico rispetto a mettere a disposizione le informazioni per la comunità scientifica. Ed è questo il motivo per cui la volta scorsa io ho sollevato il fatto che le sequenze dei virus di Vo', i virus di Vo' sono stati prelevati ovviamente a marzo del 2020, quando sono stati fatti i campionamenti a Vo', e la comunità scientifica li ha avuti a disposizione in termini di sequenze pubblicati in database internazionali, più di un anno dopo.

Il motivo di questo è probabilmente il fatto di preferire le pubblicazioni scientifiche rispetto alla condivisione delle informazioni, ma non sta a me dire perché è stato fatto questo, però io credo che in questo momento sia un fatto quantomeno da tenere in considerazione, perché ovviamente quelle sequenze di inizio pandemia sono delle frequenze che oggi sono interessanti un po' da un punto di vista storico, per vedere come il virus è partito e come stava già cambiando nei primi mesi. Sicuramente averle avute ad aprile, maggio o giugno del 2020 avrebbe aiutato non solo noi, ma tutta la comunità scientifica a lavorare sul virus e sul suo andamento.

Quindi questa era la questione che vi ponevo rispetto alla non disponibilità dei dati di sequenza dei virus di Vo'.

La volta scorsa io venni chiamata per parlare un po' di questo perché, come sapete, ci eravamo focalizzati e anche la stampa si era molto focalizzata su un lavoro scientifico del gruppo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

del professor Crisanti, che mi pare che ad oggi non si è ancora pubblicato in modo formale su una rivista internazionale, ma era stato comunque messa a disposizione del mondo scientifico su un database. Questo lavoro utilizzava, oltre alle sequenze di Vo', anche delle sequenze prodotte dal nostro Istituto, perché appunto erano pubbliche, ma ci mancherebbe altro, a me fa piacere che vengano utilizzate, per dimostrare una tesi.

Allora, il motivo per cui io mi sono sentita allora e ancora oggi mi sento di poter parlare di quel lavoro è perché quel lavoro utilizza dei dati prodotti dall'Istituto Zooprofilattico, quindi mi sento un po' parte in causa rispetto alle conclusioni e alla discussione di quel lavoro.

Quel lavoro aveva una tesi che stava anche nel titolo stesso e cioè che, nella fase autunnale dell'epidemia in Veneto, vi fossero alcune varianti del virus, caratterizzate da mutazioni che rendevano quel virus invisibile ai tamponi rapidi e quindi un motivo dell'andamento così esponenziale della crescita dell'epidemia in quella fase fosse legata al fatto che, ovviamente, usando un test che non vede quella variante, è chiaro che quella variante in quel modo aumenta. Questa era la tesi del lavoro e, per sostenere questa tesi, furono inutilizzati dati di sequenziamento, anche prodotti dall'Istituto.

Io allora venni a confutare questa tesi, perché scientificamente è assolutamente confutabile, nel senso che, se questa tesi fosse corretta, noi avremmo dovuto vedere da lì in poi un aumento di queste varianti citate in quel lavoro, che invece non si è assolutamente verificato. Anzi, quella variante che cominciava a iniziare fra settembre e ottobre, poi è completamente scomparsa, quindi questo era il motivo per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

cui io mi sono sentita di venire a spiegarvi alcune questioni e in particolare questo fatto. La tesi di quel lavoro, che tamponi rapidi non fossero efficaci proprio perché andavano a mirare un punto del virus che era mutato e quindi diciamo, il virus era diventata invisibile ai tamponi rapidi, non è vera, perché quel tipo di mutazione poi è scomparso, nonostante i tamponi rapidi si usassero, e quindi la tesi del lavoro confutata, perché non è quello che è accaduto.

Questa era la questione legata un po' al sequenziamento e ai tamponi rapidi, dopodiché il ruolo dell'Istituto, come dicevo all'inizio, è di essere un laboratorio, un grande laboratorio e ha esperienza, ovviamente, nell'epidemiologia delle malattie infettive, ma il nostro ruolo è stato legato all'analisi dei tamponi molecolari e all'analisi del virus di sequenziamento. Sicuramente nessuno di noi, anche perché noi siamo un'istituzione veterinaria, ha partecipato alla stesura dei piani di sanità pubblica e alle scelte in merito a come tracciare l'epidemia, che tampone usare, eccetera, non è certo compito nostro e non siamo stati coinvolti da questo punto di vista.

Quello che io vi dicevo la volta scorsa rispetto all'uso dei tamponi rapidi, ci sono una serie di relazioni che sicuramente vi manderò non fatte dal nostro Istituto, ma dall'Istituto Superiore di Sanità, rispetto all'uso dei tamponi molecolari e dei tamponi rapidi. Allora l'Istituto Superiore di Sanità ha sempre previsto la possibilità di usare in modo alternativo i tamponi rapidi, anche di prima e seconda generazione, rispetto ai tamponi molecolari a seconda dei diversi contesti. La cosa che io ci tengo a sottolineare è che l'efficacia di un test diagnostico non dipende solo dalle caratteristiche di quel

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

test, cioè dalla sensibilità e dalla specificità del test, ma anche dal modo in cui si utilizzano. Quindi quello che io vi dicevo la volta scorsa è che da un punto di vista epidemiologico ad esempio fare un tampone molecolare ogni […] giorni o fare un tampone rapido ogni quattro giorni, due giorni, sette giorni, cioè con una frequenza maggiore, può portare a un'efficacia completamente diversa e quindi tutte queste caratteristiche vanno valutate assieme quando si fa […] pubblica. Verranno considerate le caratteristiche tecniche dei test, ma anche il modo in cui […] e vi sono una serie di lavori, che, se volete, vi faccio avere, che mostrano anche un test micro-sensibile come il test rapido risulta più efficace se fatto con maggiore frequenza per permette di […] più precocemente.
Quindi tutto questo va visto insieme e non solo…

Presidente
Dottoressa, la ringrazio per quello che sta dicendo lei. Magari anche sulla questione dei tamponi ritorniamo quando facciamo un confronto anche con i Direttori delle… in modo da avere anche una seduta specifica sul tema, proprio per dare la possibilità di approfondire in modo concreto quello che riguarda l'aspetto proprio tamponi.
Quindi io la ringrazio e passerei la parola magari alla prossima domanda.
Consigliera Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.
Bentornata, professoressa Ricci, le rinnovo ovviamente i

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ringraziamenti per voler provare a contribuire con noi a darci qualche spiegazione in più rispetto a ciò che è accaduto in questa Regione.
Io le farò diverse domande, spero che riesca poi a riassumermi qualche spiegazione semplice anche per noi che non siamo scienziati. Intanto mi associo alla richiesta della consigliera Ostanel, lei durante la sua precedente audizione aveva parlato di una relazione che avrebbe inviato. Ora non so se lei non l'ha inviata e quindi non è mai arrivata oppure se lei ha provveduto a inviarla alla Commissione allora mi associo perché magari tante cose leggendole ci viene più facile anche da comprendere.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Io l'avevo inviata allora, posso rinviarla, certo.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Le mie domande sono le seguenti. Spero perdonerà se non sono precisissima. Da quello che ho potuto intuire dalla sua relazione lei ci sta dicendo che sequenziare il virus è un'attività molto importante per capire cosa è successo, quindi è un'attività che ha anche una forte rilevanza su analisi ex post, che poi ovviamente possono essere utilizzate per implementare i piani di azione, diciamo così, percorrendo delle ipotesi strutturate sulla base di evidenze scientifiche. Allora io volevo capire se, a parte aver sequenziato il virus man mano che l'epidemia e la pandemia si sviluppava, siano stati fatti studi per individuare un eventuale correlazione tra la variante o le varianti che voi avete rintracciato e i

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

diversi livelli di diffusione del virus che abbiamo avuto nei diversi territori. Per questo io credo che potrebbero essere utili se ci sono anche delle analisi comparative su ciò che è accaduto in altri territori, cioè se le medesime varianti hanno avuto incidenza e diffusione diverse su altri territori o se oppure si può ipotizzare che, anche se ci sono varianti diverse da territorio a territorio, in realtà non sono un elemento che può essere messo in una qualche correlazione significativa con il numero poi di contagi o sulla gravità dei casi.

La seconda domanda è se è vero che la diffusione delle varianti ci potrebbe aiutare, come dicevo prima, forse a capire perché il virus si è diffuso di più in certi territori piuttosto che in altri. Volevo capire se erano stati effettuati studi sulle sequenze che ci potessero dire qualcosa sulla gravità, cioè lei ha parlato di variazioni che in questa Regione si sono sviluppate, particolarmente rilevanti sia per l'intensità con cui si sono diffuse, sia anche per la gravità.

Ora, vorrei capire se di tutti i grafici che lei ci ha mostrato c'è uno studio che ci faccia vedere se poi quelle varianti si trovano con una frequenza maggiore nei pazienti che hanno avuto conseguenze più gravi dalla pandemia e, se è così, come si traccia. Adesso magari ci darà anche riferimenti più tecnici, in modo da poterli vedere.

Altra domanda, in riferimento a quello che è stato l'argomento principale della sua audizione la volta scorsa e cioè lo studio, il lavoro proposto dal professor Crisanti, una scelta che magari è deontologicamente lei può anche averci spiegato come la necessità di dimostrare come si collabora tra scienziati, ma – lo dico anche per le prossime audizioni e anche per il confronto che facciamo oggi – siamo più

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

interessati a capire cos'è accaduto in Veneto che a debilitare l'autorevolezza professionale di Tizio piuttosto che di Caio. Quindi lei sostiene che il lavoro, lo studio del professor Crisanti sia discutibile, diciamo così, sia per le conclusioni a cui arriva, sia anche per la metodologia con cui è stato portato avanti ed è verosimile, non ho gli elementi tecnici per contrapporre una un'altra posizione, però certamente quello studio, a mio giudizio, aveva un pregio quindi, dal punto di vista assolutamente non scientifico: provava a darsi una spiegazione alle domande che noi ci stiamo provando a porre.

Avete pensato o realizzato altri studi che potessero in qualche modo verificare, più attendibili, fatti meglio, sulla base di più dati messi a disposizione, quindi studi veri fatti come lei ci ha spiegato che andrebbero fatti, che hanno tentato di verificare una correlazione tra le varianti specifiche che si sono sviluppate in questo territorio e la capacità di riconoscere, attraverso i test antigenici? Nel momento in cui noi diciamo che non è vero che quel tipo di test antigenico non riconosceva quella variante, siamo in grado anche di fare l'affermazione contraria? Siamo certi, perché l'abbiamo approvato con uno studio, che i test antigenici riconoscevano invece le altre varianti che lei ci ha detto essere preponderanti? Se questi studi esistono, dove sono pubblicati e dove possiamo trovare?

Terza questione: lei sostiene giustamente che l'attività è un'attività di laboratorio, cioè un'attività non sanitaria, che non ha a che fare con i pazienti direttamente, ma che si occupa dello studio in fase di analisi di laboratorio, quindi ha ragione la presidente Zottis a dire che l'affidabilità, dal

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

punto di vista del metodo, della necessità o meno di utilizzare un certo tipo di tampone piuttosto che un altro, cioè le scelte strategiche di natura sanitaria, anch'io credo che non possano essere oggetto della nostra discussione, però, in realtà, il tema dei laboratori di fronte a un virus che non si conosce è strategico.

Allora le chiedo se, secondo lei, che lei sappia, ci sono altre strutture in questa Regione che potrebbero essere in grado di sequenziare virus, come avete fatto voi nel vostro istituto. Le risulta che queste altre strutture abbiano contribuito, collaborato, lavorato insieme a voi durante tutta la pandemia? Su questo c'è stato anche un investimento?

Ultima domanda, ma più che altro per chiedere di ribadire una risposta che ha già dato, che però non vorrei aver capito e male interpretato: lei ci ha detto, ci sta dicendo, ci sta confermando che le analisi sulle sequenze di Vo' lei non le ha mai viste per un anno intero, cioè ho trascritto le parole che lei ha esattamente usato: "Io non le ho mai avute per un anno intero", perché questa è una dichiarazione importante, anche grave, se vogliamo. Lei ci sta dicendo che un Istituto inserito nel sistema sanitario regionale ha eseguito uno studio molto importante autorizzato dalla Regione, dai vertici dell'area sociosanitaria, e che i risultati di quello studio non sono stati messi, non dico nella disponibilità dei database pubblici perché quello, insomma, mi fido di quello che ci dice, ma che quei dati che sono costati ai Veneti e agli Italiani molto, anche dal punto vista economico, non sono stati messi a disposizione del gruppo di lavoro che si occupava dell'analisi della pandemia in questa Regione per un anno intero? Volevo solo avere la conferma di questa affermazione,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

grazie.

Ah no… scusi, l'ultima, l'ultimissima domanda, più una valutazione, magari meno da scienziata, ma per darci il suo punto di vista, sicuramente autorevole. Lei nel giugno del 2021, in un'intervista che ha rilasciato a diversi quotidiani, ha dichiarato questo: "Non ricadremo più nel dramma che abbiamo vissuto nei mesi passati perché l'importanza del lockdown è strategica per modificare l'ambiente e togliere la terra sotto i piedi ai virus". E giustamente a me con una spiegazione che mi aveva anche convinto diceva c'è l'ospite, cioè la persona, c'è il virus e c'è l'ambiente esterno. Noi con gli studi di laboratorio proviamo a conoscere meglio il virus, ma non siamo in grado di incidere lì, sui comportamenti delle persone proviamo a dissuaderli dall'essere irresponsabili, ma arriviamo fino a un certo punto, l'arma più efficace che abbiamo di fronte a una esplosione dei contagi rispetto alla quale non possiamo incidere più di tanto sul paziente e sul virus diventa indispensabile agire sull'ambiente.

Continua a pensare che di fronte ad un virus che muta così continuamente, in maniera molto spesso anche inspiegabile, l'azione sull'ambiente, cioè misure restrittive possono essere l'unica risposta rapida, efficace che possiamo mettere purtroppo ancora in campo? Grazie.

Presidente

Risponda pure, Dottoressa.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)

Provo ad andare in ordine. Scusate che mi segno l'ultima

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

domanda.

Allora studi che associano varianti a maggior contagio e maggior gravità. Ci sono un numero importante di studi che associano la presenza di variante alla maggiore contagiosità. Ovviamente diciamo l'esplosione di questi studi e nasce con la variante Alfa, quindi la variante inglese, che è stata forse la prima variante caratterizzata da una aumentata contagiosità così tanto aumentata perché già alcune varianti precedenti, e due sono quelle di cui vi parlavo prima, la 160 e la 177, sono sicuramente varianti le cui mutazioni comportano una maggiore contagiosità, quindi sì, gli studi ci sono.

Su varianti che siano esclusive della Regione Veneto vi direi di no, nel senso che noi abbiamo visto alcune varianti che effettivamente erano presenti in Veneto e non in altre Regioni, su queste non sono stati fatti degli studi specifici legati a maggiore contagiosità o maggiore altre caratteristiche, ma sicuramente appunto in Veneto nella fase iniziale della seconda ondata erano presenti delle varianti che poi si sono diffuse, quelle non esclusive del Veneto, ma che poi si sono diffuse anche in altre Regioni italiane sicuramente, che sicuramente in Veneto erano presenti prima in una fase molto iniziale e con una prevalenza molto alta. È come se la seconda ondata in Veneto avesse cominciato a crescere molto presto, tant'è che poi è calata prima rispetto alle altre Regioni, perché poi in Veneto l'epidemia da inizio a metà dicembre ha cominciato a calare, mentre nelle altre regioni italiane ha continuato la sua crescita, quindi c'è stato un andamento che, secondo me, è come se fosse leggermente spostato prima rispetto alle altre regioni.

Quindi se la domanda è se le varianti trovate in quella fase

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

solo in Veneto sono più contagiose, la risposta è no: c'erano sicuramente – nessuno l'ha studiata questa cosa – delle varianti molto molto contagiose che stavano prendendo piede e dopo, ovviamente, la variante inglese e quella indiana hanno fatto la loro parte.

Per quanto riguarda gli studi rispetto a malattia più grave, legata a specifiche varianti o addirittura a tassi di mortalità più alta, a livello internazionale gli studi sono pochissimi, non ci sono studi specifici nazionali, ma davvero ad oggi nessuno è riuscito in modo univoco a correlare specifiche varianti con una malattia più grave o addirittura più mortale, quindi su questo vi direi che la letteratura internazionale è ancora indietro perché ci vuole tanto tempo e tanti dati per riuscire ad avere delle correlazioni che abbiano senso fra variante e aggressività.

Per quanto riguarda le varianti e i test rapidi, come vi dicevo, quelle varianti identificate nello studio in realtà non sono state favorite dall'uso dei test rapidi e le altre varianti che circolavano in quel periodo sicuramente erano visibili ai test rapidi, tant'è che noi abbiamo potuto tracciarle con la conferma, cioè i test rapidi venivano confermati con i test molecolari e poi successivamente dal test molecolare si poteva fare il sequenziamento. Quindi sicuramente queste varianti, che poi noi abbiamo visto crescere effettivamente sul territorio regionale, venivano evidenziate sia dai test rapidi che poi dai test molecolari, quindi sul campo abbiamo dimostrato che questi test le vedevano; non ci sono motivi di pensare che alcuni virus specifici non fossero visti dai test rapidi.

Altri laboratori che si occupano di sequenziamento ci sono e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

noi abbiamo sempre collaborato con il laboratorio dell'Azienda ospedaliera di Padova, con cui collaboriamo da sempre, perché ci occupiamo, appunto, di virologia e di zoonosi e con loro abbiamo sempre lavorato da West Nile all'influenza; insomma, c'è sempre stata una collaborazione e c'è stata fin dall'inizio anche in questa pandemia, tant'è che la metodica per analizzare i tamponi l'abbiamo messa a punto proprio con l'aiuto dei colleghi del laboratorio di microbiologia di Padova, quindi sicuramente con loro abbiamo cominciato a collaborare fin da subito.

Per quanto riguarda il sequenziamento, oggi l'Azienda ospedaliera di Padova sta sequenziando il Covid, come anche il laboratorio di microbiologia di Mestre ha cominciato, anzi devo dire con numeri anche importanti, a sequenziare e stiamo lavorando con i laboratori soprattutto di Treviso, Vicenza e Verona, per collaborare con loro e fare formazione affinché si rendano anche loro più autonomi nel sequenziamento. Quindi sicuramente c'è una rete che sta anche crescendo in questo momento.

Lei diceva che io a giugno non '21, ma a giugno del 2020, parlavo di ruolo dell'ospite, del virus e dell'ambiente e sicuramente l'ambiente è importante. È ovvio che la prima ondata è andata così proprio per questi fattori, cioè il virus era meno contagioso – questo lo sappiamo - le persone erano non le stesse di adesso, nel senso che oggi abbiamo la vaccinazione, quindi uno stato immunitario completamente diverso. Oggi l'ospite è completamente cambiato grazie alla vaccinazione, ma tenete presente che fra la prima e la seconda ondata c'era anche un'immunità naturale e questo l'abbiamo poi anche visto che dove ovviamente la prima ondata è stata meno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

violenta la seconda lo è stata di più perché la circolazione del virus era stata inferiore e quindi lo stato immunitario naturale delle persone era più basso, però diciamo che nella prima ondata non c'era alcuno stato immunitario, quindi le persone erano tutte uguali da un punto di vista di stato immunitario, il virus era più contagioso ed eravamo, ve lo ricordate tutti, in lockdown assoluto, chiusi dentro casa completamente. Quindi questo sicuramente ha influito sull'andamento della prima ondata.

Nella seconda ondata il virus era cambiato. Io queste cose le dicevo a giugno del '20. Guardate, vi ricordate quando si diceva in estate il virus è cambiato, è morto, ecco, io lì dicevo state attenti perché non è vero, il virus è sempre uguale. Ovviamente in quel momento era estate e c'era anche una situazione proprio climatica ambientale diversa, però dall'estate all'autunno abbiamo visto il virus cambiare, è diventato sicuramente più aggressivo, nel senso di certamente più contagioso, c'è un ruolo dello stato immunitario che andrà ovviamente verificato e il lockdown nella seconda ondata non era quello di tutti chiusi in casa della prima ondata. Quindi sicuramente i comportamenti influiscono, l'uso della mascherina influisce, il distanziamento e insomma tutto quello che conosciamo. Non mi smentisco assolutamente nel dire che l'ambiente e i comportamenti hanno un ruolo importante.

Certamente oggi, ed io ci tengo a ribadirlo perché proprio sono preoccupatissima rispetto al fatto che ci siano persone che non si vaccinano. Quello che oggi sta facendo l'unica vera differenza è la vaccinazione.

L'ultima domanda riguardava le disponibilità delle sequenze di Vo'. Noi le abbiamo viste quando sono state pubblicate nel

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

data base, engine side, quindi ad aprile di quest'anno. Prima noi non le abbiamo viste, può essere che altri ricercatori le abbiano viste, su questo io non ho informazioni.

Presidente
La ringrazio, Dottoressa. Ci sono altre domande? Consigliera Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie e grazie alla dottoressa Ricci per la presenza e la disponibilità.
Io tornerei alla dichiarazione che lei appunto aveva fatto nel giugno del 2020, laddove diceva che il lockdown è una misura restrittiva importante e che adesso giustamente lei conferma che nella seconda ondata il virus era più grave, più violento, cambiato e più contagioso e ovviamente il lockdown non era come quello della prima ondata. Pertanto le chiedo, anche sulla base delle sue competenze, evidentemente di aver seguito già dall'inizio, come lei dice, la nostra pandemia, soprattutto in Veneto, anzi in Veneto, e quindi le misure restrittive della Regione Veneto, quindi la zona gialla, prima domanda, era corretta, era adeguata secondo lei visto la maggior contagiosità del virus e visto che appunto non teneva le misure date nel primo periodo della pandemia?
Poi, altra domanda, dove sono pubblicati, è già stata fatta forse a questa domanda, io magari non ho colto la risposta, dove questi studi sono stati pubblicati e soprattutto lei dice, conferma che nel Veneto non abbiamo uno studio specifico, che comunque quello del professor Crisanti non era secondo lei valido anche per i numeri, per i dati indicati e allora io le

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

chiedo a seguito appunto di un anno e mezzo di pandemia dove ancora siamo all'interno di questa pandemia la sensibilità effettiva che a lei risulta dei nostri tamponi qual è in percentuale? Perché avremo un dato.

Nell'audizione che abbiamo fatto in Commissione, alla presenza appunto del Presidente, lei diceva che non c'è alcuna indicazione: sì, si può parlare di 70, si può parlare di 80, 87, 90, però io credo che, a distanza di un anno e mezzo, il Veneto possa ben dire adesso quanto era in percentuale la sensibilità dei tamponi di prima, seconda e terza generazione e se sa ovviamente – io questo glielo chiedo - se quelli di quarta generazione sono utilizzati e che validità hanno, sempre nel Veneto.

Poi mi soffermerei su una dichiarazione che lei ha fatto relativamente alla seconda ondata, laddove lei dice che a metà dicembre comunque nel Veneto si era chiusa questa fase grave; in realtà, dai dati forniti dall'Istituto Superiore della Sanità, noi abbiamo il Veneto che rimane al terzo posto, comunque con una percentuale molto alta dell'11,8% di decessi, da ottobre 2020 a marzo 2021. Allora mi domando: sulla base di quello che lei oggi ci ha fornito come indicazione, come mai così tanti decessi fino a marzo, non a dicembre, da ottobre a marzo 2021 nel Veneto, con una percentuale altissima rispetto alla media nazionale e comunque sempre tra i primi posti? Infatti ricordo che nella prima parte era al quarto posto, poi è rimasta al terzo e al secondo posto per cui livelli molto alti di decessi. Come mai è successo questo? Grazie.

Presidente

Grazie. Dottoressa, vuole rispondere oppure vuole che le

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

facciamo un'altra domanda e poi risponde a due domande? Facciamo fare un'altra domanda, così magari poi risponde a due domande. Consigliere Venturini, prego.

Elisa VENTURINI (Forza Italia – Berlusconi – Autonomia per il Veneto)
Grazie, Professoressa, intanto, per la disponibilità.
Io volevo capire un po' meglio in merito al sequenziamento dei virus di Vo': io non ho capito chi ha svolto questa attività di sequenziamento, non l'Istituto Zooprofilattico.
Poi volevo chiedere: è stato atteso un anno per la pubblicazione, perché da marzo 2020 si è atteso aprile 2021, ma questo ritardo della pubblicazione ha prodotto delle conseguenze negative? Volevo inquadrare meglio questa fattispecie.
Poi, è vero che questa è una Commissione che guarda un po' all'attività che c'è stata in tutti questi mesi, però approfitto un po' della sua esperienza per chiederle, vista la situazione attuale, che cosa prevede adesso in termini di evoluzioni delle mutazioni che sono in atto; lo so che ci vorrebbe una sfera di cristallo, ma giusto per avere qualche dato, per capire quello che sta succedendo in questo momento in Veneto.

Presidente
Se vuole rispondere, grazie.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Sì, grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Allora. se voi andate a risentire la mia intervista di giugno 2020, io non parlo di lockdown, ma parlo del fatto che i comportamenti e le misure sicuramente influiscono sull'andamento dell'epidemia. Allora feci un esempio parlando proprio delle mascherine, non tanto del lockdown, perché ovviamente dicevo che, rispetto a come eravamo messi a febbraio-marzo, quando non sapevamo niente di quel virus, già dopo qualche mese sapevamo qualcosa in più e avevamo capito che, ad esempio, stando distante e usando la mascherina si poteva ridurre il rischio di infezione.

Quindi allora io non dissi che l'unica misura era il lockdown, per fortuna è registrato e potete andare a sentirlo, quindi sinceramente non so rispondere rispetto alla zona gialla o no in Veneto: quelle sono valutazioni che ha sempre fatto e l'Istituto Superiore di Sanità, mettendo insieme una serie di parametri e definendo il colore attribuito ad ogni Regione. Sinceramente io non conosco nel dettaglio i dati, ho una formazione veramente scientifica, per cui parlo delle cose che so e questa è una cosa che non so e quindi non vi sto a dire come sono stati schedati e presi in considerazione nel dettaglio, come sono stati valutati. So certamente che la scelta rispetto al colore delle Regioni è stata presa a livello centrale dall'Istituto Superiore di Sanità.

Parlavamo di sensibilità dei diversi tamponi. Anche di questo a me dispiace ma non so rispondere, non è il mio campo, nel senso che non so di preciso quali tamponi siano stati utilizzati nelle diverse fasi. Ripeto, quello che vi chiedo di valutare è il fatto che non è solo il tipo di tampone, su questo la letteratura è assolutamente d'accordo, non è solo il tipo di tampone, la sua sensibilità, ma è proprio anche la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

frequenza e il modo in cui si usa. Quindi nel giudicare la bontà o meno di un test diagnostico bisogna vedere tutto il contesto in cui è stato utilizzato, però io non vi so dire quanti e quali tamponi siano stati utilizzati, ma insomma so che ascolterete tante altre persone oltre a me che sicuramente vi possono dare delle risposte.

Quello che io vi ho detto non che da metà dicembre sia scomparso il virus in Veneto, l'epidemia, assolutamente no. Vi dicevo solo che da allora, da quella data, circa metà dicembre, in Veneto abbiamo visto una diminuzione dei contagi, cosa che non si è vista allo stesso modo in altre Regioni nelle quali ancora da dicembre, nei primi mesi dell'anno l'epidemia continuava a crescere, quindi, insomma, l'andamento, vi dicevo, dal mio punto di vista vedendolo è come se in Veneto fosse stato anticipato rispetto ad altre Regioni.

Per quanto riguarda la mortalità, credo che si debbano guardare i dati con estrema attenzione andando a vedere anche tutti i dati Istat sulla mortalità e devo dire dalle valutazioni che ho fatto io, però ancora una volta non è il mio campo, quindi i dati Istat sulla mortalità li guardo io come li potete guardare voi, forse io sono un po' più abituata a leggere report scientifici, ma molti di voi lo sanno fare, a me non sembra che alla fine l'andamento in Veneto sia stato tanto diverso da altre Regioni. È vero che l'andamento è stato completamente diverso fra nord, centro e sud Italia, questo è fuori di dubbio. L'eccesso di mortalità per Covid nelle Regioni del nord è stato molto più importante rispetto al centro e al sud, anche questo sarà da capire perché, ma che nel Veneto fosse così difforme ad esempio rispetto all'Emilia, ovviamente bisogna vedere Regioni anche con un numero di abitanti, una

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

popolazione simile, rispetto al Piemonte, rispetto al Friuli, a me sembra che vedendo tutta la seconda ondata nella sua competenza, da ottobre ad aprire, l'eccesso di mortalità per Covid in queste Regioni del nord sia del tutto comparabile, però potete vedere i dati.

Io leggevo in questi giorni, c'è il report dell'Istat sull'eccesso di mortalità che secondo me sono questi dati li dà in modo molto chiaro.

Mi chiedete ancora del virus di Vo'. Guardate, io stimo assolutamente il professor Crisanti. Come vi dicevo prima, noi abbiamo lavorato, non io personalmente con lui, ma personale del mio Istituto con il suo gruppo tantissimo su appunto malattie trasmesse da vettori, altre patologie infettive e davvero lungi da me prendere posizioni rispetto al professor Crisanti che davvero stimo, ha un curriculum scientifico di assoluta eccellenza, non fatemi dire cose che non ho detto. Diciamo che il punto specifico che vi ho portato la volta scorsa e che vi riporto oggi riguarda uno studio, che peraltro non è ancora stato pubblicato, e, ripeto, mi sono permessa di parlarne perché in quello studio venivano usati e citati i dati prodotti dallo Zooprofilattico e quindi mi sento che le persone che lavorano con me, che hanno prodotto quei dati e che mi hanno aiutato a valutare quello studio, abbiano tutto il diritto anche di dire cosa ne pensano e anche in quello studio ci sono varie questioni.

Quella che io contesto - cerco di dirlo con chiarezza perché davvero non voglio che mi vengano fatte dire cose che non dico – cioè l'aspetto che io contesto di quel lavoro è uno, unico ed è quello che in Veneto in quel periodo vi fossero delle varianti che sono state favorite dall'uso dei test rapidi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Questo io mi sento di dire che non è vero, perché i dati dei mesi successivi ce lo dimostrano in modo oggettivo.

È stata fatta un'ipotesi e capita a tutti coloro che scrivono lavori scientifici che poi quell'ipotesi viene smentita e questo è il caso.

Su quel lavoro e ancora di più sul lavoro del professor Crisanti proprio non ho niente da dire, né lo dico, per cui ci tengo a ribadirlo: su quell'aspetto mi sento serenamente di dire che l'ipotesi non è stata verificata; può capitare e questo è il caso.

Il fatto che le sequenze fossero meno disponibili è un dato in più per la comunità scientifica e penso di avervi detto cosa ne penso.

Cosa succede adesso in Veneto e in Italia? Sì, ci vorrebbe una sfera di cristallo, ma neanche tanto, nel senso che è ovvio che i contagi stanno aumentando ed aumenteranno tantissimo, perché la variante indiana ha una contagiosità altissima e perché in questa fase le misure restrittive sono estremamente deboli. Mi dispiace dirlo, ma io penso che anche tutta la frenesia pubblica di questi ultimi giorni, legata anche alle partite di calcio e agli assembramenti che abbiamo visto in tutte le nostre città, porterà sicuramente a un aumento notevole dei contagi che vedremo nelle prossime settimane e nei prossimi mesi.

Sicuramente questo contagio corre sulle gambe delle persone non vaccinate, dei tanti giovani che oggi non sono ancora vaccinati e spero che lo facciano velocemente e che sicuramente in questo momento sono veicolo del contagio. L'auspicio, che finora si sta verificando, è che a questo aumento dei contagi non corrisponda un aumento delle ospedalizzazioni e dei

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

decessi; certamente questo avverrà, la curva non sarà più con la stessa pendenza com'era in passato, cioè che all'aumento dei contagi aumentavano anche le ospedalizzazioni, terapie intensive e decessi, perché c'è un effetto importantissimo dei vaccini, che sono assolutamente protettivi rispetto alla malattia grave e alla morte.
Sicuramente la fascia di popolazione a rischio e quindi mi riferisco agli over 55-60 non vaccinati avrà un impatto importante anche sulle ospedalizzazioni.

Presidente
Grazie, Dottoressa. Passo la parola alla consigliera Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente. Grazie, Dottoressa, per le spiegazioni.
Le faccio due domande rispetto sempre a Vo', riprendendo anche la domanda che faceva la consigliera Venturini, perché forse non ho percepito la risposta, cioè chi ha svolto il sequenziamento di Vo' e le chiedevo: siccome ha risposto chiaramente rispetto al fatto che lo studio è stato visto da lei solo ad aprile 2021, mi chiedo…

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
No, le sequenze.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Mi scusi, le sequenze, non lo studio, non sono precisa perché non sono un tecnico e la parola "sequenza" faccio fatica a usarla. Le chiedo, appunto: siccome lei ha detto che le

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sequenze sono state ricevute dalla struttura ad aprile 2021, la domanda è perché per un anno non è stato chiesto lo studio, nel momento in cui era così rilevante, come lei ha spiegato giustamente. Anch'io ritengo sia grave che sia stato inviato o pubblicato solo al 2021 e mi chiedo perché la Regione, sapendo che il sequenziamento era in atto, non ha chiesto o addirittura perché si è deciso all'epoca di non realizzare quel sequenziamento in collaborazione.
Glielo chiedo perché non so bene come è stato fatto e da chi, quindi se mi può spiegare meglio. Grazie.

Presidente
Risponda pure, Dottoressa, grazie.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Non le so queste cose, nel senso che io non ho partecipato allo studio di Vo' né mio Istituto, quindi sinceramente non è uno studio che conosco, ovviamente l'abbiamo visto pubblicato. Per quello che ci tengo a dire stiamo parlando di sequenze, non di studio, nel senso che lo studio di Vo' è stato pubblicato e ovviamente uno studio scientifico ha vari livelli di approfondimento, quindi è stato pubblicato inizialmente con tutti i risultati relativi alle positività, ai tamponi delle persone, quindi il primo campionamento, il secondo campionamento e sono stati pubblicati tutti i risultati dei tamponi molecolari eseguiti sulle persone di Vo'. Quello studio è stato pubblicato rapidamente ed era assolutamente disponibile. Evidentemente e giustamente su quei tamponi sono stati fatti anche i sequenziamenti. I sequenziamenti vuol dire

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

estrarre l'RNA da quei tamponi, fare il sequenziamento, quindi vedere tutta la sequenza dell'RNA del virus e pubblicarla su un data base in modo che sia disponibile. Evidentemente da quei tamponi il sequenziamento è stato fatto e i risultati di questi sequenziamenti sono stati pubblicati, resi disponibili un anno dopo. Questa è la questione, adesso mi sembra anche che la stiamo ingigantendo.
Perché la Regione non abbia chiesto questi dati non ve lo so dire, chi abbia fatto il sequenziamento sinceramente in questo momento non ve lo so dire, nel senso che se intendete qual è il laboratorio che ha eseguito il sequenziamento perdonatemi ma non lo so, non so neanche se si possa risalire a qual è il laboratorio. Sicuramente non siamo stati noi, questo lo so per certo.

Presidente
Grazie, Dottoressa. Passo la parola al Segretario Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie, dottoressa, e buongiorno.
Volevo tornare un attimino a un anno, un anno e mezzo fa e quindi capire anche rispetto all'avvio di questa pandemia, e soprattutto quello che era stato predisposto e fatto prima, come il Veneto era organizzato. Penso ad esempio alla creazione della banca dati regionali dell'Istituto Zooprofilattico e quindi questo come ha permesso poi di contrastare le dinamiche di trasmissione del virus.
Poi le chiedo se si ricorda anche la prima sequenza che è stata fatta in Veneto quando è avvenuta, come è avvenuta e questa attività come si colloca rispetto a quello che facevano le

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

altre Regioni, così come quando è stata sequenziata la variante inglese e anche per la variante indiana. Quindi quando è partita la Regione con il sequenziamento di queste varianti e come riusciamo a collocare questa attività fatta dal Veneto rispetto al resto dell'Italia.

Presidente
Se vuole rispondere, grazie.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Sì, stavo cercando la data giusta che non so se la trovo… del primo, scusate… no, in questo momento non riesco a… scusate, se trovavo…
Quand'è che abbiamo fatto l'audizione precedente, me lo sapete dire?

Presidente
Il 4 maggio.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
No, non la trovo.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Comunque al di là della data precisa, dottoressa, è un po' il concetto dell'organizzazione regionale con cui si è arrivati poi… che ci siamo trovati quando è partita poi la pandemia e tutte le varie attività di sequenziamento anche collocandole magari rispetto a quello che succedeva in altre realtà

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

d'Italia.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)

Io credo che la prima sequenza che abbiamo depositato fosse forse ad aprile 2020, però, appunto, vi cercavo la data giusta, ma direi che siamo assolutamente in linea con le altre Regioni, nel senso fra le prime Regioni: vi ricordate che all'inizio lo Spallanzani aveva isolato il virus, più o meno noi l'abbiamo fatto negli stessi giorni e anche i primi sequenziamento li abbiamo fatti non dico primi in Italia, ma sicuramente fra le primissime Regioni.

Poi abbiamo continuato con regolarità, anche se con numeri più bassi, a inizio epidemia perché poi anche l'importanza di aumentare il numero di sequenziamenti si è visto anche a livello nazionale, vedendo come stava evolvendo l'epidemia e si è capita l'importanza di aumentare l'attività di sequenziamento; però sicuramente direi che noi siamo stati fra i primi, abbiamo continuato a sequenziare e dopo l'estate del 2020 il Veneto ha fatto una prima delibera in cui ci ha assegnato anche dei finanziamenti necessari per poter svolgere questa attività e sicuramente dall'autunno in poi abbiamo aumentato anche sostanzialmente il numero di sequenze.

Siamo stati, penso, i primi in Italia a sequenziare la variante inglese il famoso 24 dicembre 2020 e quindi anche in questo direi che abbiamo fatto quello che si doveva fare e, rispetto anche alla variante indiana, abbiamo dato la notizia delle sequenze effettuate negli stessi giorni in cui si stava cominciando a vederla anche in altre regioni italiane, quindi direi che ci siamo comportati bene, anticipando quello che è

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

stato fatto in altre regioni e assolutamente in linea.
Credo che la questione da sottolineare sia che, invece, a livello nazionale il coordinamento fa molta fatica a partire, c'è un coordinamento tecnico e noi, fra l'altro, facciamo parte proprio del tavolo tecnico, perché abbiamo lavorato veramente fin dal primo giorno al fianco dell'Istituto Superiore di Sanità; vi ricordo che l'Istituto ha un ruolo nazionale, noi non siamo un organo tecnico della Regione Veneto e quindi lavoriamo anche per le altre Regioni del Triveneto, ma abbiamo un coordinamento e un riferimento diretto da parte del Ministero della Salute, quindi, con l'Istituto Superiore Sanità, abbiamo lavorato fin da subito in collaborazione, anche per mettere a punto i metodi: abbiamo mandato noi alcuni protocolli anche all'Istituto e quindi il coordinamento tecnico c'è, anche se fa un po' fatica a decollare.
Vi rappresento il fatto che non c'è nessun atto economico-finanziario a livello nazionale e questo mette in difficoltà anche tante Regioni e tanti Istituti che si trovano a fare questa attività.
Noi abbiamo questo finanziamento della Regione Veneto e un supporto anche da parte della Provincia di Trento, per la quale facciamo il sequenziamento, ma a livello nazionale ad oggi ci sono stati molti proclami rispetto ad una progettualità che avrebbe dovuto contribuire a sostenere questa attività, ma ad oggi non c'è stato nulla.

Presidente
La ringrazio, Dottoressa.
Adesso sta rientrando la consigliera Camani che aveva chiesto la parola.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Grazie, molto rapidamente per provare a tirare qualche conclusione.

Quindi, Dottoressa, lei ci ha detto praticamente oggi che noi già a ottobre sapevamo di avere una certa prevalenza di varianti in questa regione ad alta contagiosità e i tempi contano perché in quel in quei giorni, a metà novembre, noi invece pensavamo che in Veneto il numero elevato di contagi derivasse solo dalla quantità importante di tamponi che effettuavamo. Quindi a ottobre noi pensavamo di avere tanti contagi perché ci veniva spiegato che in realtà era perché eravamo bravi e facevamo tanti tamponi, invece lei ci sta dicendo che già in quel momento noi sapevamo che in Veneto c'erano tanti contagi perché; cito le sue parole, "sapevamo già di avere una certa prevalenza di varianti ad alta contagiosità". Quindi questo è un fatto.

Torno sulla questione dunque dei test rapidi, nel senso che, porti pazienza, lei giustamente dice non mi occupo dei tamponi, non è il mio mestiere, però è l'unica che ci può aiutare a leggere quegli studi lì, almeno può aiutare me a farlo. In più la sua relazione l'altra volta era concentrata sostanzialmente solo su questo, cioè sullo spiegarci perché quello studio di Crisanti non andava bene, ma in generale, sul perché invece lei sosteneva, nella sua relazione lo riporta, che è molto più rischioso utilizzare il test molecolare, lasciare delle persone con alta positività circolare, quindi lei, come dire, la volta scorsa, a parte la questione di Crisanti, ci ha spiegato perché secondo lei la strategia dei tamponi, del mix di tamponi molecolari e rapidi poteva essere, poteva

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

funzionare.

Cos'è però, torno su questo tema, cos'è che mi incuriosiva della metodologia che aveva proposto il professor Crisanti, che lei poi ci ha confutato facendoci vedere l'andamento delle varianti? Il professor Crisanti era partito da un assunto, io voglio capire qual è, quale potrebbe essere, se esiste una spiegazione del perché l'antigienico alcuni virus non li riconosce. Quindi lui era partito dai falsi negativi sostanzialmente dei rapidi cercando di capire perché quelli rispetto ad altri erano falsi negativi.

Lei ci spiega, ci ha detto che la conclusione a cui arriva secondo lei non è corretta e probabilmente ha ragione lei, però, siccome lei più di una volta ci ha detto, sia nell'audizione scorsa che in questa, che non c'è motivo di pensare che i test rapidi non riconoscessero le varianti, volevo capire se questa affermazione è basata su studi generali, quelli che vengono pubblicati a livello internazionale, o se anche per queste varianti specifiche che voi nel vostro Istituto avete ritrovato c'è stata un'indagine particolare. Cioè queste varianti, i falsi negativi, i tanti falsi negativi che stanno dentro i ranger, le sensibilità dei rapidi, perché, qual è la ragione, ci siamo dati una spiegazione su questo? Ci sono altri studi che le sono stati forniti sulla questione veneta che ci possono aiutare a rispondere a questa domanda?

Ultima questione, guardi, anche se questo non è che ci siamo fissati con la questione della campionamento di Vo' per caso, ma perché lei e non solo lei avete citato quel fatto che, io sono d'accordo con la consigliera Venturini, va approfondito perché se è vero, come a noi risulta, che un soggetto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

incaricato dalla Regione del Veneto ha eseguito uno studio e che poi quello studio non è stato messo a disposizione di tutti gli altri soggetti che in quei mesi erano impegnati nella comprensione del fenomeno, è una cosa su cui vale la pena fare un approfondimento.

Quindi io vorrei capire se l'anno di attesa a cui lei si riferisce, perché mi pare di aver capito così, è in riferimento solo al sequenziamento o in generale i risultati di quello studio, perché magari il sequenziamento qualcun altro l'aveva fatto e nelle prossime audizioni cercheremo di capire chi, che esiti aveva dato e perché non è stato messo nella disponibilità, così come non è rilevante capire se solo il suo Istituto non aveva quel dato o, se in generale tutto il servizio di prevenzione o un'unità di crisi non aveva quel dato a disposizione per un anno perché capisce che sarebbe una cosa su cui fare una riflessione in più.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)

Io non ho detto che già ad ottobre sapevamo che c'erano delle varianti ad alta contagiosità. Ho detto che guardando i dati si vede come in Veneto già da ottobre ci fossero delle varianti ad alta contagiosità e lo dico il 13 luglio del 2021. Purtroppo questi dati non sono immediatamente comprensibili nel momento in cui accadono e non solo perché c'è ovviamente un ritardo fra la persona positiva, per il tampone molecolare passano dei giorni solo per avere l'esito, poi passano dei giorni che sono abbastanza per avere sequenziamento, poi un unico sequenziamento vuol dire poco, quindi bisogna farne tanti, ci sono ovviamente dei tempi tecnici, ma soprattutto nessuno sa

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

a priori che una determinata mutazione farà diventare quel virus più contagioso.

Questa cosa si capisce vedendo come va l'epidemia, purtroppo, cioè non è che alla prima sequenza di variante inglese, gli inglesi hanno detto: "Accidenti, attenzione, abbiamo una variante più contagiosa", ma l'hanno via via sequenziata e hanno visto che da un caso sono diventati 10, sono diventati 100 e ci sono voluti un paio di mesi, tre mesi almeno per capire che l'aumento dei contagi era davvero legato a quella variante e allora si capisce che quella variante è più contagiosa.

Quindi a ottobre noi non lo sapevamo e adesso, vedendo come è andata la curva, lo possiamo dire, lo potevamo dire anche a gennaio o a febbraio, ma sicuramente non lo potevamo dire ad ottobre. Sul fatto, invece, del riconoscimento fra le varianti e i tamponi, questo, sì, si può fare, come si dice, "in silico" cioè al computer, nel senso che i tamponi, i test riconoscono un determinato segmento del virus; quindi proprio anche solo al computer noi possiamo prendere quel pezzetto e andare a vedere se il virus è mutato esattamente in quel pezzetto lì: se è mutato esattamente in quel pezzetto, possiamo sospettare che il test non veda quella variante. Ad oggi non ci sono varianti, almeno quelle importanti, in cui si sia identificata una mutazione tale da renderlo invisibile ai test diagnostici. Quindi è per questo che mi sento di dire che le varianti, quelle somme che abbiamo visto crescere nella nostra regione, in Italia e in Europa, si vedono con test qualsiasi, anche con i test rapidi e poi, ovviamente, anche con gli altri.

Ultima domanda sui sequenziamento del virus di Vo', io mi riferisco non allo studio, ma alle sequenze, che sono proprio

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

il dato grezzo, cioè si prende il virus e si spacchetta nelle sue componenti e quella è l'impronta digitale del virus: ecco, quell'informazione è stata resa disponibile almeno a tutto il mondo e a noi ad aprile o forse a marzo, comunque circa un anno dopo, e mi riferisco a questo.

Presidente
Consigliera Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie ancora, dottoressa Ricci.
Solo per chiarire alcuni aspetti, a seguito anche delle informazioni che ci sta dando. Noi abbiamo detto che non avevamo degli studi veneti per quanto riguarda la sensibilità dei tamponi e giustamente lei ci informa del fatto che non sa, nella sua competenza, distinguere tra prima, seconda e terza generazione e, da quello che ci risulta, comunque a ottobre-novembre dell'anno scorso si utilizzavano quelli di prima e seconda generazione.
Poiché non abbiamo, come le dicevo e come lei confermava, uno studio sulla sensibilità a seguito di un anno e mezzo di tamponi utilizzati in base alle diverse generazioni, lei, in data 4 maggio, nella prima audizione che abbiamo avuto in Commissione Quinta, diceva che comunque ci sono degli studi internazionali dove la sensibilità viene verificata dal 70% all'86%, per cui questo ce lo conferma, immagino. Giusto, Dottoressa?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Sì.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Quindi noi abbiamo utilizzato tamponi che comunque hanno una sensibilità che va dal 70% all'86% e oggi lei ci confermava, cosa su cui noi siamo perfettamente d'accordo, che dipendono non tanto dall'utilizzo dei tamponi la gravità o comunque i contagi, ma soprattutto da come vengono utilizzati questi tamponi rapidi. E allora, sulla base della sua esperienza, della sua competenza, ovviamente, e del fatto che è stata incaricata anche dalla Regione per seguire questi aspetti le chiedo come vanno e come andavano utilizzati questi tamponi rapidi? A quali categorie soprattutto dovevano essere applicati? Grazie.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Il fatto che non ci siano… scusi le rispondo.

Presidente
Passo un attimo la parola al Segretario Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Chiedo scusa, dottoressa, che l'ho interrotta, le rilascio subito la parola.
Penso che per un ordinato svolgimento dei lavori, almeno negli incontri dell'Ufficio di Presidenza che avevamo avuto nelle settimane scorse, avevamo impostato una divisione per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tematiche in modo da poter audire le persone invitate su un ambito che fosse in qualche modo delineato. Molto viene chiesto sul tema dei tamponi. Penso che, così avevamo convenuto anche in Ufficio di Presidenza, di dedicare delle sedute di Commissione proprio a questa tematica in cui certamente anche la professoressa Ricci come tutte le persone che riterremo di audire potranno essere chiamate per rispondere alle nostre domande, però mi sento di dirlo per quantomeno un ordinato svolgimento dei lavori anche rispetto a un ordinato svolgimento dell'Ufficio di Presidenza che abbiamo avuto nelle settimane scorse.

Presidente
Grazie. Dottoressa Ricci.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Sì, do una risposta appunto flash su questo, anche perché non è davvero la mia competenza.
Allora sul fatto che non ci siano studi veneti sulla sensibilità dei tamponi io non lo so, nel senso che noi non ne abbiamo fatti ma non era il nostro compito. Penso che avrete appunto tante persone da sentire e vi potranno dare informazioni anche in merito a studi fatti se ci sono stati, però appunto io non lo so e non posso dire che non ci sono.
Per quanto riguarda la sensibilità, sì, la sensibilità dei tamponi rapidi poi dipende dalla tipologia, però va dal 70% in su. Tenete presente che ad esempio vi sono degli studi che dimostrano che anche i tamponi molecolari hanno una sensibilità del 70% in su perché ad esempio la manualità di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

chi esegue il campionamento influenza tantissimo la possibilità che il tampone poi sia positivo o negativo. Quindi anche i tamponi molecolari non hanno una sensibilità del 100%, a seconda dei contesti hanno una sensibilità che anche in quel caso può arrivare al 70% e vi sono degli studi che lo dimostrano.
Rispetto ai contesti, davvero, io sono un veterinario, non è il mio mestiere e non me la sento di rispondere a questo, ma sicuramente avrete persone che lo sanno ben meglio di me.

Presidente
Grazie, dottoressa Ricci.
Ci sono altre domande? Sì, Consigliere Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Buongiorno, dottoressa, e grazie per gli interventi di oggi.
Io le chiedo questo, forse ha già toccato il tema quando ha fatto la domanda la collega Brescacin, riguardo il sequenziamento, cioè se mi conferma, ho appreso anche dalla stampa, che non c'è un piano nazionale sul sequenziamento e anche quanto sarebbe utile averlo per avere una rete di monitoraggio ben distribuita sul territorio, come hanno altri Stati. In particolare dalla stampa, non so, emerge ad esempio che la Danimarca è molto più avanti su questo, quindi volevo chiedere appunto quanto sarebbe importante anche avere un piano strategico nazionale in tal senso.

Presidente
Grazie. Vada pure.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)

Il piano c'è, come vi dicevo c'è un coordinamento nazionale da parte dell'Istituto Superiore di Sanità e, come sapete, adesso peraltro vengono fatti degli studi tutti i mesi con un campionamento definito a livello nazionale comparabile fra le varie Regioni proprio per avere una fotografia mese dopo mese dell'andamento delle varie varianti con una base statistica. Quindi in realtà un coordinamento nazionale e un piano nazionale c'è. Sicuramente si può migliorare e ci vorrebbe veramente un piano strategico di sviluppo della capacità di sequenziamento a livello nazionale e questo, però a mio modo di vedere, richiederebbe, come vi dicevo prima, anche ovviamente un finanziamento, cioè lo sviluppo che deve passare dal fatto di avere una disponibilità per poter acquistare nuove attrezzature e materiali di consumo, insomma sono analisi estremamente costose queste e quindi davvero ci sarebbe bisogno di un piano di sviluppo nazionale che identificasse una rete a livello nazionale. Oggi c'è questa rete, ma è in qualche modo un po' volontaria: ci sono tanti istituti che collaborano al quadro nazionale, però questo piano strategico di sviluppo nazionale è stato più volte menzionato, da esponenti sia dell'Istituto che del Ministero, ma ad oggi non è ancora entrato in vigore e io spero che questo accada.

Certo, è importante, è importante non solo per il Covid, ma poi per tutte le malattie infettive, anche per la lotta all'antibiotico-resistenza, ovviamente il piano dell'influenza, quindi sicuramente è una rete che, se la creiamo e se cogliamo l'occasione che ci ha dato il Covid per crearla, ci servirà in futuro.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sul fatto che siamo più indietro degli altri Paesi è vero fino a un certo punto, nel senso che sicuramente l'Inghilterra sequenze molto più di qualsiasi altro Paese del mondo, al secondo posto ci sono gli Stati Uniti, ma a livello europeo noi siamo assolutamente fra i Paesi che sequenziano di più e quindi diciamo che tutti i Paesi europei, tolta l'Inghilterra che però non è più nell'Europa, sequenziano abbastanza poco, però noi siamo fra i primi e comunque, se voi prendete la classifica mondiale e togliete l'Inghilterra e gli Stati Uniti, a quel punto siamo entro la decima posizione fra i Paesi che sequenziano di più.

Presidente

Grazie, Dottoressa. C'è qualcun altro?

Le faccio due brevissime domande io: se prima di settembre 2020 lei ha avuto un mandato di sequenziare il virus SARS-Covid.

L'altra domanda è: come ha appena evidenziato anche il consigliere Zecchinato e anche lei negli interventi che ha fatto, è evidente che la diagnostica veterinaria e il settore veterinario sono comunque un pilastro per la risposta Covid. Ora, al di là delle domande che le ha già posto il consigliere Zecchinato, vorrei capire come è stato coinvolto nei territori il settore veterinario e se, secondo lei, proprio in base anche all'esperienza che c'è stata, andrebbe coinvolto maggiormente o potenziato. Penso anche a quello che succede e magari che è successo, dove sono stati sicuramente coinvolti, nel monitorare e in qualche modo restringere i focolai dei macelli. Grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)

Allora, abbiamo cominciato a sequenziare, come vi dicevo, a marzo 2020 e, peraltro, io venne invitata in conferenza stampa dal presidente Zaia a giugno del 2020, proprio per parlare di sequenziamento. Avevamo discusso anche con l'assessore Lanzarin sull'opportunità di aumentare questa attività di sequenziamento da parte dell'Istituto, ma fin dall'inizio eravamo in perfetto allineamento con la Regione su questo, non è che noi lo facessimo di nostra spontanea volontà. Questo ha portato poi alla delibera che ci ha dato un finanziamento e un ruolo, che è stata di settembre-ottobre del 2020, però diciamo che la questione era nata i mesi prima e poi è arrivata a compimento con questa delibera e poi recentemente ce n'è stata una successiva.

Per quanto riguarda il coinvolgimento del settore veterinario, dal mio punto di vista non posso che auspicarlo, anche se vi ricordo che è una malattia a circolazione interumana, questa non è una zoonosi, questa è una malattia delle persone, nel senso che il serbatoio animale sicuramente non ha più un ruolo in questa malattia. Quindi il settore veterinario è sicuramente di supporto e l'abbiamo fatto perché, nel combattere un'emergenza di questo livello, certamente tutti quelli che potevano fare qualcosa era giusto che lo facessero. Io credo che in Veneto sia stato dato un ruolo importante alla Veterinaria e una visibilità importante che insomma i miei colleghi di altri istituti debbo dire anche in qualche modo ci invidiano, nel senso che in altre Regioni italiane proprio il settore veterinario non è stato minimamente preso in considerazione, secondo me è stato uno sbaglio importante.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sul fatto di potenziare la visione One Health e l'integrazione medico veterinaria sicuramente sì, non tanto per il Covid dal mio punto di vista, ma per evitare le prossime pandemie. Credo che il Covid ci abbia insegnato questo e spero che ne faremo tesoro.
Per quanto riguarda l'epidemia nei macelli, anche qui sono nei macelli, ma come sono, non lo so, nei magazzini delle grandi ditte di trasporto, cioè il fatto che ci siano degli animali è del tutto incidentale. Non c'è un ruolo dell'animale nella trasmissione del Covid anche nei macelli, per cui insomma sicuramente, ripeto la Veterinaria è a disposizione, ma la malattia rimane una malattia umana.

Presidente
Grazie, Dottoressa.
C'è qualcun altro che vuole intervenire? Se nessuno vuole intervenire la ringraziamo. Poi la richiameremo probabilmente su altri argomenti specifici e le auguriamo intanto buon lavoro.

Dott.ssa Antonia RICCI (Direttore Generale Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie)
Grazie a voi, buon lavoro e buona giornata.

Presidente
Buona giornata, arrivederci.
Sospendiamo i lavori, anche perché la prossima audizione è quella della dottoressa Russo, mancando il dottor Cinquetti, ed è prevista, se non erro, alle 15.30.
Adesso proviamo magari a chiamarla, capiamo se è possibile

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anticipare rispetto agli impegni presi, grazie.

Elisa VENTURINI (Forza Italia – Berlusconi – Autonomia per il Veneto)
Possiamo anticipare anche l'audizione alle 14.30.

Presidente
Adesso proviamo a chiamare la dottoressa Russo perché purtroppo questo fatto che si sono scambiate le audizioni tra Cinquetti, Russo e Ricci e che è venuto a mancare il dottor Cinquetti in audizione per problemi personali ha un po' scombussolato. Adesso la richiamiamo e proviamo a capire e vi faccio sapere.

La Seduta è sospesa alle ore 13.04

La Seduta riprende alle ore 14.39

Presidente
Inizierei subito con alcune domande che le avevamo anticipato per capire se esistono, perché ne avevamo parlato anche all'inizio, nella Commissione Quinta che c'era stata il 4 maggio, dei modelli predittivi che in qualche modo ci possono aiutare nel presente, nel passato e nel futuro, a comprendere quella che un po' è l'aggressività del virus; quindi, sulla base del numero di contagi, quello che potenzialmente può essere anche il numero di ricoveri in area critica e in area non critica, in terapia intensiva e questo poi collegato chiaramente a quella che è la mortalità.
Un altro aspetto era quello se sia possibile comprendere quali

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sono stati i cambiamenti di modello di calcolo dell'RT a livello chiaramente nazionale, e quali sono state magari le motivazioni che ci sono state anche sul tavolo Stato-Regioni e, infine, e quali cambiamenti ci sono stati per quanto riguarda poi il Piano di sanità pubblica tra la prima e la seconda ondata e anche delle vicissitudini che sono state all'interno della prima ondata e della seconda ondata.
Io per ora mi fermerei qui, la lascio rispondere e poi passerei la parola ai commissari, ringraziando per la presenza la dottoressa Russo. Grazie, Dottoressa.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Grazie e buon pomeriggio a tutti. Sono qui con il dottor Da Re, che ha seguito, insieme agli altri colleghi della Direzione, tutto l'andamento soprattutto dei dati.
Non so se preferisce che rispondo, ma io avevo fatto anche una breve presentazione, che magari poteva essere utile: se preferite, sennò possiamo anche parlare così.

Presidente
Va benissimo la presentazione, se ce l'ha meglio ancora: le chiedo di farcela avere. Ringrazio anche il Dottore per la presenza.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Grazie. Riuscite a vederla?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Sì, sì, vediamo tutto, grazie.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)

Perfetto. Allora, io comincerei con questo. Per quanto riguarda i modelli predittivi e gli elementi che ci permettono e ci hanno permesso di portare avanti quella che è la valutazione dell'andamento della pandemia, abbiamo via via arricchito la nostra possibilità di valutazione, a seguito della raccolta dati, e quindi avere la possibilità di analizzare e di vedere come si stava e si sta evolvendo la pandemia, attraverso tutta questa serie di rapporti e di analisi, che noi abbiamo messo a sistema e che abbiamo disponibile praticamente ogni giorno.

Abbiamo un rapporto giornaliero dei nuovi positivi, dei ricoveri e dei decessi, che fino al 1° luglio praticamente era prodotto due volte al giorno e portava tutti i dati aggregati relativi a questi elementi; poi un rapporto giornaliero del pronto soccorso, con un focus specifico sugli ingressi in terapia intensiva e anche su un monitoraggio molto stretto di quelli che erano i posti disponibili a livello ospedaliero, quindi i posti Covid separati naturalmente, esclusi quelli che erano per la terapia intensiva per altre cause.

Poi un rapporto giornaliero dei ricoveri, quindi che inquadrava la situazione a livello regionale, ma anche a livello di singola ULSS e di azienda ospedaliera, quindi praticamente per tutti gli ospedali presenti sul territorio regionale.

Un rapporto relativo alle RSA è stato messo a sistema dalla

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

direzione dei servizi sociali e consentiva di vedere, anche nei centri servizi, come si evolveva l'andamento.

Poi l'analisi giornaliera dei tamponi effettuati a livello della medicina territoriale: questo è sopraggiunto in un momento successivo, quando l'effettuazione dei tamponi è stata anche affidata ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, affidando a loro anche la possibilità di mettere in isolamento e quarantena i soggetti che risultavano positivi e i loro contatti; poi, in un secondo momento, si sono aggiunte le farmacie perché è stata data la possibilità anche alle farmacie di effettuare il tampone.

Poi l'analisi giornaliera complessiva dei test, quindi la distinzione fra tamponi che venivano effettuati sia dalle strutture Covid, sia dalle strutture private suddivise in molecolari e antigenici e poi un rapporto settimanale sull'andamento dell'epidemia che viene elaborato settimanalmente dal servizio epidemiologico regionale di Azienda Zero.

A dire che a tutti questi report si aggiunge la comunicazione giornaliera alla Protezione Civile e al Ministero di quelli che sono i nuovi casi, i decessi e anche i tamponi effettuati. Quindi poi si confluisce sia all'Istituto che al Ministero della Protezione Civile praticamente tutti i dati.

Per quanto riguarda l'Istituto i dati sono praticamente in linea, cioè loro hanno il datassette completo dei dati.

Quindi ho anticipato quello che ho detto prima, cioè con i dati che noi carichiamo sulla piattaforma adempiamo a quanto previsto dal Decreto Ministeriale di aprile 2020 dove ci sono tutta una serie di indicatori, e precisamente il documento viene denominato da 21 indicatori che rispondono a diversi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

elementi di correttezza del dato, di resilienza di servizi, di tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva e in area medica e altri elementi che poi portano alla valutazione della fascia di rischio della Regione, oltre che naturalmente alla valutazione a livello nazionale di quella che è la situazione.

Poi abbiamo un monitoraggio anche che abbiamo messo a punto, un monitoraggio specifico delle attività del personale del Dipartimento di prevenzione coinvolto nell'attività di presa in carico e di contact tracing. Cosa significa? Che abbiamo messo a sistema un cruscotto che ci permette di capire in quanto tempo i servizi di sanità pubblica, le persone che sono adibite alla presa in carico al contact tracing ci mettono per prendere in carico i soggetti che risultano positivi e che sono attribuiti alla propria azienda. Questo per monitorare anche rispetto ai valori che sono inseriti in questo DM del 30 aprile 2000.

Scusate, non è proprio molto chiara, ma avete anche il documento. Questo è un po', diciamo, con una scala abbastanza ampia, quello che è l'andamento della prima, in termini di casi positivi e quindi di frequenza che si è manifestata nei vari mesi di come si sono distribuiti i casi per quanto riguarda la prima, la seconda ondata e poi l'ultima che è quella più recente. Poi entreremo nello specifico.

Qui abbiamo praticamente i positivi segnati in rosso, in negativizzati con una media a sette giorni segnati in verde, poi i deceduti e i ricoveri.

Qui, questo invece è una cosa che abbiamo valutato e che c'è risultata molto importante anche per spiegarci l'elevato numero di casi e anche di ricoveri ospedalieri che hanno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

caratterizzato la seconda ondata perché siamo andati a misurare quella che viene definita la forza dell'infezione, cioè quanto il virus è stato in grado di essere patogeno, infettante e soprattutto quanto questo ha determinato lo stress dei servizi sanitari ospedalieri. Infatti questo l'abbiamo misurato proprio andando a riportare il numero dei ricoveri e questa linea indica appunto i ricoveri ospedalieri e vedete che, rispetto a questo che è segnato in rosso, questo che è segnato in giallo mette in evidenza come l'infezione virus che ha caratterizzato, che ha circolato nella seconda fase rispetto alla seconda ondata rispetto alla prima avesse una forza dell'infezione molto più alta rispetto a quella della prima fase. Questo ha determinato le ripercussioni che sappiamo.

Per quanto riguarda gli interventi attuati, mi pare che questo fosse un elemento importante da conoscere. Allora intanto ci sono dei documenti, c'è un documento nazionale, che è del mese di ottobre del 2020, ma che è stato strutturato nel corso dello stesso periodo di quest'anno, intorno a luglio, agosto e settembre dell'anno scorso, dove sono state messe a sistema una serie di azioni che potevano rispondere ad alcune situazioni di rischio, proprio derivanti dall'esperienza della prima ondata. Lì e sono stati rappresentati degli scenari che erano incrementali rispetto al numero di casi che si venivano a determinare, quindi all'incidenza, rispetto all'RT, strettamente legato alla circolazione del virus, rispetto allo stress sui servizi sanitari ospedalieri, anche se questo non entrava in una valutazione complessiva, e poi la capacità della Regione di mantenere il controllo dei focolai e quindi costruire le catene di trasmissione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tutti questi elementi in non quattro scenari, che andavano dal verde, che era quello estivo dell'anno scorso, poi al giallo, all'arancione e al rosso, dove c'erano una serie di misure non terapeutica, quindi le misure che vengono prese nei confronti dei contatti e dei casi sospetti e confermati dei contratti, poi interventi nella comunità e interventi nell'ambito universitario e scolastico. Quindi questi sono i tre bracci.

Noi abbiamo avuto, come sapete, un lungo periodo, dopo un iniziale aumento dei casi, in cui si è mantenuta una sorta di plateau, cioè i casi non diminuivano, ma aumentavano per poi diminuire leggermente o aumentano leggermente per poi diminuire, quello che abbiamo visto poco fa nella slide, e questo è espressione di un'azione di contenimento che ha portato, dopo un certo periodo, poi all'abbassamento e alla riduzione progressiva del numero dei casi, fino a una riduzione significativa.

Questo perché l'ho messo? Perché, anche a seguito della discussione che era emersa nell'ultimo confronto che era stato fatto, per mettere in evidenza che, nonostante l'assegnazione, in base ai parametri che avevamo, ci collocava in uno scenario giallo, quindi di rischio intermedio, noi abbiamo adottato delle misure che erano da area arancione, quindi delle misure di controllo più stringenti rispetto a quelle di collocazione che prevedeva la circolare del Ministero del 9 ottobre. Sono queste elencate, quindi una semplificazione del contact tracing, una serie di azioni di priorità associate al Covid, soprattutto quella di riorientamento di quelle che erano le attività del Dipartimento di prevenzione, che poi abbiamo inserito nel Piano sanitario…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente
Dottoressa, mi scuso però, siccome le scritte sono piccole, si riesce a allargare la visuale delle slide?

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Ci provo, vediamo come si può fare.

Presidente
Mettiamo "schermo intero".

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Abbiamo messo "schermo intero". Noi abbiamo messo al massimo. Ecco qua, va bene?

Presidente
Comunque magari poi ce le invia, grazie.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Sì, certo. Magari adesso facciamo la discussione e poi le potete vedere con calma.
Quindi, come dicevo, tutta questa elencazione di azioni che sono legate a questi tre grossi filoni, quindi le strategie nei confronti dei contatti, gli interventi di comunità.
A parte questi del contact tracing allargato e dell'ampliamento dell'attività di testing, gli interventi di comunità hanno portato via via, con una serie di ordinanze, ad adottare misure più stringenti, che erano queste che vedete,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anche con dei monitoraggi locali, perché riuscivamo, attraverso il monitoraggio che ci veniva fornito, ad individuare in alcuni Comuni che, per esempio, presentavano un'incidenza più alta rispetto al resto della Regione, delle attività, delle azioni più stringenti, in modo tale da riportare verso il basso quella che era l'incidenza di quel Comune o di quel distretto.

Poi diciamo che queste sono un po' quelle sulla comunità: abbiamo anche portato a sistema alcuni interventi in tema di scuole e di università, anche questo diciamo attirandoci molte polemiche per quanto riguarda le chiusure oppure le riduzioni, cioè, come si può dire, il posticipo dell'apertura per alcune fasce di scuola. Questo per evitare che la diffusione che, come sappiamo, è sicuramente meno importante nei soggetti giovani dal punto di vista della sintomatologia, questi potessero essere vettori del virus per soggetti fragili che vivevano nella stessa famiglia oppure per soggetti anziani, quali i nonni o altre persone del proprio contesto, quindi attività e restrizioni tipiche dell'area arancione.

Volevo condividere questa slide che è invece l'andamento dell'incidenza distribuita per le varie fasce di età. Sotto abbiamo messo quelli che sono i provvedimenti, che vedete in grigio, derivanti dal livello nazionale attraverso i DPCM principalmente che c'erano in quel periodo e in giallo invece i provvedimenti che hanno portato delle restrizioni attraverso delle ordinanze. Questo fino praticamente alla fine dell'anno, quindi a poco prima di Natale quando è stata introdotta l'area rossa per tutta Italia. Qui vedete che la distribuzione dei casi ha interessato prevalentemente le fasce più estreme, cioè gli ultraottantenni e come Regione noi, come le altre Regioni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

del nord, abbiamo avuto una mediana di interessamento dei casi intorno agli 85 anni, però era chiaro che bisognava ed era necessario intervenire soprattutto sulle fasce più giovani per evitare e per proteggere la fascia degli anziani.

Come vedete questi provvedimenti, che si sono aggiunti naturalmente a quelli di carattere nazionale, dovete considerare che un provvedimento perché abbia effetto comunque devono passare intorno ai 10, 14 giorni, hanno portato ancor prima del provvedimento che poi ha interessato a fine anno, nel periodo di Natale, la nazione alla riduzione dell'incidenza, quindi si è riusciti praticamente a piegare la curva delle positività.

Contemporaneamente a questo, e poi vado più veloce, abbiamo attivato l'attività di sequenziamento, questo penso che lo sapete. Avevamo affidato un compito alle ZS di sequenziare i virus che erano stati isolati sin dall'inizio della pandemia, quindi da ottobre in poi, chiedendo alle ULSS di inviare questi tamponi, questo per valutare se il virus SARS-CoV-2 che è circolato nella prima fase e che ha circolato in estate e poi nella seconda ondata fosse lo stesso. Questo, non so se magari la dottoressa Ricci l'ha presentato, ci mette in evidenza, e potremmo aggiungere quello di questi giorni, come effettivamente questo virus sia soggetto a diverse mutazioni che determinano poi la circolazione di virus che hanno caratteristiche diverse e che quindi ci spiegano, non solo naturalmente nella nostra Regione, ma come la seconda ondata sia caratterizzata e si sia caratterizzata per questa forza dell'infezione, insomma, molto più importante rispetto alla prima.

Naturalmente alle misure abbiamo aggiunto, alle misure, alle

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

restrizioni quelli che sono messaggi della campagna informativa perché diciamo che possiamo mettere tutte le misure che vogliamo, ma se non c'è una convinzione, una presa di coscienza della condizione di rischio e dei rischi che può correre la popolazione, insomma, questi cadono a vuoto.

Poi i comportamenti, e questo l'abbiamo detto, però abbiamo osservato che nella seconda ondata rispetto alla prima diciamo che la percezione del rischio era un po' cambiata perché comunque abbiamo visto che la gente era meno, i soggetti, i contatti dei casi, soprattutto quelli non proprio del nucleo familiare, ma magari appartenenti ai cerchi più esterni alle indagini epidemiologiche, erano meno propensi, meno disposti a rimanere in quarantena, per cui abbiamo visto, anche attraverso i controlli che hanno fatto i Carabinieri, che hanno fatto i Sindaci, che molti pur essendo in quarantena, andavano fuori oppure davano appositamente un numero di telefono sbagliato per non essere sottoposti ad alcun controllo e si rendevano irreperibili. Quindi anche questo ha determinato un certo grado di difficoltà poi nel costruite alcune catene di contagio e quindi ricostruire quella che era la catena dei cluster.

Comunque abbiamo da sempre - questo è stato uno degli elementi principali del nostro modo di lavorare - ampliato e potenziato il contact tracing, che riteniamo proprio l'azione chiave di tutta la pandemia e su questo abbiamo basato praticamente tutta la nostra strategia.

Vorrei dire due cose sulla mortalità, perché su questo documento, che comunque ho allegato, ma che è disponibile e elaborato dall'Istituto Superiore di Sanità, è stata fatta un'analisi su quella che è non la mortalità generale, ma

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

proprio quella che viene definita la letalità, cioè i soggetti che sono morti perché in effetti, in sintesi, proprio correlando quindi la morte del soggetto al fatto che fosse positivo e che manifestasse la malattia. Quindi con questi tipi di criteri, perché sapete che c'è stata molta discussione anche sul fatto che venivano inseriti soggetti che morivano a distanza di tempo rispetto alla guarigione della malattia, oppure rispetto ad altre cause che erano sopravvenute e che magari erano completamente diversa, non avevano niente a che fare con l'episodio iniziale, che era quello del contagio con il virus.

Quindi questa è stata un'analisi, che adesso spiego molto velocemente e che potete consultare: qui vediamo quello che dicevamo prima, cioè l'incidenza dei primi mesi della prima ondata, rispetto all'aumento dell'incidenza che c'è stato a livello nazionale, a partire da fine settembre e soprattutto nel mese di ottobre, che poi ha continuato a novembre per poi decrescere via via a dicembre. Vedete che il numero dei casi è stato molto più elevato rispetto a quello che è stato riscontrato nella prima ondata e, se vediamo quello sotto, vediamo che anche la mortalità, in relazione chiaramente al numero dei casi, è stata più alta nella prima ondata rispetto alla seconda.

Qui lo vediamo anche in quello che abbiamo definito questo tasso di letalità, cioè di morti di soggetti infetti, che viene chiamato "tasso di letalità": vedete come effettivamente si è distribuito tra la prima e la seconda. E questi sono, a livello nazionale, i due esemplari messi a confronto.

Un'altra cosa è anche la durata, perché anche da noi avete visto che anche l'ampiezza della durata della fase più

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

importante dal punto di vista dell'incidenza è durata molto più a lungo rispetto a quella della prima fase.

Questo, invece, l'ho fatto per mettere in evidenza: questo è un confronto tra la prima e la seconda ondata a livello delle varie Regioni. Non so se vedete il Veneto e vedete che qui abbiamo il Veneto e qui abbiamo la Lombardia: intanto la scala è diversa, qui arriviamo a 120 e qui arriviamo a 500, quindi, se lo riportiamo a 120, il nostro confronto con la Lombardia è notevolmente inferiore e quindi anche la seconda ondata è superiore a quello che è successo in Veneto.

Ma, a parte la Lombardia che ha una storia diversa, vedete che tutte le Regioni e le Province autonome hanno avuto nella seconda ondata, che poi praticamente qui abbiamo messo fino a dicembre, ma si è anche verificato che alcune Regioni hanno avuto un inizio e un termine della seconda ondata che è stato leggermente posticipato rispetto a quello che è successo nella Regione Veneto, cioè noi abbiamo cominciato da ottobre e finito a dicembre, mentre altri hanno iniziato a novembre-dicembre e finito a gennaio-febbraio. Quindi o il virus presenta praticamente questa stessa curva; vedete le curve delle varie Regioni, non le abbiamo messe proprio tutte, ma ce le avete nel report e questo mette in evidenza come la seconda ondata, per le caratteristiche che abbiamo detto prima, è stata importante, questa è la mortalità, per tutte le Regioni.

Poi volevo farvi vedere questo che mette praticamente tutte le Regioni a confronto, questo per tutta la pandemia, giusto, Filippo? E vedete come praticamente questo tasso di letalità si presenta nelle varie Regioni e questo è il totale. Questo qui è il Veneto e sicuramente rispetto all'Emilia Romagna, alla Liguria, alla Valle d'Aosta, eccetera si presenta, ma lo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vedete meglio in questo grafico, praticamente sicuramente tra le Regioni che fortunatamente hanno avuto meno mortalità rispetto a quelle che troviamo, vedete la Lombardia, poi l'Emilia Romagna, eccetera, invece nella seconda parte del grafico.

Questo invece serve a rappresentare una cosa che è contenuta anche nella reportistica, questo praticamente che vedete, questa curva che vedete in verde è il numero dei tamponi e questo invece è il tasso di letalità. Praticamente questa reportistica, che ha analizzato tutti i dati di tutte le Regioni, mette in evidenza come nelle Regioni, nelle aree dove si sono eseguiti un maggior numero di tamponi, e quindi c'è stata una maggiore attività di testing proprio per individuare più casi possibili, questo è inversamente proporzionale a quella che è la letalità e questo perché? Perché isolando più precocemente diciamo i soggetti e prendendo l'incarico anche a livello domiciliare più frequentemente questo ha determinato una minore letalità.

Poi questi sono i tassi di incidenza nella prima fase. Qui vedete il tasso italiano standardizzato dove praticamente vedete che moltissime Regioni, la maggior parte, scusate, sono al di sopra - non so se questo viene davanti, no - al di sopra insomma della nostra Regione.

Poi questo invece fino, quella è la prima ondata, e qui invece fino alla fine di ottobre, anche in questo caso notevolmente inferiore anche rispetto a quella che è la media nazionale.

Questo invece comprende la distribuzione della mortalità per classe peritale nel primo periodo, quindi nel febbraio del 2020, e vedete qui la media italiana e man mano che si cresce questo è l'eccesso di mortalità per tutte le Regioni e noi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

siamo praticamente in questa posizione.
Se invece andiamo a vedere quello di ottobre e novembre vedete che intanto tutte le Regioni più o meno si concentrano perché hanno avuto lo stesso destino, ma per quanto riguarda il Veneto si trova in questa… – questo è il Veneto, questo qua, questa posizione - questa è la media italiana e man mano che saliamo naturalmente ci sono, si distribuiscono insomma le altre Regioni. È chiaro che qui è dopo novembre, adesso l'Istituto sta portando avanti quella di dicembre, gennaio fino ad aprile per fare l'altro quadrimestre che inquadra la continuazione di questa seconda ondata.
Ecco, adesso… posso chiudere qua? No, aspetta.
Non so se è stata utile, se magari ha risposto a qualche domanda, se ci sono altre domande.

Presidente
Grazie, dottoressa, credo che sì, ci siano altre domande di approfondimento. Chi vuole intervenire? Segretario Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie, dottoressa, e buongiorno.
Riprenderei un po' dall'inizio e avrei anche un'opportunità di conoscere anche ciò che era stato fatto prima di febbraio 2020, quindi quando poi ci siamo trovati ad affrontare la pandemia. Penso per esempio al Centro per il Controllo delle Malattie Regionali che mi pare era stato costituito diversi anni prima e volevo capire meglio questo argomento, in particolare come noi l'abbiamo caratterizzato come Veneto e come invece è stato caratterizzato a livello nazionale, le differenze e soprattutto questo cosa poi ha comportato nell'attività

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

successiva da un punto di vista anche operativo per essere utile ai fini della gestione di questa pandemia, come anche di altre situazioni di emergenza.
L'altro quesito che mi ponevo, sempre antecedente al 21 febbraio, quando è emerso il primo caso di persona col virus Covid, penso che ci si riferisca soprattutto alla fine del mese di gennaio del 2020, però non so se sono corretta, la definizione e la presentazione del piano veneto: se ci spiega meglio tutta questa attività e cosa ha comportato per la gestione successiva.

Presidente
Se vuole rispondere, grazie.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Sì, grazie. Grazie per le domande.
Per quanto riguarda il pre-pandemia, nel 2007 è stato elaborato a livello nazionale il Piano pandemico antinfluenzale, perché fino ai nostri giorni, fino al 2020, tutte le pandemie che avevano caratterizzato la storia delle malattie erano state determinate da virus influenzali, per cui, su indicazione degli organismi internazionali, tutti gli Stati hanno elaborato un piano pandemico, perché si temeva che potesse arrivare una pandemia da virus influenzali.
Quindi nel 2007 è stato elaborato questo piano, che allora è stato recepito da tutte le regioni, nel 2009 si è verificata la pandemia influenzale H1N1 e praticamente sono state messe a segno, sono state messe in piedi le attività che il piano prevedeva.

La pandemia del 2009, fortunatamente, è stata definita abbastanza contenuta, sia per le caratteristiche del virus, sia perché, in maniera molto veloce, è stato messo in campo e prodotto un vaccino su cui insomma si lavorava da sempre, che era quello antinfluenzale, aggiustato per questo tipo di virus, e quindi la pandemia è stata abbastanza contenuta.

Dopo è stato costituito a livello nazionale CCM, cioè il Centro per il Controllo delle Malattie e questo è stato praticamente costituito a livello nazionale intorno al 2009, dopo la pandemia, quindi nel 2009-2010. A quel punto, come Regione, abbiamo adottato un provvedimento che istituiva il CCMR, cioè con Centro per il Controllo delle Malattie Regionale, che allora avevamo attribuito, come coordinamento, all'ULSS 7 di Pieve di Soligo e abbiamo costruito, attorno a questo CCMR, un nucleo che aveva sede qui a Venezia intorno al 2010-2011, con un loro ufficio a Giustinian e avevamo un medico, un amministrativo e un assistente sanitario.

Abbiamo cominciato a lavorare per prepararci a quella che poteva essere una prossima pandemia, ma non solo, quindi agganciandoci alla pandemia e al piano H1N1, ma abbiamo cercato di mutuare questa esperienza e la metodologia e le caratteristiche delle cose che devono essere fatte in caso di pandemia, a tutti quelli che potevano essere gli eventi epidemici di natura infettiva, che potevano interessare la Regione, oppure anche eventi che potevano essere di natura ambientale.

Quindi abbiamo cominciato con il costruire un percorso che riguardava le malattie infettive e abbiamo rivisto praticamente tutte le malattie infettive, secondo le classificazioni nazionali ed internazionali, e per ogni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

malattia infettiva, che poteva avere un impatto di natura epidemica, quindi dare origine a delle epidemie importanti regionali, abbiamo costruito delle flowchart, dove abbiamo sempre specificato chi fa che cosa, cioè qual era il ruolo dei SISP, il ruolo del Dipartimento di Prevenzione, il ruolo della Regione, il ruolo del Sindaco, il ruolo degli enti che sono esterni.

Per fare questo lavoro, abbiamo praticamente fatto una delibera regionale nel 2012, che istituiva, all'interno di ogni azienda, un gruppo operativo a risposta rapida, dove i capi dei servizi e del Dipartimento costituivano l'unità di crisi e il Direttore del SISP – questo in linea generale, ma l'ULSS poteva decidere anche di mettere un'altra persona, il direttore del SISP era il cosiddetto punto di contatto, cioè quello che coordinava le attività del Dipartimento in caso di un evento epidemico. Nel contempo abbiamo creato all'interno di ogni azienda un livello più strategico, quindi questo è quello operativo nel Dipartimento di Prevenzione, un livello più strategico, quindi un Comitato Strategico di sanità pubblica coordinato invece dal Direttore sanitario. Il Direttore sanitario aveva all'interno di questo coordinamento invece il Direttore dell'ospedale, il Direttore del Farmaceutico, il Direttore delle Malattie infettive e a volte anche altri componenti che ha secondo dell'evento epidemico potevano essere interessati nel controllo e naturalmente gli altri Direttori della Direzione Strategica.

Il punto di contatto che era presente nel gruppo operativo era anche all'interno del Comitato Strategico coordinato dal Direttore sanitario. Allora questo tipo di organizzazione per fronteggiare le emergenze legata al documento che abbiamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

fatto e che abbiamo presentato poi nel 2012, nel 2013, eccetera, a tutte le Aziende ULSS e alle Direzioni Strategiche, ma anche al Ministero, è stato oggetto di revisione continua, sia per quanto riguarda i componenti di questi due gruppi, uno strategico e uno operativo di cui ho parlato, e poi anche per quanto riguarda quelle che erano le procedure. Inoltre questo lavoro di stesura di procedure operative prevedeva anche delle esercitazioni per cui le ULSS nel corso dell'anno facevano delle esercitazioni come se si verificassero degli eventi epidemici. Gli eventi epidemici che hanno costituito l'esercitazione maggiore sono state quelle relative alle malattie trasmesse da vettori, sia per quanto riguarda la tipo la Chikungunya, poi la West Nile, sono state fatte delle esercitazioni anche per quanto riguarda il carbonchio, insomma delle strategie che erano occasione di rivedere l'organizzazione e la capacità soprattutto dei Dipartimenti di Prevenzione di fronteggiare e di essere pronti per un'epidemia.

Naturalmente a tutto questo ogni anno è stato affiancato un piano di formazione oltre a quello del primo anno, dove ha anche partecipato un componente dell'ECDC, e quindi del Centro Europeo per le Malattie, abbiamo avuto negli anni diversi focus su quelli che potevano essere oggetto di preoccupazione. L'abbiamo fatto sulla polio perché abbiamo avuto un'ondata degli immigrati, quindi il pericolo che potessero essere reintrodotta, insomma a seconda dello scenario.

Quindi questo ha portato a partire dal gennaio del 2020, quando la definizione di caso era legata soltanto alle classi che potevano essere importate, alla costituzione, ma era stato fatto anche prima per altri eventi epidemici, di un gruppo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

operativo a risposta regionale. Quindi io ho fatto un decreto dove abbiamo inserito all'interno diciamo che questo gruppo operativo tutti i componenti della Sanità. Quindi oltre ad esserci rappresentanti del Dipartimento di Prevenzione c'era anche il rappresentante della Medicina di base, il rappresentante del 118, delle Emergenze, delle Malattie infettive e questo anche in collegamento con il laboratorio regionale di riferimento che è di Padova, che ha sempre naturalmente per ogni procedura operativa adeguato e inserito le indicazioni, questo è in tutti gli anni, per quelle che erano le specifiche malattie, quindi anche questa volta. Quindi abbiamo fatto a gennaio questo decreto e poi insieme a loro abbiamo cominciato a scrivere la procedura, anzi prima. Il 21 gennaio, se non ricordo male, io ho mandato una nota a tutte le Direzioni sanitarie perché facessero una ricognizione di quelli che erano i posti letto, sia in area medica che in terapia intensiva, e anche dei dispositivi di protezione individuale. Poi abbiamo cominciato a scrivere una procedura chiaramente con la definizione di caso che avevamo, quindi simulando e descrivendo quelli che potevano essere le situazioni, cioè una persona rientrasse da un paese definito a rischio, perché lì la mappatura dell'OMS era in continuo aggiornamento, oppure che fosse stato a contatto di un caso che era stato in un paese a rischio. Quindi a fine gennaio abbiamo prodotto questo primo documento operativo, questo primo Piano di sanità pubblica e abbiamo costituito praticamente questo gruppo operativo a risposta rapida, che poi ci ha aiutato nella fase successiva.

Nel contempo, prima ancora che si verificasse il primo caso, abbiamo fatto degli incontri con tutte le direzioni mediche,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anche per condividere il documento e per raccogliere quelle che potevano essere le eventuali criticità.
Quindi, quando il 21 febbraio abbiamo avuto il primo caso, diciamo che i nostri Dipartimenti di prevenzione, che poi sono stati quegli primariamente interessati, avevano già non solo la formazione, quindi come individuare il caso, fare le indagini epidemiologiche, l'isolamento e la quarantena, che non è scontato, ma ci vuole un'esperienza e ci vuole una capacità organizzativa, ma, oltre a questo, quello che poi abbiamo utilizzato nei nostri Piani di sanità pubblica successivi, quando l'incidenza continuava ad aumentare, è stato il riorientamento delle attività, quindi tutto il Dipartimento, dalla parte veterinaria alla parte dello SPISAL, alla parte dell'ambiente, tutti sono riusciti a fare un gruppo operativo che era in grado di fare contact tracing, di chiamare le persone e di portare avanti le attività che erano richieste alla prevenzione.
Quindi questo non so se risponde alla sua domanda. Le domande erano queste due: quello che avevamo fatto a gennaio e il pre-pandemia.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Sì, sì, grazie.

Presidente
Grazie, Dottoressa.
Adesso passerei la parola, per domande semplici e dirette, alla consigliera Ostanel.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie, Presidente. Grazie, dottoressa Russo.

Io, come avevo fatto con la dottoressa Ricci, le chiedo, prima delle domande, di dire anche il ruolo che ha avuto nella gestione della pandemia in Regione, visto che magari faccio delle domande che magari non riguardano il periodo in cui lei era presente, e anche il ruolo nel sistema di prevenzione nazionale, visto che ha citato anche il CCM, eccetera.

Allora, vado puntuale: rispetto alla definizione di caso, che ha citato adesso, volevo capire quando, dal livello ministeriale immagino, è arrivata in Regione Veneto la definizione di caso e come è circolata l'informazione dentro le strutture che lei ha appena presentato.

Le faccio anche una domanda legata a questo, perché ho guardato questo documento dell'11 febbraio 2020, la Procedura regionale nuovo coronavirus, e le chiedo qual era lo scopo di questo documento e dell'11.2.2020 e se prima di questa delibera, indipendentemente dalla definizione di caso, era possibile fare un tampone a chi non rientrava nella casistica e se altre Regioni hanno adottato questo stesso approccio.

Poi, rispetto alla definizione di sintomatico e asintomatico - quindi vado alla fase dopo - nell'audizione precedente, quella del 4 maggio, lei diceva, appunto, che non era stato possibile, ad un certo punto, quando si arrivava ai 5.000 casi al giorno, contattare tutti per chiedere se erano sintomatici o meno, e quindi lei diceva - ho letto il verbale – che venivano classificati asintomatici, per poi recuperare successivamente il dato reale. Siccome non sono un tecnico e non capisco, mi chiedo se questo ha inciso o meno nei parametri di zona gialla, in cui l'indicatore 1.1 è uno dei più importanti dei famosi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

21 indicatori.

Poi un'altra domanda rispetto, invece, al 10 febbraio, quindi intorno a poco prima del documento Procedura regionale nuovo coronavirus: l'Università di Padova aveva detto di voler fare i tamponi a tutti quelli che rientravano dalla Cina e mi chiedo il se ha avuto un ruolo lei o chi ha avuto un ruolo nel dire di no alla possibilità di fare i tamponi a tutte le persone che rientravano dalla Cina.

Rispetto, invece, al sistema informatico dell'app Immuni, importante per il tracciamento, vorrei chiederle perché non è stata attivata e quali sono i ragionamenti che sono stati fatti per non attivare in Veneto il sistema di tracciamento nazionale, che doveva essere attivato anche in Regione.

Rispetto, invece, alla mortalità - e questa è l'ultima domanda – prima ci ha fatto vedere i grafici, ma non ho capito a che periodo fanno riferimento; io le do un periodo che ho visto in un documento, quindi dal 1° settembre al 15 gennaio ci sono state 117 vittime ogni 100.000 abitanti in Veneto. Le dico questo periodo e non so se è perfettamente la definizione di seconda ondata, probabilmente no, però intanto per avere un periodo indicativo, ecco.

Volevo chiederle, al di là del periodo, ma se riesce, anche non oggi ovviamente, a inviarci il dato di quante persone sono morte in rianimazione perché mi interessa capire qual è la mortalità media in terapia intensiva e quindi capire se ci sono state anche delle morti, quante morti non supportate dalle terapie intensive, che credo sia un dato importante per capire la gestione di una pandemia, grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Vada pure, dottoressa, grazie.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)

Grazie. Allora, vediamo se riesco a rispondere a tutte le domande che ha fatto il Consigliere. Per quanto riguarda la definizione di caso, tutte le circolari che sono arrivate in Regione a partire da dicembre del 2019, che erano dei documenti dell'OMS che il Ministero mandava alle Regioni e successivamente tutte le circolari, dalle più semplici alle più complesse, da parte mia che ero Direttore della Direzione Prevenzione sono state inviate a tutte le ULSS, a tutti i Direttori Generali, Direttori Sanitari e Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione. Quindi sicuramente sono state inviate a tutti. Adesso non mi ricordo se lo firmate tutte io o se parte le ha firmate il dottor Mantoan, che era il Direttore Generale dell'Area, comunque li abbiamo mandati a tutte le aziende sanitarie.

Poi per quanto riguarda la a procedura a cui ho fatto riferimento, la procedura è la prima, quella a cui lei si riferisce, e come ho detto prima è stata costruita all'interno del gruppo operativo a risposta rapida regionale che abbiamo costituito a gennaio con l'obiettivo, così come avevamo fatto per le altre malattie che avevamo affrontato negli anni precedenti, di fare chiarezza su chi doveva fare che cosa, quindi qual era il compito e qual era il flusso dal momento in cui la Regione veniva a conoscenza di un caso per cui questo veniva segnalato cosa si doveva fare, se la persona si presentava direttamente in pronto soccorso, se questa

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

telefonava o altre situazioni. Quindi tutto quello che riguardava sia la parte più strettamente legata alle attività del Dipartimento fino poi al fatto che la persona poteva avere bisogno del ricovero in ospedale, quindi mutuando anche l'esperienza sull'Ebola, le procedure che abbiamo fatto per l'Ebola che è stato l'altro pericolo che per fortuna non abbiamo dovuto affrontare, ma che aveva portato la Regione e la sottoscritta a fare delle procedure insieme agli altri colleghi, rappresentanti delle figure che ho detto prima, a fare delle procedure molto, molto approfondite che praticamente scaglionavano, scandagliavano tutti i momenti che potevano essere quelli della presa in carico del soggetto o del sospetto.

Per quanto riguarda la Cina, allora si riferisce all'articolo pubblicato dal professor Crisanti, non mi ricordo adesso la data, intorno a metà febbraio, dove lui diceva che voleva fare il tampone a quelli che rientravano. Il dottor Mantoan ha scritto una nota al dottor Crisanti chiedendo quali erano gli elementi per cui lui aveva questo tipo di sospetto. Ripeto, la circolare del Ministero non dava nessuna, le circolari del Ministero, nessuna indicazione in questo senso. La risposta del dottor Crisanti è arrivato dopo qualche giorno e del Direttore Generale dell'Azienda ospedaliera di quel momento hanno, come si può dire, ridimensionato questo tipo di dichiarazione dicendo che era stata male interpretata dalla stampa e che non c'era nessuna intenzione di fare questa cosa. Successivamente quando si è verificato il primo caso, cioè il caso di Vo', il 21, la Regione, l'Unità di Crisi quella sera ha deciso di fare i tamponi a tutti gli abitanti di Vo' a seguito della presenza di questo caso e io ricordo, e anzi ho

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anche la mail del Direttore Sanitario dell'Azienda ospedaliera che ha detto che non sarebbe stato in grado di fare tutti quei tamponi, che la sua capacità era limitata e che era necessario attivare altri laboratori. Infatti, il primo laboratorio che è stato attivato è stato quello di Schiavonia.

Ricordo, tra l'altro – non so se può essere utile come formazione - che comunque tutti gli altri laboratori che hanno avuto l'autorizzazione a cominciare a fare il tampone molecolare (fino a quel momento nessuno era abilità tranne il laboratorio di riferimento, perché così prevede l'organizzazione nazionale) hanno avuto il parere del laboratorio di riferimento. Questo per sia per quanto riguarda i laboratori pubblici, sia per quanto riguarda quelli privati, quindi c'è sempre stata l'autorizzazione a procedere con le diverse metodologie da parte del laboratorio di riferimento, che era quello di Padova.

Per quanto riguarda la mortalità, adesso questo della rianimazione possiamo tirarlo fuori (qui c'è il dottor Da Re) lo tiriamo fuori dai dati che abbiamo nella biosorveglianza e quindi lo inseriamo e ve lo facciamo avere, non è un problema e, se volete, facciamo magari un focus di quelli che sono i dati di mortalità del periodo che lei ha detto: settembre-gennaio, mi pare di aver capito. Quindi su questo non c'è un problema.

Quello che io ho presentato, che è il case fatality rate dell'infezione, non è la mortalità generale, ma è proprio la mortalità specifica, come ho detto prima, legata ai soggetti che hanno avuto la malattia e quindi sicuramente più correlabile a quello che purtroppo l'infezione ha determinato.

In ultimo, in maniera molto veloce, per quanto riguarda l'app

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Immuni, che è nata attraverso una condivisione parziale con tutte le Regioni, tant'è che – su questo che dico ci sono tutte le carte – in un primo momento è stata proposta come sperimentale, quindi due o tre Regioni si erano candidate per sperimentarla nel proprio territorio, dopodiché si erano tirate indietro per cui il Ministero ha dato indicazione di attivarla, dove possibile, nelle varie Regioni. Alcune l'hanno attivata per prima e, nel frattempo, però, noi stavamo portando avanti, con i sistemi informativi di Azienda Zero, un'altra app, che era la Zero Covid, ma poi è stata fatta anche una legge, che sicuramente avete visto, perché il Garante ci aveva detto di fare una legge. Dopo, invece, sembra che non sia andata bene neanche la legge, quindi non è stata, pur essendo pronta, attivata.

Rispetto all'app Immuni c'era anche una segnalazione precoce da parte dei soggetti che potevano presentare sintomatologia, una segnalazione che arrivava direttamente al medico curante, che gli permetteva di prenderlo in carico.

Per quanto riguarda l'app Immuni, avevamo condiviso, in tema di coordinamento interregionale della prevenzione – quindi torno al mio incarico perché io dal 2010 ho il coordinamento delle Regioni per quanto riguarda la prevenzione, su mandato della Commissione Sanità – avevamo condiviso con l'Emilia Romagna, con la Lombardia, con la Toscana e con altre Regioni delle criticità, perché con l'app Immuni la persona che riceveva la notifica di aver avuto un contatto e che si metteva poi in contatto con i SISP, non aveva alcuna indicazione di dove probabilmente aveva visto il soggetto, né per quanto tempo e, non conoscendo l'ambiente, non sapeva quale poteva essere il livello di esposizione. Infatti una cosa è che io incrocio

e mi fermo all'angolo della strada e lì accanto a me ci può essere una persona che poi risulta positiva, una cosa è che io l'incontro in un negozio oppure all'interno di un treno, dove il tempo di permanenza può essere diversa.
Queste difficoltà a prendere in carico e adottare le misure nei confronti dei contatti che venivano indicati dall'app Immuni costituivano per noi una difficoltà. Successivamente, a seguito di uno scambio epistolare col Ministero, abbiamo concordato alcuni elementi e poi dato indicazione, perché il sistema informativo era già pronto, di attivare l'app Immuni, che comunque in un sistema di contact tracing avanzato come il nostro, nulla ha aggiunto, da quando ce l'abbiamo attivo, quindi ancor prima della seconda ondata, se questo può essere utile, a quella che era la nostra metodologia, probabilmente utile in altri contesti dove invece il contact tracing e il grado di competenza degli operatori magari non era allo stesso livello.

Presidente
Ridò la parola un attimo al Segretario Brescacin per una precisazione, poi so che c'era la collega Camani e poi casomai ripasso la parola alla collega Ostanel e agli altri.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Sì, grazie, perché sempre tornando ai primi mesi del 2020, e quindi alle prime azioni fatte, ricordo che proprio ad inizio febbraio, penso fosse il 2, 3 febbraio, il Presidente della Regione propose l'isolamento fiduciario per i bambini che rientravano del carnevale cinese.
Allora il tema dell'isolamento e quindi il tema dei tamponi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

per individuare i positivi, per far sì di mettere in atto l'azione dell'isolamento, il tema dei tamponi è necessario per individuare i positivi affinché si possa attuare la misura dell'isolamento e quindi mi pare che la misura dell'isolamento sia è sempre stata una misura, chiedo conferma oppure spiegazione, strategica, il fatto di mettere in isolamento le persone per evitare la diffusione del contagio, ma le chiedo anche quale è stata però la posizione a inizio febbraio della comunità scientifica sulla proposta che è venuta dal Veneto di porre in isolamento i ragazzi che rientravano dal carnevale cinese.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Grazie, Consigliere, per questa precisazione.
Mi ricordo perfettamente qual era stato il dibattito e anche l'interlocuzione che abbiamo avuto proprio come coordinamento della Prevenzione anche con l'Istituto Superiore di Sanità col dottor Brusaferro, dove abbiamo proprio fatto un incontro tecnico per cercare di trovare una risposta tecnica a questa che era una richiesta che è proprio venuta dal Veneto perché il Presidente ha proprio voluto portare avanti in via precauzionale questo tipo di allerta, perché ricordo che la definizione di caso era legata al criterio epidemiologico, quindi all'area di provenienza, però nessuna circolare ministeriale fino ad allora disponibile dava una prescrizione di isolamento di quarantena diciamo al rientro. Il Presidente ha proposto a livello dei Presidenti naturalmente a questo tipo di misura, a cui è seguita questa interlocuzione tecnica che non ha trovato tutti d'accordo, per cui alcune Regioni che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

erano, come si può dire, più in allerta, non dico preoccupate perché tutti quanti pensavamo che come per la SARS del 2003 o per l'Ebola il problema non sarebbe arrivato in Italia, ma questo grado di allerta che ha avuto la Regione Veneto ha trascinato poi con sé altre Regioni del nord a destra, insomma schierati sia da un punto di vista tecnico che da un punto di vista prima politico e poi tecnico, perché poi ha avuto questo avallo, a fare sì che tutti i bambini che rientravano dal carnevale cinese venissero poste in isolamento. Sicuramente questa è stata la prima misura di isolamento e quarantena che ha riguardato. Tra l'altro questo tipo di azione ha trovato il consenso favorevole da parte delle comunità cinesi, per cui non solo i bambini ma anche i lavoratori, quindi papà e le mamme che venivano, cioè i genitori che tornavano si mettevano in auto isolamento. Allora c'è stata anche una interlocuzione con alcuni datori di lavoro che ci hanno posto questo tema dicendo che tutta la comunità cinese volontariamente aveva aderito a questa possibilità di mettersi in isolamento o in quarantena.
Ecco, questo è stato, grazie per averlo ricordato.

Presidente
Grazie. Ora passo la parola alla consigliera Camani, poi c'è il collega Ostanel, Piccinini, Venturini e poi Zecchinato e Bigon.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente, ma intanto un ringraziamento particolare alla dottoressa che riesce sempre a darci delle informazioni che, potrà comprendere, non sempre riusciamo ad avere in

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

maniera completa e quindi ci fa un quadro per cui sembra che sia andato tutto bene, che fossimo davvero molto preparati. Le chiedo, però, un po' di comprensione per la funzione che noi svolgiamo e che ci porta a chiederci cosa è successo e cosa non ha funzionato nella prima e, in particolar modo, nella seconda ondata, quindi ci perdonerà se le domande che le faremo tendono ad essere poco precise, però abbiamo la necessità di chiederci cosa non ha funzionato rispetto a un modello, sentendo le sue parole, che lei ci descrive che avrebbe dovuto consentire a questa Regione di raggiungere livelli di contagi e di mortalità molto diversi da quelli che, invece, abbiamo visto.

Peraltro, siamo all'interno di una Commissione d'inchiesta che, pur non avendo poteri di natura giudiziaria, lei sa che trasferirà tutto ciò che viene dichiarato in questa Commissione alla Procura, quindi è necessario anche per noi - porti pazienza – fare domande che ci consentano di approfondire, per evitare che dentro questa Commissione arrivino informazioni che non sono comprese pienamente o, peggio, non sono supportate da riscontri oggettivi.

Quindi, ad esempio, le chiederei se ci fa avere le comunicazioni che ha inviato ai Direttori generali in riferimento alla prima definizione di caso del Ministero, perché, ad esempio, a noi risulta diversamente, quindi magari abbiamo un'informazione scorretta noi e siamo dunque costretti a chiedere evidenza empirica delle affermazioni che ha fatto in questa Commissione.

Andando un po' nel merito, anche qua porti pazienza se le domande la porteranno a ripetere delle cose già dette, ma in parte le slide che aveva preparato per noi non riuscivano a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

essere lette e quindi tornerò su alcune questioni.

Lei ha sostenuto che in Veneto, in una certa fase, sono state applicate misure che il Piano di sanità prevedeva per zone colorate diversamente, malgrado il Governo permanesse nell'inserirci nella zona gialla e vorrei capire nello specifico quali sono queste misure, perché le tre che lei ha citato o che, perlomeno, io ho avuto il tempo di appuntarmi, secondo me, non corrispondono, da questo punto di vista, a un miglioramento della prestazione: contact tracing, ampliamento delle attività di testing e monitoraggio territoriale. Se ci può spiegare un po' meglio e, se me ne sono dimenticata qualcuna, se me la può raccontare di nuovo. Cosa avrebbe previsto il protocollo per la zona gialla e cosa, invece, abbiamo fatto noi?

Seconda questione: lei ha dichiarato in questa sede - me lo sono segnato e spero di non aver trascritto male - che provvedimenti assunti dalla Regione hanno piegato la curva prima delle chiusure nazionali. Questa è un'affermazione molto rilevante dal punto di vista dei lavori di questa Commissione, quindi le chiederei esattamente quali sono, secondo lei, i provvedimenti regionali assunti in difformità delle indicazioni nazionali e sulla base di quali evidenze empiriche e statistiche lei può affermare che i provvedimenti regionali hanno piegato la curva prima delle chiusure nazionale.

Terza questione: scuola. Lei l'ha citata come esempio di una di queste misure che mi pare fossero giallo plus, però, siccome, come ci ha ricordato anche nell'audizione precedente la vicepresidente Brescacin che questa è una seduta che dovrebbe concentrarsi in particolar modo sul tema del contact tracing, volevo chiederle questo: al netto della discussione

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

molto politica sull'opportunità o meno di prorogare la chiusura delle scuole, ma ovviamente non le chiederò un'opinione sul punto, le chiedo, invece, di farci un po' il quadro per quanto riguarda il tracciamento dentro le scuole. Su questa questione il protocollo regionale è cambiato diverse volte, molto spesso è stato disatteso nei fatti e lo dico perché molto spesso il nostro punto di vista, ovviamente, non è dentro l'unità di crisi, dentro la cabina di regia, quindi con una visione ampia, ma il nostro è un punto di vista molto sul campo, sull'esperienza personale e le devo dire che l'esperienza personale mi porta a dire che i protocolli di prevenzione di contact tracing all'interno delle scuole sono stati totalmente disattesi rispetto alle previsioni che probabilmente, a livello di protocollo, di modalità, di organizzazione erano impeccabili, ma poi non hanno funzionato. Faccio in particolar modo in riferimento a quella direttiva rispetto alla quale voi avevate previsto che il tracciamento dei contatti dentro le scuole sarebbe avvenuto facendo dei tamponi direttamente ai bambini nella scuole, dentro le scuole per evitare ovviamente quarantenne lunghe, per evitare… fatto che sostanzialmente non si è mai verificato lasciando per diversi mesi da un lato le famiglie nel totale disorientamento rispetto a quale comportamento adottare in riferimento alla diffusione dei contagi dentro le scuole, ma anche le istituzioni scolastiche in forte imbarazzo rispetto ad un protocollo che per loro risultava inapplicabile, tanto che poche settimane dopo avete dovuto fare marcia indietro e tornare, diciamo, a un modello meno innovativo ma che perlomeno consentiva di monitorare l'andamento dei contagi dentro le scuole.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Le faccio questo esempio davvero soltanto per dire come nessuno mette in discussione la capacità che lei come responsabile in questa fase, la Regione ha avuto nel prefigurare metodologie e scenari, ma per rappresentarle il fatto che poi quelle metodologie, quegli scenari sono risultati molto spesso disattesi nell'applicazione pratica e le faccio un altro esempio, su cui poi torno. La questione del tracciamento dei contatti, e cioè della capacità che lei ci ha dichiarato essere scritta nei documenti di ricostruire i contatti dei positivi, è una capacità che probabilmente è stata scritta benissimo nei documenti, ma guardi che poi nella fase della seconda ondata non ha minimamente funzionato sui territori e questo è avvenuto per una serie di ragioni, alcune anche molto concrete, rispetto alle quali poi USCA, medici di Medicina generale, amministratori locali si sono trovati nella condizione di non essere in grado di corrispondere a quelle aspettative.

Perché le pongo queste questioni? Perché abbiamo sempre sostenuto che la capacità di costruire nei fatti e non nella teoria un sistema di tracciamento dei contatti, a maggior ragione dopo i mesi durissimi del lockdown della prima ondata e dopo la fase diciamo di respiro della primavera e dell'estate, cioè in un momento in cui anche in questa Regione il livello dei contagi si era fortemente ridotto, poteva essere uno degli strumenti attraverso cui noi avremmo potuto in qualche modo sperare di circoscrivere il fenomeno e preservare un po' di più questi territori dalla seconda ondata e invece questo non è avvenuto, tanto che nel pieno della seconda ondata noi abbiamo visto nella nostra Regione saltare completamente il sistema del contact tracing con l'incapacità dei soggetti che erano a questo destinati di capire dove stava andando il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

virus, come si stava diffondendo. Non è un caso la domanda che correttamente, secondo me, le ha posto la consigliera Ostanel rispetto all'app Immuni, non perché io pensi ovviamente che l'app Immuni ci avrebbe salvato dai contagi della seconda ondata, ma la risposta che lei ha dato, il Ministero non aveva obbligato all'adesione a quel progetto, capisce che è una risposta che forse può funzionare tra una circolare, una direttiva, un protocollo dei burocrati, ma che non è sufficiente a spiegare ai cittadini, ai rappresentanti dei cittadini perché questa Regione abbia scelto di non utilizzare uno degli strumenti che potevano contribuire, potevano, non lo so, avrebbero potuto contribuire.

Ovviamente quello che ci interessa in questa Commissione sono gli atti ufficiali e non cosa si è detto in una Conferenza Stato-Regioni o cosa informalmente si è dichiarato. Ci interessa capire perché, e questo è stato dichiarato dal Presidente Zaia in conferenza stampa, la Regione del Veneto, la Direzione della Prevenzione ha deciso deliberatamente di non investire in risorse e impegno nell'applicazione anche in questa regione dell'app Immuni. Ci interessa capire, dottoressa Russo, perché è stata annunciata alla stampa, è stata approvata una legge in questo Consiglio Regionale che doveva costituire una app specifica per il Veneto e quell'app non è mai stata costruita, definita, realizzata. Ci interessa capire, dottoressa Russo, com'è possibile che neppure nel momento di maggior gravità siamo stati in grado in questa Regione di tracciare l'andamento dei contagi per poterlo arginare. Su questo, quarta domanda, quinta, forse, lei ha dichiarato nell'audizione che abbiamo fatto con lei durante la quinta Commissione qualche mese fa che, dal mese di ottobre

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

alla prima settimana di novembre, in questa Regione, nel sistema informatico non sono stati presi in carico i contagiati e soprattutto non sono stati caricati nel sistema che poi avrebbe dovuto, in maniera interoperabile, dialogare con quello nazionale, i casi, o, meglio, non sono stati definiti come sintomatici o asintomatici. Lei in quell'audizione ha detto dal mese di ottobre alla prima settimana di novembre e ovviamente le domande che le faccio è: vorrei capire perché non sono stati caricati, vorrei capire esattamente da che giorno a che giorno il sistema informatico regionale ha omesso questo dato e non ha comunicato, dunque, il dato corretto dell'incidenza dei sintomatici sui contagiati al Ministero della Sanità.

Glielo chiedo perché lei ha detto dal mese di ottobre alla prima settimana di novembre, ma l'11 ottobre, quindi in linea teorica rispetto alle indicazioni che ci ha dato, nel pieno di quel periodo, cioè nel momento esatto in cui, a sentire le sue dichiarazioni in questa Commissione, il sistema informatico del Veneto non prendeva in carico la distinzione tra sintomatici e asintomatici, il presidente Zaia dichiarava che in Veneto il 96% dei positivi era asintomatico.

Allora le chiedo: quel dato era attendibile? Quello era un dato attorno a cui noi, per almeno un paio di settimane, in questa Regione ci siamo detti che non ci dovevamo preoccupare, perché comunque è vero che c'erano tanti contagi, ma per la stragrandissima maggioranza, il 96% addirittura, erano asintomatici. Quindi prima ci avete detto che non dovevamo preoccuparci, perché non era vero che c'era in tanti contagi, ma perché eravamo bravi, facciamo tanti tamponi; quando poi il meccanismo dei tamponi ha perso sostanza, ci avete detto che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

era vero che c'erano tanti contagi, ma erano tutti asintomatici.

Quindi vorrei capire come ha inciso perché lei nell'audizione in Quinta ha detto che questa sbagliata o non corretta registrazione dei casi positivi come sintomatici o meno, non avrebbe inciso sulla definizione dell'RT, quindi anche su questo vorrei capire perché magari noi non sono un esperto, non vorrei sbagliarmi, l'algoritmo non lo conosco benissimo, ma io sapevo che l'RT era un indice che si basava principalmente sul calcolo dei sintomatici sui positivi. Ora, è ovvio che, se io ho il dato degli dei sintomatici falsato, come lei ha ammesso che è avvenuta in questa Regione, dal mese di ottobre alla prima settimana di novembre, a me sembra – ma se mi sbaglio, mi spieghi perché, perché non lo capisco, sarà un calcolo complicato che non riesco a fare – in realtà forse qualcosa ha inciso.

Ultima grande questione, poi cerchi magari di fare una sintesi, se è possibile: lei, sempre nell'audizione in Quinta Commissione, ha dichiarato che "le altre Regioni non utilizzano le nostre stesse modalità di calcolo degli indicatori e dice che anche per questo - testuali parole sue – siamo rimasti così tanto in zona gialla, perché abbiamo pochi contagiati con sintomi" (è il virgolettato delle sue dichiarazioni nell'audizione in Quinta Commissione). Ora, anche su questo è interessante capire come è avvenuta quella fase in cui c'è stato il passaggio e lei ci ha detto di un sistema informatico all'altro, ci sono stati forniti riscontri documentali rispetto alle comunicazioni che lei ha dato alle Direzioni generali per adeguare i loro sistemi informatici a quello generale. Ma io vorrei capire quanti numericamente, in

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

maniera di numero assoluto e percentuale, contagiati dai primi di ottobre fino a metà novembre sono stati inseriti nel database nazionale, senza avere una corretta indicazione tra sintomatici e asintomatici, quali sono state le procedure che avete adottato e soprattutto se c'è una feedback rispetto all'efficacia o meno delle procedure che avete adottato.

Quindi ci interesserebbe capire, rispetto a quel problema di cui lei ci ha parlato, i numeri, non soltanto la descrizione del problema.

Ultimissima questione, il tema degli indicatori, i famosi 21 indicatori corretti poi nel tempo in base anche alle competenze scientifiche che venivano acquisite. Qua intanto le chiedo di fare chiarezza su un punto, se questi indicatori erano decisi dal ministero, punto, come ci viene detto quando si sollevano dubbi sulla capacità di quell'indicatore di essere realmente affidabile per raffigurare la pericolosità del contesto, o se, come lei ci ha anche confermato in parte nell'audizione, che in realtà quegli indicatori erano il risultato di un processo di confronto, di condivisione anche delle Regioni e dei responsabili della prevenzione e se ci può spiegare esattamente quando e perché, anche questo sulla base delle affermazioni che lei ha fatto in audizione, lei come rappresentante della Regione Veneto ha insistito per modificare la composizione di quegli indicatori e mi riferisco in particolar modo all'incidenza che il numero di tamponi effettuati aveva nel calcolo e se può darci qualche riferimento anche numerico su come quella modifica e quelle modifiche, la modifica, quella del fatto di inserire il numero dei tamponi effettuati e non solo il numero dei contagiati nel famoso algoritmo degli indicatori, se è possibile capire come quella

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

modifica ha inciso poi nell'esito, diciamo, nella colorazione dei territori che abbiamo visto nei mesi successivi.
Intanto questo, poi magari torno su altre questioni, grazie.

Presidente
Vada pure, Dottoressa, grazie.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Grazie per la ricostruzione che ha fatto il Consigliere.
Adesso diciamo che a molte delle cose che ha detto magari evito di star qui a interloquire, mando direttamente i documenti che magari sono più facilmente interpretabili.
Per quanto riguarda le misure previste per l'area gialla, per l'area arancione, per l'area verde, per l'area rossa c'è un documento, che tra l'altro ho anche allegato relativamente alla convocazione di oggi, dove sono elencate le misure.
Per quanto riguarda poi i provvedimenti, le note che abbiamo mandato, noi abbiamo ricostruito in termini di note, in termini di atti amministrativi, in termini di strategia tutto quello che abbiamo fatto a partire praticamente dal mese di gennaio.
Quindi, siccome il documento che abbiamo proposto l'abbiamo mandato anche a tutti gli organismi competenti, per noi non c'è problema, ve lo mandiamo e lì ci sono tutte le note firmate da me e dal Direttore Generale o da altri colleghi della…

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Scusi, dottoressa, non so di quale documento stia parlando, magari…

Presidente
Se può magari farci…

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Lei mi ha chiesto… no, scusi…

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Magari sfugge a me, parliamo di una cosa…

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
No, no, lei ha detto, scusi, lei ha chiesto le note che avevamo mandato per diffondere le circolari, mi pare, giusto?

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Quelle ovviamente le manderà alla Presidenza.
Siccome a me non risulta che la prima definizione di caso sia stata comunicata ai DG e invece lei ha detto di sì, siccome è una Commissione di Inchiesta è utile avere il documento che vada agli atti.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Sì, infatti. Era quello a cui mi riferivo. Scusate, non mi sono espressa, allora dicevo che abbiamo costruito dei documenti che riprendono tutte le note e tutti i documenti che abbiamo fatto circolare nella Regione a seguito dell'invio che è stato fatto alla Regione da parte del Ministero dell'Istituto. Quindi questo, insomma, era relativo ai

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

documenti.

Sto cercando di andare in ordine più o meno da quello che mi ricordo di tutte le cose che abbiamo detto.

Quindi documenti inviati le mando, mando al Presidente, naturalmente, la raccolta e la ricostruzione che abbiamo fatto.

Per quanto riguarda la definizione delle misure contenute all'interno delle Aree, anche lì abbiamo un documento che ho anche mandato, ma le posso fare avere.

Per quanto riguarda le scuole, allora intanto c'è da dire che per quanto riguarda le procedure mi pare di aver capito che una cosa è la teorie e una cosa è la pratica: diciamo che nei documenti che abbiamo cercato di portare avanti - questa è una cosa che ho detto, insomma in tutti i contesti e adesso non mi ricordo se l'ho detto quando ci siamo visti in Consiglio – le varie strategie di sanità pubblica devono essere modificate a seconda del variare dello scenario epidemiologico e quindi i nostri provvedimenti, le indicazioni che abbiamo fornito o tramite protocolli o piani di sanità pubblica che, tra l'altro, abbiamo tutti inviate al CTS regionale e avuto l'approvazione del CTS, che poi abbiamo portato avanti, oppure indicazioni più semplici che abbiamo dato tramite note, sono stati tutti condivisi con i colleghi delle aziende.

È chiaro che, per quanto riguarda la scuola, abbiamo messo su un protocollo che poi, tra l'altro, abbiamo anche mandato a livello nazionale, perché, come ha detto giustamente lei, permetteva di mantenere la frequenza scolastica, pesando meno sia sulla classe, quindi su quella che era la didattica rivolta agli studenti, sia sulle famiglie. È chiaro che non in tutte le aziende, quando hanno cominciato ad aumentare i casi, è

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

stato possibile mantenere la tempistica che ci si era prefissati.

Quindi in alcuni contesti non è stato possibile e forse questo ha fatto sicuramente più rumore di tutti gli altri contesti dove, invece, la cosa ha funzionato, tant'è vero che, quando poi noi abbiamo rivisto il protocollo, proprio nel momento in cui erano montati casi perché diveniva poco sostenibile, è ripreso lo stesso protocollo, perché io stesso ho fatto degli incontri con i comitati dei genitori e con la scuola, che l'hanno richiesto, perché era un Protocollo che garantiva le cose che abbiamo detto, e l'abbiamo praticamente reintrodotto. Infatti, nel momento in cui c'è una gestione dei casi che è meno gravosa, in termini numerici e di contatti, sicuramente il protocollo che avevamo individuato è risultato corretto. A questo, nell'ambito della scuola, abbiamo aggiunto due protocolli molto specifici, che poi abbiamo anche approvato con provvedimenti di Giunta, che abbiamo mandato adesso anche al Ministero perché si stanno preparando per il prossimo anno scolastico, proprio come esempio di buona pratica, che è quello delle scuole sentinella e quindi con l'Università di Padova e con l'Università di Verona abbiamo praticamente, in tutte le scuole superiori, identificato, insieme all'Ufficio scolastico regionale, le scuole sentinella e fatto questo lavoro di tamponi a ripetizione per tutte le sezioni della scuola. Comunque non voglio entrare in questo.

Quindi diciamo che i protocolli, quando vengono emanati, sono sempre preceduti da una discussione e da una condivisione nella loro applicabilità; poi talvolta le condizioni non prevedibili del numero dei casi oppure impedimenti organizzativi che, a seconda delle scuole interessate, non permettono l'adempimento

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di tutte le cose che sono state scritte, fa parte del rischio dei protocolli e quindi questi vanno rivisti e adattati in base alla realtà locale.

Poi volevo dire una cosa su questa questioni dei sintomatici e asintomatici, perché probabilmente non è stata compresa e quindi cerco di essere un po' più chiara. Allora, intanto il DM del 30 aprile 2020 dei 21 indicatori è ancora in vigore e quindi nessuno lo ha modificato. Il Ministero e l'Istituto hanno chiesto alla Conferenza delle Regioni di individuare alcune Regioni per poter discutere circa la semplificazione di questi indicatori. La Conferenza delle Regioni ha individuato cinque Regioni, che sono il Veneto, la Lombardia, il Molise, il Lazio e la Provincia di Trento per lavorare, insieme al Ministero e all'Istituto (c'è anche dentro lo Spallanzani) per cercare di rivedere questi 21 indicatori e di semplificare, in modo tale da togliere alcuni indicatori che in questo anno e mezzo quasi si sono rilevati poco informativi a livello nazionale e anche per il livello regionale.

Quindi l'adempimento al DM del 30 aprile è stato pieno dal momento in cui è entrato in vigore da parte della nostra Regione. Ripeto, i nostri dati sono in linea, cioè quello che noi carichiamo, tutti positivi, tutti negativi, tutti i soggetti sono, perché la legge lo prevede, inseriti all'interno del data base che vede anche l'Istituto Superiore di Sanità.

Il discorso dei sintomatici degli asintomatici, spero questa volta di essere più chiara e mi scuso se non lo sono stata l'ultima volta. Allora, nel mese tra ottobre e novembre ci siamo accorti che l'adempimento all'indicatore 1.1, che è quello legato alla affidabilità del dato e che prevede che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vengano presi in carico il 60% di coloro che risultano positivi, non ci corrispondeva, nel senso che stava cominciando a scendere. Ci siamo fatti fare un'estrazione da parte di Azienda Zero di tutti coloro che non erano stati presi in carico. Allora a questo proposito voglio chiarire che i soggetti non presi in carico non entrano nel calcolo dell'R(t), quindi potevamo anche lasciarli lì dove erano. Abbiamo fatto estrapolare tutti quelli non presi in carico perché in quel periodo avevamo tantissimi casi e perché sapevamo che alcune aziende praticamente stavano facendo tutte le indagini epidemiologiche e trascrivendo le prese in carico in altri file che non erano quelli, non era quello dove dovevano inserire il dato. Quindi ci siamo fatti estrapolare questi soggetti non presi in carico, ho fatto una riunione, ho chiesto a tutti, e spero che qualcuno l'abbia registrata, che ognuno andasse a vedere i soggetti non presi in carico e li classificasse nella maniera corretta. Noi li abbiamo estrapolati, suddivisi per ULSS e quelli che non erano presi in carico c'era manualmente scritto "asintomatico". Ognuno di quella scritta asintomatica doveva essere a mano, confermata dall'azienda come asintomatico oppure come sintomatico, quindi il fatto del sintomatico non era a favore della R(t), era a sfavore dell'R(t). Se avessimo voluto che tutti rimanessero come asintomatici non li avremmo suddivisi alle ULSS perché ne mutassero e ne scrivessero in maniera corretta quello che era il loro stato.

Quindi il nostro obiettivo era quello di presentare, è sempre stato, ma insomma anche l'Istituto può essere audito, quello di fornire all'Istituto Superiore di Sanità dei dati che corrispondessero al vero. Quindi i dati che noi abbiamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

estrapolato abbiamo poi di questi, ma ci sono tutti i report, vi possiamo mandare anche tutti i report dell'Istituto Superiore di Sanità, messi lì perché venissero confermati come asintomatici oppure come sintomatici modificandone quello stato. Ciò significa che dovevano intercettare quelle persone, e molte aziende hanno lavorato anche il sabato e la domenica per fare questo lavoro a sostegno di questa cosa che era un momento in cui in tutte le Regioni avevano difficoltà nel mantenere il contact tracing nella presa in carico, abbiamo fatto un decreto dove abbiamo costituito un gruppo di sostegno alle aziende, ve l'ho anche mandato, e c'era praticamente il Direttore di Dipartimento, il dottor Cinquetti, il Direttore di SISP, il dottor Selle, poi un ingegnere informatico, il dottor Menon, e un dirigente che lavora presso la mia Direzione. Questi sono andati materialmente nelle aziende che avevano in quel momento più difficoltà e hanno verificato, e ci sono i verbali, a Padova, a Verona e successivamente a Treviso, dove hanno trovato tutto a posto, e poi invece a Vicenza sono andati a supportarli, colleghi dell'informatica di Azienda Zero, come, qual erano le difficoltà e abbiamo visto che molti registravano su un file Excel e non caricavano in tempo reale, per cui questo ci portava a quel, come si può dire, dislivellamento fra quello che risultava a noi come presa in carico che invece era effettivamente fatto dalle aziende. Questo ci ha portato a ripristinare… tra l'altro di questa operazione abbiamo informato l'Istituto Superiore di Sanità, abbiamo riportato i casi al 60% della presa in carico e abbiamo costruito un cruscotto informativo che ci permette di valutare in tempo reale quella che è la performance delle aziende sanitarie su questo punto.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Abbiamo anche mandato, con il gruppo operativo dei Dipartimenti coordinato dal dottor Cinquetti, una procedura di presa in carico semplificata, che mi pare di avervi allegato, ma se non ve l'ho mandata, ve la mando, proprio perché nelle condizioni di super presenza di soggetti positivi, è previsto anche dai documenti nazionali la semplificazione del concact tracing, il che non significa lasciare le persone non prese in carico, ma significa cercare di prendere in carico il maggior numero di persone e di classificarli nella maniera corretta.
Spero di essere stata chiara su questo.
Poi non ricordo altri elementi.

Presidente
C'era la collega Camani che voleva precisare un aspetto.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Le ripongo le questioni che sono rimaste in sospeso, in sintesi, tanto ci siamo già capite.
La prima era: rispetto alla sua affermazione, quali sono i provvedimenti regionali che, a suo giudizio, hanno piegato la curva prima delle chiusure nazionali.
Il tema dell'app Immuni o comunque della app Covid-free: che fine ha fatto e a cosa avrebbe dovuto servire, eccetera?
Il tema delle indicatori, cioè se questi famosi 21 indicatori sono stati condivisi dalle Regioni con la Regione del Veneto e con lei in particolare, perché questo ha dichiarato durante l'audizione, cioè dichiara di essere costantemente in coordinamento e in collegamento con le organizzazioni nazionali che si occupano di monitoraggio e anche ora ci ha rappresentato un dialogo costante con l'Istituto Superiore di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sanità, eccetera. Quindi volevo capire, rispetto alla questione degli indicatori, come li giudica, se li ha ritenuti idonei e adatti nella prima fase, se li ha ritenuti idonei e adatti nella seconda fase, quali sono le modifiche che sono state apportate negli indicatori e mi riferisco, ad esempio, alla questione del numero dei tamponi effettuati, se ha contribuito a costruire queste modifiche. Quindi diciamo una questione generale sugli indicatori.
Queste tre mi parevano le questioni che rimangono aperte.
Mi pare di aver capito che sulla questione delle misure aggiuntive rispetto a quelle previste dalla zona gialla manderà dei documenti a parte, quindi non glielo chiedo più.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Grazie per avermi ricordato le cose.
Allora, su questi provvedimenti che poi avevo presentato in quella slide, naturalmente vi mandiamo i provvedimenti, invece, per quanto riguarda gli indicatori, i 21 indicatori sono stati decisi a livello centrale e, nel corso di due riunioni, sono stati presentate a tutte le Regioni, quindi non alla Regione Veneto, in un incontro dove c'erano presenti sia i direttori generali di area di tutte le regioni, sia i responsabili direttori della prevenzione.
Questi indicatori, che sono tuttora in vigore, sono nati allora come degli indicatori che dovevano servire per il monitoraggio delle Regioni stesse, cioè utili a monitorare in ogni Regione il livello di rischio. Successivamente, con i documenti che sono venuti dopo, questi indicatori, sono stati, invece, legati a quella che è stata l'attribuzione della fascia di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

rischio. Ma su questo noi, come Regioni, non abbiamo niente da dire perché sono decisioni che ha preso il Ministero.

Su questi indicatori noi non abbiamo fatto nessuna modifica, anche perché sono in un decreto ministeriale e può essere modificato con un'altra legge o con un DPCM o con un'ordinanza, insomma con provvedimenti di livello nazionale, a cui le Regioni non si possono sottrarre. Quindi l'adempimento ai 21 indicatori è sempre stato presente in quello che ha fatto e ha mandato avanti la Regione.

Per quanto riguarda i tamponi, per noi era importante che venissero conteggiati anche quelli antigenici: non eravamo l'unica Regione, allora il coordinamento della Commissione Salute era della Regione Piemonte, che ha scritto al Ministero, quindi è stata la Commissione Salute che ha scritto al Ministero chiedendo che venissero conteggiati anche i tamponi antigenici rapidi oltre ai tamponi molecolari perché tutta l'attività di testing era utile a intercettare i soggetti positivi, soprattutto quando l'incidenza è molto alta. Allora i 21 indicatori successivamente sono stati messi in discussione, sono tuttora in discussione, non è stato emanato un altro provvedimento. Il Ministero e l'Istituto, dopo l'interlocuzione col gruppo di cui ho detto prima, di cui noi siamo una delle Regioni individuate, hanno avuto un colloquio, un confronto rispetto a quelli che risultavano più importanti per tutte le Regioni e anche per il Ministero, ma questo provvedimento di semplificazione non può essere altro che un provvedimento di livello diciamo nazionale. Quindi noi non abbiamo in quello nessun tipo di, come si può dire, potere legislativo, solo quello di confronto e di apporto a quello che può essere poi il livello di monitoraggio.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Per quanto riguarda l'app Immuni, l'ho detto prima, noi abbiamo fatto, non è che non volevamo attivarlo, infatti sin dall'inizio, ma qui anche i sistemi informativi possono parlare, abbiamo fatto sviluppare tutto quello che era necessario per adempiere a quanto previsto dall'app Immuni. L'abbiamo avviata solo nel momento in cui si sono verificate due condizioni principali. Uno, abbiamo, e c'è anche la nota che abbiamo mandato al Ministero, risolto o perlomeno condiviso quali potevano essere le misure a seguito di una segnalazione, non mi ripeto, rispetto alle condizioni dette prima, e due, quando abbiamo visto che la nostra app, che aveva le stesse caratteristiche ma che non era stata condivisa diciamo con il Garante come l'app Immuni, aveva necessità di una legge e questo ci ha portato a un allungamento dei tempi. A quel punto, poiché era tutto pronto, abbiamo dato il via anche ad app Immuni. Ripeto, app Immuni non ha portato, per lo meno fino a oggi o che mi risulti, ma non voglio essere assolutista in questo, alcun vantaggio per quanto riguarda diciamo il contact tracing perché pochissime sono state le segnalazioni che sono arrivate dalle ULSS perché individuati attraverso l'app Immuni.
Questo era quello che avevo detto.

Presidente
Grazie. Collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Dottoressa Russo, le faccio una domanda in più e poi le richiedo una domanda che prima era saltata nell'intervento,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anche chiedendo di precisare, prima di intervenire, appunto il suo ruolo e anche da quando lo ha avuto sia a livello regionale che a livello nazionale.

Allora la domanda ritorna sulla circolare che lei ha citato prima del dottor Mantoan inviata al dottor Crisanti, per chiederle appunto, gliela leggo nel contenuto e le chiedo un parere, nel senso che è una circolare dell'11 febbraio, come lei sa, che è appunto il giorno della revisione di quella procedura regionale del nuovo Coronavirus di cui le parlavo prima, e questa nota a firma del direttore Mantoan dice: "Si è appreso dagli organi di stampa che codesta Azienda sta valutando di estendere i controlli microbiologici ai soggetti asintomatici provenienti dalla Cina. Si chiede di conoscere sulla base di quali indicazioni ministeriali o internazionali si sia ipotizzata tale scelta pubblica o se il suddetto percorso rientri all'interno di un progetto di ricerca approvata dal Comitato etico. Evidenziando che in una situazione come l'attuale scenario correlato all'infezione il coordinamento centrale di ogni azione è l'elemento imprescindibile per la corretta risposta all'emergenza si precisa che eventuali proposte in ambito assistenziale devono essere condivise con la Direzione, oltre a ricordare" - e questo è il punto dove le chiedo – "che ogni spesa associata alle prestazioni in argomento su soggetti asintomatici appunto non rientrano tra le prestazioni coperte dal fondo del Sistema Sanitario Nazionale. Si chiede quindi di valutare se il carico di lavoro derivante dalla proposta in argomento possa impattare sulla gestione organizzativa e la tempistica".

Allora la domanda che le facevo prima era relativamente a questo, cioè se prima della delibera dell'11 febbraio 2020,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quindi prima della definizione di caso circolata, era possibile fare tamponi anche a chi non rientrava in quella casistica.

La seconda domanda era se, alla luce di quello che è successo, era conoscenza di questa circolare, che non ha la sua firma, quindi volevo capire se ne era a conoscenza e se è una circolare che condivideva e che oggi rifarebbe allo stesso modo rispetto al tracciamento dei pazienti che rientravano all'epoca dalla Cina.

Capisco benissimo che all'epoca le circolari ministeriali erano diverse, però è anche vero che abbiamo scoperto poi che il tracciamento degli asintomatici era molto importante e le chiedo se, anche altre Regioni, hanno adottato questa stessa definizione di caso e procedura e, se sì, quali, che era la domanda che le facevo anche prima e a cui non ho avuto risposta.

Le chiedo anche, visto che le chiedevo anche il suo ruolo a livello nazionale, se è vero che la Regione Veneto aveva o ha ancora il compito proprio di un coordinamento del Piano pandemico tra le Regioni, perché prima citava qualcosa, ma mi è sfuggito, quindi volevo capire anche il suo ruolo, rispetto al livello nazionale, anche per questo.

Una domanda che aggiungo, rispetto a quanto affermava prima, riguarda l'isolamento dei pazienti rientranti dalla Cina, cioè se fosse solo dei bambini, se non capisco male, e volevo chiederle se ci dà il dato di quante persone erano in autoisolamento, visto che prima diceva che tanti, erano stati in autoisolamento, quindi ho bisogno di capire il dato e come è avvenuto, appunto, il fatto che si diceva loro di stare in autoisolamento, visto che, guardando questa procedura

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

regionale dell'11 febbraio, non vedo questa procedura. Quindi le chiedo come e da chi sia stata definita.
L'ultima domanda che le volevo fare era rispetto, invece, a questo: visto che nelle slide precedenti citava anche come dato le terapie intensive, io volevo chiederle - poi, se non è lei che può rispondere, la farò anche ad altre persone che audiremo - quanti posti in terapia intensiva c'erano quando lei ha fatto la ricognizione che citava prima, quindi prima dell'inizio della pandemia, quante ne abbiamo aumentati successivamente. quanti erano effettivamente disponibili cioè che, una volta entrato il paziente, si poteva mettere in ventilazione in terapia intensiva e quanti posti sono stati comunicati al Ministero, quindi diciamo tutta la procedura rispetto anche a questo indicatore. Grazie.

Presidente
Collega Venturini.

Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia Per il Veneto)
Grazie, Presidente.
Prima di tutto volevo ringraziare la dottoressa Russo perché è una delle persone che sta sostenendo e che ha sostenuto in questi mesi di più il peso della gestione di questa pandemia e di professione non fa la veggente, applica dei modelli predittivi e dei protocolli, in una situazione che è inedita e molto difficile da gestire, quindi un ringraziamento per l'attività e le competenze che pone in campo per affrontare la difficoltà della situazione.
Io volevo fare una domanda in merito al Piano pandemico

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nazionale, perché è sorta una polemica infuocata, appunto, sul Piano pandemico nazionale, perché risale al 2006 e non è mai stato aggiornato. Allora mi domandavo che tipo di rapporto c'è tra il Piano pandemico nazionale e i Piani pandemici regionali e se questo ha influito sulla gestione dei nostri piani a livello regionale.

Presidente
Vada pure, Dottoressa, grazie.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Rispondo alla domanda su chi sono e cosa faccio: sono direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria dal 2016; prima ero in Regione dal 2008, quindi dal mese di marzo 2008 fino a giugno del 2016, sono state responsabile della sanità pubblica regionale; dal 2016, quindi dal luglio del 2016 ad oggi Direttore della Direzione Prevenzione.
Nel 2010 la Regione Veneto ha avuto il coordinamento della Commissione Salute e io ho avuto il coordinamento delle regioni in ambito di Sanità pubblica. Quando il mio ruolo è cambiato nel 2016, come Direttore della Prevenzione gli Assessori delle Regioni hanno dato e hanno chiesto che io continuassi a fare questo coordinamento della prevenzione delle Regioni.
Per quanto riguarda la nota del dottor Mantoan, è una nota e non è una circolare che risponde in maniera gentile ad un lancio di stampa, non la commento perché è talmente chiara nella sua esposizione, e posso mandare, se non ce l'avete, la risposta perché non compete a me visto che la lettera non era

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

inviata a me, la risposta mandata dal professor Crisanti e dal Direttore Generale dell'Azienda ospedaliera di quel momento.
Il Ministero della Salute non prevedeva tamponi per quanto riguarda screening a soggetti asintomatici, non mi risulta che ci fossero altre Regioni, ma naturalmente non ho io questa indicazione, può averla il Ministero o l'Istituto, non mi risulta nell'ambito delle mie interrelazioni, nei miei rapporti con i colleghi, miei pari di altre Regioni che ci siano state.
Per quanto riguarda l'indicazione di isolamento per i soggetti rientranti dalla Cina non era previsto nessun flusso che registrasse questo tipo di isolamento in quanto era una indicazione ministeriale che abbiamo condiviso con le aziende e che è stata applicata principalmente per i bambini. Nel nostro territorio in aggiunta la comunità cinese di propria iniziativa comunicava alle aziende che i lavoratori, quindi i genitori di questi bambini erano disponibili a mettersi in quarantena. Non era un'indicazione a cui adempiere a nessun livello, quindi lo hanno fatto, chi l'ha fatto, volontariamente. Non c'era, non era previsto né un tampone a inizio quarantena né un tampone a fine quarantena, anche perché non era un contatto di caso, erano soggetti che rientravano senza sintomi e per cui veniva predisposta una quarantena, predisposta, data indicazione che venisse fatta, quindi questo era il discorso.
Per quanto riguarda invece il piano pandemico non ho io il coordinamento nazionale del piano, faccio parte di un gruppo di lavoro. Il Ministero ha chiesto alla Commissione Salute di avere dei referenti regionali per tutta una serie di gruppi di lavoro che sono necessari al monitoraggio del Piano pandemico

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

2021 e 2023. Ci saranno 5, 6 gruppi, uno del monitoraggio, uno della parte finanziaria, uno della valutazione dei virus circolanti, altri per quanto riguarda le scorte, quindi tutta una serie di gruppi tematici dove ogni Regione propone i propri rappresentanti e quindi tutte le Regioni più o meno sono rappresentate in base, diciamo, a chi vogliono candidare all'interno di questi gruppi. Il coordinamento è del Ministero della Salute.

Il collegamento fra il Piano pandemico nazionale 2007 e la polemica che è sorta credo di aver capito che sia legata al fatto che a livello centrale non sia stato più rinnovato il Piano, come si può dire, ripreso, il Piano pandemico del 2007 e aggiornato. Ricordo che il Piano pandemico era un Piano pandemico per le eventuali pandemie di natura influenzale, quindi da virus influenzali perché una pandemia da Coronavirus non si era mai verificata fino ad ora. Quindi il Piano pandemico per virus influenzali sarebbe stato probabilmente utile, ma questa è una considerazione che faccio a livello personale, da un punto di vista metodologico, organizzativo, che poi è quello che noi abbiamo portato avanti nel nostro provvedimento di Giunta del 2012 che è proprio la costituzione di un'organizzazione regionale che, per competenze e per formazione, desse a questa Regione e ai propri dirigenti e collaboratori, la possibilità di avere un metodo per fronteggiare l'emergenza.

Per quanto riguarda la domanda relativa alle terapie intensive e ai posti ospedalieri, non è di mia competenza, quindi i colleghi che seguiranno nelle vostre audizioni sicuramente saranno in grado di rispondere in maniera completa e appropriata.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente
Grazie, Dottoressa. Passo la parola al consigliere Piccinini.

Tomas PICCININI (Lista Veneta Autonomia)
Grazie, Presidente.
Dottoressa Russo, volevo chiedere se esiste uno studio di riferimento a livello scientifico internazionale in merito ai test rapidi.

Presidente
Vada pure, Dottoressa.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Allora, per quanto i test antigenici, ci sono diversi studi e diverse posizioni portate avanti dalle associazioni nazionali ed internazionali, così come per tutti quelli che sono i test diagnostici. La diagnostica, dal momento in cui la malattia purtroppo si è diffusa nel mondo, ha cominciato ad essere sempre più specifica e sempre più sensibile, anche i test molecolari, che comunque adesso abbiamo anche, per esempio, i salivari, cioè si aggiungono per quanto riguarda la tipologia dei test, sia per quanto riguarda gli antigenici, perché i test antigenici vengono utilizzati anche per altre patologie. I test antigenici hanno il vantaggio di essere dei test che, in maniera, come dice il termine stesso, più veloce, consentono di individuare un eventuale soggetto positivo e quindi di provvedere in maniera prioritaria a quello che è l'isolamento del soggetto che risulta positivo e poi anche alla quarantena

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dei contratti.
Quindi assolutamente sì e naturalmente di questo si occupano i microbiologi.

Presidente
Grazie. Consiglieri Zecchinato, Scatto e Bigon.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Grazie. Innanzitutto ringrazio anch'io la dottoressa Russo per la precisione perché mi rendo conto che, come detto, le domande sono tante e anche con riferimenti precisi, quindi le faccio i complimenti perché si ricorda tutto.
Le faccio due domande, di cui una è un approfondimento più che altro, sulla decisione che è stata presa durante il periodo invernale in merito alla zona gialla plus, che è un argomento spesso di discussione, e questo rispetto a quelle che erano le direttive nazionali, cioè se ci sia stata un'interlocuzione con l'Istituto Superiore di Sanità e anche cosa è stato risposto e cosa ha portato appunto alla costituzione di questa zona.
La seconda, invece – e cambio argomento – è legata alle scuole: risulta che adesso, in particolare in Veneto, ci sono le scuole sentinella e vorrei capire nelle altre Regioni come è stato l'approccio e se qualcun altro ha mutuato anche l'approccio veneto. Grazie.

Presidente
Consigliera Scatto.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Grazie, Presidente. Buonasera, dottoressa Russo.
Allora, all'inizio della sua relazione, lei parlava di accertata minore sensibilità nella seconda ondata e di mancato rispetto delle regole da parte dei cittadini. Volevo chiederle quali conseguenze sono ipotizzabili o sono state valutate in seguito a questa situazione.
Poi l'altra domanda che le volevo fare è sul fatto che il virus è praticamente circolato nello stesso periodo, negli stessi giorni sia a Codogno che a Vo'; tra l'altro, in Veneto noi avevamo già il Carnevale in corso, tuttavia tutti abbiamo notato che il virus non ha avuto lo stesso sviluppo nell'uno e nell'altro paese delle due Regioni. Volevo chiederle se c'è una spiegazione. Grazie.

Presidente
Farei rispondere alla Dottoressa e poi passiamo la parola alla collega Bigon.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Grazie. Intanto per quanto riguarda i provvedimenti che la Regione ha intrapreso questi li abbiamo, e lo facciamo sempre, condivisi con il Ministero della Salute principalmente e poi anche con l'Istituto Superiore di Sanità.
Per quanto riguarda le scuole sentinella, proprio come definizione di scuole sentinella noi, mi risulta, siamo l'unica Regione. Un lavoro quasi simile a questo delle scuole sentinella è stato fatto dalla Toscana che ha previsto anche qui di andare a tamponare un tot numero di soggetti nelle varie

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

scuole. Ci aveva anche girato il loro provvedimento, però con una dinamica un po' diversa. Loro hanno anche un progetto CCM, quindi finanziato dal Ministero, a cui tra l'altro l'Università partecipa per alcune parti, quindi questi sono i modelli più simili a quelli del Piemonte… quelli esclusi della Toscana e il nostro. Poi non ho notizie, ma proprio qualche settimana fa il dottor Brusaferro ha chiesto a quasi tutte le Regioni di presentare quelli che erano i progetti, i programmi, insomma le iniziative che avevano messo in piedi per cercare di intercettare eventuali positività all'interno delle scuole e so che l'Istituto sta facendo questo tipo di recensione delle esperienze perché dalle esperienze poi si può trarre dai risultati ottenuti quelle che sono le procedure fattibili e sostenibili da proporre alle Regioni, ma è un lavoro che sta facendo l'Istituto superiore di Sanità.

Per quanto riguarda l'atteggiamento della popolazione, diciamo che mi riferivo al fatto che alcune aziende ci hanno segnalato che volontariamente alcuni soggetti che sono stati messi in quarantena, non i casi che venivano messi in isolamento, quanto quelli che venivano chiamati e venivano segnalati per la quarantena non sempre avevano una compliance diciamo favorevole al fatto di mantenere la quarantena stessa. Quindi si è verificato in alcuni casi che questi soggetti non erano stati trovati a casa e quindi segnalati al Sindaco per gli eventuali controlli.

Quello che è io riferivo era proprio questo stato di sofferenza che naturalmente la pandemia ha riversato su tutti noi e ciascuno per il proprio compito e per il proprio livello. È chiaro che le restrizioni non sono sempre facilmente aderenti a quella che è soprattutto una restrizione della libertà.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Quindi la comunicazione è stata rivolta al fatto che per favorire invece l'adesione alla quarantena e alle misure che venivano prescritte, perché stare in quarantena risulta fondamentale, anche se con tampone negativo, perché la malattia può comunque svilupparsi e la positività nei giorni successivi. Quindi solo alla fine della quarantena, che si chiude con tampone negativo, si può essere certi di non essere ulteriormente diffusori della malattia. In questi casi dove le malattie sono molto contagiose il rispetto dell'isolamento e della quarantena è fondamentale. Mi riferisco a questo.
Per quanto riguarda i collegamenti tra Codogno e Vo' non ho idea. È una cosa che non, per lo meno, non si è riusciti a determinare e di cui sinceramente penso che spetti al Ministero condurre indagini e valutazioni più appropriate.

Presidente
Grazie, Dottoressa.
Passo la parola alla consigliera Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, dottoressa Russo, per essere qua a risponde alle nostre domande. D'altronde noi dobbiamo effettivamente capire quello che è successo perché quanto da lei detto sembra una fotografia di una realtà leggermente diversa da quella che in effetti noi abbiamo vissuto, perché? Perché tante persone si sono messe in contatto con noi, abbiamo anche una rappresentanza istituzionale, oltre che personale, dei paesi, dei territori, per cui conosciamo sia da un punto di vista magari a volte anche medico, ma anche del cittadino le difficoltà che hanno trovato e soprattutto per quanto riguarda il tracciamento,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'impossibilità o, quantomeno, il non essere stati contattati dalle USCA per giorni, per periodi interi, nonostante la positività.

Quindi anche la sua narrazione relativamente al periodo che sia lei che la dottoressa Ricci fate coincidere con la metà di dicembre, anche questo non torna, perché effettivamente, se è vero, ed è vero, che la Regione Veneto in concomitanza anche o vicino alla zona istituita diversa dal giallo, da parte del Ministero, ha adottato delle misure, purtroppo noi le consideriamo non sufficienti e anche tardive.

Guardi, io le leggo soltanto degli stralci, magari di alcuni verbali della cabina di regia: l'11 dicembre cinque Regioni sono classificate a rischio alto e c'è il Veneto; il 23 dicembre la Regione Veneto ha un RT puntuale compatibile di tipo 2 e si colloca, per la terza settimana consecutiva, a rischio alto; l'8 gennaio 2021 la cabina di regia prende visione di una comunicazione della Regione, che presenta le misure adottate superiori a 400 casi su 100.000 abitanti: "Si evidenzia che le attuali misure non hanno avuto l'impatto desiderato nel ridurre a sufficienza l'incidenza. Si raccomanda, in coerenza con quanto riportato nelle settimane scorse, l'adozione in modo tempestivo di misure di mitigazione successive più restrittive".

Tra l'altro, anche il numero dei decessi che lei colloca, da quello che ho capito ma poi magari, non avendo le schede che lei ha presentato a portata di mano, probabilmente magari non ho visto o non ho sentito correttamente, però noi abbiamo dei dati, che sono quelli dell'Istituto Superiore di Sanità, che raccontano e narrano un Veneto completamente diverso e quindi credo che lei mi possa confermare che abbiamo avuto, nel

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

periodo marzo-maggio 2020, 1.950 decessi, con una percentuale del 5,7%, da giugno a settembre 11,9%, ottobre-marzo 2021 8.282 con una percentuale dell'11,8%.

Per decessi, nei vari periodi della pandemia, quindi, come le dicevo, da marzo a maggio il Veneto si colloca al quarto posto con metà dei decessi del Piemonte e terzo nella classifica; nel periodo successivo, giugno-settembre, il Veneto è sempre al terzo posto; nel terzo periodo, ottobre-marzo 2021, il Veneto si colloca al secondo posto.

Tra l'altro, il 10% - dicono sempre quei dati - dei decessi è avvenuto in Veneto, quindi effettivamente c'è stato qualcosa che noi dobbiamo assolutamente capire ed ecco perché chiediamo a lei questi chiarimenti e soprattutto io cercherò di fare delle domande molto semplici, in modo tale da avere risposte dirette, che sicuramente lei sarà in grado di dire.

Allora, tamponi di prima, seconda e terza generazione e poi magari parliamo della quarta generazione: a chi sono stati fatti e in quali periodi? Altrimenti ci dirà magari a chi possiamo fare queste domande. Chiedo se sono stati utilizzati, quando e come quelli di quarta generazione.

Sul Piano di sanità pubblica, di cui si diceva, lei ha detto che veniva modificato anche in base alle diverse situazioni delle varie tipologie delle zone all'interno del Veneto e allora io chiedo se le USL, indipendentemente da questi fatti, hanno adottato in modo paritario e uguale il Piano di sanità pubblica e chi controllava.

Poi, per quanto riguarda sempre i test, se questi sono stati forniti alle RSA pubbliche convenzionate e credo che abbiamo tutti riscontro, e se sono stati forniti anche quelle non accreditate, quindi strutture completamente private.

Parlavamo prima delle app, app Immuni, l'app in Veneto, se ha contezza delle somme spese per l'attivazione o per la volontà di attivare queste app e casomai magari ci invia eventualmente i dati se non è a conoscenza o se magari non ricorda e se è stata attivata la piattaforma NCD 4 BIOS che dal sito risultava essere aperta, dove si mettevano tutti i dati in modo tale che Prefetto, Questura, medici di base avessero quantomeno contezza dei dati di quello che sta facendo in Veneto.
Un'altra domanda che le farei è quante USCA, noi abbiamo dei dati, però, ecco, anche in relazione al numero dei medici impiegati sono state attivate in Veneto e soprattutto quanti accessi hanno avuto, non contatti perché i contatti telefonici magari credo che sia più difficile, ma comunque può essere anche questo, ma accessi presso il domicilio perché oltre alla richiesta di conoscere, attraverso dei documenti che ci invierà, i dati e numero dei decessi avvenuti interno di terapia intensiva, chiederei un'integrazione e quindi avere anche il numero dei decessi sempre da Covid a domicilio e nelle RSA, in modo tale da distinguere.
Per quanto riguarda i medici di base, il coinvolgimento di questi e l'eventuale erogazione e consegna dei tamponi in modo tale che anche loro siano stati coinvolti correttamente all'inizio e quando sono state coinvolti per il tracciamento e poi ovviamente se ci invia la documentazione che abbiamo richiesto, grazie.

Presidente
Sì, consigliere Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Non ho nessuna domanda, solo però per correttezza, siccome è più di qualche volta che sento che non abbiamo documentazione, ieri io alle 18.03 ho ricevuto da parte della Commissione la documentazione, anche quella che è stata illustrata prima a video, insomma, quindi credo che ci sia e tutti l'avevamo a disposizione.

Presidente
Grazie. Adesso passerei la parola alla dottoressa Russo, che ringrazio, siamo qui alla fine da più di due ore. Le chiedo solo una cosa in modo da chiudere. Prima lei parlava dalle segnalazioni avute dalle ULSS di soggetti in quarantena… - poi c'è la collega Camani - soggetti in quarantena che in qualche modo non hanno e non sono stati in quarantena, quindi sono stati poi segnalati chiaramente al Sindaco. Se c'è un report, eventualmente poi chiaramente alcune cose anche che andremo magari a chiedere ai diversi Direttori generali delle ULSS, come al dottor Flor, parlo anche della gestione delle singole ULSS dei contatti e della capacità massima rispetto anche chiaramente al contagio, grazie.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Grazie a voi, anche per la pazienza di ascoltare le mie risposte che non sempre magari sono complete forse, non lo so. Ci sono nell'ultimo intervento alcune cose che vanno fuori da quella che è la mia possibilità di rispondere perché, come diceva appunto la Consigliera, sarà il dottor Flor e i colleghi che si sono occupati del territorio a fornire maggiori

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

informazioni per quanto riguarda le USCA, i medici di medicina generale, gli accessi fatti da loro perché non sono dati che monitoriamo noi.

Per quanto riguarda le persone che sono state poco aderenti a quelle che erano le prescrizioni credo che questo sia un dato che hanno le ULSS. Noi possiamo anche provare a fare una stima, magari interloquendo con loro, per capire dove naturalmente questo fenomeno si è manifestato in maniera più evidente rispetto a quanto ci è stato riferito, quindi per avere, effettivamente può essere utile, una stima che ci può aiutare a capire anche le motivazioni di questa mancata adesione, anche se si possono comprendere.

Poi per quanto riguarda la mortalità. Forse sono stata fraintesa all'inizio della mia presentazione. Intanto il documento sul case fatality rate, che ho presentato, è un documento dell'Istituto Superiore di Sanità, che vi ho fornito: è un documento che classifica la mortalità sulla base della diretta correlazione fra soggetti che sono morti perché contagiati e confronta praticamente tutte le Regioni. Io non credo di aver detto che la situazione della mortalità in Veneto sia stata una situazione ottimale, perché anche un decesso rappresenta una grave problema, ho soltanto detto che la forza del virus - lo ripeto perché non sono stata chiara evidentemente – che si è manifestata in Regione Veneto, si è manifestata in tutte le Regioni.

Infatti potete vedere – il documento ce l'avete – che la seconda ondata, per i dati che sono stati mandati da tutte le Regioni all'Istituto Superiore di Sanità e vi ricordo che all'Istituto Superiore di Sanità sono le ULSS che mandano direttamente le schede di morte, non passano attraverso la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Direzione Prevenzione, elaborando i dati, hanno visto che è la seconda ondata ha portato ad una mortalità presente in tutte le Regioni in maniera più evidente rispetto alla prima, perché l'incidenza è stata molto alta.

Nella classificazione delle Regioni sia per letalità che per eccesso di mortalità ci sono i grafici che meglio descrivono quello che io sto dicendo, quindi nessun tentativo – e mi scuso se magari è passato questo messaggio – di sottostimare quello che è stato l'impatto in termini di soggetti sintomatici, di disagio dei soggetti in quarantena e purtroppo anche dei morti che il virus ha determinato. Il mio lavoro e quello dei colleghi che hanno cercato di lottare, come ognuno nel proprio ambito, nei confronti della pandemia, è stato sempre un lavoro che ha cercato di mantenere unita una visione, che era quella di combattere il virus a tutti i costi e di condividere le nostre strategie col Ministero e con l'Istituto, che sono gli organismi centrali da cui partono le circolari.

Per quanto riguarda i nostri provvedimenti aggiuntivi, come diceva la Consigliera, per quanto riguarda la cabina di regia, ci ha classificati così come risulta dai documenti nazionali, quindi ci ha classificati in giallo perché avevamo quei parametri per la classificazione in giallo. Ci ha chiesto di aggiungere eventuali altre strategie e noi l'abbiamo fatto.

C'è una nota, che voi avete tra la documentazione, che scrive al Ministero ed all'Istituto dicendo che, sulla base della classificazione fornita, noi abbiamo aggiunto altri elementi e se questi erano sufficienti o se dobbiamo aggiungere altro. Questa è stata la posizione della Regione, assolutamente aperta a qualsiasi tipo di prescrizione che venisse da una valutazione esterna (cabina di regia, Istituto, Ministero) a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tutti quelli che sono gli organismi nazionali deputati a questo tipo di classificazione.
Quindi, da questo punto di vista abbiamo tutta la documentazione e su altri elementi magari riguardanti le scuole, la diffusione delle circolari e tutto quello che sono riuscita a segnare, magari mi interfaccio con il Presidente della Commissione per fornire eventuale materiale aggiuntivo, che possa essere utile a condividere questa problematica, questa tragedia che ha interessato tutto il mondo e che, nello specifico, guardiamo a casa nostra, nella nostra regione.

Presidente
Ci sono altri tre interventi: la collega Camani, la vicepresidente Cecchetto e il segretario Brescacin.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Molto rapidamente perché ha ragione la dottoressa Russo, che ringrazio per la pazienza e per il tempo che ci dedica, e mi associo a chi le ha attestato stima rispetto all'impegno in prima linea, che ha messo nella lotta contro il Covid, come ciascuno di noi, ovviamente compatibilmente con i livelli di responsabilità diversi che abbiamo e siamo anche sicuri che ha condiviso tutti i passaggi con le autorità e le Istituzioni competenti, ma non l'ha mai fatto con noi, quindi siamo costretti a farlo oggi purtroppo con i buoi già ampiamente scappati dal recinto.
Quindi, con questa volontà di capire, tre cose: lei adesso ha sostenuto che la forza del virus si è manifestata sia in termini di contagiosità, che di letalità, in Veneto, così come nelle altre Regioni. Questa affermazione è parzialmente in

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

contraddizione con quello che la dottoressa Ricci ci ha spiegato stamattina rispetto ad un'analisi delle mutazioni del virus in cui invece ci ha rappresentato una situazione in base alla quale in Veneto e in altre Regioni sembrerebbero essersi diffuse varianti con un maggior livello di contagiosità e di letalità.

Ma torno su tre cose che le avevo chiesto, e in tutte le domande che le vengono fatte probabilmente sono scappate, su cui le chiedo una, ovviamente per l'ultima volta, dopodiché nel caso prendo atto, quali sono i provvedimenti regionali che a suo giudizio hanno piegato la curva prima delle chiusure nazionali.

Guardi, non gliela faccio tre volte a caso questa domanda perché è la domanda che dovremmo porci. Ora siccome io non riesco a capire quali siano questi provvedimenti, se lei ha fatto per ben due volte un'affermazione del genere, se mi aiuta a capire magari ci dà qualche elemento in più.

Seconda questione secondo me fondamentale, di cui ha parlato la consigliera Bigon, che è altra questione strategica, il contact tracing in questa Regione da settembre, ottobre 2020 fino alla fine della seconda ondata non ha funzionato, ma non ha funzionato non perché la singola ULSS non lo ha messo in campo, perché le USCA in quel singolo territorio non sono stati attivate. A nostro giudizio non ha funzionato perché non c'erano le risorse umane, tecniche e non c'era neanche, a nostro giudizio, dottoressa, la volontà di investire in quella direzione. Dunque possiamo avere, senza voler farle perdere troppo tempo, i documenti, i report che ci dimostrano eventualmente che questa nostra posizione, opinione è sbagliata? Cioè esistono dei documenti, dei report sulla base

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dei quali lei ci può dire che invece il contact tracing ha funzionato? Quante persone sono state contattate e in che tempi, da chi, in che ULSS e con che tempistica? Perché altrimenti è la mia affermazione contro la sua, questo è il punto che noi dobbiamo, secondo me, a provare con questa Commissione a superare.

Il contact tracing vuol dire che io risulto positivo, lo comunico all'ULSS, al medico di medicina generale, all'USCA, ci deve essere un protocollo e ci deve essere anche un riscontro rispetto al meccanismo. A chi lo devo comunicare? Una volta che io l'ho comunicato qualcuno mi deve contattare, lo diceva la consigliera Bigon. Mi deve chiedere come sto, se sto bene o se ho i sintomi, deve inserirmi dentro il database, fare quindi la presa in carico che servirà poi nella determinazione dell'R(t), deve verificare che io stia effettivamente a casa. Questo glielo dico perché nella prima ondata questa cosa avveniva. La facevano i Sindaci, la facevano le USL e questa cosa avveniva. Glielo dico proprio per confrontarci rispetto alla teoria, al concetto di teoria e pratica. Nella seconda ondata questa cosa non avveniva, non avveniva per i pazienti normali, non mi chiedevano più chi erano i contatti diretti che aveva avuto nelle ultime ore, non c'era il tracciamento dei possibili sintomatici, dei possibili contagiati e non avveniva neanche dentro le scuole perché i bambini con casi di sintomatici o positivi in classe non erano contattati da nessuno, tant'è che voi siete stati costretti a cambiare i protocolli perché le famiglie non riuscivano più a rimandare a casa i propri figli perché dovevano aspettare la telefonata dell'USL che li certificasse, la telefonata non arrivava e lo dico perché magari avete vissuto in un mondo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

diverso da quello che abbiamo sperimentato noi nei mesi del contagio.

Quindi secondo noi da settembre il contact tracing non ha funzionato, produciamo i documenti che invece dimostrano che siamo stati sfortunati noi, abbiamo incrociato esempi che non hanno funzionato.

Terza questione, glielo chiedo anche qua, se può, senza far perdere tempo alla Commissione, fornirmi i documenti. Vorrei capire da quando a quando il sistema informatico, poi spero ci sarà anche l'audizione dei sistemi informatici regionali sul punto, da quando a quando il sistema informatico regionale ha avuto quella difficoltà tecnica del prendere in carico i pazienti, lei dice da ottobre a novembre, voglio sapere da che giorno a che giorno. Voglio sapere quanti pazienti positivi non sono stati presi in carico in quel periodo e voglio sapere se dopo che, come ci ha fornito il documento, lei ha trovato la soluzione spiegando alle singole ULSS come dovevano fare, se poi c'è stato un esito rispetto alla procedura di riparo che lei ha proposto e adottato.

Le ultime due domande sono velocissime, perché sono tornate anche nell'audizione della dottoressa Ricci e ci servono un po' per farci un quadro: non mi ricordo chi prima le ha chiesto se esistono degli studi sui test antigenici che lei conosce, sull'efficacia dei test antigenici, e io le chiedo se lei è a conoscenza e ha mai visto, al netto dello studio del professor Crisanti, sui cui limiti abbiamo già discusso lungamente, se esistono altri studi regionali, cioè effettuati da altri uffici, istituti, enti regionali, rispetto all'efficacia dei test rapidi.

La seconda domanda velocissima è se lei, per la funzione che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ha avuto nella gestione della pandemia, ha avuto la disponibilità dei dati del sequenziamento dei tamponi di Vo' e, se sì, quando rispetto al momento in cui sono stati forniti - non so se per funzione vi potessero essere forniti – e se si ricorda più o meno quando. Lo dico perché è un elemento emerso nella discussione con la dottoressa Ricci che ci potrebbe aiutare a ricomporre il quadro.

Presidente

Grazie. Adesso passerei la parola al segretario Brescacin, alla vicepresidente Cecchetto e alla consigliera Bigon per le ultime domande e poi magari credo che nelle sedute successive sarà possibile audire anche il SISP, proprio per approfondire le tematiche che sono emerse oggi in termini di tracciamento e di contatto, di contatti anche all'interno, ripeto, delle singole ULSS, in modo da avere anche un dato generale e un dato scomposto.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Io non intervengo per fare domande, Dottoressa, ma per dire che ho ascoltato tutti gli interventi che si sono susseguiti in questo pomeriggio e devo dire che alcuni passaggi mi fanno riflettere, per esempio quelli in cui si dice, soprattutto da rappresentanti della minoranza, che siamo qui per capire che cosa non ha funzionato. Io credo che siamo qua per capire anche bene che cosa ha funzionato e non è poco, è molto e penso che questa Commissione ha questo compito: cercare di dare una cornice a tutto ciò che è stato fatto in un anno e mezzo e oltre e quindi dare la corretta dimensione a tutti i vari momenti, i vari step che si sono avvicendati.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Peraltro, essendo anche Presidente della Quinta Commissione, mi sento di dire in modo risoluto – e spero che questo venga compreso da tutti – che, da quando è iniziato questo mandato, nel momento in cui abbiamo richiesto, sia come maggioranza sia come minoranza, la presenza dell'Assessore e delle Direzioni in Commissione, abbiamo sempre avuto le audizioni richieste quindi è stata data a tutti la possibilità di conoscere e di capire, ma mi stupisco anche di alcuni passaggi che sono stati fatti nell'ultimo intervento, quando ancora al 4 maggio ultimo scorso, quindi non tantissimo tempo fa, ci è stato spiegato tra le varie cose quanto personale è stato assunto durante la pandemia, oltre 5.000 persone tra operatori, medici e quant'altro, proprio per la gestione di questo tipo di emergenza. Avremo anche modo di approfondirlo nei passaggi successivi, se sarà ritenuto opportuno.

Sono d'accordo col consigliere Zecchinato: ieri sera abbiamo ricevuto i dati e anche il documento dell'Istituto Superiore di Sanità a cui la Dottoressa faceva riferimento, che magari è un po' corposo nelle pagine, però il nostro compito è anche di prendere i documenti e approfondirli.

Poi abbiamo detto che dobbiamo basarci sui documenti. Certo, molto bene, su quelli che abbiamo e su quelli che chiederemo che sicuramente coloro che verranno auditi non mancheranno di farci pervenire, ma se proprio il nostro lavoro deve basarsi sui documenti, perché questo è un altro intervento che ho sentito in quest'Aula, allora io credo che i documenti non hanno emozioni, non hanno sentimenti, né di gioia né di acredine, che sono forse dei sentimenti che io in questi interventi ho potuto intravedere e sentire in qualcuno che mi ha preceduto, soprattutto di acredine.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Penso che i dirigenti che sono stati oggi qui in Commissione sono comunque dirigenti di alto spessore, che svolgono il loro ruolo e tutti noi conosciamo il principio di immedesimazione organica che mi ricorda la dottoressa qui alle mie spalle, ovvero il fatto che la loro presenza oggi, così come in tutto il lavoro che è stato fatto in un anno e mezzo e oltre avviene in rappresentanza dell'istituzione per la quale lavorano e quindi non intervengono a titolo personale, come in qualche modo mi pareva di interpretare in qualche parola che abbiamo sentito prima, e se vengono individuati anche nei tavoli nazionali penso che sia soltanto una cosa, una certificazione di qualità della loro capacità professionale e della loro competenza perché di certo non si vanno a scegliere i peggiori.

Presidente
Vicepresidente Cecchetto.

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Mi sforzo di non essere polemica, però voglio dire quando dopo due ore e passa a cui si sottopone una professionista, una dottoressa che ha sempre dato disponibilità a tutte le occasioni, voglio dire, si parla di buoi scappati dal recinto, portate pazienza, però veramente è difficile non capire… non capire, non riuscire a spiegare il perché in questa Commissione siamo partiti con l'intento di dire lo facciamo per approfondire, stiamo scivolando in insinuazioni, in confusione, perché stiamo parlando di tracciamenti, c'è chi fa domande sulla terapia intensiva, c'è chi fa domande sul contact tracing, cioè sembra che lo si faccia apposta per mettere in difficoltà la persona che è audita per cui non ha, anche se

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

le avesse le risposte non è giusto che le dia, quindi si sta praticamente riducendo questa opportunità che ci siamo dati nuovamente in questa Commissione per approfondire delle cose, buttando di per sé sul tavolo diversi argomenti più che altro per cercare un colpevole, cercare delle accuse, cercare le mancanze e poi accusare con dei buoi scappati dal recinto che non so, non ho un'azienda agricola, quindi non so di cosa parliamo, ma credo che non sia neanche il caso della Consigliera che ha parlato prima di me.
Dicevo con la Presidente prima, che per le prossime vorrei che ci fosse un modo diverso di approccio ai professionisti e alle persone che accettano di venire a parlare in questa Commissione perché se dobbiamo approfondire che approfondimento sia. Se abbiamo delle domande, non ci sono i documenti, possiamo tranquillamente rimandare. Abbiamo tempo, si riconvoca, si rifà, però non mi piace questa continua insinuazione di mancanza di informazioni, di mancanza di buona fede della gente che ha lavorato perché comunque si parla di gente che ha lavorato, ha dovuto improvvisare e se oggi si parla di Regioni a rischio giallo non è il Veneto, per cui dopo tutti questi mesi siamo ancora un esempio per tutto il resto dell'Italia e forse anche per tutto il resto del mondo.

Presidente
Consigliera Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Intanto mi permetto di dire che credo che fare delle domande più che legittime ad una dottoressa che è stata responsabile della Sanità pubblica per anni dal 2008 al 2016,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

mi sembra, e dal 2016 in poi, appunto, ha l'incarico di prevenzione, io credo che le domande che abbiamo fatto relativamente alla seconda parte della pandemia siano più che doverose anche nella risposta e corrette. Poi tra l'altro sappiamo perfettamente che oltre all'esperienza sicuramente la dottoressa è in possesso dei documenti che ci farà avere perché, insomma, da una parte c'è il dovere e dall'altra c'è un diritto e io credo che nessuno ha travalicato questo limite, per cui non ho capito l'intervento francamente.

Al di là di questo, io dottoressa prima ho fatto delle domande ed ho chiesto appunto qualche chiarimento. Do per scontato, perché magari adesso, siccome che anch'io ne ho fatte parecchie, magari… ecco, una cosa mi interessava, forse mi è sfuggita, però il numero, la percentuale degli asintomatici in Veneto. Noi sapevamo che in Italia la media era il 60%. Abbiamo avuto, come diceva la collega Camani, dichiarazione da parte della Presidente dove si parlava del 95-96% e non ho capito effettivamente, con la fine del periodo così grave della pandemia (parliamo di aprile-maggio di quest'anno) se avete fatto uno studio e capito effettivamente qual è stata la percentuale in Veneto degli asintomatici.

Dopodiché, avevo chiesto anche il numero del personale impiegato per i tamponi e da dove è stato prelevato questo personale, le USCA, quanti mezzi avevamo e questi magari saranno anche oggetto di documentazione che ci potrà inviare, però, ecco, io credo che magari, se è in grado di risponderci, può farlo. Soprattutto chiedo a chi è stato fatto il tampone rapido: sappiamo perfettamente che il tampone rapido è stato utilizzato nel Veneto e in tante altre Regioni, importanti sono le modalità dell'utilizzo e chiedo a lei, responsabile

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dell'Ufficio Prevenzione, che indicazione è stata data. Grazie.
Allora, per l'utilizzo dei tamponi rapidi, ovviamente io credo che la Regione Veneto, dalla documentazione che in parte credo sia in mio possesso, abbiamo visto che è stato fatto magari anche personale sanitario, eccetera. Quindi, questo voglio chiedere: come è stato utilizzato il tampone rapido nel Veneto, le indicazioni date e come sono state svolte dalle varie USL, se ne è a conoscenza, e se ci sono stati dei controlli e delle direttive. Grazie.

Presidente
Dottoressa Russo, le chiedo cortesemente di rispondere per quanto di sua competenza e la ringrazio.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Allora, grazie.
Per quanto riguarda il discorso sintomatici e asintomatici, vi mandiamo una tabella perché per ogni settimana di monitoraggio e per ogni periodo c'è una percentuale di sintomatici e asintomatici: vi mandiamo quella dei documenti ufficiali, che risulta praticamente da quelli che sono i nostri dati; quindi su quello vi mandiamo questa tabella dove ci sono le informazioni richieste, in modo tale da dissipare tutti i strumenti possibili dati.
Per quanto riguarda le USCA e il personale, sarà il dottor Flor o chi per lui a rispondere, non è competenza mia.
Per quanto riguarda l'utilizzo dei tamponi, come ho detto prima, per ogni fase, per ogni scenario epidemiologico,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

abbiamo adottato le strategie necessarie; tra l'altro, la disponibilità di test diagnostici messi sul mercato e impiegati vengono valutati in primis dai microbiologici, perché è competenza loro e sono loro che poi, in accordo con gli enti istituzionali, praticamente ne determinano l'utilizzo.

Abbiamo un documento che vi facciamo avere – mi scuso se non l'ho fatto pervenire, ma adesso ve lo mando – in cui il Ministero della Salute, insieme allo Spallanzani e insieme a tutti gli organismi centrali, nazionali e internazionali e condiviso con le Regioni, dà indicazione sull'utilizzo dei tamponi, sia per quanto riguarda quelli molecolari, sia per quanto riguarda quelli antigenici.

Assieme a questo, vi mandiamo anche le circolari emanate a partire da gennaio dal Ministero e, se ritenete, anche gli adempimenti che questa Regione ha fatto a seguito di indicazioni da parte del Ministero.

Io penso che, come si diceva prima, i documenti siano sicuramente più esplicativi di quello che può essere qualsiasi presentazione e quindi noi ve li mandiamo e io mi rendo disponibile a spiegare quello che eventualmente fosse necessario.

Presidente

La ringrazio e eventualmente, proprio per quello abbiamo sentito, credo possa esserci bisogno, insieme ad altri professionisti, di un confronto proprio sull'aspetto dei tamponi in modo separato, anche per comprendere magari insieme penso al Direttore generale per alcuni aspetti e ai Direttori generali e ai Direttori di Microbiologia per altri quelle che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sono state le scelte da un punto di vista organizzativo e anche da un punto di vista poi di conseguenze rispetto alla diffusione del virus e di conseguenze rispetto al sequenziamento che man mano è stato portato avanti.
Quindi nel ringraziarla le chiedo chiaramente se può inviare i documenti che abbiamo richiesto. Se c'è qualche dubbio rimango chiaramente a disposizione e la richiameremo su altri punti in modo più preciso su quelli che sono gli aspetti legati proprio ai tamponi, ma anche all'organizzazione stessa.
Grazie, dottoressa, grazie al dottore della presenza e delle risposte pervenute, alla prossima e buon lavoro.
Auguro buon lavoro chiaramente a tutta la Commissione.
Quando è chiuso il collegamento passiamo la parola anche alla collega Camani. Vi faremo sapere, faremo un Ufficio di Presidenza, quelli che saranno i prossimi incontri, anche legati a quello che è il calendario delle audizioni di altre Commissioni e legati al Consiglio, dopo quello che è la Capogruppo di domani che sarà anche un momento di confronto con i Presidenti delle altre Commissioni.
Vi ringrazio. Passo la parola alla collega Camani che probabilmente voleva un approfondimento e salutiamo la dottoressa Russo e anche chi ci sta chiaramente ascoltando e ha avuto modo di sentire quello che è stato detto e chiesto oggi. Grazie, Dottoressa.

Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria)
Grazie.

La Seduta termina alle ore 17.25

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 4 del 3 agosto 2021

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Audizione sul sistema di tracciamento inteso come una delle azioni di sanità pubblica finalizzate alla prevenzione e il contenimento della diffusione del virus Covid 19 attraverso l'individuazione dei contatti di una persona risultata positiva a Covid-19 (mappatura luoghi e persone - tamponi), ai sensi dell'art. 54 del Regolamento con:
   - Direttore Generale di Azienda Zero, Dott. Roberto Toniolo;
   - Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, Ing. Luca Giobelli;
   - Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia, già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, Ing. Lorenzo Gubian

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 4 del 3 agosto 2021

PRESENTI

Erika BALDIN (Movimento 5 Stelle)

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Fabrizio BORON (Zaia Presidente)

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)

Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)

Luciano SANDONA’ (Zaia Presidente)

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)

Enoch SORANZO (Fratelli d’Italia - Giorgia Meloni)

Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

ALTRI PRESENTI

(in modalità presenza)

Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile Segreteria della commissione speciale d’inchiesta)

Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)

Dott. Luca SCHIAVON (Servizio Affari giuridici e legislativi)

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 4 del 3 agosto 2021

ALTRI PRESENTI

(in modalità telematica)

Manuela LANZARIN (Assessore regionale alla Sanità, Programmazione socio sanitaria e Servizi sociali)

Arturo LORENZONI (Gruppo Misto)

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)

Ing. Luca GIOBELLI (Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero)

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))

Presiede

Francesca ZOTTIS

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 4 del 3 agosto 2021

Sommario

Presidente..... 1
Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero). 3
Presidente..... 4
Ing. Luca GIOBELLI (Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero)..... 5
Presidente..... 5
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 6
Presidente..... 6
Presidente..... 7
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 8
Presidente..... 9
Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero). 9
Presidente..... 17
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 17
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 18
Presidente..... 18
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 18
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 18
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 19
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 21
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 21
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 21
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 21
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 21
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 22
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 22
Presidente..... 22
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 22

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 4 del 3 agosto 2021

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero)..... 23
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 23
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 23
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 23
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 23
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 24
Presidente..... 24
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 24
Presidente..... 29
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 29
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 30
Ing. Luca GIOBELLI (Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero)..... 33
Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero) 34
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 36
Presidente..... 37
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 37
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 37
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 37
Presidente..... 38
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 38
Presidente..... 39
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 39
Presidente..... 42
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 42
Presidente..... 44
Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero) 44
Presidente..... 44
Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero) 44
Ing. Luca GIOBELLI (Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero)..... 45

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 4 del 3 agosto 2021

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 45
Presidente..... 46
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 47
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 47
Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero) 48
Presidente..... 49
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 49
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 49
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 51
Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero) 51
Presidente..... 52
Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)..... 52
Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero) 52
Presidente..... 53
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 53
Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero) 54
Presidente..... 57
Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)..... 57
Presidente..... 59
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 59
Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero) 61
Presidente..... 61
Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero) 61
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 62
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 62
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 63
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 65
Presidente..... 65
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 65
Presidente..... 66

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 4 del 3 agosto 2021

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 66
Presidente..... 67
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 67
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 68
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 68
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 69
Presidente..... 71
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 71
Presidente..... 71
Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))..... 72
Ing. Luca GIOBELLI (Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero)..... 72
Presidente..... 74

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 4 del 3 agosto 2021

La Seduta inizia alle ore 10.52

Presidente

Buongiorno a tutti. Grazie.

Grazie anche a chi, insomma, è oggi qui in audizione.

2)	Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

Grazie all'Assessore che vedo collegata, poi, andiamo intanto all'approvazione del verbale della seduta precedente. Se non ci sono interventi, favorevoli? Contrari? Astenuti?

No, non vota perché non è componente.

Okay, quindi il verbale è stato approvato all'unanimità.

3)	**Audizione**, ai sensi dell'art. 54 del Regolamento con: - Direttore Generale di Azienda Zero. Dott. Roberto Toniolo; - Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero. Ing. Luca Giobelli; - Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia, già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero. Ing. Lorenzo Gubian.

Adesso, ritornerei a salutare anche insomma chi ci sta ascoltando. Non so se l'Assessore che è collegata voleva intervenire? No, ecco, bene. Partiamo con le audizioni di oggi, salutando il Dottor Toniolo, il dottor Giobelli e il dottor Gubian che torno a ringraziare.

Inizio un attimo con alcune domande, poi lascio la parola agli auditi e poi ai colleghi Consiglieri, chi vuole intervenire, chiaramente è libero di intervenire con le domande che intende porre.

Una prima domanda che rivolgiamo insomma a tutti e tre, nel senso che, avendo competenze diverse ma avendo seguito anche in momenti diversi il tracciamento per quanto riguarda chiaramente il ruolo dell'informatizzazione, poi lasciamo intervenire chi magari riesce a rispondere con maggiore puntualità e ha competenza in merito ricordando che il dottor Gubian è stato il Direttore responsabile nella prima parte e una parte della seconda per quanto riguarda le ondate Covid, poi è subentrato il dottor Giobelli.

La prima domanda che volevo porvi era capire un attimo qual è stato il ruolo anche della… chiedo un attimo di silenzio a voi.

Qual è stato il ruolo per quanto riguarda l'informatizzazione nel sistema di tracciamento e come l'Area informatizzazione si è poi collegata, relazionata in termini anche di flussi funzionali e informativi con leve diverse ULSS e con chi chiaramente ha seguito poi nelle diverse ULSS e nei laboratori il tracciamento del Covid.

L'altra domanda era: quelle che sono state le criticità nel caricamento dati, soprattutto quando c'è stato quel buco informatico che ci ha portato a non avere il sistema in allineamento rispetto ai dati reali. E l'altra era: quali sono state le criticità per quanto riguarda la Covid App Zero, che in teoria doveva partire e che poi, insomma, non abbiamo poi visto o avuto più notizia da un certo momento in poi. Quali siano state le motivazioni per cui non c'è stato poi un indirizzo, quali erano le potenzialità iniziali sulle quali si

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

voleva puntare.

Io per ora mi fermo qui, passo la parola agli auditi e poi, come ho già detto, interverranno i commissari.

Grazie.

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)

Buongiorno, Roberto Toniolo.

Io credo che sia opportuno suddividere sostanzialmente la nostra partecipazione in due ambiti: io faccio alcune considerazioni di tipo organizzativo generale, soprattutto sulla prima domanda; dopo mi riservo di fare un ulteriore intervento per quanto riguarda, sempre dal punto di vista in questo caso giuridico più che tecnico, giuridico-tecnico dal punto di vista della procedura per la possibilità di attivare l'App così come tutti anche gli altri sistemi informatici e informativi dal punto di vista di sistemi informatici utilizzati da Enti pubblici e che, per poterli utilizzare, raccogliere e trattare i dati devono sottostare, così come per tutta l'attività di un Ente pubblico, a dei principi giuridici molto chiari che ne danno la legittimità.

Dopodiché invece l'ingegner Gubian e l'ingegner Giobelli ovviamente interverranno o per criterio cronologico o per conoscenze più o meno approfondite nell'ambito del rispondere ai temi più esclusivamente di natura tecnica.

Azienda Zero, dal punto di vista informatico, di fatto è il responsabile del trattamento dei dati raccolti o dalla Regione o da tutte le aziende e, in quanto responsabile, predispone e utilizza tutti i sistemi informatici per arrivare a preparare o flussi informativi o report come quelli che vedete voi, che avete visto o che consultate per la biosorveglianza.

Azienda Zero è anche titolare, ma in minima parte, dei dati

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che vengono rilevati e raccolti nei registri tumori.
Mentre la Regione, in senso ampio, in senso lato, è titolare dei dati così come sono titolari dei dati le altre aziende sanitarie.
Nello svolgere il compito di responsabile del trattamento e quindi di trattare i dati, Azienda Zero si relaziona e ha rapporti costanti con ARSENAL, che è il consorzio delle aziende sanitarie che dal punto di vista tecnico è di supporto ad Azienda Zero e a tutte le aziende nel fare le analisi, fondamentalmente, dei bisogni informativi e di creare e individuare le specifiche tecniche dei software che via via vengono predisposti, nel caso in cui non sia in grado o per scelta anche tecnica di specializzazione, ripeto, non sia in grado Azienda Zero di far fronte a queste esigenze di analisi e sviluppo software, ovviamente non direttamente, ma tramite fornitori terzi, proprio per far fronte alle esigenze di reportistica, di trattamento dei dati e di utilizzo delle informazioni per gli scopi di programmazione e/o di ancora.
Io mi fermerei qua, intanto eventualmente dopo, se ci sono ulteriori domande e vi lascerei la parola all'ingegner Gubian e a Giobelli per entrare, magari nello specifico della questione biosorveglianza che mi pare sia l'altro punto.
Non so se sia sufficiente questa prima risposta.

Presidente
Va bene intanto. Passiamo la parola pure agli altri. Va benissimo. Grazie, dottore. Se vuole intervenire il dottor Giobelli?

Ing. Luca GIOBELLI (Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero)

Okay. Io sono arrivato ai primi di marzo e già conoscevo la messa a disposizione nel periodo precedente di un sistema, che chiamiamo sistema di biosorveglianza, che si è prefissato di raccogliere tutta una serie di dati relativi alla pandemia per metterli in relazione e poterli analizzare in maniera puntuale per capire dove ci stati dei problemi: è stato lo strumento che ha aiutato a identificare i primi cluster, quindi raccoglieva i dati inizialmente dei tamponi dei pazienti nelle RSA, dei dipendenti. Quindi relazionava tutto e consentiva, tra le altre cose, di andare a identificare, a dare al Governo, insomma, i dati necessari per tenere sotto controllo l'andamento della pandemia.

Questo l'ha sempre fatto, è un sistema che è stato messo in piedi in urgenza, magari dopo l'ingegner Gubian può raccontare meglio la storia. L'ha sempre fatto in maniera ottimale, insomma.

Quindi, dal punto di vista tecnico, è stato messo in piedi in tempi molto brevi ed è sempre riuscito a dare le risposte necessarie e richieste con delle variazioni di volta in volta che arrivavano dall'Area.

Questo è un po' il sistema centrale su cui si basa la raccolta dei dati, insomma.

Poi non so se ci sono delle domande specifiche.

Presidente

Casomai passiamo intanto al dottor Gubian che aveva seguito la prima parte, insomma, la prima e anche la seconda ondata, in qualche modo, Covid e se può magari chiarirci meglio, ecco, la questione legata proprio al buco informatico che c'era stato

e alla questione anche dell'App, per quanto riguarda l'App Covid Zero, che era novembre quando insomma sembravano superati in qualche modo i problemi legati soprattutto alla parte di privacy, invece, poi non ne abbiamo più visto che in qualche modo la nascita.
Quindi non so chi dei due, però, se possiamo chiarire questi due aspetti, vi ringrazio.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Quando parla di buco informativo, vorrei sapere a che periodo si riferisce esattamente. In realtà, giusto per spiegare un attimo come funziona, anche se è stato già descritto.
Gli attori coinvolti nella raccolta delle informazioni che si svolge presso le aziende sanitarie, che sono titolari del trattamento, come è stato anche anticipato dal dottor Toniolo in precedenza quando ha riportato i (inc.) della privacy, sono sostanzialmente i Dipartimenti e prevenzioni che sono titolari dei processi di contact tracing in particolare, gli ospedali, perché ovviamente i pazienti finivano in ospedali e seguirli fare trekking ai pazienti con il loro stato clinico servivano dei dati che…

Presidente
Mi scusi un secondo, siccome abbiamo qualche problema con la diretta, vi chiedo un attimo di attendere. È partita? No.
Vi chiedo un attimo, mi scuso, di attendere perché da un punto di vista proprio gestionale abbiamo bisogno di adempiere a questo aspetto.
Quindi mi scuso, vi chiedo un attimo cinque minuti in modo da

ripartire e poi riprendiamo da dove abbiamo interrotto.
Grazie.

La seduta è sospesa alle ore 11.04
La seduta riprende alle ore 11.10

Presidente
Buongiorno a tutti. Mi scuso perché c'è stato, parlo per chi si sta connettendo adesso, un problema informatico che non aveva fatto partire la diretta. Eravamo in collegamento col dottor Gubian per quanto riguarda l'aspetto informatizzazione e tracciamento e avevo chiesto se poteva farci un chiarimento su quello che era successo anche, preciso, visto che ci aveva chiesto, quello che era successo soprattutto ad ottobre, che c'erano dati disallineati tra quello che era il Ministero soprattutto gli asintomatici, nel senso che noi avevamo un dato che era sul 98%, mentre il Ministero ci dava un dato circa del 75% e lì la dottoressa Russo ci ha detto che c'erano stati dei problemi di caricamento tra il mese di ottobre e il mese di dicembre. Quindi era rivolto un po' a quel periodo la domanda.
Poi anche su quello che erano stati i problemi legati invece alla App Covid Zero e in qualche modo perché poi non è partita, insomma, ci si è collegato alla questione di Immuni oppure ci sono altre motivazioni per cui non siamo riusciti a dare avvio a quell'App e quali potenzialità invece poteva avere proprio in merito al tracciamento. Quindi se riusciamo a fare il punto su queste informazioni.
Grazie e ringrazio anche chi si è collegato adesso, scusandomi per la criticità che c'è stata.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))

Tra ottobre e dicembre io ricordo tutto sommato fino alle 19 di ottobre, adesso vado un po' a memoria, in particolare su quel periodo e credo che fosse nel pieno della seconda ondata, che il problema fosse nell'effettuare il contact-tracing, nel rilevare quello che viene chiamato stato clinico. Per capirci, c'è: asintomatico, pauci-sintomatico, lieve, medio-grave e poi va a salire.

Il problema è che quello è un dato che non è automatico. Non c'è nessun modo di raccoglierlo automaticamente perché deriva proprio dall'indagine epidemiologica che viene svolta dai Dipartimenti di Prevenzione o dal personale ospedaliero qualora il paziente sia stato ricoverato.

Nei momenti di picco, in quasi tutti i momenti di picco, si sono rilevati, ovviamente, dei ritardi di imputazione di quei dati sostanzialmente. A maggior ragione credo che nella seconda ondata, che era stata abbastanza, se non ricordo male, però, su questo era stata abbastanza impegnativa dal punto di vista del contact-tracing, non credo ci sia stato nessun problema strettamente legato all'informatica. Credo ci sia stato un forte problema di raccogliere in poco tempo tutte quelle informazioni legate ai pazienti che sostanzialmente si ammalavano.

Adesso non ricordo nello specifico se magari la domanda può essere più dettagliata, ma credo che il problema principale fosse questo. Nella seconda ondata è un problema che ci ha portato come Azienda Zero anche a sollecitare diverse volte alle aziende il caricamento dei dati; c'è stato di solito in tutti i momenti peggiori, cioè nei momenti in cui c'erano molti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nuovi pazienti al giorno e i Dipartimenti di Prevenzione degli ospedali erano impegnati, ovviamente nel censimento e cura di questi pazienti, raccolta di informazioni di questi pazienti e in quella fase è stato molto impegnativo, nel senso che abbiamo registrato i ritardi nell'impostazione delle informazioni più importanti che però erano giustificati da un enorme carico di lavoro da parte degli operatori.
Poi se su questo avete altre domande più specifiche.
Per la parte Covid Veneto io, ripeto, avevo seguito fino a che ci sono stato tutta la questione, anche abbastanza articolata, sulla privacy, ovviamente io al 19 di ottobre, quando sono andato via, non c'era ancora il via libera per adottarla, non so poi cosa è successo, casomai chiedo al dottor Toniolo di integrare.
So che comunque i problemi che c'erano stati l'avevano anche notevolmente cambiata rispetto all'idea originale in cui doveva raccogliere anche una serie di informazioni in più che poi via via, fatta la DPIA e avendo valutato tutti i rischi privacy era stabili, erano state anche tolti, però qui chiedo, anche per completezza, che intervenga anche il dottor Toniolo che su questo forse ha il polso di quello che è successo dopo.

Presidente
Intanto la ringrazio.
Se il dottor Toniolo vuole integrare poi passo la parola ai Commissari.

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)
Io volevo fare, prima di passare a prendere in esame tutti gli avvenimenti relativi all'App Covid Zero che, vedrete, sono abbastanza significativi, volevo solo fare un'integrazione a

quello che ha detto l'ingegner Gubian; io non c'ero ovviamente in Azienda Zero nel periodo della seconda ondata (ottobre – dicembre), però la vedevo dall'altra parte dell'ospedale e quando sono arrivato qua sono andato a vedermi un po' dal punto di vista, ovviamente, non tecnico perché non sono all'altezza di entrare in quelle tematiche, ma dal punto di vista dei risultati ne avevo anche in parte già fatto comunicazione nell'audizione del 04 maggio, per vedere cosa ha portato come raccolta di dati e come numeri disponibili nell'ambito dei programmi e dei piani di sanità pubblica adottati nel 2020 via via e solo con riferimento a quei mesi, parlo da settembre a dicembre 2020, sono stati rilevati e utilizzati i dati: a settembre erano 360.000 abbondanti tamponi molecolari, 60.000 antigenici, son diventati 460.000 a ottobre di tamponi molecolari, sono diventati 275.000 i tamponi antigenici, 460 a novembre, 720 gli antigenici, 519.000 i molecolari a dicembre, 981000, invece, gli antigenici, 415.000 a gennaio i molecolari, 674.000 gli antigenici e via via.

I casi positivi rilevati, ovviamente tracciati e portati a sistema, erano 4900 a settembre, 34.700 a ottobre, 89.000 a novembre, 113.000 a dicembre e 47000 a gennaio.

Le quarantene e gli isolamenti gestiti tramite sistema erano 23.000 a settembre e 5.500 gli isolamenti; 49.000 quasi 50.000 le quarantene a ottobre; 34.000 gli isolamenti; 78.000 le quarantene a novembre; 94,000 gli isolamenti; 105.000 le quarantene e 115.000 gli isolamenti a dicembre; 50.000 le quarantene e 45000 gli isolamenti a dicembre.

I ricoveri rilevati e utilizzati dai medici da chi gestiva sia la cura e la prevenzione erano 481 i ricoveri registrati, ovviamente, per persone risultate positive a settembre; 2.100 a ottobre; 5.999 a novembre; 6.656 a dicembre e quasi 4.000 a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

gennaio.

Io ritengo, per la memoria che ho, ovviamente, non era in Azienda Zero di poter confermare quello che dice l'ingegner Gubian, relativamente non tanto a mancanza buchi di dati, quanto piuttosto visto la mole, visto l'andamento del fenomeno a qualche ritardo nel caricamento perché l'organizzazione non è dal punto di vista delle persone disponibili, almeno per l'esperienza avuta in ospedale, non è aumentata così come tale flessibilità come è aumentato il numero delle persone gestite, contattate e tracciate. Quindi probabilmente non credo sia un problema di buchi di dati, ma magari di ritardo di registrazione.

App Covid-19. l'App Covid-19, io ho cercato di ricostruire, quindi penso di aver capito e di poter riferire in modo corretto. Se c'è qualche domanda, posso fare degli approfondimenti e rispondere magari in un secondo momento. Per l'App Covid-19, per capire cos'è successo, va valutato l'aspetto tecnico e l'aspetto giuridico.

Torno a quello che avevo anticipato in apertura e cioè in quanto Ente pubblico sia la Regione sia Azienda Zero può trattare i dati nella misura in cui a un supporto giuridico, perché tutte le attività di un Ente pubblico possono esser fatte nella misura in cui una legge autorizza a fare, altrimenti io faccio un'attività che non mi è consentita, che non è prevista da nessuna norma e quindi non sono titolato a farlo.

I primi documenti normativi, in questo caso, delibere, che hanno prefigurato la costruzione dell'App sono, se non ricordo male, di giugno del 2020: la delibera 782 del 2020 e una successiva delibera di settembre 2020. La prima sostanzialmente prevede il sistema della biosorveglianza, se

non ricordo male; la seconda invece definisce le responsabilità, chi è titolare e chi deve trattare i dati, come li deve trattare, ma soprattutto i risultati, andando dal punto di vista sostanziale dell'utilità dei dati, quali dati vengono redatti, preparati, elaborati, posti su report, messi a disposizione del personale sanitario per farne un fine o di cura o di tutela della salute pubblica.

Già a maggio del 2020, quindi addirittura prima che uscissero i provvedimenti regionali, il Garante aveva posto un tema sulla titolarità e sui limiti nell'utilizzo e nella predisposizione, nel trattamento, nella raccolta, trattamento e predisposizione dei report informativi relativi a tutti i dati del sistema di biosorveglianza perché a quel tempo c'è stata una prima interlocuzione tra Regione e Garante sul sistema di biosorveglianza, nel senso che il garante ha chiesto se, vado in sintesi, perdonatemi, ma è anche una materia un po' complessa che ho affrontato in particolare in questi giorni e non sono un cultore di privacy, però cercate di capire come ha funzionato.

Sostanzialmente a maggio il Garante ha chiesto se le persone delle ULSS della Regione, di Azienda Zero, che entravano in contatto con quei dati erano persone che potevano farlo, perché, secondo la legge sulla privacy, le persone che possono trattare e utilizzare i dati sulla salute sono fondamentalmente il personale sanitario. Tutte le altre persone, Enti e organismi, non possono vedere direttamente i dati della singola persona, cosa che sta avvenendo tutt'oggi, vuoi sulla questione Green Pass, si può o non si può utilizzare il Green Pass per entrare in ospedale o nella casa di riposo? La persona che è in ospedale o in casa di riposo, nel senso infermiere o persona della situazione, ha titolo a chiedere il

Green Pass?

Ecco, più o meno lo stesso tema, in ambiti molto più ampi ha coinvolto la nascita del sistema di biosorveglianza e, successivamente, della App Covid-19.

La Regione ha incominciato un'interlocuzione che è durata da maggio a dicembre 2020 sulle precisazioni di come, dal punto di vista privacy, sono costruiti il sistema di biosorveglianza e l'App. Con il sistema di biosorveglianza la cosa si è conclusa più o meno a settembre 2020: si è conclusa con una proposta, ovviamente, in ambito collaborativo, non in ambito, per fortuna, in ambito collaborativo, altrimenti probabilmente la questione sarebbe ancora aperta, in ambito collaborativo con il Garante e a fronte di questa interlocuzione col Garante è stata approvata la legge 35, che è di novembre.

La legge 35, penso che voi l'abbiate chiara, di fatto è il titolo giuridico che consente la creazione del sistema di biosorveglianza che tecnicamente era già in piedi ed è rimasto in piedi ed è stato utilizzato perché con il Garante è stato fatto tutto questo percorso di valutazione più che di autorizzazione, perché su questo sistema di biosorveglianza, l'ha detto l'ingegner Gubian, la Regione, che è titolare, tramite Azienda Zero e Consorzio Arsenal ha fatto una valutazione dell'impatto del trattamento quella che con acronimo inglese è DPIA (Data Protection Impact Assessment).

Questo documento lo fa il titolare, ripeto, con l'aiuto del responsabile tecnico, ovviamente, essendo responsabile chi tratta i dati, la conoscenza dei rischi e dell'impatto sui diritti del cittadino nel senso di libertà e altri diritti che potrebbero essere lesi da un utilizzo improprio dei dati, lo fa con il tecnico che ha predisposto il software e che oltre aver predisposto il software fa il trattamento dei dati.

Bene, questa valutazione di impatto è stata fatta due volte: una prima volta per il sistema di biosorveglianza e la cosa si è risolta, adesso vi posso dire quando: la cosa si è risolta più o meno in corrispondenza subito prima dell'approvazione della legge, però lì è sorto un altro problema che è tuttora aperto e cioè: prevedendo la legge anche l'utilizzo dell'APP, l'App è considerata dalla norma europea o, se volete, dall'interpretazione italiana della norma europea, uno strumento talmente innovativo e talmente impattante che deve avere, dal punto di vista della valutazione dell'impatto sul trattamento, in termini di rischi per le libertà e i diritti dell'utente, cioè del cittadino, di una valutazione più approfondita, mentre nell'altro caso faccio la valutazione: chiusa la valutazione sono a posto, in questo caso devo fare la valutazione, ma la valutazione deve essere condivisa con il Garante.

È nato quindi questo secondo tavolo di confronto con il garante specifico sull'App e lì, a un certo punto, vista l'evoluzione anche della pandemia, perché non è credo proprio, anzi penso che si possa assolutamente dir così, l'App era nata come un sistema, fondamentalmente, magari l'ingegner Gubian che ne è stato il fautore delle prime analisi lo può confermare, era nata come un supporto per il medico di base e il cittadino, nel senso che il cittadino si accorgeva dei sintomi tipici da Covid-19 e tramite l'APP, visto che il lockdown era totale a quel tempo o comunque molto forte, molto più forte dell'ultimo periodo, del 2021, si metteva in collegamento con il suo medico di base, senza andare in ambulatorio, aveva tutte le informazioni, c'era lo scambio di informazioni su come gestire l'eventuale positività; era nata così, è diventata, vista l'evolversi della pandemia, vista anche la possibilità tecnica

di poterlo fare anche di un sistema di aiuto da parte regionale o da parte sanità in senso lato, perché è successo e sta succedendo la stessa cosa anche nei rapporti Governo-Garante per la tutela della salute pubblica nel senso che la raccolta di quei dati mi consentiva e mi consentirebbe o mi consente di gestire al meglio isolamenti, quarantene, asintomatici, però questo ovviamente tocca l'ambito delle libertà personali. L'App tentava di avere questa soluzione, ma avendo questa evoluzione il Garante ha chiesto un'ulteriore valutazione d'impatto.

Con la seconda valutazione d'impatto che è stata fatta ed essendo in quel periodo, così come anche per altre situazioni, anche molto più recenti, impostato un rapporto collaborativo con il Garante, la bozza di valutazione di impatto dei dati preparata da ARSENAL e Azienda Zero, in sintonia e assieme a Regione, è stata spedita al Garante alla fine di dicembre 2020, perché questi sono i tempi: maggio si parte, a settembre si chiude la questione privacy per quanto riguarda il sistema di biosorveglianza, c'è l'addendum della questione App, che il Garante ritiene particolarmente complicata e impattante dal punto di vista privacy sugli utenti.

Ci sono tra settembre e dicembre almeno 3 o 4 comunicazioni reciproche tra Regione - Regione intendo dire a Regione e Azienda Zero - e Garante. Si arriva a dicembre con una versione, ma nel frattempo, visto anche l'evolversi - questa è una mia opinione, ma credo che sia abbastanza condivisibile - visto anche l'evolversi dell'utilizzo dell'App Immuni lo scenario è cambiato. È cambiato anche perché - e credo che adesso i fatti siano in tal senso dimostrativi- l'App era comunque una App volontaria, non era una App obbligatoria: il cittadino, il Veneto o, per Immuni, l'italiano, non è obbligato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

a scaricarsi l'App, volontariamente si scarica l'App e quindi a dicembre, vuoi per l'andamento della pandemia… non potendo partire l'App, perché la valutazione di impatto chiesta dal Garante, essendo una valutazione obbligatoria, obbligatoria nel senso che ci vuole l'interlocuzione con il Garante: il punto 5 al comma 5 dell'articolo 1 della legge prevede proprio così, perché dice - ve lo leggo – "la Giunta regionale all'esito di una valutazione di impatto - e stiamo parlando di questo - costantemente aggiornata, effettuata ai sensi dell'articolo 35 del DPGR - del decreto sul trattamento dei dati - adotta misure tecniche e organizzative idonee a garantire un livello di sicurezza adeguato ai rischi elevati per i diritti e le libertà degli interessati, sentito il Garante".

Il periodo settembre-dicembre è stato il periodo necessario per impostare la DPIA secondo il sentito Garante. A dicembre è stato mandato questo schema di DPIA, ma nel frattempo, ovviamente ci si è anche resi conto che la possibilità di avere numeri dei dati, o quantità di dati, sufficienti, adeguati e significativi, visto che la stessa è volontaria, probabilmente non era più il caso e il percorso con il Garante non era concluso perché da lì probabilmente - e qua mi fermo - sarebbero potute iniziare ulteriori richieste di ulteriori precisazioni. Non essendo il percorso che poi Garante chiuso ed essendo ormai abbastanza chiari e riconosciuti gli esiti dell'App Immuni, il progetto dell'App Covid Zero è stato sostanzialmente accantonato.

Faccio presente che l'iter completo di approvazione definitiva e di validità definitiva, mi scuso se il termine validità forse non è corretto di fronte al Consiglio regionale, si è chiuso verso fine gennaio, mi pare metà gennaio, perché solo in quella

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

data il Governo ha ufficialmente deciso di non fare nessuna azione di impugnazione della legge regionale 35. Quindi, dal punto di vista App Covid Zero diciamo che tecnicamente l'App potrebbe funzionare. Normativamente bisogna chiudere il passaggio col Garante e affrontare tutte le tematiche. Esperienze di questi mesi, vuoi su come il Garante si è espresso in termini di sospensione dell'attività lavorativa e tutta la documentazione e iter necessario da seguire per arrivare a tale decisione, a tale conclusione, per quanto riguarda i dipendenti. Vuoi la posizione che ha preso il Garante sull'utilizzo del Green Pass, vuoi su altri aspetti che abbiamo visto, proprio recenti, credo che anche l'iter autorizzativo con il Garante si sarebbe forse concluso quando il tema e l'utilità dell'atto Covid 19 non era tale da prevederne l'utilizzo e la possibilità di venire scaricato dagli utenti.

Presidente
La ringrazio.
Adesso faccio intervenire i commissari. Aveva chiesto di intervenire la collega Ostanel, poi anche la collega Camani; poi i colleghi Zecchinato e Bigon. Dopo, gli altri.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente. Grazie anche alle persone che stiamo audendo, per la disponibilità.
Torno sul dato del periodo ottobre-prima settimana di novembre, che è la settimana in cui la dottoressa Russo, nella Commissione del 4 maggio, ma anche in quella precedente, aveva appunto parlato del ritardo di imputazione di dati di cui anche voi avete parlato oggi. Faccio una domanda precisa e chiedo a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

chi vuole rispondere anche, eventualmente, di avere più risposte, a seconda di chi vuole prendere la parola: le persone che non riuscivano ad essere prese in carico in quel periodo lì, che ho appena citato, come erano marcate nel sistema?

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Posso rispondere, se volete, tecnicamente?

Presidente
Grazie, Gubian.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Tecnicamente, i laboratori sono collegati. Adesso vi spiego: c'è un sistema di integrazione, che raccoglie sostanzialmente – chiedo a Luca se è rimasto così – ogni ora i dati dai laboratori. Io ero andato via il 19 ottobre, non credo che sia cambiato qualcosa. Adesso non ho capito bene il periodo; se non ho capito male, fino a ottobre-primi di novembre? O è prima?

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
La dottoressa Russo, da verbale delle scorse volte - quindi le dico quello che ho letto nei verbali delle scorse Commissioni - la dichiarazione è stata: dal mese di ottobre alla prima del settimana di novembre, ci sono stati dei pazienti che non sono stati presi in carico. Lei dice: li abbiamo marcati con la dizione "asintomatici". Io voglio sapere, perché non ho mai

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

visto il sistema, quindi non ho idea di come funzioni, se abbiamo avuto un mese e, credo, sette giorni di ritardo di imputazione dati, come le persone venivano imputate nel sistema e se riesce anche a spiegare, a questo punto faccio la seconda domanda: l'operatore davanti a sé si trova, immagino, un menu a tendina, con la possibilità di scegliere. Volevo sapere, allora, come erano marcati, come appunto sono stati marcati in questo periodo; come lo faceva l'operatore, praticamente, cioè chiamava? Li cercava? Faccio anche l'altra: siccome prima ho percepito che questo ritardo di imputazione dati è dovuto anche alla mancanza di personale, se confermate e il perché, cioè se ci dite il perché del ritardo di imputazione dati. Poi, fatte queste risposte, vado avanti e ne faccio altre due, perché preferisco fare domande a risposta, per essere chiari.
Grazie.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Le spiego come funziona tecnicamente il sistema: quando arriva un tampone positivo rilevato dal laboratorio, supponiamo il nuovo caso, perché poi il caso non è l'unico caso, ma supponiamo il nuovo caso, questo caso, se è ben ricondotto a punto di vista anagrafico, ha tutti i dati anagrafici in qualità, viene sottoposto all'operatore del Dipartimento di Prevenzione. Però, soprattutto quando i casi sono tanti, deve aprire la pratica, chiamiamola così, contattare l'individuo, fargli quella che è chiamata "indagine epidemiologica", che parte dalla raccolta dei sintomi; in particolare, quando ha finito la raccolta dei sintomi, è in grado di andare a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

determinare lo stato clinico perché, finché i sintomi non sono raccolti, non è possibile determinare lo stato clinico, quindi qui adesso cosa succede: che quando i casi sono tanti e arrivano dei tamponi, quindi non sfuggono, questa poteva essere una preoccupazione, perché il tampone fatto in laboratorio automaticamente apre il caso, però tutti i casi entrano nelle liste di lavoro degli operatori dei Dipartimenti di prevenzione che devono uno a uno, perché va contattato il caso, cioè la raccolta dei sintomi va fatta per forza di cose sentendo l'individuo interessato, vanno raccolti i sintomi, quando sono raccolti tutti i sintomi, presenti o non presenti, in quel momento è possibile determinare lo stato clinico.

Non so se questo risponde alla sua prima domanda su come avviene la raccolta.

Ovviamente, quando i casi sono tanti, gli operatori non è che nelle organizzazioni si possono creare dall'oggi al domani, perché vanno anche formati a fare l'indagine epidemiologica e ovviamente cosa è successo: che c'è un certo dimensionamento dell'organico, che non può essere fatto, purtroppo, lo dico, ma è una questione proprio di risorse, questa è una considerazione mia personale, ma credo che sia una regola valida in tutte le organizzazioni, non può essere dimensionato sul punto di picco, perché sennò ci sarebbe gente che poi nel momento in cui il fenomeno torna a scendere si gira i pollici, possono essere rinforzati muovendo le persone da un'unità organizzativa a un'altra ma,, ovviamente i margini non sono elevatissimi e possono star dietro al momento dico che non sono neanche così facilmente prevedibili.

La seconda domanda qual era mi scusi?

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Le persone che non riuscivate a prendere in carico dall'ottobre alla prima settimana di novembre, come erano imputate nel sistema?

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Imputate in che senso?

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Erano dichiarate asintomatici, sintomatici, non rilevati?
Come un operatore inseriva quelle persone che per un mese e sette giorni non si è riusciti a prendere in carico? Grazie.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Allora bisogna andare a vedere all'epoca in assenza di sintomi, non so adesso quali fossero le disposizioni, in assenza di rilevazione dei sintomi qual era il valore di default del campo, si dice tecnicamente. Il valore di default poteva essere o asintomatico finché non vengono indicati dei sintomi quindi forse è questo anche che ha portato poi la dottoressa Russo, come diceva, prima a dichiarare che erano marcati come asintomatici, se non ho capito male…

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Sì, è così.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))

Sì. Perché probabilmente, vado a memoria anch'io, perché ovviamente bisognerebbe andare a vedere all'epoca nel sistema l'assenza dei sintomi com'era, l'assenza della rilevazione dei sintomi che succede, soprattutto nel momento in cui c'è un tampone positivo, come veniva classificata dal software che raccoglie i sintomi.

Quindi qui probabilmente, in assenza di sintomi, non trovava indicato dei sintomi perché non ancora rilevati, in questo caso, veniva comunque, come valore di default, si dice, impostato ad asintomatico.

Questo, però, è una ricostruzione che faccio adesso, dovrei anche andare a vedere le specifiche relative all'epoca, perché c'è stata anche un'evoluzione molto probabilmente.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Presidente…

Presidente

Sì, chieda pure.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Infatti le chiedo se ci può inviare dei dati che facciano vedere quante persone sono state non prese in carico, chiamando come da procedura, quindi quante persone e in che periodo non sono state imputate nel sistema senza una telefonata che confermasse i sintomi.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero)
Attenzione però, si vedeva anche queste parti che non erano prese in carico.
Esisteva solo il tampone positivo e si attendeva, questo poteva arrivare nel momento di picco, non so, probabilmente anche fino a qualche giorno dopo, si attendeva che l'operatore lo prendesse in carico e completasse i dati.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Certo. Esatto.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Adesso questa è una (inc.) che in questo momento dovrebbe fare Azienda Zero per vedere cosa è successo nello specifico in quel periodo, però…

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
L'ultima domanda su questo, anche qui non so se può rispondere lei o chi per lei. La domanda da comprendere perché io ho delle informazioni diverse nei verbali delle sedute precedenti, è se il ritardo dell'imputazione dei dati abbia impattato sul calcolo dell'RT.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Domanda complessa, cioè è difficile dare una risposta così a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

freddo. Il ritardo, l'imputazione dei dati abbia impattato sull'RT? Così, su due piedi, non saprei risponderle. Bisogna fare un'analisi anche abbastanza importante per dare una risposta di questo tipo.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie. Chiedo che sia inviata per tempo appunto questa informazione e se c'è magari anche qualcun altro che può rispondere anche nelle sedute precedenti, rifarò la domanda per avere una risposta chiara e definitiva su un tema assolutamente essenziale per capire se questo ritardo di imputazione dati, che ormai è confermato, ha influito sul calcolo dell'RT.

Presidente
Grazie, collega e al dottor Gubian. Adesso passo la parola alla commissaria Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.
Mi associo anch'io ai ringraziamenti per i presenti e oggi in particolar modo del dottor Gubian che, non essendo più collegato alla Regione del Veneto, comunque ha accolto la nostra richiesta di essere audito. Ci sono tre questioni. Io le metto lì tutte e tre, poi magari chi ritiene di avere gli elementi per rispondere, lascio a voi insomma decidere chi può aiutarmi nel capire queste cose.
Allora la prima grande questione è questo database di raccolta dati. Da quello che ho capito per le spiegazioni che ci avete dato oggi, una persona si fa un tampone, il tampone risulta positivo, scatta una sorta di alert dentro il sistema

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

informatico di Azienda Zero e viene in automatico registrata la positività. Ovviamente la parte legata all'overbooking di dati la guardiamo dopo.

Su questa questione però io volevo capire delle cose: questo database rilevava soltanto i positivi e i negativi o rilevava anche altri dati? Era collegato, per esempio, alla rilevazione dei contatti stretti? Era collegato ad altri dati? Quindi, nel momento in cui io avevo l'alert che mi inseriva dentro questo database un nominativo, il soggetto del Dipartimento di Prevenzione dentro quel database inseriva altri dati oltre a quelli personali del singolo? Questo database è collegato in qualche modo ad altri sistemi di raccolta dati che la Regione del Veneto, attraverso Azienda Zero, ha implementato nei mesi della pandemia? Ad esempio, i dati relativi all'occupazione dei posti letto delle Terapie intensive era registrato su un altro database, sul medesimo?

Se ci aiuta a orientarci, dottor Gubian, in questa quantità importante, immagino, di flusso di dati che avete dovuto gestire ed organizzare.

Sempre in riferimento a questa e ad altri database, volevo capire chi lo ha realizzato, se è una società interna o esterna e se esistono delle determine di spesa sul punto.

Seconda grande questione che è questa della famosa area di overbooking, rispetto alla quale noi stiamo cercando, come lei, dottor Gubian, di capire, perché abbiamo avuto appunto alcune informazioni, ma non più di quelle che le abbiamo riferito, che ci ha riportato la dottoressa Russo e cioè che ci sarebbe stato un periodo in cui non c'era l'allineamento temporale tra l'inserimento nel database del tampone positivo e la capacità di classificare questo tipo di tampone positivo. Non c'è dubbio che, nei momenti delle piccole difficoltà

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

possano essere state rilevanti, tanto che avevamo chiesto il coinvolgimento dei medici di Medicina generale. Gli stessi amministratori locali, a me risulta, abbiano dato una mano per, appunto, tamponare a questa emergenza. Anche perché - e questa è una questione su cui magari può aiutarci - ci sono state diverse settimane in cui i dati che il Presidente Zaia illustrava, proprio in riferimento al tema asintomatici, rispetto ai dati che vedevamo pubblicati sul sito del Ministero, presentavano una forte distonia. I primi di ottobre, il Ministero della Salute pubblicava una percentuale di asintomatici della nostra regione che, se non ricordo male, era attorno all'80%. Contestualmente, il Presidente Zaia annunciava che gli asintomatici in regione del Veneto erano più del 96%. Quindi, vorremmo capire se questa distonia, a suo giudizio, se può aiutarci, può essere collegata a queste difficoltà tecniche, diciamo.

Sempre su questa cosa, un'altra questione: nel momento in cui noi "ammettiamo" che c'è stata una distanza temporale tra il momento in cui il tampone positivo entrava dentro il database e il momento in cui riuscivamo a contattare la persona, stiamo sostanzialmente dicendo che in quelle settimane il contact tracing è saltato, perché le due settimane che ci metteva a contattare tutti, ovviamente, anche il sistema del: "Dimmi i tuoi contatti stretti, che li mettiamo in isolamento preventivo e li facciamo accedere al Punto tamponi" capisce che… Quindi, la preoccupazione rispetto a questo buco, qualora si tratti solo di questo buco, non è soltanto il riferimento all'eventuale incidenza che può aver avuto sull'RT, perché il dato degli asintomatici, o meglio della percentuale degli asintomatici sui positivi, è uno dei parametri e degli indicatori. Non è soltanto il riferimento all'influenza che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

potrebbe aver avuto rispetto alla classificazione per colore di questa regione, ma è anche rispetto all'oggetto di questa prima tranche di audizioni che stiamo facendo, che è proprio quello del tracciamento dei contatti. Quindi le volevo chiedere: da quello che io capisco, nel momento in cui il positivo, con i tempi che ci sta dicendo - cioè, in alcuni casi e in un periodo particolarmente intenso, anche con diversi giorni, se non settimane di distanza - veniva contattato, solo in quel momento si era in grado anche, eventualmente, di avere informazioni sugli eventuali contatti stretti; se mi conferma questa cosa.

Ultima questione, invece, forse un po' lei e un po' il dottor Toniolo potete aiutarmi, è la questione dell'App, che mi interessa particolarmente, anche perché è un'interrogazione ferma, senza risposta, dal febbraio 2021; quindi così la potrò ritirare, spero di avere le risposte che cercavo. Naturalmente, tutta la questione legata alla privacy, di cui ci ha parlato il dottor Toniolo, non solo è molto chiara, la comprendiamo, ma è anche abbastanza ovvia, direi: quando il Consiglio regionale è stato chiamato alla valutazione di quella famosa Legge 35, il tema della privacy abbiamo provato ad affrontarlo molte volte e immaginavamo che sarebbe stato di difficile superamento, tant'è che oggi il dottor Toniolo ci ha confermato che, dopo quasi un anno di gestazione, quella App sostanzialmente non esiste. In riferimento però a quella App "Zero Covid Veneto", io avrei delle domande specifiche da fare. La prima: chi l'ha pensata, chi l'ha realizzata? Ci ha detto che è praticamente pronta; tecnicamente, dal punto di vista informatico, qual è il soggetto che ha gestito quella App? Anche se non funziona, qualcuno ci avrà lavorato. Però - anche qui, è un'informazione su cui vi chiedo conferma – risulta che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ci sia una società esterna, che si chiama Engineering, che dovrebbe aver sperimentato (almeno dal suo sito si deduce, però preferirei avere conferma) l'impostazione di questa app. Se è vero che è stata questa società a svilupparla, vorrei capire in base a cosa è stata individuata, se c'è stato un bando di gara; se il fatto che la persona che segue esplicitamente i progetti per Engineering in riferimento all'Area Sanità è un caso che abbia lavorato per diversi anni per Arsenal, quindi c'è anche uno scambio di professionalità che potrebbe aver influito, vorrei capire. Poi, quante risorse sono state spese per una app che a oggi non funziona perché, nella famosa Legge 35 che noi abbiamo fatto, c'era anche uno stanziamento di bilancio. Immagino che l'attività, al netto di quella più amministrativa, legata alle questioni burocratiche, ma mettere in piedi un impianto informatico addirittura per la videosorveglianza abbia dei costi, vorrei capire chi li ha sostenuti e quali sono le delibere e le determine che, credo, Azienda Zero abbia fatto per sostenere queste spese e, infine, perché è un po' diciamo il convitato di pietra questa di questa discussione sulla Zero Covid Veneto, sempre credo, il dottor Toniolo, ma forse anche lei, dottor Gubian ci può aiutare, vorrei capire esattamente perché, come mai, allora, si è deciso di non implementare, anziché spendere tempo e risorse con un App nuova in questa Regione, una App discutibile dal punto di vista dell'efficacia, ma che comunque già esisteva e certo non poneva problemi di privacy come la APP Immuni, perché abbiamo saputo, anche qua, con diversi mesi di ritardo, che la App Immuni in questa Regione non era stata implementata.

La dottoressa Russo ci ha già spiegato, a me è sembrato in maniera abbastanza soddisfacente, quali erano i problemi di natura anche tecnica che la Regione del Veneto e non solo ha

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

posto in riferimento a questa App, però ha detto: una volta che li abbiamo superati eravamo pronti a partire.
Quindi vorrei capire se, alla fine, questa App, invece, è stata utilizzata, quando effettivamente è entrata in funzione e se secondo lei o per le informazioni che avete l'impegno sulla App diciamo veneta, ha distolto risorse, attenzione, impegno rispetto all'App nazionale.
Quest'ultimo, ovviamente, è una domanda di natura più discrezionale, quindi valutate voi se ritenete opportuno rispondere. Grazie.

Presidente
Grazie.
Prima di passarle la parola, dottor Gubian, c'era la segreteria di Commissione Brescacin che voleva chiedere alcune precisazioni in merito alle domande.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Sì, grazie.
Saluto anch'io i Dirigenti che sono collegati con noi oggi, ma mi volevo semplicemente ricollegare all'ultimo intervento fatto per esprimere in qualche modo una considerazione che stavo facendo, ovvero sul tema di cui stiamo discutendo, delle rilevazioni tra sintomatici e asintomatici e quindi tutta la gestione dei contatti dei positivi e quindi la conseguente elaborazione delle varie procedure, se questo non sia più attinente al lavoro dei SISP, forse non tanto a coloro che hanno seguito i sistemi informativi che ci hanno spiegato come stanno funzionando e ce lo possono ulteriormente approfondire, ma quanto questo forse sia più legato al lavoro che hanno fatto I SISP e quindi anche poi collegato per quanto riguarda la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

direzione sanità, anche al lavoro della dottoressa Russo.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))

È chiaro, io adesso ho detto quello che conoscevo dell'organizzazione ma è chiaro che qui stiamo parlando principalmente di sistemi informatici, informativi, l'organizzazione degli operatori nei Dipartimenti di prevenzione attiene appunto all'organizzazione nel territorio, non ovviamente al sistema informativo.

Quindi, sì gli operatori, io ve l'ho raccontata come l'ho vissuta, ma gli operatori e l'organizzazione degli operatori dipende dal Dipartimento di prevenzione, anche la quantità di operatori dedicati, ovviamente, nel limite delle risorse disponibili in ogni Azienda, quindi non stiamo dicendo… e quindi assolutamente sì, l'ultima osservazione la sottoscrivo.

Allora prima domanda: era stata fatta sulla base dei dati. Beh, la base dati che sta dietro al sistema di videosorveglianza è una base dati complessa, raccoglie anche i dati dei contatti, cioè il sistema raccoglie anche i dati contatti, il sistema che usano i Dipartimenti di prevenzione, il software che usano i Dipartimenti di prevenzione raccoglie anche i dati dei contatti e fare un contact tracing fatto bene durante l'indagine epidemiologica richiede che l'operatore chieda all'individuo interessato, al positivo anche l'elenco di tutti i suoi contatti stretti negli ultimi x giorni, come previsto da protocollo.

Anche questo dipende, ovviamente, dall'organizzazione, dai protocolli, dalla formazione che è stata fatta a chi di mestiere fa il contact tracing il sistema informatico

raccoglie le informazioni che sono necessarie per fare questo tipo di attività e per lasciare traccia di questo tipo di attività e fare il contact tracing ovviamente.

Però, in generale il sistema di biosorveglianza è abbastanza complesso perché raccoglie dati di vari flussi, principalmente abbiam detto, sono tre gli attori, sono gli ospedali, i laboratori e i Dipartimenti di Prevenzione, ma poi si incrociano dati anche con altre fonti informative ed era stato fatto al fine di classificare per esempio gli operatori sanitari. Pur avendo l'anagrafe degli operatori sanitari è stata utilizzata per verificare che non ci fossero cluster tra gli operatori sanitari, come era utilizzata l'anagrafe… questo è descritto anche in delibera comunque di Regione Veneto, ci sono delle schede allegate alle delibere che spiegarono anche, a livello informativo, come funziona il sistema o quali sono i dati che va a incrociare il sistema. C'erano i dati ovviamente degli assistiti, dei nuclei familiari, dei flussi, in particolari il flusso di assistenza residenziale per poter individuare cluster nelle case di riposo. Quindi il sistema, la base dati è abbastanza complessa al di là di quello che si vede o si può immaginare.

Farei anche notare che i primi tre casi positivi risalgono al 21 febbraio 2020; la prima versione del sistema di biosorveglianza era operativa, se non ricordo male, già il 5 di marzo.

È ovvio che, come tante altre attività (i call center piuttosto che gli acquisti dei dispositivi di protezione individuale) che sono state fatte nel periodo pandemico son state fatte grazie a quelle ordinanze che hanno semplificato le procedure di acquisizione durante la fase pandemica. Quindi è inutile che ci giriamo attorno. Se avessimo dovuto fare gare coi tempi

normali di una gara forse avremmo avuto il sistema dopo sei mesi quando non serviva più.

Quindi i dirigenti di Azienda Zero, il Direttore Generale, il Dirigente, si sono presi la responsabilità di utilizzare o contratti esistenti ove era possibile per infilare quell'attività o di fare degli affidamenti diretti.

Nel caso di Zero Covid veneto, però, per esempio, non c'entra niente Engineering, la società che ha sviluppato si chiama Ennova. Al 19 di ottobre, quando sono andato via io, non era neanche stata ancora pagata: se non ricordo male, l'entità dell'effort, dello sviluppo dell'App era di circa 40-45.000 euro, adesso chiedo a Luca casomai di darmi conferma. Al 19 di ottobre del 2020 non era neanche stata pagata, mi risulta che non fosse stata pagata.

Comunque la società si chiama Ennova Research e, siccome era nota nell'ambiente per la capacità di sviluppare App e di svilupparla anche in tempi e a costi contenuti, era stata utilizzata per anche questo motivo bene.

Dove era nata l'idea? L'idea era nata in unità di crisi di avere un App che andasse a raccogliere i sintomi, in particolare, ricordo all'inizio non soltanto del singolo individuo, ma anche di un suo familiare, l'individuo. Poi questa cosa qui per ragioni di privacy non è stata possibile perché direi che la privacy ha abbastanza martoriato tutto il percorso di quell'App.

Su Immuni. Il successo di Immuni nel fare contact tracing a livello nazionale, purtroppo, come già anticipato dal dottor Toniolo, è stato molto basso per ragioni di vario tipo. Adesso non voglio fare analisi sociale di cosa ha funzionato, non ha funzionato con Immuni. Ovviamente ha un'architettura anche un po' più complicata da attivare: richiede il codice di sblocco

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e tutta una serie di altre cose. Ha richiesto poi, sopraggiunti nel tempo, addirittura codici rilasciati sul tampone a livello ministeriale, il famoso CUN, non so se ne avete sentito parlare, che poi era necessario per realizzare le operazioni di sblocco in sicurezza. Quindi, un'architettura diversa, abbastanza complessa, perché poi, quando è stata messa in piedi, visti i numeri molto esigui che sono stati misurati a livello nazionale sull'uso di Immuni per fare effettivamente l'attività di contact tracing, non credo che debba aggiungere altro. Se chiedete i numeri complessivi anche a livello nazionale, è stata usata veramente pochissimo. Probabilmente, è stato anche uno dei motivi che un po' ha sconfortato tutti nell'uso - lo dico con il senno di poi – anche di app a questo scopo; non so se è la scarsa fiducia dei cittadini nell'essere poi, effettivamente, totalmente tutelati ai fini della privacy, o cosa sia, ma alla fine i numeri in generale per questo tipo di esperienze si sono rivelati veramente molto bassi.

Non so quali altre domande, adesso mi sono perso un po' perché le cose che mi avete chiesto sono state tante; mi può ripetere un attimo, eventualmente, le altre precisazioni che aveva chiesto, le domande che aveva fatto? Mi ricordo, la base dati "Zero Covid" chi l'ha fatta? Non è Engineering che l'ha fatta. Poi, quali erano le altre eventuali…? Non so se il dottor Giobelli e il dottor Toniolo vogliono aggiungere qualcosa sul tema.

Ing. Luca GIOBELLI (Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero)

Buongiorno, sono Giobelli.

Per completare il discorso dei costi della APP, con Ennova gli

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sviluppi erano di 36.000 euro, più alcuni servizi. In tutto corrispondeva a 56.000 euro, meno 13.000 di servizi cloud che, non essendo partita la app, non sono stati riconosciuti. Quindi stiamo parlando di un intervento non oneroso. Ennova era stata scelta anche perché non era una ditta che stava lavorando per l'emergenza, probabilmente. Quindi, per dare risposta a uno dei quesiti, se questa attività ha distratto risorse, direi che tendenzialmente non ha distratto risorse dall'emergenza.
Altre domande che mi ero segnato non sono di tipo tecnico. Cioè, riguardo agli asintomatici dichiarati, corretti o non corretti, sono questioni organizzative; è chiaro, è già stato evidenziato che, nei momenti di picco, il contact tracing è saltato, è stato ritardato, diciamo, più che saltato. Se veniva contattato il positivo in ritardo, è chiaro che dava informazioni in ritardo rispetto ai contatti; questo credo che sia stato un problema dell'Italia e del mondo, forse, non del Veneto.
Altre cose… no, mi sembra che abbiamo…

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)
Dite voi se ci sono delle domande cui non stiamo rispondendo. C'erano delle domande sulla app: come non ha funzionato in Italia, non ha funzionato in giro per il mondo. La Germania l'ha abbandonata, l'Inghilterra non l'ha neanche fatta, perché hanno messo su il contact tracing personale, che dopo è stato rivisto tutto, perché non funzionava neanche tutta la montagna di persone che avevano messo a telefonare. Credo che, come ha detto l'ingegner Giobelli, circa 40.000 euro di costo vivo per… Perché l'idea è nata, come ha detto l'ingegner Gubian, in Unità di crisi e tutta l'analisi per arrivare a passare al fornitore, a Ennova, come scrivere il codice per realizzare

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'App è lavoro interno, di Azienda Zero e di Arsenal, in parte. Quindi, lo sviluppo dell'idea è interno, non abbiamo dato né a Engineering, né a nessun'altra società lo sviluppo dell'idea. L'idea è nostra, è di Azienda Zero e del Veneto. Ennova si è occupata, come spesso succede, visto che non abbiamo sviluppatori, gente che scrive codici secondo i linguaggi per poter costruire APP, questa l'abbiamo affidata a terzi, che fanno di mestiere quel lavoro lì. Credo che in quel momento lì, visto che l'idea, ripeto, è nata a marzo, come detto, l'idea dell'App è nata subito dopo aver impostato, se non ricordo male, se non ho letto male, il sistema di biosorveglianza come sistema per aggiungere qualcosa in più e alimentarla in modo ancora più completo e flessibile e tempestivo; nata l'idea a marzo, tecnicamente impostata con tutta l'interlocuzione e purtroppo ci siamo accorti, come sta avvenendo tutt'oggi, che la gente non vuole farsi tracciare perché a me risulta che la gente non va… almeno questo si legge sui giornali e non leggo tanti giornali, ma insomma qualcuno sì, la gente non va neanche a farsi il tampone per evitare di entrare in quarantena, a questo punto credo che oggi come oggi l'APP, ripeto quello che ho detto prima, l'App che sia l'una che sia Immuni la gente non la scaricherebbe, non le utilizzerebbe e c'è stato questo tentativo, secondo me è stato giusto percorrerlo, è stato realizzato fondamentalmente dal punto di vista di idea, analisi, know-how interno, è stato affidato per circa 40.000 euro alla ditta Ennova che l'ha fatto.

Purtroppo si è fermato, ma col senno di poi, però, in quel momento io credo che anche io probabilmente avrei fatto esattamente e preso la stessa decisione, di tentare di realizzare questa App perché sembrava che potesse, soprattutto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in prima fase. perché io ho fatto tutti i mesi, non sono mai rimasto a casa, io ricordo che venivo a Padova, da Vicenza, senza utilizzare l'autostrada perché con il lockdown era tutto completamente libero e la gente non si muoveva da casa in quel momento l'idea dell'App era un'idea giusta, dopo l'evoluzione è stata di un altro tipo, come ho detto prima.
Adesso nessuno ci penserebbe a farlo, perché sa già che la gente non se la scaricherebbe, visto che è volontaria, fosse obbligatoria ma mi pare che dal punto di vista di obbligatorietà di vincoli alle persone per la tutela della salute pubblica, stiamo abbondantemente discutendone e parlandone per arrivare non so a quale decisione.
L'idea era giusta proprio perché avrebbe aiutato a tracciare nei momenti di picco, soprattutto, quindi quello; poi le motivazioni espresse hanno portato a un fallimento.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Per completezza i fornitori sono più di uno: Ennova per la Zero Covid Veneto e per il sistema di biosorveglianza, sì, c'è l'ingegnere (inc.) che è una cosa diversa, per la parte di contact tracing e di indagine epidemiologica, prodotto su cui è stato abilitato il SIAVR, c'è un altro fornitore di mezzo che è Onit.
Per tutta la parte sistemistica che non si vede ci sono altri fornitori, adesso non vorrei stare qui a tediarvi; tutti i sistemi messi in piedi, se volete l'insieme di sistemi messi in piedi è un sistema abbastanza complesso e ha richiesto l'apporto in termini di risorse di molti fornitori su vari fronti, quelli che si vedono, cioè i software, ma anche quelli

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che non si vedono quando si parla di parte utilizzata, per esempio, per integrare tutti i dati che arrivavano dai laboratori e via dicendo, a sua volta ci sono una serie di altri fornitori che sono stati coinvolti.

Presidente
Sì, collega…

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Solo velocemente.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Ascolti una cosa, ci sono tutte le determine, di delibere di Azienda Zero sul tema, ci sono anche quelle di Regione Veneto che hanno dato poi incarico ad Azienda Zero di farlo; adesso io non ricordo i numeri ma credo che sia facile mettere insieme tutti gli atti amministrativi che sono stati per l'acquisizione dei sistemi.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
No, solo alla Presidenza per una discussione tecnica sulla utilità o meno dell'App non è questa ovviamente la sede, ringrazio invece per le informazioni, se possiamo avere, immagino dottor Toniolo, le determine di assegnazione a Ennova o a altre in riferimento solo all'App e poi se si possono avere tutte le assegnazioni di spesa per Engineering, tra quella del database e anche altre se ce ne sono, quando potranno non sono cogenti. Ringrazio anzi per la chiarezza.

Presidente

Grazie.

Nel passare la parola al collega Zecchinato, chiedo anche, se c'è, magari me lo dite dopo, insomma se è possibile in merito proprio anche alle domande fatte, avere magari il modulo di raccolta dati statistici col quale venivano raccolti i dati stessi.

Grazie.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

Grazie, Presidente.

Ringrazio anche gli intervenuti per le spiegazioni date.

Mi è piaciuto un passaggio, una piccolissima premessa, dove appunto gli intervenuti hanno sottolineato il fatto che appunto le decisioni sono state prese in quel momento, cioè in quel momento avrei agito in quel modo, proprio perché, ogni volta lo ricordo quando intervengo, che in un momento di emergenza bisogna calarsi in quella realtà ed è in quel momento in cui vanno prese le decisioni tempestivamente e con gli strumenti che si hanno.

Ecco quindi dico questo perché noi qui stiamo valutando a posteriori e questo lo dico perché la domanda che voglio fare è proprio questa, nel senso che abbiamo parlato della seconda ondata, cioè del come è stato gestito il sistema di tracciamento e di raccolta dati. Peraltro, diciamo un momento in cui contano, sia il sistema appunto informatico, sia il sistema in generale, quindi anche la disponibilità di risorse umane e uno dei problemi principali è proprio il popolamento del dato e quindi appunto va valutato proprio in quel momento di emergenza in cui tutti sono impegnati al massimo per fronteggiare l'emergenza della pandemia, è anche chiaro che ci

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

possono essere dei momenti in cui risulta più difficoltoso popolare, appunto, il dato, proprio fisicamente è più difficile farlo.
Ecco, io volevo chiedere rispetto a appunto quello che abbiamo sentito oggi sulla seconda ondata, se si può fare un paragone, in parte è stato fatto con la prima, cioè appunto che differenze ci sono state e anche allora approfitto per fare un salto in avanti dicendo appunto, anche riguardo alla variante Delta, chiedendo il sistema di tracciamento come si è pensato di implementarlo, come si sta tenendo sotto controllo la diffusione di una variante che sembra essere appunto così contagiosa.
Grazie.

Presidente
Dottor Gubian o dottor Toniolo, dottor Giobelli. Grazie.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Allora, per quanto riguarda la variante Delta abbiamo una serie di laboratori che si sono adeguati per eseguire questi test, insomma, quindi diventerà un esame, non è ancora raccolto nel sistema di biosorveglianza di cui abbiamo parlato, ma l'idea è sicuramente quello di far confluire anche questo a sistema per dare il più presto possibile, in maniera automatica, le opportune informazioni ai SISP che gestiscono i pazienti, insomma. Quindi questa sicuramente è la visione, non ci siamo ancora.
Abbiamo un problema un po' aggiuntivo rispetto al laboratorio dello Zooprofilattico, che attualmente è un laboratorio

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

collegato come gli altri laboratori, quindi questo è un altro dei lavori su cui dobbiamo investire nei prossimi mesi, settimane.

L'ingegner Giobelli fa riferimento al sequenziamento previsto dai piani di sanità pubblica, dove l'Istituto Zooprofilattico per sua attività è in grado di farlo, ma guardate che io vi do delle informazioni su cui dovete chiedere conferma perché siamo qua per parlare di parte informatica più che di sviluppo e di come l'organizzazione si adegua alle modifiche connesse con le varianti.

Comunque è in piedi una rete di strutture in grado di sequenziare la prima, perché era già dotato anche con le apparecchiature l'Istituto Zooprofilattico. Non siamo al momento riusciti ad avere lo scarico o il collegamento automatico con i dati dello Zooprofilattico, è un altro Ente, ci son di mezzo dati elaborati da una macchina che ha il suo linguaggio, che va tutta studiata questa cosa, però ci stiamo lavorando.

Si stanno attrezzando - questo ve lo posso dire perché la gara per l'acquisto dei sequenziatori la sta seguendo Azienda Zero per tutti - stiamo allestendo la gara per poter consentire a Verona azienda ospedaliera, Vicenza, Treviso, Venezia è già adottata mi sembra o forse anche Venezia è compresa, di acquistare sequenziatori utilizzati dalle microbiologia di queste Province, oltre ovviamente all'azienda ospedaliera di Padova, che ha già la microbiologia dottata di sequenziatore.

In questo caso i sequenziatori per la gara che fa Azienda Zero hanno le stesse identiche caratteristiche tecniche, anche per facilitare il collegamento informatico e fare in modo che, come vengono scaricati ora per ora i risultati dei tamponi, si possa, in funzione del programma di lavoro dei sequenziatori,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

scaricare altrettanto i dati del sequenziamento e quindi l'individuazione della variante Delta. Ovviamente, sarà un dato che va a integrare e a popolare ancora in modo più completo il database della biosorveglianza. Faccio presente che nel database sono presenti anche tutte le vaccinazioni fatte: la prima e la seconda dose, il tipo di vaccino, e da lì si possono vedere, come risulta anche dai bollettini pubblicati tutti i giorni e in modo più continuo, perché anche questo ha comportato un ulteriore lavoro di adattamento e di analisi del sistema, che più aumentano le informazioni e più diventa complesso garantirne la coerenza, la correttezza e l'omogeneità. I due ingegneri che sono qua presenti con me lo sanno molto meglio, è il loro lavoro. Ma anche tutte le vaccinazioni, sapendo quando sono state fatte, con quale vaccino, con quale intervallo e se è seguita positività o non positività con la prima e la seconda dose e i relativi ricoveri, questo è già in piedi e già, ovviamente manualmente, riesco anche a capire per quei pochi casi, per fortuna, di ricoveri che sono avvenuti ultimamente, se sono ricoveri nel caso di positivi non vaccinati legati alla variante Delta, non in modo automatico, lo ripeto, però l'informazione ogni struttura ce l'ha, gestita manualmente; ma finché i numeri sono relativi, anche l'informazione manuale è gestibile. Ci stiamo attrezzando comunque per farla tecnicamente. Cioè, noi metteremo in piedi questa cosa qua. Se per caso, tornando a quello che ha detto l'ultimo Consigliere, fra sei mesi o sette mesi viene fuori:"Ma perché avete messo in piedi questo sistema, che non c'è più nessuno che è ammalato?", adesso abbiamo deciso di farlo così, perché è giusto farlo così, come è stato giusto per fare l'App nella tornata precedente.

Presidente

Va bene. Consigliere Zecchinato è a posto? Okay.

Passo la parola alla collega Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Grazie, Presidente. Ringrazio per la disponibilità, perché siete qui, oggi, a dare risposte alle nostre domande.

Io ritornerei al sistema di software perché, effettivamente, magari noi non siamo dei tecnici, io non ho capito bene alcune cose. Si diceva che la società Engineering non ha supportato le app; però, di fatto, ci sono delle delibere per quanto riguarda alcuni sistemi di biosorveglianza. Allora, della Regione Veneto ho trovato più delibere: una è la 334 del 26 giugno 2020, dove si dice: "Affidamento di somma urgenza per il servizio di biosorveglianza AS per la gestione degli esiti dei tamponi"; poi una delibera successiva dell'11 novembre 2020, la prima era di 192.000 euro più IVA, la seconda è di 376.000 euro più IVA: "Affidamento in somma urgenza di servizi integrativi del servizio di biosorveglianza AS service". Poi, ne ho trovata un'altra, che aumenta appunto le risorse, però qui parla di una piattaforma già in dotazione della Regione, QlikView, per un importo, ad integrazione, di 120.000 euro più IVA. Volevo capire semplicemente questi sistemi che piattaforme sono, se era quella di cui parlavate prima, dove appunto vengono raccolti i dati eccetera, perché poi, nel mese di ottobre, esattamente l'8 ottobre 2020, ho visto che c'è una lettera da parte della Regione Veneto, che chiede di migrare i dati da un sistema denominato PIC-19 a un altro, denominato SIAVR Covid 19. Non essendo sicuramente a conoscenza di questi sistemi, volevamo capire se sono sistemi diversi, se sono gli stessi, se questi finanziamenti, queste spese, queste delibere

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che ho indicato sono relative al sistema di cui si parlava prima, che magari ha forme diverse ma di fatto è una piattaforma unica, se sono più piattaforme, se invece nel tempo ci sono state diverse piattaforme, come è stata magari la migrazione dei dati nel periodo di ottobre e se il sistema di cui si parlava prima, date queste spiegazioni, prevedeva, come avete detto voi, oltre all'inserimento del dato relativo a sintomatico, asintomatico dei contatti, anche se, visto che a un certo punto si è data la guarigione clinica dopo ventun giorni dall'inizio della malattia, dell'infezione se questo veniva inserito automaticamente dopo il ventunesimo giorno, perché vi chiedo se vi risulta che magari persone che erano ricoverate in ospedale i software dava automaticamente la guarigione clinica passati ventun giorni o meglio, se c'era corrispondenza, collegamento tra strutture ospedaliere e sistema.

Prima sono stati dati i dati dei tamponi, del numero di tamponi effettuati, li avete dati, se non sbaglio, se ricordo bene, fino a gennaio del 2021, se è possibile averli anche nei mesi successivi e capire il perché, siccome che ho qualche dato in possesso, capire perché ci sono dei dati diversi del numero di tamponi effettuati di mese in mese.

Ci sono delle oscillazioni alti e bassi, volevo capire come mai questa diversità di numero di tamponi effettuati da un mese all'altro in vari periodi e quanti tamponi sono stati acquistati, se lo conoscete come numero di prima, seconda, terza quarta generazione da Azienda Zero e, poi, magari, visto che prima si parlava anche di sequenziamenti, quando il dottor Toniolo o chi per lui ha ricevuto sequenziamenti dello studio di Vo'. Grazie.

Presidente

Grazie.

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)

Io non sono in grado, ad esempio, sui costi del sistema di biosorveglianza in questo momento non sono preparato, anche perché sono stati fatti interventi, sono state fatte forniture nel corso del 2020 e ovviamente in parte proseguono anche nel 2021 perché alcuni lavori sono finiti, altri sono in itinere, come ho detto prima, quindi adesso, in questo momento, non sono in grado di farvi un resoconto, però se serve mi fate arrivare qualche indicazione più precisa e facciamo un resoconto tranquillamente.

Presidente

Magari mandiamo una serie di richieste scritte così è più chiaro anche i dati che chiediamo.

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)

Sulle oscillazioni dei dati registrati Azienda Zero ha messo a disposizione il sistema, fa dei controlli per verificare che tutte le informazioni imputate o automaticamente o da personale siano state imputate, perché ci sono dei sistemi di controllo, però, se la gente va a farsi i tamponi, non va a farsi i non ve lo sappiamo dire queste cose qua, cioè il fenomeno numero di tamponi, perché cambia da un giorno all'altro perché la domenica è più alto del lunedì o più basso del martedì non so chi possa dare queste risposte qua, come altre domande che riguardano l'aspetto organizzativo o l'aspetto di adesione dei cittadini alle iniziative di lotta alla pandemia messa in piedi dalla Regione.

Il comportamento organizzativo delle aziende sanitarie o il comportamento personale dei cittadini noi non siamo in grado di interpretarlo.
Il nostro compito speriamo di farlo bene è quello di mettere in piedi sistemi per rilevare, per elaborare, per dare dei report e fare di tutto perché questi sistemi funzionino e che ci sia coerenza e correttezza nella registrazione inizialmente dei dati, così come correttezza e coerenza degli elaborati successivi.
Però, ripeto, come si comporta il sistema regionale, cioè i dipendenti che lo usano e come si comportano i cittadini noi non siamo in grado di rispondere, né io e non credo neanche l'ingegner Gubian per il periodo in cui c'era e l'ingegner Giobelli per questo periodo qua.

Ing. Luca GIOBELLI (Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero)
Aggiungo solo una domanda esplicita che è stata fatta. Il software non ha mai previsto, mai almeno da quando lo conosco io ho sentito anche prima, non ha mai gestito con automatismi la guarigione in caso non fosse stata correttamente registrata. Ecco, non esistono dei meccanismi automatici che impostano queste cose.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Sì, ricordo intanto che le regole con cui si dichiara un guarito son cambiate. Prima servivano due tamponi negativi all'inizio, poi non servivano più, però bisognava aspettare sì un certo numero di giorni dopo un tampone negativo, ma

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

bisognava verificare l'assenza di sintomi. È per quello che poi un automatismo, visto che l'assenza di sintomi può essere verificata solo contattando l'individuo, non può essere stata implementata. Questa regola è cambiata a settembre, la regola che non prevedeva più due tamponi negativi, oltretutto distanziati. All'inizio era addirittura a una settimana uno dall'altro, poi i ovviamente i tempi sono diventati più stretti. Ma la regola che ti dice che poi bastava anche un solo tampone negativo in assenza di sintomi da tot giorni quella è arrivata a settembre, però la verifica dell'assenza di sintomi ancora una volta non può essere fatta in automatico, deve essere contattato gli individui e verificata l'assenza di sintomi.

Questo era uno dei motivi per cui… in più, comunque due delibere di quelle che lei cita, dove lei vedere DE4Bios, sono del sistema di biosorveglianza; dove (inc.) QlikView in realtà sono licenze per sistemi di business intelligence che sono utilizzati da una miriade di applicativi in Azienda Zero, non solo da una e quindi in realtà conviene molto probabilmente fare una richiesta più specifica e avere a questo punto una risposta altrettanto specifica sulle tematiche che richiede.

Okay? Questo lo dico perché QlikView, per esempio, non c'entra nulla con il sistema di biosorveglianza, anche se posso entrare con trasportistica di vario tipo, Business Intelligence sparse in tanti altri applicativi in uso in Azienda Zero e presso le aziende sanitarie.

Solo per fare un po' di chiarezza.

Presidente

Collega.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Ma allora, sempre sotto l'aspetto tecnico, perché insomma io non ho chiesto sui comportamenti dei cittadini, ma giustamente, perché non è vostro compito, quindi io chiedo solo se la conferma del sistema di biosorveglianza, che voi avete in uso, è fornita, supportata, ideata da Engineering.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Allora la risposta è sì, ma non credo di dire nulla di nuovo. La parte di biosorveglianza, che però non è l'unico pezzo componente, come si dice in gergo tecnico, del sistema, perché un'altra componente importante è la rilevazione, per esempio, delle indagini epidemiologiche, di tutta la parte di contact-tracing, d'accordo, che non è fatta da Engineering, è fatta fatta un'altra ditta si chiama Onit, nella fattispecie.
La parte biosorveglianza, quella che dà anche dei cruscotti per intenderci ai medici di Medicina generale che ogni ULSS, quella sì è fatta da Engineering, è quello che fa la raccolta centrale di tutti i dati che ho citato prima.
Zero Covid Veneto era di Ennova. Adesso non vorrei citare altre cose, come altre componenti utilizzate, sono di altri fornitori.
Faccio l'esempio: tutta la parte di raccolta dati, scambio dati, è fatta utilizzando un cloud, quello di Amazon AWS, con ovviamente con sede a Francoforte, visto che il GDPR ci impone che la sede sia europea, con altri fornitori che sono interessati dietro a quel servizio. Questo solo per fare degli esempi: la biosorveglianza di (inc.) è fornita da Engineering.

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)

Comunque, se ritenete, perché credo sia giusto, visto che comunque questo avviene perché dietro ci sono provvedimenti di spesa che passa per la legge del bilancio regionale, sulla biosorveglianza, se voi fate un'indicazione circoscritta perché, come ha detto l'ingegner Gubian è biosorveglianza è sistema messo in piedi per accogliere e trattare i dati ma biosorveglianza vuol dire anche avere un posto dove custodire e mantenere i dati. Quindi, potrebbe essere tutto e niente. Io ritengo che sia opportuno, perché altrimenti andiamo a trovare anche delle voci di spesa che non riesco a definire… Il cloud, il sistema dove custodisco i dati, è un sistema che non uso solo per la biosorveglianza. Quindi, lì vi farei una stima di quanto vale; se voi ritenete – e suggerirei questo tipo di domanda per avere la chiarezza assoluta, non certo perché non si voglia dare la risposta anche sugli altri – noi saremo in grado di individuare la parte fondamentale, significativa, autonoma, specifica sulla biosorveglianza, che è fondamentalmente il lavoro messo in piedi assieme a Engineering, perché l'ingegner Gubian è modesto, ma Engineering ha sviluppato idee nate da Unità di crisi, Azienda Zero, Arsenal, Dipartimento di Prevenzione e altre strutture regionali o del sistema sanitario, perché il mestiere di Engineering è quello di scrivere software; le idee nascono da chi cura i malati, o si occupa di sanità e di salute pubblica. Le idee sono del gruppo regionale; il gruppo regionale, non essendo una società di software, si è rivolta a Engineering per i motivi di urgenza e perché Engineering era comunque fornitore della Regione Veneto in questo ambito specifico di materia. Engineering è stato il partner per sviluppare le idee nate in Veneto. Questo, secondo me, varrebbe la pena di capire

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

cos'è. Se volete, poi andiamo anche oltre, ma vi assicuro che a quel punto per i tecnici, quando si allarga lo schema di riferimento su cui fare le analisi tecniche e/o economiche, diventa tutto un po' più opinabile.

Presidente
Una specifica, Consigliera?

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, grazie sicuramente. Era solo per capire se il sistema funzionante, che avete in corso, era proprio quello lì, di cui alla delibera. Dopo, per quanto riguarda le spese, sicuramente faremo una richiesta più precisa.
L'ultima cosa che avevo richiesto: quella lettera di ottobre della Regione, in cui chiede la migrazione dei dati tra un sistema e l'altro, il motivo? Se sono sistemi diversi, se rientra - per capire - all'interno dello stesso software? Un chiarimento, grazie.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Il focus non è il sistema di biosorveglianza, quello di Engineering, ma in questo caso il focus è la rilevazione dei casi confermati del contact tracing e di tutto quello che viene dietro, che poi è passato a Onit; perché dico che è passato a Onit, perché nella prima fase della pandemia i casi confermati nei primi giorni venivano raccolti, più o meno, in un foglio Excel. Adesso andiamo veramente ai primi giorni. Dopo qualche giorno, si è capito che i numeri sarebbero stati così alti che non poteva essere. In quel caso, un ragazzo che lavora al SER,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

il Servizio epidemiologico regionale di Azienda Zero, si è offerto di sviluppare in casa un applicativo per la gestione dei casi confermati, lo abbiamo chiamato all'epoca PIC, per capirci, perché gli era stato dato un nome che… In questo caso è l'unico esempio di uno sviluppo interno. Il problema qual è stato? Nessuno sapeva, all'epoca, che i casi - ci aspettavamo, non so, qualche decina, o magari centinaia e migliaia di casi, tra una storia e l'altra - sarebbero poi, in realtà, esplosi molto di più. A un certo punto ci siamo resi conto che lasciare tutto lo sviluppo in mano a una sola persona, quindi non a un'azienda, ma a un fornitore, che, per carità, è stato bravissimo, ma se gli veniva un colpo di tosse, poi ci trovavamo, come si dice in questi casi, "in braghe di tela"; allora è stato deciso, a un certo punto, di rifare questo applicativo su un fornitore, il fornitore in questo caso è stato ONIT ed è stato scelto anche perché è il fornitore che fornisce il sistema di registrazione delle vaccinazioni ed era già in uso questo sistema in tutti i Dipartimenti di prevenzione, che avevano già anche gli account per entrare. Quindi, a quell'epoca è stato deciso di far sviluppare a ONIT le stesse funzionalità che erano state sviluppate in casa da questo ragazzo molto bravo, che però alla fine non riusciva più a seguire il suo lavoro al SER perché era sempre chiamato a rispondere di questioni, funzionalità, evoluzioni o correzione di bug dell'applicativo, allora cosa si è deciso: si è deciso a questo punto, sebbene fosse iniziato come uno sviluppo interno, di passare questo applicativo a una società esterna, Onit, che sostanzialmente potesse prendere l'incarico di svilupparlo secondo i suoi crismi di sviluppo, per poter fare anche cose in più, perché poi è stato notevolmente ampliato come funzionalità, senza più gravare come carico su

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

questo unico programmatore che, ripeto, se poi gli fosse venuto un colpo di tosse avremmo tutti i grossi problemi a continuare la gestione dell'applicativo, quindi di fatto abbiamo migrato da quello che era chiamato PIC-19 alla versione Siavr-Covid, adesso non ricordo quando, se era settembre o ottobre, non ricordo esattamente il periodo, ma con due telefonate ai colleghi o me lo dice Luca che magari lo può recuperare anche più in fretta e lo ritroviamo, ma sostanzialmente è stata fatta la migrazione tra l'applicativo che era stato sviluppato internamente da questo ragazzo del SER, programmatore molto bravo ma, ripeto, uno però, al fornitore che ha preso in carico l'applicativo per renderlo anche ovviamente più robusto, più gestibile, anche a fronte di tutte le evoluzioni che sono poi state richieste.
Non so se sono stato abbastanza esaustivo nella risposta.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, grazie ancora.
Avevo chiesto anche quando, se si sono ricevuti i sequenziamenti dello studio di Vo'.
Grazie.

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)
A me risulta che in Azienda Zero non sono mai arrivati, non so se dovevano arrivare, tra l'altro, ad Azienda Zero, non ho contezza dello studio di Vo', se è universitario, se è Azienda Sanitaria, non ho idea, non le so rispondere in modo preciso; ripeto, non credo che Azienda Zero fosse una dei destinatari dei sequenziamenti di Vo' però forse sono la persona sbagliata per rispondere, di sicuro non sono arrivati.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

La ringrazio, dottore.

Passo la parola al collega Piccinini.

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)

Grazie, Presidente. Anch'io ringrazio della disponibilità.

Una delucidazione: com'è stato gestito il sistema delle gare d'appalto per quanto riguarda i servizi informatici e quello dei tamponi e se poi è possibile sapere anche i costi dei tamponi che ha avuto la Regione Veneto.

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)

Io la invito a recuperare, è in Consiglio, i dati che ho dato nell'audizione del 04 maggio, adesso a memoria non li ricordo più, però ci sono state alcune procedure d'urgenza, soprattutto all'inizio, c'è una gara gestita da Azienda Zero di sicuro anche per altre cinque Regioni, l'ho citata, c'è anche il verbale in audio, nell'audizione del 04 maggio ed io ho dato anche il valore complessivo e anche il valore di costo unitario dei tamponi molecolari antigenici, però mi fa una domanda che adesso non la ricordo; se lei riesce recupera tutto in quel momento.

Noi abbiamo in piedi adesso un'altra gara per nuovi quantitativi di tamponi, ovviamente, facendo riferimento agli antigenici, in particolare di quarta generazione, ai salivari, ai molecolari, quelli poi che si possono fare senza andare necessariamente a finire il trattamento e l'esecuzione dell'esame in microbiologia, ma direttamente in pronto soccorso per evitare che la gente rimanga tanto tempo in attesa del risultato.

Sono dei molecolari che si possono fare velocemente, sono

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

procedure in corso in questo periodo.

Presidente

Grazie.

Ha risposto, casomai poi ci riserviamo di mandarle delle specifiche, così riusciamo ad avere la documentazione.

Aveva chiesto la parola nuovamente per una specifica la collega Ostanel e poi la collega Venturini.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie, Presidente.

Rispetto appunto alla questione degli acquisti, e chiedo al dottor Toniolo, riguardando i verbali che lei citava, io vedo appunto una gara del 1° ottobre del 2020, che riguardava varie Regione del Veneto e pesava 25 milioni, cito appunto le parole che lei aveva lasciato al verbale il 4 maggio e una seconda gara, quella a fine 2020, eccetera, eccetera. Le faccio però una domanda perché anch'io andrò a recuperarmi proprio i dati: rispetto all'acquisto dei tamponi rapidi, quali sono stati gli studi su cui avete basato o lei o chi ha la competenza, diciamo ha la responsabilità di queste in Azienda, l'acquisto, se non sbaglio, come prima scelta dei tamponi rapidi in termini di numero intendo appunto in queste gare di appalto.

E poi, da quando invece sono stati acquistati quelli di quarta generazione, cioè se riesce a dirci il periodo in cui si è iniziato ad acquistare quelli di quarta e per quanto tempo invece, abbiamo usato quelli di prima, seconda e di terza dentro ospedali ed RSA, cioè quando abbiamo smesso di usare quelli con meno attendibilità dentro le strutture sanitarie.

Queste sono le tre domande.

Invece la specifica che chiedevo sempre a lei, rispetto al

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tema di cui parlavamo prima sul periodo di ritardo di imputazione dati, un chiarimento che le chiedo, mi pare di aver capito dalla Dottoressa Russo, ma anche oggi la conferma, che siano stati imputati come asintomatici una serie di pazienti che non si riuscivano appunto a contattare dai primi di ottobre alla fine di novembre.

Questa imputazione come asintomatici è stata una direttiva che è stata data da lei o chi per lei all'interno dell'Azienda? Soprattutto, l'altra domanda, c'erano delle persone che fisicamente imputavano quindi come asintomatico o il sistema lo faceva di default visto che era in ritardo e non si riusciva, appunto, a stare dietro a questa questione?

L'ultima: se altre Regioni hanno fatto lo stesso. Cioè immagino, appunto, come diceva prima il dottor Gubian, la faccio forse soprattutto a lei la domanda perché mi pare appunto che in realtà… anzi, al Direttore, scusi, a Giobelli perché appunto c'è stato anche un passaggio di consegne, immagino, in quel periodo. Mi chiedo se, visto che prima si è detto altre Regioni erano nella stessa situazione, eccetera, eccetera, le altre Regioni come imputavano i dati eventualmente nel momento in cui non si riusciva a star dietro all'imputazione?

Grazie.

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)

Allora, dunque, sull'ultima parte, io e l'ingegner Giobelli siamo qua dal 1à di marzo. Credo che sulle caratteristiche di impostazione del sistema mi sembra di aver sentito dall'ultima risposta che ha dato l'ingegner Gubian che c'è stato un cambio a settembre in funzione della capacità o meno di trovare la guarigione.

Io, dal punto di vista organizzativo, come il personale del Dipartimento di Prevenzione o come il personale delle altre strutture era stato istruito di comportarsi in un caso piuttosto che l'altro, non glielo so dire, non glielo saprò mai dire perché, ripeto, Azienda Zero mette a disposizione un sistema, prevedendo alcune modalità di base dell'utilizzo della significatività delle istruzioni inserite in questo sistema, ma l'effettivo utilizzo, soprattutto in situazioni in cui, per carenza di personale o per qualche altro motivo, il sistema non possa essere utilizzato nella sua piena funzionalità, né il sottoscritto, né l'ingegnere Giobelli, né l'ingegner Gubian, visto che non si occupano dell'operatività nel caricare e nell'alimentare il sistema, penso che non siamo in grado di darle una risposta. Almeno io non sono in grado perché nel 2020 facevo un altro mestiere e tra l'altro lavoravo in Azienda ospedaliera di Padova, che neppure è dotata del Dipartimento di Prevenzione, quindi neanche per similitudine non saprei darle la risposta, perché magari se avessi lavorato in un'azienda territoriale forse le saprei dire che nella tale Azienda le persone si comportavano così. In Azienda ospedaliera, è solo un ospedale, tracciavano, anzi, venivano scaricati dal sistema i tamponi molecolari della Biologia, successivamente gli antigenici fatti in giro per tutti i reparti e dopo veniva fatto tutto il lavoro sui ricoveri, guarigioni e tutte queste cose qua. Ma tutta la parte del tracciamento, ovviamente, in Azienda ospedaliera non veniva trattata.

Per quanto riguarda i tamponi, le confermo quello che ho detto in quell'occasione. Azienda Zero segue anche adesso, come in precedenza, la procedura di gara dal momento in cui è pronto il capitolato tecnico, cioè le specifiche del prodotto da

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

acquistare, fino all'individuazione del fornitore, a chi viene assegnata la fornitura. La predisposizione delle specifiche tecniche non è compito di Azienda Zero, ma di un gruppo di tecnici, in questo caso tutte le Microbiologie del Veneto, a quel tempo coordinate dal dottor Rigoli, adesso coordinate dal dottor Rassu. I capitolati tecnici, cioè le caratteristiche tecniche di tamponi molecolari, tamponi antigenici, tamponi salivari e tutti gli altri reagenti utilizzati o nelle Microbiologie, o nei laboratori, vengono predisposti dai tecnici. Sono gruppi tecnici, nominati secondo le indicazioni dei Direttori generali, che hanno il compito di predisporre il capitolato tecnico. Azienda Zero non è in grado, né al CRAV e neppure nelle altre strutture lavorano tecnici in grado di valutare nel merito le richieste e le scelte tecniche; si occupa di impostare la gara. Se non ricordo male, ma prendo i provvedimenti citati nell'audizione, quasi tutti i contratti, escluso forse il primo, sono nella forma del contratto quadro, vale a dire un tipo di contratto in cui viene previsto l'acquisto sostanzialmente di tutti i prodotti (in questo caso i tamponi antigenici) che hanno marchio CE, perché in quel momento non era chiara, o non era valutata, l'effettiva potenzialità e anche facilità di utilizzo dei vari tamponi.

Quali tamponi sono stati usati? I tamponi utilizzati ed acquistati sono stati acquistati ed utilizzati sulla base delle direttive del Ministero della Sanità, che ha sempre definito le soglie di affidabilità o, comunque, di capacità di individuare il Covid, il virus, secondo le soglie di sensibilità definite dal Ministero della Sanità, sia per quanto riguarda l'acquisto, sia per quanto riguarda l'utilizzo, vuoi nelle strutture residenziali sanitarie, vuoi negli ospedali, vuoi nei confronti dei dipendenti, vuoi nei

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

confronti delle scuole. La Regione Veneto, ovviamente, questo è chiarito e disciplinato nei Piani di sanità pubblica, si è sempre comportata secondo direttive ministeriali.
Attualmente, noi abbiamo ancora in utilizzo, ma perché rispondono ai requisiti tecnici fissati dal Ministero della Salute, tamponi di primo tipo, di prima generazione, di seconda, terza e quarta, non perché sono superati, ma perché sono ancora validi in diverse situazioni e in diversi contesti. Non mi chieda quali, non mi chieda perché, la rinvio sicuramente alle direttive ministeriali e alla loro applicazione a livello regionale.

Presidente
La ringrazio. Poi, ad alcune domande credo che potrebbero rispondere il suo predecessore o, chiaramente, i responsabili di Microbiologia, o i responsabili acquisti. Quindi, magari ritorneremo con chi di competenza su alcuni argomenti.
Adesso passo la parola alla collega Venturini. Grazie.

Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)
Grazie, Presidente. Ringrazio i tecnici per la disponibilità. Mi permetto di fare solo alcune considerazioni in relazione a quest'anno e mezzo che abbiamo vissuto. Per prima cosa, è la prima volta che un sistema di biosorveglianza viene applicato per una pandemia di questa gravità e di queste dimensioni e di conseguenza si sono valutate, immagino, le soluzioni in relazione al contesto, in relazione alle possibilità, in base a quelle che possono essere poi le conoscenze che ci sono. Quindi, è anche una situazione in divenire proprio legata al fatto che la situazione è inedita.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Seconda questione. Il problema di fondo è sempre la gestione e la custodia di dati sensibili. Allora è vero che gli Stati europei si sono uniformati a linee guida dettate dalla Commissione, ma è altrettanto vero che ogni Stato ha il proprio Garante che dà delle indicazioni e non sempre sono le stesse indicazioni: abbiamo visto negli Stati applicazioni diverse proprio perché ci sono state da parte del Garante delle prescrizioni che variavano. Anche questa non è cosa di poco conto ai fini dell'efficacia di un sistema di biosorveglianza. Altra questione: dipende da quanti soggetti scaricano l'App. Perché, a meno che non si faccia come in Qatar, dove c'è l'obbligo di scaricare l'App e in caso contrario c'è la carcerazione, dipende da quanti cittadini decidono di scaricare l'App, perché anche qui i numeri fanno la differenza. Altra questione è il tracciamento. Si è verificato che il tracciamento ha una validità nei Paesi in cui – e sono stati pochi, in realtà, nel mondo dove si è riusciti a fare un tracciamento - in cui il numero di contagi è rimasto entro determinate soglie. Oltre determinate soglie diventa impossibile tracciare, ma non per l'incapacità di coloro che tracciano, ma per l'impossibilità materiale di procedere al tracciamento. Anche questo è un elemento, a mio avviso, da tenere in considerazione, facendo i ragguagli, i paralleli, i paragoni tra i vari Paesi nel mondo che sono riusciti a fare il tracciamento e il numero effettivo di contagi.

Ecco, tutta questa serie di considerazioni le faccio anche in vista del futuro, della stagione che ci sarà autunnale perché appunto questa Commissione a mio avviso nasce anche con l'intento di cercare di capire, proprio perché è una situazione inedita, quali siano le soluzioni migliori per affrontare anche il futuro.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Non so se volevate aggiungere qualcosa, mi pare di no, non credo.

Collega Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Grazie, Presidente.

Solo due questioni che erano rimaste senza risposta, immagino perse tra le tante domande che vi abbiamo posto, quindi mi permetto di riproporle.

Mi pare utile, almeno per me, aver oggi capito che la Regione, attraverso l'Azienda Zero, si era dotata di due strumenti diversi, uno di biosorveglianza, immagino, più per gli addetti ai lavori, poi c'è il sito dell'azienda che lo ha realizzato, che ci dà una serie di informazioni su come funziona, quindi magari guardo lì, studio lì, evito di far perdere ulteriore tempo, però da quello che capisco si occupava appunto di fornire informazioni o, meglio, raccogliere dati da fonti diverse, rielaborarli e fornirli nella disponibilità di chi poi dovrà assumere delle decisioni ed aveva immagino un certo tipo di funzione e un altro strumento, un altro software, invece, era quello utilizzato per il monitoraggio e quindi per l'attività più direttamente rivolta ai cittadini e al rapporto tra sistema sanitario e cittadini, con la raccolta dati della positività, della sintomatologia e dell'eventuale guarigione. Questo mi pare utile.

La domanda però che avevo fatto da questo punto di vista è: il dato relativo ai letti occupati, sia normali che di Terapia intensiva, era uno degli elementi, uno dei dati tracciati tramite la piattaforma di biosorveglianza o c'era un ulteriore

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

strumento che aggiornava la percentuale di occupazione dei letti? Questa era la prima domanda.

E se il programma eventuale che tracciava o che teneva, diciamo, la contabilità dei letti occupati era in grado sia di dirci numericamente quanti erano occupati e se anche è in grado di dirci dove si trovavano gli eventuali letti liberi.

La seconda questione è: a me, almeno oggi è già più chiaro appunto il quadro di come venivano utilizzati i dati raccolti. Ma continuo a non spiegarmi come mai c'è una differenza, in particolar modo in una certa fase, così significativa tra i dati presentati dalla Presidenza della Regione e i dati raccolti dal Ministero della Salute. Non so se l'elemento modifica del software di appoggio e quindi quel mese e mezzo, diciamo di dato non aggiornato sui sintomatici può aiutarci a spiegare questa differenza, però, ripeto, nei primi di ottobre sul portale del Ministero la quota di asintomatici rispetto al Veneto si aggirava a poco meno dell'80%, mentre i dati che ci venivano fornite dalle autorità territoriali, ce lo fissavano addirittura intorno al 96%. Se mi aiutate a capire quale potrebbe essere la ragione di questa differenza.,

Ultima questione che mi è venuta in mente soprattutto in riferimento anche alle considerazioni che facevano alcuni colleghi. Dottor Toniolo, nella relazione che ci aveva fatto la volta scorsa, con una certa precisione ci ha rendicontato appunto la questione degli acquisti, o meglio, delle gare per gli acquisti dei tamponi. Saranno diverse anche sui reagenti, eccetera. Ne ha citate in particolar modo due, immagino quelle più importanti dal punto di vista economico. Volevo chiederle se c'è una ragione per la quale nella seconda gara soltanto la Regione del Veneto, mentre nella prima c'erano diverse Regioni e abbiamo fatto un bando cumulativo per diverse

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Regioni, nella seconda, invece, ho visto che riguardava soltanto la nostra Regione. Se c'è, secondo lei, una spiegazione o è soltanto una questione tecnica, se poi le altre Regioni, con i bandi successivi, hanno preferito andare in autonomia piuttosto che ricorrere al bando comune. Era una curiosità mia su questa questione della gara.

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)
Posso iniziare?

Presidente
Sì, certo.

Dott. Roberto TONIOLO (Direttore Generale di Azienda Zero)
Su questo punto non le so dare una risposta perché presumo che, fatta l'esperienza e l'impostazione della prima gara, le Regioni successivamente, perché dopo l'utilizzo dei tamponi e i consumi dei tamponi probabilmente sono stati anche diversi nelle varie Regioni, per cui l'arrivare al tetto di quantità e valore di tamponi acquistati insieme forse non è andato di pari passo. Faccio una considerazione stupida che non corrisponde al vero, ma solo per esemplificare: se io ho raggiunto il massimo acquistabile in dicembre e l'altra Regione invece ha avuto un andamento dell'utilizzo dei tamponi antigenici o per tipo o per quantità complessiva o singola diversa, a quel punto i tempi erano sfasati ed era anche difficile ripetere la gara assieme.
Probabilmente questa è una ragione. L'altra ragione è: fatta l'esperienza una volta, per adattarsi di più alle questioni regionali piuttosto complessi… magari non so, nel primo caso c'erano x centri in grado di gestire i tamponi e nella seconda

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

gara la Regione, la Lombardia piuttosto che il Piemonte piuttosto che la Toscana o il Lazio si sono organizzati in modo diverso con più centri, con più tipi del tampone, con diverse scelte sui tamponi. A quel punto entrano in gioco questioni di valutazione tecnico-organizzative di ogni Regione che forse giustificano il fatto che non si sia fatta la stessa gara un'altra volta.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))

Il tasso di occupazione è un calcolo, non è un numero. Io ricordo azienda ospedaliera che il numero di posti letto o nelle Terapie intensive, semi-intensive o nei posti ordinari non intensivi, cambiavano di giorno in giorno, di settimana in settimana. Quindi e ripeto: il tasso di occupazione è il numero di persone presenti in un certo periodo di tempo rispetto al totale dei posti disponibili. Questo è il tasso di occupazione ed è un calcolo: un giorno può essere il 90%, se il giorno dopo entrano tante persone, ne escono poche sale e viceversa. Non è un dato statico, come invece sono gli altri; è un calcolo. Per cui lascio la parola all'ingegner Gubian e all'ingegner Giobelli, che forse hanno una risposta più precisa di questa, ma non mi preoccuperei personalmente se il dato è o non è nel sistema di biosorveglianza, perché è esclusivamente un calcolo.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Certo, ma era per precisare. Naturalmente, è un calcolo che però può incidere non solo sull'RT, ma incide anche sulla capacità di risposta dal punto di vista sanitario che abbiamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in questa regione. Immagino che non ci fosse una persona che tutte le mattine andava a contare i letti occupati e i letti liberi, immagino che ci fosse un luogo virtuale in cui questi dati quotidianamente venivano aggiornati. Volevo capire se quel dato era inserito dentro uno dei software di cui abbiamo parlato oggi, o se c'era un altro software. Era solo questa la domanda.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))

Vi dico come funzionava. In realtà, c'erano due sistemi che rilevavano i dati dei posti letto di terapia intensiva e di sub-intensiva: uno molto più rapido, che era quello utilizzato anche da chi poi doveva allettare i pazienti, soprattutto in terapia intensiva, era utilizzato per vedere in Veneto dove stavano i posti letto liberi in terapia intensiva. È un dato che non richiedeva l'indicazione del nominativo della persona, ma richiedeva che ogni terapia intensiva tempestivamente andasse a indicare che quel suo posto letto era occupato o non occupato. Qui è richiesta prima un'attività che è stata coordinata dal dottor Rossi, ha richiesto di mappare tutti i posti letto presenti; parliamo delle terapie intensive, poi la stessa cosa è stata estesa anche alle sub-intensive. Quindi, ve lo potete immaginare come un enorme foglio Excel, dove ogni colonna è una terapia intensiva; sono colorate le righe di quella colonna a seconda della tipologia dei posti letto: Covid, no-Covid e via dicendo. Venivano indicati come occupati quei posti letto che venivano di volta in volta occupati o venivano liberati. Questo era immediato, anche per la terapia intensiva da fare era a costo, in termini di tempo, molto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

basso: entravano, indicavano che quel posto letto era stato occupato o che si era liberato, le diverse tipologie. Questo era il dato più celere ed era utilizzato dalle persone che avevano bisogno di posti letto in terapia intensiva, per vedere dove c'era il posto letto libero. Questa, ovviamente, era una rilevazione molto rapida, che ha funzionato anche molto bene. Un'altra fonte (però il dato arrivava con un lieve ritardo) è sostanzialmente il software di ONIT utilizzato dai Dipartimenti di prevenzione degli ospedali: quando una persona veniva ospedalizzata e andava seguita in termini di stato clinico anche in ospedale, all'interno di questo software - quindi non del sistema di biosorveglianza in senso stretto, ma del software utilizzato per fare il contact tracing, l'indagine epidemiologica e rilevare lo stato clinico del paziente – in questo software, gestito da ONIT, come dicevo prima, si doveva indicare, quando veniva ricoverato, il reparto dove era stato ricoverato e il reparto si tirava dietro la tipologia di reparto; tipicamente un ricovero, o una sub-intensiva, o un'intensiva. Siccome nei momenti di picco, in cui i ricoverati erano tanti, questo dato subiva un po' di ritardo nel caricamento, nel senso che prima pensavano a ricoverare il paziente e poi andavano a segnare, anche il giorno dopo, magari, che era stato ricoverato, questo serviva più per tracciare il singolo caso, il singolo paziente, ma non per vedere a colpo d'occhio dove c'erano posti letto liberi di terapia intensiva e di sub-intensiva, dove in realtà si usava l'altro sistema. Quindi, in realtà, c'erano due sistemi di rilevazione: uno molto rapido, sui posti letto di terapia intensiva, e l'altro che serviva per la tracciabilità del paziente, che era uno dei sistemi che avevo già citato prima, quello utilizzato per l'indagine epidemiologica, il contact

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tracing, per la rilevazione dello stato clinico. Questo per dare la risposta, in particolare, alla domanda sui posti letto. C'era dell'altro? C'erano altre cose?

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Scusi, se riusciamo a darci una spiegazione su come mai c'era questa differenza significativa rispetto ai dati degli asintomatici, tra i dati del Ministero della Salute e i dati, invece, che venivano forniti nel bollettino quotidiano. C'è una differenza significativa, che non mi sembra spiegabile con la comprensibile traslazione in avanti di qualche ora o di qualche giorno dell'aggiornamento.

Presidente
Dottore, era la domanda che avevo fatto all'inizio, era un po' quello che ci aveva detto la dottoressa Russo.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))
Però, ripeto, si possono fare ipotesi. Adesso posso solo dirvi che, in realtà, come dicevo prima, bisogna capire come veniva interpretata nei diversi invii che vengono fatti l'assenza di sintomi. L'assenza di sintomi , quando il dato non è raccolto e la pratica non è aperta, può essere interpretata in due modi: o il dato non è rilevato - e ha un significato - o, visto che l'assenza di sintomi… ovviamente, l'assenza di sintomi, se rilevati nel sistema, vuol dire asintomatico; mentre l'assenza di sintomi, se non rilevati, vuol dire semplicemente che il dato non è stato rilevato. Io non vorrei che forse la differenza di percentuali stia in questa ambiguità, che magari

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nei diversi invii fatti, nelle diverse elaborazioni fatte, non è stata interpretata completamente allo stesso modo. È un tecnicismo, ma non so se vi è chiaro. Il fatto che non fossero stati indicati dei sintomi può essere legato al fatto che per l'indagine epidemiologica non ha sintomi, oppure che non ha ancora fatto l'indagine epidemiologica e, quindi, il dato è semplicemente non rilevato. Bisogna capire come questa fascia di pazienti, che sono quelli che erano assoggettati al ritardo, nelle diverse lavorazioni che vengono fatte, sono stati… Cioè, come l'assenza di questi dati è stata interpretata.

Presidente

Un'unica cosa mi permetto, solo per venirci incontro: credo che la frequenza dell'aggiornamento dei dati, da quello che capisco, era sulla base dei dati, chiaramente, che vi mandava l'ULSS; da quello che vedevamo dai report, era giornaliera, se non sbaglio. Forse un confronto tra quelli che erano… non so se poi, successivamente, ci sono state delle rielaborazioni sui dati pubblicati, sulla base magari di questi scostamenti che, comunque, sono pubblici, sono emersi anche dall'audizione che era stata fatta con la dottoressa Russo. Quindi, non so se ci fossero delle elaborazioni successive - lo chiedo a voi - che magari possono aiutare anche ad un'analisi comparata e, dall'altro, se esistono dei criteri di verifica e di coerenza dei dati magari ricevuti dall'ULSS, in modo che, magari, con un'analisi incrociata, è più facile dare una risposta.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))

Di analisi ne sono state fatte veramente tante, però qui

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

rimando a chi di mestiere fa quello; parlo sia della struttura della dottoressa Russo, che nel nostro servizio epidemiologico. Qui bisognerebbe fare una review dei dati e delle elaborazioni fatte all'epoca, per dare davvero una risposta.
La mia è un'ipotesi, sia chiaro, perché ovviamente conta anche molto come gli operatori hanno utilizzato il (inc.) *come* si diceva anche prima. Quindi richiederebbe un'analisi, per una risposta che sia quella giusta.

Presidente
Va bene. Semmai, tra le richieste puntuali che faremo, andremo a chiedere anche questi aspetti, proprio per capire meglio le domande che vi abbiamo fatto e che non sono riuscite a trovare risposta; ma avremo anche modo di capire meglio con il SISP e con Microbiologia alcuni dati, alcune rilevanze che sono emerse nelle audizioni, ma che non abbiamo ancora compreso, come conseguenza.
La collega Bigon voleva intervenire. Poi, qualcun altro vuole intervenire? La collega Camani vuol fare una specifica adesso? Okay.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente e grazie ancora voi.
Io ritornerei ai sistemi appunto di software di cui parlavamo prima, quella migrazione dei dati che abbiam detto con lettera che ho visto di dell'8 di ottobre, del 10 di ottobre, tra il sistema Pic-19 e il SIAVR. Ecco, nel verbale della dottoressa Russo del 4 maggio emerge appunto che c'è stato, a un certo punto, lei parla di estate, la necessità di adeguare questo software proprio perché c'era l'esigenza di adeguarlo e dà una

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

serie di problematiche che prima… a un certo punto, quindi dice, "insieme ad Azienda Zero abbiamo adeguato anche quello che era il nostro software" e quindi da Pic-19 siamo andati a SIAVR.

Ecco, prima domanda, precisazione appunto di quello che abbiamo detto prima. Che problematiche ha creato questo sistema, quello precedente a quello aggiornato e quindi esattamente che problematiche sono emerse col Pic-19? Perché da quello che capisco era quello precedente, poi aggiornato al SIAVR. Questo è.

Poi io volevo una conferma di quello che è stato detto prima, ossia del fatto che lei diceva che probabilmente c'è stata una male interpretazione o comunque una sbagliata comunicazione, un'errata interpretazione nel senso che, se non veniva rilevata la sintomaticità o comunque non veniva contattata la persona, magari poteva essere inserito asintomatico.

Siccome che l'RT che si diceva prima è il rapporto tra sintomatici e asintomatici, questo insomma è la parte preponderante, comunque…

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))

No, l'RT è un calcolo diverso, non vorrei…

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Ma difatti volevo una precisazione in questo senso, prego.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))

Allora, l'RT è un calcolo complesso. Comunque, tornando alla prima domanda, poi arriviamo anche alla seconda, Pic-19/SIAVR, l'avevo spiegato prima, il Pic-19 si basava sullo sviluppo di un solo programmatorio all'interno di Azienda Zero, un dipendente di Azienda Zero, quindi in questo caso non un fornitore. A un certo punto erano necessarie diverse modifiche perché la materia stava evolvendo, anche tutte le regole che sono cambiate, le varie ordinanze e circolari del Ministero della Salute che sono uscite, richiedevano poi delle modifiche all'applicativo.

L'applicativo stesso, la cui base dati stava crescendo a dismisura, richiedeva delle operazioni anche di manutenzione. Una sola persona non era più sufficiente a stare dietro a tutte queste attività con rischio pure che doveva essere sempre presente perché, se per qualsiasi motivo c'era da fare una elaborazione su quei dati, un'estrazione di quei dati, sabato o domenica, a qualsiasi ora del giorno come è successo ed è successo diverse volte, bisognava ovviamente chiamarlo me scomodarlo senza dargli un attimo di respiro.

Questa è stata principalmente la motivazione che ha portato il cambio da Pic-19, che era un applicativo, ripeto, costruito internamente all'Azienda Zero, sulle forze di un dipendente di Azienda Zero, un programmatore e abbiano deciso quel punto di passarlo a un fornitore che era più strutturato perché ha un gruppo di programmatori e quindi, insomma, rende anche la gestione più robusta e ci faceva dormire anche tutti sonni più tranquilli.

Quindi il motivo principale per cui c'è stato il cambio da

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Pic-19 a FIAVR è stato quello: c'erano una serie di anche di evoluzione richieste che, sulle spalle di un solo programmatore, sarebbero state difficili a portare avanti nei tempi stretti che si chiedevano.

Attenzione perché il calcolo RT è un calcolo complesso.

Io qualche volta per semplificarlo uso questo esempio. l'RT si prende un mese di osservazione: il numero di pazienti positivi, nuovi positivi delle ultime due settimane diviso il numero di pazienti nuovi positivi delle due settimane precedenti. Ma è una semplificazione anche questa: in realtà RT è un calcolo statistico un po' più complesso.

Come incide la classificazione della… in più aggiungo anche che nel calcolo RT ci finiscono solo i pazienti sintomatici, quindi se uno toglie pazienti, ma se li toglie da entrambe le parti, sia al numeratore che al denominatore – so che il discorso è complesso, non pretendo che sia compreso così velocemente – il risultato non cambia. Quindi capire qual è l'impatto del sintomatico o non asintomatico nel calcolo dell'RT, è un azzardo dare una risposta di qualsiasi tipo, senza aver fatto un'analisi prima perché, se li tolgo da entrambe le parti, sia al numeratore che al denominatore, non cambia niente; se l'asintomatico lo tolgono solo dal numeratore o solo dal denominatore, chiaramente posso alzarlo o abbassarlo senza essermi reso conto di quello che sta succedendo. Quindi, ripeto, per dire qualcosa su come può impattare sul calcolo dell'RT, bisognerebbe mettersi lì con degli statistici, fare un'analisi, ricostruire in quel periodo che numeri si sono utilizzati e, a questo punto, arrivare a una conclusione. Non è una cosa che si può fare in una conversazione così, tra di noi, dove si fanno delle ipotesi.

L'RT è un rapporto: detto terra terra, è quanto un nuovo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

positivo genera, a sua volta, nuovi positivi, ovviamente in media, l'RT cerca di determinare questo. Per farlo, ci sono degli assunti di carattere statistico abbastanza importanti. Bisogna entrare nei meccanismi di calcolo della statistica non banale. Quindi, era solo questa la precisazione che volevo fare.

Sul numero degli asintomatici posso fare delle ipotesi, che vanno verificate, su cosa potrebbe essere successo; ma come questo abbia impattato sull'RT è tutta un'altra partita, dal punto di vista puramente statistico, matematico.

Presidente

Grazie, dottore.

La Consigliera voleva…?

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Spero mi perdoneranno sia la Presidenza che i colleghi, ma avendo l'opportunità di avere qui non solo il dottor Gubian, ma soprattutto il dottor Giobelli, e visti i fatti di cronaca di questi giorni, che hanno coinvolto la Regione Lazio, poteva essere l'occasione per chiedere a voi, che avete la responsabilità della gestione di un sistema così importante, in questo caso – lo diceva anche la Consigliera Venturini - cioè quello informatico, che giudizio date rispetto alla sicurezza dei nostri apparati e se, secondo voi, anche in Veneto potrebbe accadere ciò che è accaduto nella Regione Lazio. È una domanda fuori tema, mi rendo conto, ma penso che sia importante essere tranquilli, da questo punto di vista.

Presidente

Grazie.

Dottore, visto che poi andiamo in chiusura, le chiedo solo una cosa, perché spesso è emerso anche questo sulla stampa, ma arrivano diverse richieste; non so se possiate rispondere o meno sulla criticità di scaricare anche il Green Pass, perché quello che emerge è che il Ministero dice: noi non riusciamo ad avere, non ci arrivano o non visualizziamo i dati delle Regioni. Quindi, qual è il passaggio per il quale ci sono ancora queste criticità, al di là che poi si può scaricare in farmacia e, quindi, da un punto di vista poi operativo, si sono trovate delle soluzioni pratiche per andare oltre le criticità informatiche?

Nel chiudere, io vi ringrazio e rinnovo anche la richiesta di farvi avere in modo più chiaro alcune domande e alcune documentazioni, e anche magari i dati, se è possibile averli, dottor Toniolo, che lei citava all'inizio sul contagio; poi, possiamo scaricarceli anche dal verbale, ma se è possibile avere il report che ci aveva letto, in modo da poterlo visualizzare.

Per quanto riguarda, invece, le altre domande che le ho fatto sulla comparazione dei dati, le chiederemo, come ho già detto, a chi di competenza. Grazie.

Lascio la parola a voi.

Ing. Lorenzo GUBIAN (Direttore Generale Aria Spa Regione Lombardia (già Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero))

Dobbiamo rispondere a tutto il ragionamento? Mi sembra giusto.

Ing. Luca GIOBELLI (Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero)

Certo. Per quanto riguarda la sicurezza, chiaramente è un

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

problema che non vediamo solo adesso, è un problema noto. Si cerca di dare importanza alle funzionalità, magari si danno per scontate certe questioni di sicurezza e non è così. Quindi, il lavoro sulla sicurezza deve essere continuo, ma comunque non garantisce al 100 per cento. È un lavorare per migliorare sempre la sicurezza, ma senza mai avere la garanzia.

Quindi, sul fatto che possa succedere ad altre Regioni come la nostra, io non ho il dubbio che se qualcuno si dà come obiettivo di bucare qualche sistema informatico l'han fatto con la NASA, con la CIA e lo fanno anche con Regione Veneto e Regione Lombardia.

Poi, sul fatto che lavorando e migliorando il livello di sicurezza la cosa sia più difficile, quindi meno appetibile, questo sì, insomma, nel caso specifico, mi sembra di aver capito che sia stato legato a un problema di sicurezza sulle postazioni di lavoro, sul PC che ha infettato in qualche modo il sistema.

Per quanto riguarda il Green Pass: il Green Pass viene generato dal Ministero, quindi da SOGEI, noi forniamo tutti i dati e loro generano il Green Pass.

Si sono verificate diverse problematiche su cui abbiamo un dialogo aperto con il Ministero, ci sentiamo giornalmente per cercare di capire e inquadrare e sistemare, una delle più importanti è proprio legata al fatto che non è sufficiente l'invio del tampone positivo e poi negativo per certificare la guarigione, quindi il certificato al paziente, che è guarito e poi ha fatto una dose di vaccino non viene automaticamente generata sulla base dei tamponi forniti al Ministero, ma viene generato solo se è stata certificata da SISP per noi la guarigione, quindi questo è uno dei problemi più frequenti che abbiamo visto; tanto che si verifica sulle farmacie o no sulle

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

farmacie statisticamente non c'è differenza, perché i sistemi sono uguali.

Presidente

Grazie.

Intanto vi ringraziamo per le audizioni, ripeto vi faremo pervenire magari alcune richieste.

Io saluto anche chi ci sta ascoltando e ci rivedremo alla ripresa dei lavori, per cui adesso ci sarà la chiusura, poi ci rivedremo alla ripresa dei lavori e faremo un Ufficio di Presidenza per stabilire la data esatta.

Ricordando che il 31 c'è Consiglio, il 3 ci sarà una Seconda Commissione e quindi è probabile che noi ci vedremo il venerdì successivo, cercheremo di fare le Commissioni venerdì quando c'è Consiglio e magari il martedì quando non c'è Consiglio, perché altrimenti andiamo ad accavallarci con le altre Commissioni e diventa impossibile fare delle audizioni in tempi ristretti.

Quindi vi chiedo di tenervi liberi potenzialmente il venerdì successivo a quello del 03 settembre e poi ci riaggiorniamo, vi verrà comunicato a casa quello che sarà il calendario e quelle che saranno anche le tipologie di audizioni.

Se ci sono delle richieste, rimaniamo chiaramente come Ufficio di Presidenza a disposizione.

Grazie buona giornata a tutti e buona giornata anche a chi ci sta ascoltando dall'esterno.

Grazie.

La Seduta termina alle ore 13.27

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 5 del 14 settembre 2021

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Audizione sul sistema di tracciamento inteso come una delle azioni di sanità pubblica finalizzate alla prevenzione e il contenimento della diffusione del virus Covid 19 attraverso l'individuazione dei contatti di una persona risultata positiva a Covid-19 (mappatura luoghi e persone - tamponi), ai sensi dell'art. 54 del Regolamento con:

   - Direttore Generale Area Sanità e Sociale, Dott. Luciano Flor;

   - Presidente Istituto Superiore di Sanità, Prof. Silvio Brusaferro;

   - Direttore Dipartimento di Prevenzione Aulss n. 1 Dolomiti, Dott. Sandro Cinquetti.

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 5 del 14 settembre 2021

PRESENTI

Erika BALDIN (Movimento 5 Stelle)
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Fabrizio BORON (Zaia Presidente)
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)
Luciano SANDONA’ (Zaia Presidente)
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Enoch SORANZO (Fratelli d’Italia - Giorgia Meloni)
Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

ALTRI PRESENTI

(in modalità presenza)

Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile Segreteria della commissione speciale d’inchiesta)
Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 5 del 14 settembre 2021

AUDITI

(in modalità telematica)

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente Istituto Superiore di Sanità)
Dott.ssa Flavia RICCARDO (ricercatore Istituto Superiore di Sanità)
Dott. Patrizio PEZZOTTI (ricercatore Istituto Superiore di Sanità)

Presiede
Francesca ZOTTIS

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 5 del 14 settembre 2021

Sommario

Presidente..... 1
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 2
Presidente..... 2
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 2
Presidente..... 2
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 3
Presidente..... 3
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 3
Presidente..... 10
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 10
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 11
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 11
Presidente..... 11
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 11
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 13
Presidente..... 13
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 13
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 13
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 13
Presidente..... 14
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 14
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 15
Presidente..... 16
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 16
Presidente..... 21
prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente Istituto Superiore di Sanità)..... 21
Presidente..... 37
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 37
prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente Istituto Superiore di Sanità)..... 38
Presidente..... 40
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 40

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 5 del 14 settembre 2021

prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente Istituto Superiore di Sanità)..... 42
Presidente..... 45
prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente Istituto Superiore di Sanità)..... 45
Presidente..... 45
prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente Istituto Superiore di Sanità)..... 45
Presidente..... 45
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 45
Presidente..... 47
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 47
Presidente..... 48
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 48
Presidente..... 48
Dott.ssa Flavia RICCARDO (Istituto Superiore di Sanità)... 48
Presidente..... 51
Dott. Patrizio PEZZOTTI (Istituto Superiore di Sanità).... 51
Presidente..... 51
Dott. Patrizio PEZZOTTI (Istituto Superiore di Sanità).... 51
Presidente..... 52
Dott. Patrizio PEZZOTTI (Istituto Superiore di Sanità).... 52
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 54
Dott. Patrizio PEZZOTTI (Istituto Superiore di Sanità).... 55
Dott.ssa Flavia RICCARDO (Istituto Superiore di Sanità)... 57
Presidente..... 57
Dott.ssa Flavia RICCARDO (Istituto Superiore di Sanità)... 57
Presidente..... 57
Dott.ssa Flavia RICCARDO (Istituto Superiore di Sanità)... 57
Presidente..... 58
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 59
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 59
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 59
Presidente..... 62
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 62
Presidente..... 63
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 63
Presidente..... 73
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 73
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 74
Presidente..... 74
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 74

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 5 del 14 settembre 2021

Presidente..... 75
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 76
Presidente..... 76
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 76
Presidente..... 76
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 76
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 77
Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)..... 77
Presidente..... 81
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 82
Presidente..... 86
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 86
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 87
Presidente..... 89
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)..... 89
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 89
Presidente..... 91
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 91
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 92
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 92
Presidente..... 92
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 92
Presidente..... 94
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 94
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 95
Presidente..... 96
Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)..... 96
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 96
Presidente..... 98
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 98
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 98
Presidente..... 98
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 99

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 5 del 14 settembre 2021

Presidente..... 99
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 99
Presidente..... 99

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 5 del 14 settembre 2021

La Seduta inizia alle ore 10.45

Presidente

Grazie a chi è in collegamento e grazie agli auditi di oggi.

Iniziamo la seduta con l'approvazione del verbale della seduta precedente. Chi è a favore? Astenuti? Contrari? Nessuno.

Diamo per approvato il verbale della seduta precedente.

Oggi abbiamo come primo audito – lo ringrazio – il dottor Cinquetti, come riferimento del sistema del SISP Veneto.

Poi ci sarà il dottor Flor e il dottor Brusaferro, accompagnato da due dirigenti dell'Istituto superiore di sanità, che resteranno con noi per quanto riguarda l'audizione.

Iniziamo dal dottor Cinquetti. Gli chiedo, intanto, per iniziare, poi lascerò chiaramente spazio ai colleghi, se può un attimo darci anche una descrizione di quella che è l'organizzazione del SISP, di quelle che sono state anche le evoluzioni tra la prima, la seconda ondata e durante anche la prima ondata, i tempi di avvio dei protocolli, delle direttive, il ruolo delle definizioni e anche dei protocolli in ambito sanitario, sociosanitario, ma anche in ambito scolastico e lavorativo. Avremo modo di sentire anche l'Istituto superiore della sanità e le differenze tra i diversi ambiti e, come ho già detto, l'evoluzione dei protocolli in ambito proprio di tracciamento, che è il tema di oggi, criticità anche a seconda delle diverse ULSS, cioè se c'è stata una uniformità all'interno delle diverse ULSS o se ci sono state delle ULSS con maggiori criticità, con delle minori criticità e le motivazioni.

Per ora mi fermo qui. La ringrazio.

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 5 del 14 settembre 2021

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Buongiorno. Faccio una prova audio.

Presidente
Sentiamo bene. Perfetto. Grazie.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Buongiorno a tutti. Saluto, intanto il direttore Flor, che vedo presente. Preciso subito che io ho vissuto questa epidemia in ambito regionale, operando a cavallo tra due aziende sanitarie. Ho lavorato fino a giugno del 2020 nell'ULSS di Treviso, come direttore del SISP e successivamente ho lavorato a Belluno come direttore del servizio di igiene e sanità pubblica SISP e Dipartimento di prevenzione, posizione che ricopro attualmente.
Vi sto parlando da Belluno, quindi.
Questa epidemia è stata impegnativa per tutti. Nella prima fase, in qualche modo, i singoli servizi di igiene e sanità pubblica, immediatamente con l'impegno di tutto il Dipartimento di prevenzione o buona parte di esso, perché in qualche modo sono state arruolate sull'impegno epidemico anche figure non afferenti al servizio di igiene e sanità pubblica, afferenti ad altri servizi, dallo SPISAL ad altri servizi propri del Dipartimento di prevenzione a seguito dello sviluppo epidemico che è diventato via via…

Presidente
Dottore, mi scusi. Le chiedo se può stare più vicino al

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

microfono perché spostandosi parte un po' l'audio. Casomai possiamo – lo dico al sistema informatico – controllare di avere messo al massimo l'audio. Grazie.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Se adesso va meglio, sto fermo.

Presidente
Così va benissimo, grazie.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
La prima fase del percorso epidemico, che sembrava già di per sé molto impegnativa finché non abbiamo vissuto la seconda fase, che è stata certamente la più impegnativa, ha visto i servizi di igiene e sanità pubblica, sulla base degli indirizzi regionali che sono arrivati direi precisi e numerosi, soprattutto per l'impegno della Direzione regionale prevenzione diretta dalla dottoressa Russo, in questa prima fase i SISP hanno montato, sulla base peraltro di protocolli che avevamo già strutturato all'epoca della pandemia influenzale della fine dei primi anni Duemila, praticamente, nel 2009, se non ricordo male, esatto, avevamo già montato una risposta pandemica nel Veneto con dei buoni protocolli che ci hanno consentito di essere abbastanza veloci nella risposta alla prima fase pandemica.
Si è trattato di montare modalità di risposta alla fase pandemica classiche, che adesso sono diventate quasi conosciute alla popolazione generale, ma in realtà erano

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

risposte poco utilizzate, perché fenomeni di questo genere se ne sono visti assai pochi nella storia. In pratica, contact tracing, quindi il tracciamento dei contatti. Anzi, per precisione, presa in carico dei soggetti positivi. Chiaramente la presa in carico dei positivi è relativamente semplice quando i positivi emergenti ogni giorno sono pochi. Diventa molto impegnativa quando i positivi emergenti ogni giorno sono molti. La presa in carico che cos'è? Una telefonata al soggetto positivo che lo identifica come tale, lo conferma, che è seguita immediatamente da alcune raccomandazioni se la persona è a casa. Se è in ospedale, chiaramente, viene gestita dai colleghi ospedalieri. Se non è in ospedale, la centrale addetta al tracciamento dei contatti raccoglie dal positivo i contatti stretti e meno stretti ed esegue nei loro confronti un contatto telefonico. Nella prima fase i tamponi erano relativamente poco disponibili e venivano utilizzati con maggiore parsimonia; nelle fasi attuali ogni contatto, di regola, vede la somministrazione di un tampone cosiddetto di entrata nei primissimi giorni dopo il contatto telefonico e di uscita alla fine della quarantena, che adesso, come sappiamo, è differenziata per vaccinati e non vaccinati, sette giorni e dieci giorni.

Nell'epoca iniziale la quarantena per i contatti era di 14 giorni stabilmente, legati all'incubazione del virus Covid, che è massima di 14 giorni.

La prima fase è stata una fase molto impegnativa, in cui i servizi di igiene e sanità pubblica hanno messo a punto questa macchina organizzativa. Immediatamente, in parallelo a questo che era l'elemento principale, quindi presa in carico del positivo e tracciamento dei contatti, ha preso avvio l'offerta

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tamponi sul territorio, all'inizio non semplice e poi via via sempre più strutturata fino a un'ampia diffusione sul territorio regionale di Covid point a servizio di tutta la popolazione, in buona sostanza. Chiaramente, in primis della popolazione sintomatica, ma poi dei contatti di caso, dei sospetti per vari motivi, dei viaggiatori internazionali e oggi anche dei soggetti che chiedono il Green Pass in quanto non vaccinati. Generalmente è un percorso di gratuità piena fino agli ultimi provvedimenti che hanno previsto, per il rilascio dei Green Pass, queste tariffe che sappiamo essere tariffe agevolate, ma comunque tariffe che prevedono oneri per il cittadino.

Oltre all'offerta dei tamponi, progressivamente, quasi tutti i SISP, interessando il fenomeno scolastico, il fenomeno Covid, la scuola, hanno attivato dei percorsi privilegiati per i rapporti con ambiti specifici. In particolare, la scuola, le case di riposo in rapporto con il distretto socio sanitario e le Direzioni dei servizi sociali e altri ambiti speciali, il mondo produttivo, alcuni contesti particolari.

La pubblica amministrazione è stata oggetto di particolare attenzione nella prima fase. La prima fase, poi, si è in qualche modo raffreddata. Siano arrivati all'estate 2020 con una casistica molto molto contenuta, inferiore a quella che stiamo registrando in quest'estate 2021, pur in assenza di percorsi specifici, per arrivare poi all'autunno 2020, che ha visto il Veneto e la Provincia di Belluno, dove lavoro, l'Italia e il mondo intero coinvolti dalla cosiddetta seconda ondata epidemica, che è stata grande impegno, molto più impegnativa della prima ondata. Però, tutti i servizi di igiene pubblica, i Dipartimenti di prevenzione, le aziende sanitarie,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

la Regione con ruolo guida avevano ormai, anche se nel post estate si è dovuto rapidamente mettere a punto modalità un po' più raffinate e strutturate di risposta, avevano ormai un sapere specifico in grado di affrontare questa seconda fase epidemica.

Credo che, nonostante l'imponente casistica, pur con alcune difficoltà evidenti in ULSSL che registravano 1.000-1.500 casi al giorno, quindi casistiche imponenti, tutto sommato presa in carico e tracciamento dei contatti non sono mai andati incontro a un fallimento totale. In alcune altre parti del Paese alcuni colleghi hanno dichiarato la resa perché non è facile prendere in carico 1.000, 1.500 persone al giorno in un'azienda sanitaria, garantire ad esse il tracciamento dei contatti, la sorveglianza sanitaria. Ricordiamoci che l'impegno grande era quello di tenere queste persone a casa perché come sappiamo uno dei determinanti degli eventi negativi del Covid almeno nella prima fase è stato un'ospedalizzazione più vivace, specialmente in alcuni contesti, assai meno nel Veneto dove l'ospedalizzazione è stata molto più limitata rispetto ad altri contesti del Paese e l'ospedalizzazione sappiamo che per le malattie senza terapia non è mai diciamo raccomandata come prima linea di risposta epidemica. Bisogna fare ogni sforzo per tenere la gente a casa. Questo è accaduto.

A parte alcune realtà con ripeto numeri imponenti, noi stessi a Belluno ci siamo trovati sotto Natale, poco prima, con 300, 320 casi al giorno. Capite bene che per quanto la Centrale Operativa addetta alla presa in carico sia ben fornita con 6, 7 operatori che lavorano in linea dalla mattina fino alla sera, ricordo che per esempio a Belluno abbiamo una centrale attiva fin da subito H12, sette su sette, quindi grande impegno,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

chiaramente misurando gli operatori che vi lavorano per la presa in carico e il tracciamento dei contatti misurati sul numero di casistiche. Oggi abbiamo 20, 25, 30 casi al giorno, quindi sono chiaramente gestibili da 3, 4 operatori, ma anche se, e ne avevamo 7, 8 attivi, quando si gestiscono 300, 350 casi al giorno è evidente che qualche rallentamento nella presa in carico è del tutto inevitabile. Alcune ULSS, e la Regione ha fatto un protocollo specifico in questo senso, avevano attivato all'epoca in maniera molto intelligente, devo riconoscere – beh, riconoscere, ho contribuito anch'io, ho lavorato anch'io come gruppo di lavoro - con la cosiddetta presa in carico precoce. Insisto molto su questo punto perché la presa in carico del soggetto positivo è fondamentale.

Cos'è la presa in carico precoce? Una telefonata rapida non seguita dai soliti 25, 30 minuti di colloquio finalizzati all'individuazione dei contatti, ma finalizzata a due cose molto rapide: buongiorno, sei positivo, rimani a casa fermo immobile, non uscire di casa, compila una lista di contatti, avvisali rapidamente che non si muovono da casa, li raggiungeremo telefonicamente nei prossimi giorni.

Questa cosiddetta presa in carico veloce o fast è stata adottata via via da varie ULSS e ha consentito di far fronte anche a numeri abbastanza consistenti. Questo è un po' quello che è accaduto nell'ambito dei SISP. Come dicevo tutti i SISP, tutti i Dipartimenti di Prevenzione del Veneto hanno montato nella seconda fase epidemica un'offerta tamponi imponente sul territorio, basta vedere i numeri di tamponi registrati anche oggi con livelli di offerta estremamente diffusi e con un'accessibilità molto, molto ampia, questo è stato appunto gestito dai Dipartimenti di Prevenzione dei servizi di Igiene

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e Sanità Pubblica, e non c'è dubbio che questa offerta molto diffusa è stata anche uno dei indeterminati positivi, dico io, del numero consistente di soggetti positivi, paucisintomatici o asintomatici che hanno consentito in qualche modo di rallentare il percorso epidemico perché il pericolo principale in queste fasi epidemiche è lasciare per strada un positivo che non sappia di esserlo. Certamente qualcuno l'abbiamo lasciato per casa perché non sapendo di esserlo non ha ritenuto di fare un tampone, però in molti casi siamo riusciti ad intercettare positività non conosciute bloccando quindi in casa la persona ed evitando un'ulteriore diffusione epidemica. Tutto questo ci ha portato a dicembre del 2020 quando progressivamente tutti i servizi di Igiene e Sanità Pubblica hanno montato quella che è stata la più grande campagna vaccinale della mia memoria. Sono quasi quarant'anni che lavoro in Sanità e Sanità pubblica, faccio l'igienista, e questa è certamente per quantità, qualità, caratteristiche, velocità di sviluppo, attenzione alla popolazione generale la più grande campagna vaccinale che sia mai stata condotta dalla Sanità pubblica negli ultimi penso 100 anni, anche forse di più, almeno dall'epoca dell'offerta della vaccinazione antivaiolosa. Forse con l'antipolio abbiamo fatto qualcosa di simile negli anni Sessanta, però fino ai giorni nostri grandi fenomeni vaccinali con le caratteristiche di quelli attuali non li abbiamo avuti. Quindi progressivamente, come dicevo, i servizi di Igiene e Sanità Pubblica aiutati dalle altre strutture dell'azienda, perché sono intervenuti operatori dall'ospedale, operatori dai distretti sanitari, dagli altri servizi del Dipartimento di Prevenzione, liberi professionisti messi a disposizione da Azienda Zero, liberi professionisti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che sono arrivati tramite la Protezione Civile, cioè una grande forza sostenuta anche dalla Protezione Civile nazionale, regionale e locale che progressivamente ha spostato non la totale attenzione, ma una buona parte dell'impegno di contrasto epidemico dagli strumenti classici che sono ancora attivi e che sono fondamentali, cioè presa in carico, tracciamento dei contatti, sorveglianza attiva, isolamento, quarantena, cioè tutti le disposizioni contumaciali verso l'offerta vaccinale.

L'offerta vaccinale, come sappiamo, non risolve totalmente il rischio epidemico, risolve quasi totalmente il rischio di malattia grave di morte, però lascia un 10-15% di soggetti vaccinati, specie fra le persone con un sistema immunitario non brillantissimo come gli anziani, dotati di una copertura immunitaria post vaccinale non brillantissima, che li espone quindi ancora a riacquisire l'infezione. È ovvio che questa impressione di regola è meno grave e quindi in qualche modo il rischio di morte, di ospedalizzazione è ridotto, ancora oggi non possiamo, come dicevo, smontare tutto il percorso di contrasto epidemico classico che del resto trova radice a Venezia nel 1500, insomma, la gestione della peste si faceva nello stesso modo, isolamento dei contatti quarantena, isolamento dei soggetti con positività e quant'altro. All'epoca non avevamo strumenti laboratoristici, adesso abbiamo tamponi rapidi, tamponi molecolari, tamponi salivari, diciamo una strumentazione diagnostica molto potente.

Ultima osservazione, perché ho visto che era tra le riflessioni che mi sono state proposte, i laboratori di microbiologia che generalmente diciamo erano laboratori specialmente nelle realtà più piccole con impegno diagnostico medio, non certo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

impegno diagnostico da laboratori ad altissimo utilizzo, hanno avuto uno sviluppo enorme. Sono passati anch'essi rapidamente dalla capacità di diagnosticare, per esempio a Belluno, 100, 150 tamponi al giorno ad essere in grado di gestire 2.000 tamponi molecolari al giorno, quindi raddoppiare del 2.000% la capacità produttiva. Sembra tutto facile, sembra tutto scontato, ma posso assicurare che si è trattato di piccoli passi continui e di sforzi organizzativi che forse un giorno dimenticheremo, ma per ora sono ancora ben presenti.
Mi fermerei qua, disponibile a qualunque tipo di domanda, ragionamento, riflessione aggiuntiva.

Presidente
La ringrazio.
Ne approfitto anche, oltre a risalutare il dottor Flor, per salutare il dottor Pezzotti e il dottor Brusaferro che sono collegati.
Adesso passo la parola ai Commissari. Chiedo, se possibile, essere sintetici visto anche i tempi e la presenza anche del superiore di Sanità, il dottor Flor, grazie.
Collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Grazie al dottor Cinquetti per la disponibilità a partecipare alla Commissione d'inchiesta prima di tutto. Io le farò delle domande precise, nel senso cercherò appunto di chiederle magari di intervenire anche in maniera diciamo sintetica perché a partire dalle altre Commissioni, quelle precedenti del 4 maggio e del 13 luglio la dottoressa Russo ha confermato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- sto prendendo i virgolettati del verbale - che tra il mese di ottobre e la prima settimana di novembre, quindi un mese e una settimana, il sistema di tracciamento in Veneto è saltato per il numero dei casi che venivano definiti positivi, nuovi positivi ogni giorno, lei dice, arrivando fino a 5.000.
Io le chiedo conferma che in quel periodo lì il sistema di tracciamento sia saltato in Veneto. Seconda cosa…

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
No, il sistema…

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie. Poi le farò il resto della domanda.

Presidente
Dottor Cinquetti, prego.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Il termine "saltato" è un termine poco tecnico, nel senso che il sistema di tracciamento sarebbe saltato se avessimo avuto un blackout informatico totale e quant'altro. Posso attestare, perché ero presente a Belluno nel pieno della fase epidemica, che 5.000 casi al giorno in Veneto uguale 200 casi al giorno a Belluno. Confermo che questa era la casistica che registravamo in quell'epoca. Poi si è arrivati anche a 250-300. Nel mese di settembre-ottobre, alla ripresa della casistica, quasi tutte le ULSS hanno rimesso in piedi ciò che avevano in qualche modo messo nel cassetto nel periodo estivo,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vale a dire la centrale organizzativa, come ho detto, del SISP addetta alla presa in carico, al tracciamento dei contatti, alla sorveglianza attiva. Poi possono anche spiegare i significati, ma in parte l'ho già detto, di queste tre definizioni.

La definizione che il sistema di tracciamento è saltato non la condivido. Il sistema di tracciamento è andato in difficoltà in alcune ULSS, compresa anche la mia, perché 200 casi al giorno, come dicevo, non consentono una presa in carico entro 24 ore. È difficile riuscire a chiamare 200 persone al giorno a Belluno da parte di un'équipe di quattro, cinque, sei ragazzi molto competenti nel giro di 24 ore. La telefonata a questo soggetto positivo e, conseguentemente, il tracciamento dei contatti di questa persona, vale a dire con chi è venuto in contatto nelle ultime 48 ore, domanda chiave, questa cosa qui poteva arrivare a 48 e, in alcuni casi, a 72 ore. Alcune ULSS di grandi dimensioni, come Padova, Verona e Treviso, che devono gestire un milione di abitanti e che dovevano gestire 1.000 casi al giorno, è evidente che hanno avuto qualche difficoltà nella presa in carico e nel conseguente tracciamento dei contatti.

Come dicevo, la Regione del Veneto, l'abbiamo sperimentato in alcune ULSS, compresa la mia, ha attivato per queste situazioni la presa in carico fast, veloce, cioè telefonata rapida: caro positivo, resta a casa, compila la lista dei contatti, avvisa queste persone che a loro volta stiano a casa e aspettino la telefonata dell'ULSS.

Qualche sbavatura c'è stata, ma dire che il sistema di tracciamento dei contatti è saltato non è condivisibile, perché i contatti nella mia ULSS e in molte altre ULSS sono

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

stati raggiunti in modo adeguato o forse leggermente ritardato, con discreta completezza.
"Saltare" vuol dire che non abbiamo raggiunto nemmeno uno, ma questo chiaramente non risponde alla verità.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Vorrei intervenire.

Presidente
Sonia Brescacin. Poi farei concludere la collega Ostanel con le domande.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Intervengo proprio su questo. Intanto saluto il dottor Cinquetti. Ho piacere di rivederla, anche se attraverso un video.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Buongiorno. La chiamo ancora Sindaco, perché lavoravamo insieme.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Abbiamo bei ricordi.
Intervengo su questo, ma non per questo motivo specifico, perché ormai in più Commissioni ho sentito porre le domande richiamando sempre i verbali di altre audizioni di persone che non sono qua presenti, richiamando in pochissime parole, dando quindi un senso che, secondo me, invece, andrebbe contestualizzato, venendo realmente quelle che sono state le

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dichiarazioni, che vanno comunque contestualizzate all'interno di un'audizione che è ben più lunga di tre parole che vengono riassunte.

Penso che ognuno dei Commissari possa porre comunque le domande che ritiene di porre in modo legittimo, in modo corretto, ma con un sistema che non fa…

È come fa un far intendere qualcosa che poi, insomma, andrebbe meglio contestualizzato e meglio delineato, anche perché, tra l'altro, abbiamo chiesto al dottor Cinquetti, cosa che io personalmente non condivido, di dare delle risposte brevi.

Io penso che, invece, come tutti gli auditi, hanno lavorato per quasi due anni sulla pandemia, li stiamo chiamando in Commissione, porremo tutte le domande come abbiamo fatto l'altra volta, peraltro ripetute più volte, e quindi possiamo anche avere la disponibilità per ascoltare.

Dopodiché ognuno farà le proprie domande. Però, il sistema del richiamare sempre interventi di altre persone che, secondo me, andrebbero contestualizzati e fatti correttamente, personalmente, mi sento di dirlo, in modo che resti anche a verbale. Poi ogni Commissario è responsabile di se stesso e farà le proprie azioni.

Presidente

Ripasso la parola alla collega Ostanel, per chiarire.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie, Presidente.

La citazione della dottoressa era sul periodo, perché volevo essere precisa sul periodo, che era il mese di ottobre e la prima settimana di novembre. Mi sembra importante

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

contestualizzare un periodo. La parola "saltato" deriva dal fatto che, come ha detto lei, intendo che è entrato in forte crisi, e questa è un'altra cosa che emerge dai verbali.
Mi rivolgo alla collega Vicepresidente. Semplicemente credo che nel mio lavoro di Commissaria, l'idea di prendermi tutti i verbali, di ricostruire un filo rosso tra tutte le sedute che stiamo facendo per cercare di arrivare davvero a definire che cosa ha comportato che in quel periodo, cioè un mese e una settimana, ci fosse un difficile lavoro delle persone dentro le ULSS a tracciare il perché magari si è arrivati a non riuscire a tracciare in tempo tutti credo che sia proprio il compito di un Commissario all'interno della Commissione.
Vado avanti con le altre domande al dottor Cinquetti.
La ringrazio della precisazione rispetto alla difficoltà di tracciare in quel periodo, pur dicendo lei che il sistema non era saltato. Volevo chiederle due questioni sul contact tracing rispetto a come le persone che non riuscivate a contattare venivano poi definite all'interno del sistema, altra cosa di cui abbiamo parlato con i vari auditi di questo periodo dedicato al tracciamento. Le persone che non si riuscivano a prendere in carico, a telefonare in maniera veloce le chiedo se sa come poi venivano identificate all'interno del sistema rispetto alla questione asintomatico o sintomatico.
L'altra questione è sul personale.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Posso cercare di rispondere. Se mi consente di rispondere è meglio, perché poi accumulo troppo.

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 5 del 14 settembre 2021

Presidente

Dottor Cinquetti, prego.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)

Vorrei tornare indietro un attimo, se mi consente, Consigliere.

Ringrazio il consigliere Brescacin. Sono occasioni anche per chiarirci tra persone che hanno affrontato questa fase pandemica con ruoli diversi.

Se dovessi dire che cosa è stato reso più difficile dello sviluppo epidemico tumultuoso di ottobre prima quindicina di novembre… Piccolo inciso, lo sviluppo tumultuoso di qualunque fenomeno mette in difficoltà qualunque organizzazione chiamata a rispondere al fenomeno.

Se dopodomani l'Adige erompe chiaramente ci vuole un po' di tempo per montare – dico l'Adige perché sono veronesi di origine - la risposta e perché è il fiume più grosso della nostra Regione. Questo è quello che è accaduto. Ci siamo trovati di fronte a una piena epidemica che ha richiesto risposte straordinarie, non risposte ordinarie. Ripeto, il sistema non è saltato. Ciò che abbiamo rallentato è stata la sorveglianza attiva. Mi sia consentito fare chiarezza su questi tre termini. Presa in carico. La presa in carico è la telefonata chiave che si fa a un soggetto positivo quando il sistema informatico registra una positività al tampone molecolare, quindi il soggetto positivo al tampone molecolare viene preso in carico in quanto viene definito soggetto Covid positivo. Tra l'altro la definizione di soggetto Covid positivo attesta la malattia perché il Covid ha come

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

definizione di caso la positività a un tampone. Può essere anche asintomatico, quindi la definizione, anzi in molti casi lo è, di malattia è un po' larga, ma noi definiamo un soggetto affetto da Covid con tutto ciò che ne deriva, compreso il rilascio del Green Pass attualmente, quando il soggetto ha registrato una positività. Questa persona riceve una telefonata che gli chiede uno, come stai nel senso che se le condizioni cliniche sono critiche chi fa questa telefonata raccomanda alla persona di rivolgersi a una struttura in grado di gestire clinicamente la situazione, che va dal medico di famiglia al 118 nei casi più impegnativi. Ci sono persone che rimangono a casa ritenendo di poter stare a gestire anche sintomatologie importanti. Questa è una cosa che ha una finalità di tutela della persona positiva, che è un malato in alcuni casi, e di tracciamento dei contatti di questa persona. La seconda telefonata dopo essersi assicurato che la persona sia in posizione di rimanere a casa e di averli prescritto l'isolamento, di 14 giorni all'epoca, prescritto l'isolamento formale, quindi sostanzialmente mettere la persona agli arresti domiciliari perché di questo si tratta, con segnalazione alle Forze dell'Ordine che la persona è soggetta all'isolamento, quindi ha il provvedimento contumaciale più pesante che si possa immaginare. La seconda domanda è con chi sei venuta in contatto nelle giornate precedenti l'esordio dei sintomi, se presenti, o nelle giornate precedenti la positività al tampone. Questa persona di regola elenca alcune persone che vengono registrate dalla centrale organizzativa e che a loro volta vengono raggiunte da una telefonata. A volte queste persone sanno già di questo perché il positivo le ha già semi avvisate o hanno vissuto insieme, una cena o quello

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che è. Questa telefonata a queste persone, i cosiddetti contatti, ha come finalità principale di porre in quarantena i contatti stretti, cioè dire caro mio anche tu sei agli arresti domiciliari non come positivo ma come contatto, farai il tampone oggi e ne farai uno all'uscita dalla quarantena, e raccomandare che in caso di insorgenza di sintomatologia queste persone eseguano un tampone rapidamente e chiaramente non vengano in contatto con nessuno nemmeno a domicilio.

La terza linea di lavoro che la centrale organizzativa addetta alla presa in carico e contact tracing mette in atto è la cosiddetta sorveglianza attiva, cioè ogni caso e ogni contatto se son secondo le linee guida più avanzate dovrebbe ricevere una telefonata frequente. Quindi non la telefonata di inizio e la telefonata di fine isolamento o di fine quarantena, ma anche due, tre telefonate intermedie che hanno come finalità principale di rinforzare l'indicazione di rimanere a domicilio e come finalità accessoria non meno importante raccomandare che in caso di insorgenza di sintomatologia la persona resti a casa e faccia un tampone molecolare o verificare nel positivo se sono insorti sintomi che rendano necessaria una valutazione medica perché ricordiamo che queste persone sono a casa, quelli in ospedale vengono gestiti chiaramente in ambito ospedaliero. Poi a queste persone spesso abbiamo mandato i positivi di USCA o altre figure diciamo sanitarie.

Quello che è andato in difficoltà in quel periodo, ma senza una precisione così netta, prima settimana di novembre, sono stati uno, due mesi faticosi, ma non sono mica finiti, fino a Natale, gennaio e nemmeno adesso sono finiti purtroppo. Quello che abbiamo rallentato è stata la sorveglianza attiva che non è un elemento operativo chiave, chiave sono la presa in carico

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e il contact tracing. La sorveglianza attiva l'abbiamo un po' rallentata.

Concludo anche nel dire che molte ULSS, la mia e altre, nei momenti di massimo arrivo di positività hanno messo in campo la presa in carico veloce, come dicevo prima, rapida, fast, cioè la persona positiva veniva raggiunta da una telefonata, sapevamo bene che eravamo in difficoltà a chiamare rapidamente tutti i contatti di questa persona, ma raccomandavamo al positivo di raggiungere lui telefonicamente tutti i contatti secondo una lista che lui doveva produrre e raccomandare a queste persone di rimanere a casa e di assicurare ad esse che sarebbero stati raggiunti da una telefonata dell'azienda sanitaria, telefonata che arrivava nel giro di 2, 3, a volte quattro giorni, a volte 5, qualche volta nelle realtà travolte dalla fase epidemica anche 5, 6. Questo è stato l'elemento, ma la persona era a casa perché chiaramente il positivo che ti avvisa, sei un mio contatto, resta a casa, o sei diciamo un personaggio strano, e ce ne sono, rarissimi, ma ci sono, o resti a casa e aspetti pazientemente che arrivi la telefonata dell'ULSS. A volte queste persone facevano tamponi a giorni alterni mettendoci un po' anche cinquant'anni che erano in ansia, ma non direi che il sistema di tracciamento e di presa in carico dei contatti sia fallito. È un sistema che ha avuto delle difficoltà, dei rallentamenti, non lo definirei fallito.

Come vengono gestiti i contatti? Come ho detto prima, questa è la domanda, Consigliere, che mi ha fatto. Come venivano gestiti i contatti? I contatti di regola vengono gestiti immediatamente dopo la segnalazione del positivo che ha prodotto l'elenco dei contatti. Quindi nell'ipotesi che io sia positivo mi arriva la telefonata dell'ULSS, segnalo che sono

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

venuti in contatto con 5, 6 persone, di solito sono familiari o persone con cui ho trascorso qualche momento sociale, amici con cui sono venuti in contatto. Segnalo questi nominativi. La centrale addetta al contact tracing li chiama uno per uno. Oggi in quasi tutto il Veneto questa chiamata avviene nel giro di 24, 48 ore. Nei momenti difficili abbiamo ritardato questa chiamata, ma, ripeto ulteriormente, queste persone venivano avvisati dallo stesso positivo di rimanere a casa. Quando arriva questa telefonata il contatto riceve la raccomandazione di eseguire un tampone se non lo ha fatto, la raccomandazione di rimanere a casa, ma riceve il provvedimento contumaciale che si chiama quarantena, cioè gli arresti domiciliari e il suo nominativo viene iscritto e se per caso questo esce la Polizia lo trova si chiama violazione della quarantena che non è una cosa da scherzo perché è una violazione grave dal punto di vista anche giuridico. Gli si dà già l'appuntamento per il tampone di uscita conclusi i 10 giorni, attualmente 7, ma all'epoca erano 10, nei momenti difficili siamo arrivati a 14 con l'arrivo delle prime varianti, il contatto veniva cosiddetto liberato a meno che nel frattempo non avesse sviluppato sintomatologia e fosse passato dalla condizione di contatto alla condizione di caso facendo ripartire col sistema dei cerchi concentrici il sistema del trattamento.

Questa è la gestione del contatto. È relativamente semplice dal punto di vista tecnico. Quando i numeri sono importanti ci sono persone, ad esempio una squadra di calcio, una positività significa 25 contatti se hanno fatto l'allenamento insieme il giorno prima. Non è semplicissimo 25 ragazzi raggiungerli nel giro di poche ore, ma è evidente che l'allenatore di quella squadra ha avvisato che ha una positività al suo interno,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

immediatamente paralizza l'intera squadra e raccomanda a tutti di stare a casa. Poi la telefonata dell'ULSS arriva con tutti gli elementi formali che la caratterizzano.

Presidente
Dottor Cinquetti, la ringrazio.
Ho avvisato anche i Commissari perché il dottor Brusaferro poi ha un altro impegno e resteranno anche con noi per le domande ulteriori la dottoressa Riccardo e il dottor Pezzotti che ringrazio, quindi onde evitare di perdere l'occasione anche di potergli almeno far fare un saluto io gli passerei la parola e poi riprenderei le domande col dottor Cinquetti che ringrazio e magari al dottor Brusaferro se può anche dirci e darci un attimo una panoramica anche di quelli che sono stati i rapporti tra l'Istituto Superiore della Sanità e le Regioni, soprattutto nei momenti in cui ci sono stati anche un po' i cambiamenti da un punto di vista anche poi di categorie in termini da definire quelle che potevano essere le zone gialle, le zone rosse, le zone verdi, quindi anche i cambiamenti di parametro e quelle che sono state anche un po' le difficoltà nel definirli e nelle conseguenze che poi ci sono, l'abbiamo visto o non abbiamo visto.
Grazie intanto della presenza anche al dottor Brusaferro e ai due dirigenti. Grazie.

prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente Istituto Superiore di Sanità)
Buongiorno, Presidente.
Un saluto a tutta la Commissione consiliare, grazie per questa audizione, un saluto anche al collega Cinquetti che ho

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ascoltato con interesse nella risposta ai quesiti che sono stati posti.

Mi scuso, ma purtroppo questa audizione si inserisce dentro un'agenda istituzionale molto fitta e io potrò fermarmi fino soltanto a un tempo limitato. Con me c'è la dottoressa Flavia Riccardo, che è un nostro ricercatore, che si occupa di preparedness e che poi potrà, insieme al dottor Pezzotti, che è collegato da remoto, essere pronta a rispondere a eventuali domande, laddove possiamo farlo o, viceversa, pronta a fornirvi ulteriori dettagli qualora lo riteniate opportuno.

Parto subito con una riflessione che risponde alla sua prima domanda, la domanda di inizio che lei mi ha sottoposto. Credo che l'esperienza che stiamo vivendo e che abbiamo vissuto come risposta alla pandemia, e in particolare come risposta epidemiologica, i monitoraggi sia epidemiologici sia dal punto di vista biologico, è una risposta straordinaria.

Dall'inizio della pandemia in pochissime ore il nostro Paese è riuscito a costruire una rete di monitoraggio che tuttora funziona, che si è andata perfezionando nel tempo, e funziona molto bene. Credo sia uno dei primi esempi, forse il primo esempio nella storia recente della sanità del nostro Paese, di un sistema di monitoraggio continuo che sta andando avanti ormai da oltre un anno e mezzo, dove quotidianamente c'è uno scambio continuo tra Regioni e Istituto superiore di sanità e Ministero della salute. Poi, farò magari qualche approfondimento sul ciclo che porta alla validazione dei risultati e che poi, su base settimanale, porta a una condivisione a livello prima tra Stato e Regioni, quindi con ogni Regione nel profilo di rischio e anche di dati epidemiologici che caratterizzano la realtà regionale, e poi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nelle famose conferenze stampa del venerdì o nel lavoro della cabina di regia e poi del Comitato tecnico scientifico, la valutazione globale del Paese, che viene sempre più…

Credo sia veramente un'esperienza, pur nella drammaticità, sostanzialmente, nella serietà di questa pandemia che, ricordo, essere globale, il nostro Paese è riuscito a costruire questo sistema di monitoraggio che oggi continua a funzionare molto bene, ma che ha funzionato rapidissimamente e in pochissime ore è stato messo a punto grazie alla collaborazione di tutti.

Certamente io devo ringraziare i miei collaboratori dell'Istituto superiore di sanità che si sono spesi e si spendono giorno e notte, festivi, Natale, Pasqua nel fare questo tipo di lavoro, ma devo anche ringraziare perché questo lo possiamo fare grazie a un lavoro diuturno fatto dai colleghi delle Regioni e anche, lasciatemelo dire, dai colleghi dei Dipartimenti di prevenzione che quotidianamente fanno un lavoro importantissimo, spesso poco valorizzato, che è quello di andare a rintracciare le persone, fare le interviste, fare questa opera di individuazione delle quarantene, monitorare.

Grazie a questo sforzo il nostro sistema di reporting funziona bene; viene anche valutato positivamente da colleghi di altri Stati anche molto prestigiosi, da Istituzioni pari alla nostra. Questo si trasla anche nel reporting che settimanalmente facciamo, per esempio, sul tema vaccinazioni, che ci consente oggi di correlare dei dati nel rispetto della privacy, di correlare dei dati di vaccinazione, di copertura vaccinale, di circolazione del virus.

Questo è un passaggio, credo, importante. L'altro passaggio in premessa che vorrei condividere con voi è che da subito la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

scelta che è stata fatta dal nostro Paese e dall'Istituto, in quanto organo tecnico-scientifico in questo senso è stato pieno attore, oltre che promotore, è stata quella di condividere con l'opinione pubblica, condividere prima con le Regioni, prima con gli attori interessati e poi con l'opinione pubblica - il "poi" vuol dire poche ore dopo, peraltro – tutti i dati di cui disponiamo, una volta che questi dati siano stati validati.

Questo ha avuto un'importanza, perché dal punto di vista epidemiologico e dal punto di vista della sanità pubblica abbiamo reso disponibili dei dati validati secondo metodologie condivise e secondo standard internazionali, validati da un doppio controllo che viene fatto settimanalmente tra i tecnici, gli epidemiologi delle Regioni, le Province autonome e i tecnici epidemiologi del Ministero della salute e dell'Istituto superiore di sanità.

Entrando nel dettaglio, per ricostruire un po' la storia…

La terza premessa che vorrei fare è dare un'idea dell'insieme di come funziona il sistema. Sostanzialmente noi oggi abbiamo un sistema che monitorizza il rischio, il rischio di circolazione o di pandemia non controllata all'interno dei nostri servizi sanitari regionali, locali e nazionali.

Per valutare ancora più approfonditamente, usiamo anche dei modelli matematici; modelli matematici che non fanno previsioni, ma danno scenari, ovverossia ci dicono le possibilità, le varie possibilità di evoluzioni, senza pretendere di leggere in una sfera di cristallo, ma proprio perché basati su metodologia scientifica, ci danno in qualche modo gli scenari di minima e di massima e, ovviamente, come questi scenari possono variare in funzione dei comportamenti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

o di variabili che non dobbiamo dimenticare in un'epidemia come quella che stiamo vivendo si manifestano continuamente. Poi magari lo riprenderemo. L'esempio delle varianti è una nuova variabile che, come ricorderete, si è introdotta, a livello globale, con la fine dell'anno scorso. Da gennaio ha cominciato a circolare la variante Alfa, ma poi, se ricordate, più avanti c'è stata la variante Delta. Oggi in Italia circola fondamentalmente la variante Delta. Però, questo è uno scenario che riprenderemo.

È importante distinguere il monitoraggio del rischio e dei dati e le zone cosiddette a colori, le famose zone bianche, gialle rosse, arancioni. Sono due elementi tra loro separati, metodologicamente, nel senso che la raccolta del dato epidemiologico, il monitoraggio del rischio che può essere basso, moderato, elevato oppure è moderato o con elevato rischio di probabilità di progressione. Insomma, come avrete visto, tutti i bollettini settimanali che vengono proposti sono, in qualche modo, un'analisi dello stato dell'arte che nasce da un lavoro quotidiano fatto dai nostri tecnici. Quando dico "nostri" intendo dire dell'Istituto, del Ministero e delle Regioni e Province autonome.

Su questo tipo di dato, che rimane invariato, sostanzialmente, nel tempo durante questa epidemia, anche se, come vedremo, alcuni parametri diventano più o meno importanti in base all'evoluzione dell'epidemia, su questa base si inseriscono dei provvedimenti decisionali, cioè dei decreti-legge che definiscono dei cut-off o dei trigger, insomma delle soglie rispetto alle quali poi adottare dei provvedimenti soprattutto a livello nazionale (soglie di incidenza all'inizio piuttosto che IRP, piuttosto, come oggi, di occupazione dei posti letto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di terapia intensiva. Quelle sono scelte che vengono fatte a livello nazionale, che si declinano attraverso una normativa, inizialmente un DPCM, oggi tramite decreti legislativi, e che una volta definiti e superati quei parametri si traducono in atti amministrativi, in ordinanze del Ministro della salute che, in alcuni casi, di concerto con il Presidente della Giunta regionale, o in maniera automatica, sempre e comunque in continuo dialogo. Le soglie che vengono definite in questi decreti legislativi oggi e DPCM precedentemente nascono sempre da una stretta relazione tra la Conferenza delle Regioni, quindi i Presidenti delle Giunte regionali e delle Province autonome e il Governo rappresentato dal Ministro della salute e dal Ministro agli affari regionali, nonché dal Presidente del Consiglio o da suoi rappresentanti.

Questo è l'impianto. Quindi dobbiamo avere chiaro che il monitoraggio in termini di dati epidemiologici ha un suo andamento, che è costante.

La modulazione delle soglie rispetto alle quali adottare delle misure e dei provvedimenti amministrativi o, come vengono chiamate tecnicamente, le misure non farmacologiche, pensiamo al distanziamento, alle mascherine, alla chiusura dei locali piuttosto che altre cose, sono invece provvedimenti amministrativi che vengono declinati e sono evoluti durante il corso della pandemia, anche perché, ripeto, nella situazione che viviamo, rispetto alla presenza, rispetto all'incidenza dell'Rt è diversa proprio perché abbiamo percentuali fortunatamente alte di vaccinati, anche se abbiamo ancora spazi per migliorare ulteriormente la copertura e ci auguriamo che questo possa avvenire proprio grazie anche allo sforzo di molte Regioni.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

L'altra cosa che voglio ricordare è che, comunque, per quanto riguarda la modellistica matematica, l'Istituto superiore di sanità si avvale di una collaborazione con la Fondazione Bruno Kessler di Trento su cui stiamo collaborando.

Che cosa possiamo dire inizialmente? Il sistema di monitoraggio, una volta superata diciamo la fase iniziale della pandemia, se vi ricordate nasce attraverso dei decreti legislativi, dei Ddl o Decreti ministeriali del 30 aprile, cioè la fase delle riaperture dell'anno scorso sostanzialmente. Sono sistemi che vengono in qualche modo costruiti, quindi si passa da un monitoraggio stretto di alcuni parametri, come l'incidenza, l'Rt, occupazione dei posti letti, si adottano quei famosi 21 indicatori, dei quali sei o sette sono opzionali e quindi fatto il core degli indicatori sono circa 12, 15 sostanzialmente che vengono utilizzati e che rappresentano, in qualche modo vanno ad esplorare sostanzialmente la circolazione del virus nel sistema, ma anche la capacità dei sistemi regionali di poter declinare o di poter rispondere alle varie esigenze, dal tracciamento all'occupazione dei letti alle capacità diagnostiche e così via. Sono elementi importanti che vengono messi appunto in condivisione con tutte le Regioni che si traducono in manuali. Ecco, un'altra cosa importante, tutti gli indicatori compresa la modalità di calcolo dell'Rt è tutta resa pubblica e resa disponibile alle Regioni e comunque rintracciabile sui nostri siti e con questo sistema ovviamente ci si avvia ed è il primo sistema in qualche modo che il nostro Paese mette i piedi anche tra i Paesi occidentali e lo mette in piedi anche valorizzando in qualche modo le competenze della Regione così che noi lavoriamo su scenari regionali oltre che […].

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

L'altro aspetto importante da sottolineare a livello centrale l'analisi è soprattutto di uno scenario regionale proprio perché il Servizio Sanitario Nazionale è articolato in Servizi Sanitari Regionali e sta proprio all'unitarietà del Servizio Sanitario Regionale trovare il proprio equilibrio interno, anche se, come spesso avviene ed è avvenuto, è un evento abbastanza scontato nelle fasi epidemiche, la circolazione può essere diversa soprattutto nelle Regioni più grandi e più estese con un maggior numero di abitati da provincia a provincia. Dal punto di vista però dell'interfaccia Stato-Regioni in qualche modo una lettura regionale proprio perché il Servizio Sanitario Regionale si costruisce intorno a un impianto regionale che con l'insieme delle sue strutture cerca di rispondere a tutti i bisogni di salute.

Fondamentalmente il sistema di monitoraggio si avvale di indicatori di processo e di completezza, quindi si va a verificare anche le variabili, così come vengono… siano "complete" e si va a valutare gli esiti sostanzialmente e si va a vedere sostanzialmente anche il funzionamento del servizio.

Il tutto avviene su due assi, penso tutti abbiate in mente la matrice… un asse si pone sul tema della probabilità che progredisca la patologia e l'altra l'impatto che si ha sui sevizi sanitari. La combinazione di questi due assi, se volete comunque c'è tutto il materiale disponibile anche sul sito, possiamo farvelo avere senz'altro, in una matrice di rischio che propone il rischio basso, molto basso, moderato o rischio elevato.

Abbiamo ovviamente delle sequenze ormai che mostrano da molte settimane questo e vediamo che questo sistema è in qualche

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

modo segnala tempestivamente quando si muove qualcosa e di solito si muove da basso moderato, poi da moderato a elevato o molto elevato e quindi cambia in qualche modo un po' la cura e questo avviene secondo ovviamente l'evoluzione della circolazione del virus e anche in funzione dell'impatto che ci sono. Per esempio, per essere molto concreti, in questa fase in cui viviamo un relativo declino dell'infezione con la riduzione del numero di casi avete visto nelle ultime settimane si è passati da un numero di Regioni con un rischio moderato, circa metà delle Regioni, oggi a un rischio in cui la gran parte delle Regioni è a rischio basso e questo è un elemento importante anche perché l'impatto sui servizi sanitari fortunatamente è abbastanza contenuto, è contenuto a livello nazionale poi con alcune piccole eccezioni.

Gli altri elementi fondamentalmente che per noi sono importanti sono quelli di capire poi come condividere questi dati e questo avviene attraverso un ciclo che ormai si ripropone sistematicamente da aprile 2020. Questi dati ovviamente vengono caricati dalle nostre Regioni, dalle Province autonome il mercoledì in una piattaforma dedicata, piattaforma che ha delle caratteristiche anche di riservatezza perché deve rispondere ovviamente a requisiti di privacy molto stringenti, vengono inseriti nuovi casi. Diciamo che l'inserimento avviene continuamente perché poi una volta individuato un singolo caso di infezione man mano se questo evolve poi le Regioni provvedono ad arricchire la storia di ogni singolo paziente con ulteriori dati, tipo l'eventuale ricovero, l'eventuale… e l'auspicata guarigione. Questi sono tutti i dati che vengono inseriti e vengono aggiornati, diciamo che il mercoledì di fatto chiudiamo la base dati per poter

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

fare un calcolo. La chiudiamo nel senso che tiriamo una linea a mezzogiorno del mercoledì, si scaricano i dati delle Regioni, vengono elaborati, vengono immediatamente in serata rimandati alle Regioni con un primo calcolo anche di massima di alcuni indicatori. Le Regioni nel giovedì mattina verificano i dati, se ci siano stati errori, se ci siano state problematiche di carico, verificano tutto il dato, ridanno un feedback all'Istituto e al Ministero, soprattutto all'Istituto. Al giovedì sera a quel punto abbiamo il database consolidato e cominciamo, a quel punto spediamo in qualche modo i report alle Regioni con un loro profilo, si chiama report di preparedness dove sono caricati tutti i dati ovviamente dalla circolazione al tasso di positività, ai tamponi piuttosto che l'occupazione dei posti letto, con anche il trend delle cure e le proiezioni dell'Rt. Con questi dati proprio l'analisi nazionale il venerdì mattina si riunisce la cosiddetta cabina di regia, che come saprete è fatta pariteticamente dall'Istituto superiore di sanità, Direzione Generale del Ministero e tre rappresentanti delle Regioni, una per il Centro, una del Nord e una del Sud, e insieme confezionano in qualche modo il report settimanale che poi trovate rappresentato.

Successivamente questo viene validato, discusso anche dal Comitato Tecnico Scientifico. Sulla base dei dati della cabina di regia il Ministro adotta i provvedimenti previsti dalla normativa vigente in quel momento in funzione ovviamente, se ci sono, situazioni che meritano provvedimenti e d'altra parte in questa dialettica, laddove ci siano problematiche particolari, specificità, spesso le Regioni e le Province autonome sottopongono dei quesiti o chiedono dei chiarimenti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in un dialogo continuo che mira proprio a fare in modo che si possono adottare i migliori provvedimenti, quelli più appropriati in quel contesto regionale per quel quadro epidemiologico.

Questa ovviamente è la situazione per come è evoluta, parallelamente, quindi diciamo da ante l'estate 2020 accanto al sistema di monitoraggio sono stati messi a punto una serie di documenti, anche questi sempre in accordo tra livello centrale, Ministero, Istituto, INAIL e Conferenza delle Regioni, rappresentanti delle Regioni, devo dire che in questo senso i colleghi della Regione Veneto hanno sempre, a parte ad avere il coordinamento con la dottoressa Russo del tavolo della prevenzione, però sono sempre stati molto disponibili e hanno condiviso anche molti dati e molte… e questo, come altre Regioni, è un momento sicuramente professionalmente molto, molto ricco e importante, ma anche molto importante nella gestione della pandemia.

Sono stati messi a punto dei documenti per cui durante l'estate, l'anno scorso è stato preparato un documento di preparedness, una checklist da mettere a punto da parte delle Regioni, delle aziende sanitarie per valutare un ipotetico sviluppo della curva epidemica autunnale. Questo poi si è tradotto anche in un documento validato da tutte le Istituzioni, il famoso libretto blu di preparedness che in qualche modo è stato adottato formalmente i primi di ottobre, ma che era in gestazione ovviamente da tempo e che ha rappresentato in qualche modo la linea guida per definire insieme a una definizione degli scenari, e vi ricorderete, basata fondamentalmente sul valore di Rt inferiore a 1, da 1 a 1,25, da 1,25 a 1,5, tutti questi valori in modo tale da far

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

corrispondere a livello di circolazione del virus misure più o meno restrittive per poterne controllare la circolazione e ridurla tempestivamente.

Ricordo che l'autunno dell'anno scorso si parlava di vaccino come ricerca, si parlava di prospettiva, ma non […].

Su questo poi sono stati introdotti, come vi ricorderete, ai primi di novembre è stato adottato un DPCM, DPCM che ha introdotto formalmente il concetto di zona rossa, zona arancione e che ha tradotto, ha fissato in qualche modo per ogni zona, per ogni tipologia di zona dei parametri in termini di Rt e in termini di incidenza, questi erano i due valori che hanno caratterizzato… l'Rt, scusate, e il rischio. Quindi rischio alto, moderato e basso e il valore di Rt erano i due parametri che hanno orientato.

Abbiamo fatto una valutazione, che peraltro è duplicata in letteratura, sull'impatto dell'adozione delle misure gialle, arancioni e rosse.

Nella valutazione che abbiamo fatto poi anche ex post, l'adozione di queste misure è stata particolarmente efficace, nel senso che le zone rosse hanno portato a un significativo abbassamento, nell'arco di due o tre settimane, della circolazione; le zone arancione, come previsto, peraltro, a un abbassamento significativo, ma un po' più moderato; le zone gialle a un lieve abbassamento e a un mantenimento dello stato dei mezzi in circolazione. Ovviamente, ancora una volta, questi scenari hanno determinato l'insieme di circolazione, ma il rischio della trasmissibilità, l'Rt, ma il rischio è legato anche alla capacità dei sistemi sanitari che hanno risposto.

Come ricorderete, poi, durante le vacanze di Natale in qualche modo c'era un rischio, in qualche modo, di insorgenza. Sempre

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

con questo sistema, il Governo ha adottato un provvedimento restrittivo per contenere la circolazione durante le vacanze, provvedimento che si è rivelato efficace, tant'è che noi a gennaio siamo usciti dalle vacanze di Natale con una circolazione piuttosto contenuta.

Da gennaio è iniziata una nuova fase, dove sostanzialmente con il decreto-legge del 5 gennaio è stato introdotto un ulteriore elemento, quello dell'incidenza. In particolare, è stato introdotto l'elemento del 50 per 100.000 su sette giorni, nato proprio dall'esperienza fatta con le nostre Regioni, laddove abbiamo identificato una ulteriore zona, la famosa zona bianca, che aveva la finalità di consentire ulteriori gradi di libertà laddove la circolazione fosse particolarmente sotto…

Perché è stato adottato il criterio del 50 per 100.000? Perché mediamente le Regioni italiane hanno mostrato, grazie al sistema di monitoraggio, che quella era la cifra, parliamo di valore medio da raggiungere per spostarsi, valore medio sopra al quale veniva un po' meno la capacità di tracciamento. Sotto il 50 per 100.000 i sistemi erano in grado di tracciare sistematicamente i nuovi casi, man mano che ci allontanavamo in eccesso rispetto al 50 per 100.000 la capacità di tracciamento veniva meno e quindi, ovviamente, sappiamo che se viene meno questa, si riduce la capacità di contenimento e quindi va ovviamente supplito con delle misure restrittive.

Questo avviene il 5 gennaio. Vi ricordo che, a partire dal 5 gennaio, cominciano a circolare le varianti Alfa, la cosiddetta variante inglese, che si era nel frattempo sviluppata durante le vacanze, soprattutto in Inghilterra, all'inizio dell'anno. Ovviamente questa variante comporta anche una capacità di circolazione, di trasmissibilità. È più

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

efficace, sostanzialmente.

Questo si traduce nella necessità, avvenuta, poi, se ricorderete, a febbraio, di ulteriori misure di contenimento proprio per evitare che questa variante si diffondesse. La cosa innovativa, però, è che a partire da gennaio, fine anno e primi giorni di gennaio, si comincia a vaccinare. Si cominciano a vaccinare le popolazioni più fragili, cioè le persone nelle case di riposo, nelle RSA, e gli operatori sanitari. Da lì poi a seguire.

Questo poi evolve ulteriormente, ci troviamo a maggio e a maggio la situazione è cambiata ancora, nel senso che abbiamo un aumento in qualche modo delle persone vaccinate. Nel frattempo si sono anche stabilizzate tutte le strategie vaccinali rispetto all'uso dei diversi vaccini, focalizzando l'attenzione del Paese soprattutto sui vaccini mRNA. Però, a fine maggio, sostanzialmente, si entra in uno scenario in cui si ipotizzano anche altre varianti, che cominciano a circolare, la variante africana, che poi sostanzialmente è rimasta contenuta in alcuni Paesi e in particolare cominciano a emergerne altre, come la brasiliana, una serie di varianti. Poi comincia a circolare la variante Delta. Quello che cambia come scelta strategica e amministrativa, con il decreto del 18 maggio 2021, è che, in realtà, vedendo crescere, crescendo fortunatamente il numero di persone che si vaccinano e completano la vaccinazione, si cambiano i parametri. A quel punto si passa a considerare il tasso di ospedalizzazione come parametro per determinare le zone arancioni, gialle o rosse, oltre all'incidenza. Quindi, ancora una volta, diventa un'evoluzione. C'è comunque un ulteriore perfezionamento di questi valori, in senso più aperto o più restrittivo nel senso

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che con delle occupazioni più elevate il 23 luglio a valle del fatto che la circolazione della variante Delta è diventata ormai prevalente e che, comunque, fortunatamente, la maggioranza della popolazione ha cominciato a vaccinarsi.

Oggi ci troviamo in una situazione in cui sta crescendo la vaccinazione. Speriamo cresca sempre di più. Voglio sempre sottolineare il dato di come i nostri cittadini più giovani stiano mostrando un grado di maturità altissimo, sia i 12-18 anni, sia i 20-30 anni.

In pochissime settimane hanno raggiunto le soglie quasi di copertura di quelli con qualche anno in più, quelli della mia generazione, per capirci. Io sono un baby boomer. Sostanzialmente quello che vediamo in questa situazione è che il mix di vaccinazione da un lato e di misure che vengono mantenute per evitare assembramenti o per evitare contesti dove è più facile la trasmissibilità... Ricordo che la Delta è più trasmissibile della Alfa che, a sua volta, si trasmetteva molto di più rispetto alla fase iniziale. Questo consente oggi al Paese di avere un numero di nuovi casi settimanali piuttosto contenuto. Venerdì scorso eravamo intorno ai 64, probabilmente questa settimana potremmo scendere ancora un po'. È uno dei tassi più bassi che oggi possiamo avere, che vengono riportati tra i Paesi europei.

In sintesi, di sicuro l'ho fatta un po' troppo lunga, credo che oggi il nostro sistema abbia una buona qualità di dati epidemiologici, che spesso ci vengono richiesti anche da organizzazioni internazionali. Credo abbia una buona qualità anche dei dati microbiologici. Ricordo che nelle ultime settimane, e comunque già da agosto, la capacità di sequenziamento delle nostre Regioni, del nostro Paese supera

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

il 10% delle PCR, quindi i tamponi che vengono sequenziali e sono tutti caricati in una piattaforma unica, nazionale che è molto importante. I nostri modelli, in qualche modo matematici, epidemiologici, sono condivisi, vengono continuamente condivisi tra i nostri modellisti e le Regioni, in un dialogo continuo che fa crescere, ovviamente, il sistema, crea anche una garanzia per il futuro.

Sostanzialmente, il mix adottato, di mantenere il monitoraggio del rischio costante nel tempo, anche se perfezionato, approfondito su alcune cose, e su questo modulare, invece, le misure amministrative, diciamo così, per l'adozione di misure di zone rosse, arancioni, gialle o bianche, rendendo quindi flessibile questo tipo di modulazione in un dialogo stretto tra Governo e Regioni, in funzione dell'andamento epidemiologico e dell'evoluzione del quadro, le vaccinazioni sono queste e le varianti sono altro, consente oggi di affrontare questa nuova stagione autunnale sperando, ovviamente, che tutto questo ci consenta… L'obiettivo è di poter convivere con questo virus mantenendo il più possibile i livelli di libertà personale e sociale, ma anche con la dovuta prudenza, sapendo che siamo ancora in una fase pandemica e che quindi dobbiamo da una parte perseguire tutte le attività per recuperare la nostra attività, a partire dalla scuola di presenza, ma, dall'altro, dobbiamo essere consapevoli di muoverci con estrema prudenza proprio perché ci troviamo ancora in una fase pandemica. Se il nostro Paese oggi ha una circolazione più limitata rispetto ad altri Paesi europei, sappiamo che siamo sistemi permeabili e sappiamo anche che c'è una parte del mondo, meno ricca e fortunata dal punto di vista della dotazione economica, piuttosto che dell'innovazione

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tecnologica, che non è distantissima da noi, dove la circolazione è molto intensa e sappiamo che questa pandemia, in realtà, non potremmo dichiararla superata fino a quando poi in tutto il mondo la situazione non sarà sotto controllo.
Mi fermo qui e mi scuso se l'ho fatta più lunga. Sono disponibile per qualche domanda, ma c'è qui anche la dottoressa Riccardo pronta a subentrare a me tra qualche minuto.

Presidente
La ringrazio. Chiedo se c'è qualche domanda breve, in modo da rispondere e andare avanti.
Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Buongiorno, dottor Brusaferro. La saluto e la ringrazio per essere qui presente, per la sua disponibilità e anche per il lavoro che avete fatto, che ha fatto e che state continuando a fare.
Nella sua relazione, soprattutto nella fase iniziale, si era soffermato in particolar modo sull'importanza dei dati, della validazione dei dati settimanalmente, attraverso i controlli, che ha avuto modo di spiegarci in modo accurato. Correlativamente a questo aspetto, le volevo chiedere qualcosa che ha già peraltro detto nel suo intervento, ma mi ero già appuntata prima, quindi ho piacere comunque di rifocalizzarlo. Le volevo chiedere se la nostra Regione, la Regione Veneto, ha collaborato per fornire dei dati che corrispondevano alla reale situazione del contagio.
Poi anche se vi sono degli altri aspetti dei momenti rilevanti sull'azione della Regione del Veneto che come Istituto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

superiore di sanità avete rilevato e mi fermo qui perché so che poi ha anche altri impegni, poi magari useremo della disponibilità dei tecnici e dei dirigenti che ci lascia. Grazie.

prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente Istituto Superiore di Sanità)

Consigliera, la ringrazio.

Io ribadisco che la Regione Veneto ha un impianto, per quanto consta a noi, organizzativo molto ben strutturato, in particolare sulla prevenzione, sui Dipartimenti di Prevenzione, che nasce ovviamente prima di questa pandemia e che vede un impegno importantissimo delle figure dei medici, dei Dipartimenti di prevenzione, degli assistenti sanitari, dei tecnici della prevenzione che ovviamente nel rispondere anche a screening, campagne vaccinali nel passato in qualche modo sono figure professionali pronte ad affrontare anche un evento nuovo come sostanzialmente questa pandemia e dico nuovo nel senso che è un qualcosa che per quanto uno possa aver studiato nella storia o nei libri, eventi certamente nella storia recente non ci sono stati e dobbiamo sempre ricordare che stiamo affrontando anche adesso una continuo sviluppo della conoscenza e migliore comprensione. Quindi man mano che andiamo avanti acquisiamo ulteriori dati e conoscenze che ci permettono poi di suggerire azioni nell'adozione di misure…

In questo senso credo la collaborazione che noi abbiamo intercettato con il Veneto come con tutte le Regioni italiane è stata enorme. L'ho detto all'inizio, i colleghi hanno sempre lavorato senza risparmiarsi, anche domeniche, ma, guardate, non lo dico… non è manierismo, io stesso lo posso dire,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

potreste chiedere alla mia famiglia e alle famiglie di tutti quelli che lavorano qui con noi, ma credo sicuramente di tutti i colleghi del Veneto, che non c'è stato un momento reale di pausa, neanche adesso, di fronte a qualsiasi allarme, sia domenica sia notte sia giorno lavoriamo e devo dire che c'è sempre stata la piena disponibilità a discutere, così come rispetto alla qualità del dato, i controlli che possiamo fare noi ovviamente, quelli dichiarati, peraltro li trovate tutti esplicitati, noi ci siamo sempre confrontati, valutati e laddove c'erano delle incongruenze si sono discusse, ma questa è una realtà di routine che serve proprio a qualificare la bontà del sistema e questo vale ovviamente per tutte le Regioni, quelle della Sicilia, fino alla Val d'Aosta, dal Friuli Venezia Giulia, che è la Regione a cui io appartengo come cittadinanza, fino al Lazio e certamente il Veneto in questo senso qua.

Da questo punto di vista poi sulle varie fasi vorrei sottolineare questo aspetto. Il fatto di aver fatto una scelta come Italia di regionalizzare le scelte, di tradurre in qualche modo in misure amministrative per Regioni, tranne la fase iniziale dove il lockdown è stato importante a livello nazionale e dove peraltro con il lockdown bisogna sottolineare che ha fatto in modo di bloccare sostanzialmente la diffusione dell'epidemia nelle zone dove era iniziata fondamentalmente e proteggere altre zone del Paese. La scelta però di aver fatto aspetti regionalizzati e modulato le misure amministrative della riduzione della circolazione ha avuto un effetto molto importante, l'abbiamo anche pubblicato. Stanno uscendo anche dei lavori, anche l'impatto economico, oltre che ovviamente l'impatto sanitario, che è quello che a noi interessa di più

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

come Sanità, che hanno mostrato essere funzionali e quindi hanno consentito di modulare gli interventi e per quanto ne so, adesso io non ho la contezza precisa del Veneto perché purtroppo nella posizione in cui siamo qui abbiamo una visione un po' alta del sistema… ma posso testimoniare che per esempio all'interno delle Regioni molti Presidenti delle Giunte regionali hanno adottato delle misure restrittive nelle zone rosse locali laddove c'erano i focolai.
Ecco, questo è dovuto alla capacità di tracciamento, alla capacità di monitoraggio che i sistemi hanno avuto. La Regione Veneto sicuramente in questo senso è sempre stata e per quanto a me risulta e per i rapporti che sono intercorsi c'è sempre stato un continuo scambio di informazioni e laddove c'era la necessità di chiarimenti sono avvenuti da una parte e dall'altra.

Presidente
Grazie, dottore.
C'era una domanda anche da parte della collega Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, professore, per essere qui e per avere la pazienza di averci un po' raccontato l'impostazione politica sanitaria nazionale che abbiamo utilizzato per provare a governare questa pandemia.
Le farò alcune brevissime domande perché ha già dato molti elementi nella sua relazione. La prima è questa. Lei ha citato il meccanismo degli indici, diciamo degli indicatori come sistema articolato di dati che è stato adottato dal Governo nazionale in coordinamento con l'Istituto che lei presiede per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

impostare, programmare, organizzare la lotta alla pandemia. Volevo capire nel dettaglio se questi indici, questi indicatori venivano forniti direttamente dalle Regioni sulla base di un database, di un sistema informativo o se esisteva anche una qualche forma di controllo sull'efficacia e l'effettività di quel dato. Lo dico perché abbiamo, almeno nel corso delle audizioni e immagino nel prosieguo della Commissione, la necessità di capire come l'indice Rt venisse poi effettivamente calcolato e se in particolare una non corretta, quella che sembra essere una non corretta registrazione dei casi degli asintomatici nei mesi della seconda ondata può avere inciso nel dato finale, nella colorazione finale della Regione e poi c'è la grande questione dell'occupazione dei posti letto.

Seconda questione, anche qua molto territoriale per noi. Abbiamo appreso, non avevamo peraltro dubbi, che la Regione del Veneto come tutte le altre Regioni italiane hanno contribuito con l'Istituto superiore di sanità e il Governo a trovare, inventare poi in certi casi gli strumenti più idonei. Noi con questa Commissione d'inchiesta stiamo provando a capire se ci sono delle ragioni specifiche, dunque delle responsabilità che possono aiutarci a comprendere cosa sia accaduto nel Veneto durante la seconda ondata della pandemia e quindi in particolare nel periodo che va da diciamo settembre, ottobre 2020 fino ai primi mesi del 2021.

Quindi la domanda è in quei mesi complicatissimi dove alcune Regioni, il Veneto in particolare ha visto un netto e rapido peggioramento degli indicatori e quindi anche dell'Rt, un po' come avvenne per la Lombardia nella prima ondata, con similitudini da prendere con le dovute differenze sostanziali,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

c'è mai stato nell'Istituto una preoccupazione diffusa, una necessità di approfondire con la Regione quali eventuali strumenti aggiuntivi mettere in campo oppure avete appunto registrato i dati del Veneto come drammatici come quelli di altre Regioni semplicemente in un'ottica generale lasciando appunto eventualmente alle Regioni, come diceva lei alla fine del suo intervento precedente, di adottare se necessario provvedimenti particolari, cosa che in questa Regione non è sostanzialmente avvenuto. Grazie.

prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente Istituto Superiore di Sanità)

Provo a rispondere anche a questa domanda, poi purtroppo…

Allora la domanda sugli indici. Noi ovviamente le modalità con cui calcoliamo l'Rt sono modalità pubblicate, le trovate sul sito. Se volete possiamo farvi avere una memoria, ma se uno va sul sito trova esattamente tutta la formula. Non solo, ma l'Rt è stato fornito poi, anche la formula a tutte le Regioni così che ognuno può "calcolarselo" in una maniera standardizzata. l'Rt ovviamente viene calcolato sulla base di alcuni dati, tipo l'inizio sintomi tipo il dato della positività e così via. Questi sono dati ovviamente che sono fondamentali per quanto riguarda il calcolo dell'Rt e ovviamente noi lavoriamo su questo, su un database che ci viene fornito. Verifichiamo che questi campi siano stati completati e questo è molto importante perché senza il completamento di questi campi o senza il superamento di una certa soglia di completamento il calcolo dell'Rt rischia di essere non preciso sostanzialmente e quindi quando parliamo di completezza del dato parliamo di campi che devono essere completati per una

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

certa percentuale. Ovviamente quel dato lì è un dato che si coglie sul campo, quindi è un dato che noi facciamo… chiaramente l'Rt non è un numero impazzito che si muove, schizza, se ci sono dei dati coerenti e avere un sistema di monitoraggio con più indicatori, quando parliamo che si valuta il rischio il rischio nasce da una valutazione di più indicatori, oltre 15 indicatori, per cui per dire che c'è un rischio alto, moderato e basso c'è una convergenza che più indicatori, quindi non è semplicemente…

Certo l'Rt dà un'idea di base, ma il rischio si traduceva in una sintesi tra molti indicatori, dando quindi un quadro non dipendente da una singola variante. Questo è un po' l'elemento caratterizzante.

La stessa cosa vale per l'occupazione dei posti letto, ovviamente. Questo è un dato che raccoglie, peraltro, il Ministero della salute, che ci trasmette, nell'ambito della programmazione. Questo è un dato, dal punto di vista tecnico, che si basa su un denominatore che viene dichiarato e registrato a livello regionale e poi si va su persone che sono… Ripeto, da una parte l'Rt si basa sulle date di inizio dei sintomi piuttosto che sulla data… In particolare dei sintomi, perché vi ricordo che l'Rt registra i sintomatici. Quindi, in realtà, non registra i positivi. Si è fatta molta polemica in quei mesi, se le ricorderete, però, in realtà l'Rt si calcola sui sintomatici. C'è un Rt anche oggi, che parliamo di ospedalizzazione.

La data inizio sintomi è un dato importante. Inserire quella data è fondamentale, ma peraltro uno può verificare perché poi nel tempo verifica che comunque se uno ha un inizio sintomi, poi ha una fine, può avere un ricovero, può avere un altro

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ricovero. Questo dato ha una sua coerenza.

Ultimo passaggio. Ribadisco che quando parliamo di occupazione letti, ai fini del rischio, quella è una delle dodici variabili che viene calcolata, e quindi c'è una coerenza quando uno da moderato passa a rischio alto rispetto a…

Questo è un primo elemento. Dopodiché è chiaro che entrare nei dettagli sarebbe ripercorrere la cronaca di giorni molto intensi da noi tutti vissuti. La seconda ondata dell'autunno è stata una seconda ondata, che è andata un po' a sé, nel senso che alcune Regioni sono partite prima, altre sono arrivate dopo. Ha coinvolto sostanzialmente tutte le Regioni e fondamentalmente credo che – adesso non ricordo bene – quasi tutte le Regioni a un certo punto siano state con variabilità, sostanzialmente. Però, certamente momenti di acuzie di impegno del servizio sanitario si sono avuti in tutte le Regioni e il Veneto non ha fatto…

La differenza rispetto alla prima ondata è che, appunto, mentre la prima ondata era confinata o rimasta confinata in un'area del Paese, la seconda ondata ha toccato anche altre Regioni. Ci sono Regioni come la Sicilia, la Calabria, che hanno fatto parecchie settimane di zona rossa, la Puglia, il Lazio, la Campania. In realtà, ha toccato un po' tutto il Paese. Se lei mi dice: ci sono stati dei momenti di acuzie? Sì, intesi come dei momenti in cui alcuni sistemi sono stati messi più a dura prova rispetto ad altri, dove questo ha comportato poi l'adozione, da parte del Ministro, di ordinanze restrittive nell'ambito del territorio regionale.

Anche laddove questo non si è verificato nella settimana specifica, spesso i Presidenti delle Giunte regionali hanno adottato dei provvedimenti restrittivi anche all'interno delle

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

zone dove si verificavano dei focolai.
Spero di averle risposto.

Presidente
Professore, hanno chiesto di intervenire la collega Bigon e la collega Ostanel.

prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente Istituto Superiore di Sanità)
Posso delegare? Perché purtroppo mi dovrei staccare in questo momento.

Presidente
Certo. Grazie.

prof. Silvio BRUSAFERRO (Presidente Istituto Superiore di Sanità)
La ringrazio molto. Mi scuso ancora con tutti voi. Rimaniamo a disposizione per qualsiasi chiarimento.

Presidente
Perfetto, la ringrazio. Grazie, professore.
Collega Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente. Ringrazio anch'io il dottor Brusaferro per essere stato qua a spiegare e a dare tutti i chiarimenti necessari, ma volevo rimanere un attimo sull'argomento, che poi è quello che compete, relativamente al fatto dell'Rt e della zona.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sull'Rt si diceva che contano tantissimo i sintomi. In data 21 ottobre 2021 il presidente Zaia dichiarava e annunciava un dato, che il 95% erano asintomatici. Se, effettivamente, come credo io e crediamo tutti, insomma, l'Rt è calcolato sui sintomi automaticamente, credo che anche gli asintomatici abbiano avuto un peso rilevante all'interno del calcolo dell'Rt. Se il 95% dei positivi risultava essere – se me lo confermate che era il 95% – asintomatico, il 5% probabilmente era sintomatico. Per cui, se l'Rt è calcolato sui sintomi volevo chiedere conferma del peso che gli asintomatici avevano all'interno dell'Rt del calcolo.

Per quanto riguarda, poi, invece, la zona, giustamente, il dottor Brusaferro diceva che ripercorrere quei dati magari diventa anche difficile. Noi abbiamo fatto i mesi di novembre, dicembre e gennaio con tantissimi decessi e tantissimi positivi. Do solo qualche dato per ricordare. Abbiamo registrato rispettivamente 1.310, 2.828, 2.392 decessi. Questo era nel momento in cui il Veneto si trovava in zona gialla. Poi è stata fatta anche una restrizione, chiamandola zona gialla plus. Anche su questo, sempre a conferma anche degli interventi precedenti a chiarimento e a risposta, se era possibile capire se, visto il numero dei decessi, visto l'aumentare giornaliero proprio del numero di casi positivi, sintomatici, asintomatici, eccetera, se era congrua la colorazione e l'Rt in quel momento, che veniva calcolato, come veniva calcolato e soprattutto se erano adeguate le restrizioni date dal Ministero sui dati indicati dalla Regione. Grazie.

Presidente

Grazie. Passerei la parola, perché penso sia estremamente breve, anche alla collega Ostanel, così potete poi rispondere alle domande.

Grazie, dottoressa.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie, Presidente. Grazie al dottor Brusaferro e alla dottoressa per essere qui.

La domanda è rispetto al calcolo dell'Rt in base al numero dei soggetti asintomatici. Immagino che nei periodi della prima e della seconda ondata ci siano state delle difficoltà da parte delle diverse Regioni a chiamare tutti i soggetti positivi per capire se erano sintomatici o meno. In Veneto stiamo cercando di comprendere cosa sia accaduto durante il periodo della seconda ondata. Quindi, volevo chiederle dei chiarimenti rispetto a questo. Uno, se ci spiega cosa hanno fatto le diverse Regioni quando non si riusciva a chiamare il soggetto a casa per chiedere se era positivo o meno. Due, se ci può dire qualcosa nello specifico rispetto alla Regione Veneto.

Nelle scorse edizioni della Commissione abbiamo provato ad approfondire il fatto che in quel periodo ci fosse stato un problema di segnalare su un sistema se erano sintomatici o meno. Forse c'è stata anche un'interlocuzione con voi durante quel periodo, se ho capito bene quello che abbiamo discusso nelle scorse riunioni, quindi comprendere, nel caso Veneto, se voi sapete come è andata per quelle persone che non riuscivano ad essere chiamate.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente
Grazie, collega. C'era una precisazione del collega Zecchinato. Poi lascio rispondere alla dottoressa Riccardo.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Solo una precisazione, visto che siamo collegati prima con il dottor Brusaferro e adesso con i suoi collaboratori, che hanno una visione giustamente nazionale. Prima è stato detto che in Veneto non sono state adottate ulteriori restrizioni, mentre la collega Camani e adesso la collega Bigon ha riferimento alla zona gialla plus. Ci sono anche altri momenti. Per cui, volevo far chiarezza, nel senso che a livello regionale si sono fatte delle misure ulteriori rispetto a quelle previste a livello nazionale dal calcolo di dati peraltro con delle formule, come ci è stato detto, che sono specificate per tutte le Regioni a livello nazionale. Quelli sono i dati che vanno computati. Volevo fare un chiarimento e anche un appello, in maniera tale che cerchiamo di evitare considerazioni fuorvianti rispetto alle domande che facciamo.
Grazie.

Presidente
Dottoressa, prego. Grazie.

Dott.ssa Flavia RICCARDO (Istituto Superiore di Sanità)
Buongiorno a tutti. Vi ringrazio per questa opportunità.
Cercherò di ripercorrere le domande che avete fatto. Sono qui con il dottor Pezzotti. Io sono un medico infettivologo. Il dottor Pezzotti è (inc.) statistica, quindi possiamo fornirvi input da vari punti di vista.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Innanzitutto perché calcolare l'Rt sui sintomatici. Cosa vuol dire? Sappiamo che tutte le malattie infettive si manifestano con uno spettro di sintomatologia. C'è una differenza tra un'infezione e una malattia. Io posso essere infetto e non avere sintomi. Posso essere infetto ed essere anche malato, quindi avere un'infezione che dà dei sintomi. Questa è un'informazione che normalmente viene identificata e raccolta nel momento in cui il paziente viene in contatto con il sistema sanitario. È un'informazione che normalmente viene identificata e raccolta al momento in cui il paziente viene in contatto col sistema sanitario e quindi è un'informazione che viene raccolta di base quando poi si fanno degli accertamenti e si ha una diagnosi. Parlo in maniera generale chiaramente, non posso parlare per la Regione Veneto, quindi faccio un discorso a livello nazionale.

Invece diverso è quello che è stato poi descritto prima, questa mattina, il contact tracing, il tracciamento dei contatti, le telefonate per cercare di indagare, fare un'indagine intorno a quel caso per capire per esempio dove è stato esposto e quali persone potrebbero essere entrate in contatto con lui o con lei al momento in cui questa persona poteva trasmettere l'infezione. Quindi c'è una differenza normalmente nella maggior parte, nei contesti generali per tutte le malattie infettive quando c'è una sorveglianza di una malattia infettiva il dato risulta presenza, assenza di sintomi e le dirò di più, la tipologia dei sintomi che noi abbiamo è un dato che viene raccolto regolarmente ed è una cosa che va al di là anche di tutta l'attività di tracciamento, è una caratterizzazione del caso che viene poi inviata alla sorveglianza secondo dei criteri che sono definiti nei sistemi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di sorveglianza e che rispecchia il contatto della persona con il sistema sanitario, in particolare con il curante che raccoglie informazioni sulla sua tipologia e la tempistica dei SISP.

Perché è importante per noi monitorare l'Rt nei sintomatici? L'Rt non è altro che un calcolo matematico che facciamo andando a studiare il numero di casi che non osserviamo confermati, in questo caso con i sintomi, e andando a estrapolare come stanno crescendo, ci dà una visione di velocità. Quindi ci dice quanti casi secondari in media sono generati da un singolo caso. Chiaramente però se io riesco a fare attività di screening, comincio a verificare l'infezione in un maggior numero di persone anche senza sintomi io potrei identificare più casi semplicemente perché li sto cercando. Quindi la scelta di calcolare l'Rt sui soli casi sintomatici o come vedremo poi anche sui casi ospedalizzati ci dà delle stime molto più stabili sul reale andamento dell'epidemia rispetto a monitorare tutti i casi ed è questo uno dei motivi per cui per esempio all'inizio dell'epidemia c'erano magari delle stime molto più alte dell'Rt fatte da altri istituti che consideravo altre fonti che hanno considerato tutti i casi registrati. Infatti noi possiamo vedere come in realtà dall'inizio dell'epidemia l'Rt calcolato sulla base della data di inizio sintomi riflette chiaramente la curva epidemica fornendo però un vantaggio. Noi calcolando l'Rt non stiamo facendo una previsione, stiamo calcolando in base ai dati che noi abbiamo ottimizziamo l'informazione. Sappiamo che se continua così questo Rt ci porterà rapidamente ad un aumento o meno rapido a un aumento di casi. Quindi questo per chiarezza, Rt uguale a 1 vuol dire che il numero di casi è stabile nel tempo, man

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

mano che aumenta, aumenta la velocità con cui aumentano i casi. Quindi questo è il motivo per cui Rt che noi utilizziamo dall'inizio dell'epidemia per monitorare l'andamento della trasmissione si basa sui casi confermati di infezione con una data inizio sintomi, quindi sintomatici, che vengono trasmessi giornalmente al sistema di sorveglianza, come diceva il professor Brusaferro, consolidati ogni settimana.
Per questo motivo se un caso è asintomatico per definizione non entra nel calcolo dell'Rt che è stato utilizzato per la valutazione del rischio e nelle prime fasi, nei primi decreti che sono stati elencati, i DPCM in particolare per la definizione delle zone cosiddette di colore, quindi adottando delle misure di tipo nazionale.
Spero di aver raccontato un po' il razionale per cui si usa l'Rt in questo modo.
Se il dottor Pezzotti vuole integrare su questo.

Presidente
Grazie, dottoressa.
Ci sono altre domande, precisazioni? No, non vedo altri interventi.

Dott. Patrizio PEZZOTTI (Istituto Superiore di Sanità)
Posso?

Presidente
Sì.

Dott. Patrizio PEZZOTTI (Istituto Superiore di Sanità)
Sono il dottor Pezzotti.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Grazie mille, certo.

Dott. Patrizio PEZZOTTI (Istituto Superiore di Sanità)

Buongiorno a tutti.

Intanto grazie per l'invito. Vorrei fare alcune precisazioni tecniche che sono importanti altrimenti si crea credo confusione.

L'Rt, il calcolo dell'indice di trasmissibilità ideale nelle epidemie molto piccole a bassa trasmissione viene fatto attraverso tutti i contatti tracciati attraverso le modalità di diffusione tra una persona un'altra. Nella realtà in questa epidemia in tutto il mondo viene applicata un'altra formula che si basa sulla crescita dei casi tra una settimana e l'altra sostanzialmente. Come ha spiegato la dottoressa Riccardo noi utilizziamo i casi sintomatici come indicatore perché abbiamo visto che è un indicatore rispetto a tutti i casi meno sensibile a cambi di strategia di screening durante il periodo e l'altra cosa importante però da dire è anche questa, cioè che in realtà quello che conta non è tanto la quantità di casi sintomatici riportati, prima parlavate del fatto che il 95% dei casi in Veneto in quel periodo sono stati identificati come asintomatici, ma è legata proprio alla variazione da una settimana all'altra di questi casi. Quindi in particolare dovrebbe essere meno sensibile anche a un eventuale sotto notifica dei casi sintomatici a meno che questo non avvenga in una particolare settimana. In generale quindi se c'è stato un meccanismo di classificazione degli stadi clinici abbastanza omogeneo nel periodo comunque l'indicatore non ne risente.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Preciso un'altra cosa, che l'indicatore costruito, se voi andate a vedere l'indicazione degli indicatori, il calcolo richiede un controllo di qualità, richiede che la data inizio sintomi sia riportata in almeno il 60% dei casi sintomatici, quindi è anche il calcolo in qualche modo affidabile pure con una certa mancanza di dati riguardanti la data di inizio sintomi, si parla del 60% dei casi sintomatici che abbiano almeno la data d'inizio sintomi.

Ultima cosa che noi facciamo, anche se questo non è esplicitato in maniera, ma facciamo controlli con le Regioni, verifichiamo direttamente questo indicatore anche per i casi solamente ospedalizzati. Come sapete l'ospedalizzazione è un indicatore in qualche modo meno sensibile a problemi di testing o di classificazione degli stati perché presuppone una certa gravità clinica che porta queste persone a essere ricoverate e in queste fasi noi abbiamo sempre comunque verificato con tutte le Regioni e la consistenza tra questi due indicatori in qualche modo e quindi questo è stato verificato, è stata ogni volta riportata alle Regioni l'eventuale incongruenza tra questi indicatori al fine di valutare e se potete andare a vedere i nostri report in qualche settimana, non riguarda la Regione Veneto, in alcune settimane in passato per alcune Regioni, anche d'accordo con loro, quando hanno avuto delle difficoltà nel tracciamento, nel raccogliere i dati sui sintomatici a utilizzare in alternativa l'Rt basato sui soli casi ospedalieri.

Presidente

Grazie, dottore.

C'era una richiesta di precisazione da parte della collega

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Buongiorno, ringrazio per le specifiche molto utili, quindi una domanda molto precisa. Lei ha detto, se ho capito bene, porti pazienza, non sono una matematica, un'esperta, però lei ha detto noi ricevevamo una serie di dati e per quanto possibile avevamo anche costruito dei modelli che in qualche modo ci consentissero di verificare la consistenza, l'attendibilità, la correttezza dei dati. Ovviamente non erano modalità empiriche, quindi non potevate andare sui territori a contare il numero di pazienti, ma potevano segnalare delle anomalie, diciamo così, nella registrazione. A noi interesserebbe capire se nella cosiddetta, quella che così è stata definita come seconda ondata siano mai state sollevate alla Regione del Veneto questo tipo di osservazioni, cioè se attraverso questi incroci di verifiche di consistenza si sia mai registrata qualche anomalia possibile tra i dati forniti e come seconda richiesta quanto in linea teorica potrebbe o dovrebbe durare una anomalia nella registrazione, nel caso di specie ad esempio degli asintomatici, per non essere rilevata da questi meccanismi perché nel corso delle audizioni precedenti noi abbiamo avuto conferma dai responsabili del settore che per un periodo di diverse settimane sembrerebbe essersi verificato un problema tecnico nella registrazione del flag sintomatico sì o no e dovrebbe essere un periodo che, a detta degli auditi, potrebbe essere durato un mese o cinque settimane.

Vorrei capire se, e qualora fosse dimostrata questa inefficienza, questo errore nella registrazione, potesse

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

secondo lei in qualche modo essere inteso, ripreso, recepito, potrebbe essere stato o avrebbe potuto essere stato registrato dai meccanismi di cui ci ha parlato ora.

Dott. Patrizio PEZZOTTI (Istituto Superiore di Sanità)
Una prima risposta riguarda le comunicazioni. Noi abbiamo comunicazioni che sono anche giornaliere con la controparte tecnica della Regione del Veneto, attraverso scambi di telefonate, e-mail, eccetera. Che io sappia, a mia memoria, ora dovrei anche sentire eventualmente dei collaboratori, però non mi sembra che formalmente abbiamo ricevuto comunicazioni di eventuali anomalie, non mi sembra che abbiamo riscontrato indicatore Rt ospedaliero e indicatore Rt basato sui sintomi particolarmente divergente. Questo, per esempio, è capitato nella famosa storia con la Lombardia: è stato anche il meccanismo con cui è spuntato fuori il problema dei dati a Regione Lombardia. Insomma, soltanto per fare una similitudine. Quindi, da questo punto di vista, io non ricordo che ci sono state delle particolari segnalazioni a tal riguardo. Normalmente segnalo solo una cosa, cioè che quello che provavo a dire prima era questo: cioè se io in una settimana un cambiamento totale nella classificazione dei sintomatici (ecco, in questo caso può derivare dal fatto che non era possibile segnalare il fatto che una persona fosse sintomatica, come dite voi), io dovrei avere in una settimana un aumento particolarmente elevato di casi e un Rt che addirittura potrebbe scendere, perché in realtà, se io passo da 1.000 a 2.000 casi da una settimana all'altra, è un esempio i numeri non sono affidabili, però se io passo come il numero di segnalazione da 1.000 a 2.000 casi in una settimana, ma

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

proprio perché viene a mancare la segnalazione sintomatico e prima i sintomatici erano 100 e improvvisamente avendo ridotto notevolmente la segnalazione sintomatici, invece di salire proporzionalmente da 1.000 a 2.000, ma da 100 vanno ad 80, l'Rt basato sui sintomi sarebbe inferiore ad 1 in generale. La formula più o meno riporta queste variazioni settimanali.

Quindi noi avremmo dovuto identificare intanto questa anomalia, che non abbiamo identificata, ma al tempo stesso avremmo dovuto osservare una divergenza tra i casi segnalati in ospedalizzazione, perché quando di solito aumentano i casi, c'è sotto un aumento proprio della diffusione dell'epidemia, in maniera proporzionale abbiamo sempre visto un aumento dei casi ospedalizzati. Quindi, se i casi ospedalizzati erano stati 50 nella settimana di riferimento e quella successiva sarebbero verosimilmente diventati 100: più o meno vediamo sempre questa proporzionalità.

Nelle settimane, quindi, se c'è un'anomalia sulla segnalazione dei sintomatici, la prima settimana io ho un Rt probabilmente distorto e inferiore a quello che è quello reale, ma nelle settimane successive, se quella anomalia rimane, in realtà l'Rt viene calcolato sempre in maniera corretta perché vede soltanto la variazione tra una settimana e l'altra dei casi sintomatici riportati dalla Regione. Quindi, se la Regione del Veneto fosse passata da 100 sintomatici nella prima settimana a 80 nella seconda, perché era venuta a mancare una parte dei casi di segnalazione, e successivamente rimane questa anomalia, quell'80 davanti a una crescita crescerebbe di nuovo, dovrebbe diventare di nuovo 100, 120, eccetera. Quindi l'errore che noi abbiamo che l'avremmo avuto soltanto in una settimana e non in tante settimane. Normalmente quell'errore

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

si presenta solo una settimana davanti a un cambiamento sostanziale della segnalazione sintomatici. È molto tecnico. Capisco che può essere difficile, nel caso suggerisco di andare a vedere anche i nostri documenti sul sito dell'Istituto che spiegano come viene calcolato l'Rt dei sintomi e quanto questo indicatore che viene calcolato è anche affidabile in Regioni che hanno una diversa modalità di identificazione dei casi sintomatici.

Dott.ssa Flavia RICCARDO (Istituto Superiore di Sanità)
Per semplificare, se noi facciamo una serie di verifiche…

Presidente
Se può ripetere, perché si è un po' sovrapposta e non abbiamo sentito l'intervento. Grazie.

Dott.ssa Flavia RICCARDO (Istituto Superiore di Sanità)
Solo perché l'intervento è stato molto tecnico. Noi facciamo sempre delle verifiche di coerenza e di completezza. Tendenzialmente noi vediamo dei dati…

Presidente
Se può avvicinarsi al microfono perché non sentiamo.
Mi scuso, grazie.

Dott.ssa Flavia RICCARDO (Istituto Superiore di Sanità)
Giusto per dire che ci siano scambi, rettifiche, verifiche, è una cosa normale che avviene sempre, fa parte proprio dello scambio che ha descritto il presidente Brusaferro, quindi è una cosa che avviene tutte le settimane con tutte le Regioni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e proprio fa parte del processo di consolidamento del dato. Quindi l'attenzione che inviterei a fare è di non vedere nei singoli scambi delle osservazioni o delle interazioni sull'interpretazione e la qualità dei dati: questa è una cosa normale che avviene sempre. Quello che è, insomma, un po', tecnicamente magari l'ha riportato il dottor Pezzotti, è proprio che non abbiamo visto delle incongruenze e il fatto di guardare a tanti indicatori, vedere tante anche fonti di informazioni differenti (noi vediamo il dato che viene dal sistema aggregato del Ministero, il dato che raccogliamo noi, i dati di ospedalizzazione che vengono dal Ministero della Salute, dati che arrivano direttamente dalla Regione). Proprio vedere tutta questa mole di dati insieme ci permette di dire che erano coerenti tra di loro, cioè che ci stavano raccontando la stessa storia. Quando vediamo delle incoerenze eventuali e possibili c'è questo scambio che c'è stato per altre Regioni, ma che non ricordiamo essere avvenuto per la Regione, però, appunto che ci siano scambi, e-mail, confronti è una cosa perfettamente normale, fa parte proprio del processo di verifica e di miglioramento della qualità del dato.
Ricordo che tutte queste valutazioni vengono fatte sui dati della settimana precedente, quindi sono dati estremamente recenti che vengono consolidati per poter fornire un'informazione veloce e affidabile.

Presidente
Grazie, dottoressa.
Ci sono altre richieste? No. Io ringrazio chiaramente il professor Brusaferro, che in questo momento si è dovuto staccare per altri incontri e anche il dottor Pezzotti e la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dottoressa Riccardo per quanto comunicato.
Ci riserviamo magari di chiedervi alcune documentazioni eventualmente via e-mail in modo che anche i dati che ci avete comunicato poterli avere in formato cartaceo per essere anche più certi poi di quello che andremo ad elaborare.
Grazie mille, buona giornata e buon lavoro.
Adesso, ringraziando per la pazienza, ritornerei al dottor Cinquetti, che ringrazio anche di essere stato collegato fino adesso. Ci sono altri interventi per il dottor Cinquetti che volevate fare? Collega Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.
Ora torniamo un attimo alla discussione precedente. Spero, non lo vedo, penso, spero che ci sia il dottor…

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Sì, sono presente e sento bene.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Scusi per l'attesa. Provo a ritornare con i ragionamenti che stavamo facendo prima. Le farei, se è d'accordo, quattro domande più una richiesta di valutazione sua. Sono domande molto precise, credo, dalle quali potremmo aspettarci delle risposte altrettanto precise, calcolando che questa è una Commissione d'inchiesta, i commissari hanno piena consapevolezza, avevano, a maggior ragione ora, delle attività che sono state messe in campo dal punto di vista tecnico. Quindi diamo un po' per consolidata una piattaforma

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

conoscitiva comune e proviamo a avere delle risposte un po' concrete.

Domanda n. 1. Lei ha parlato, in riferimento in particolar modo a quella che viene definita la seconda ondata, di una attivazione, di una sorta di presa in carico, veloce - mi pare che l'abbia definita così - cioè di una presa in carico, proprio per la quantità di soggetti da intercettare, che non - tra virgolette - perdeva troppo tempo nelle questioni più di natura sanitaria, ma che aveva l'obiettivo di provare a contattare il prima possibile le persone positive verificata la positività. La domanda è nelle procedure di questa modalità di presa in carico veloce avveniva in ogni caso l'inserimento nel database regionale rispetto alla casistica, in particolar modo al riferimento al dato sintomatico o non sintomatico? Prima domanda.

Seconda domanda, lei ci ha raccontato il servizio che è stato messo in campo di prevenzione. È in grado di fornirci in audizione o con una documentazione successiva una mappatura esatta dei servizi di prevenzione, dove sono stati attivati, quali uffici, se attraverso le USCA o altre unità, quante persone sono state dedicate a questi servizi diciamo nel periodo che abbiamo indicativamente ritenuto idoneo a individuare la seconda ondata, eccetera, ottobre 2020 e marzo 2021?

La terza domanda, esiste, ne è a conoscenza di quale sia il dato e la correlazione nel tempo, quindi dal periodo ottobre 2020 a marzo 2021, probabilmente sono dati che lei riesce a recuperare velocemente, tra il numero di positivi rilevati giorno per giorno, il numero di tamponi effettuati e il numero di persone effettivamente prese in carico, definendo per presa

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in carico anche la modalità di presa in carico veloce di cui ci ha parlato prima.

Quarta domanda, sa se esisteva durante la seconda ondata, se le risulta un programma informatico comune a tutti i SISP delle diverse Province, delle diverse ASL e se esisteva, se sa dirci quando è stato attivato e con che modalità.

Ultima domanda invece rispetto alla quale le chiederei se ritiene che sia opportuna una valutazione un po' più generale rispetto alla sua esperienza complicatissima di gestione della pandemia. Lei ha parlato giustamente per la definizione della seconda ondata di una fase molto più impegnativa rispetto a quella precedente paragonandola a eventi tumultuosi, mi pare ad una inondazione. Chiaro, lei capirà che l'inondazione è inaspettata mentre forse la tumultuosità della seconda ondata doveva o avrebbe dovuto essere un po' meno inattesa, ma quali sono secondo lei le ragioni per cui abbiamo avuto l'opinione ad esempio dell'Istituto Zooprofilattico, della dottoressa Russo, anche del dottor Flor in occasione di una sua audizione in Quinta Commissione, vorrei capire quale invece è la sua opinione, cioè dal suo punto di vista, dal suo osservatorio, dalla sua esperienza quali sono secondo lei le ragioni che hanno reso la seconda ondata molto più impegnativa, come l'ha definita lei nel suo intervento.

Le faccio questa domanda perché se accettiamo la tesi che in parte lei ci ha proposto che l'impegno maggiore nella seconda ondata sia stato dovuto sostanzialmente a una quantità di contagi esponenzialmente maggiore rispetto a quella della prima ondata, se, dicevo, seguo questa tesi che è verosimile, anche condivisibile, naturalmente a maggior ragione per chi ha la responsabilità della prevenzione e quindi del garantire la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

capacità di poter individuare, riconoscere, tracciare l'andamento del virus, di fronte ad una seconda ondata molto più impegnativa partendo proprio da un numero di contagi talmente eccessivo da essere difficilmente controllabile Le chiedo la sua valutazione personale ma anche professionale come responsabile della prevenzione, di fronte ad un'ondata di questa portata, quindi caratterizzata da un'altissima contagiosità, cosa secondo lei si è fatto, si sarebbe dovuto fare o si sarebbe potuto fare per contenere quello che è stato, come lei ha definito, un evento davvero tumultuoso. Grazie.

Presidente
Grazie.
Collega Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.
Grazie ancora al dottor. Io non voglio ripetere ovviamente le domande fatte dalla collega Camani perché effettivamente sono importanti e quindi non voglio comunque essere ripetitiva.
Aggiungerei un paio di domande. Quali erano le tempistiche di inserimento nel sistema informativo dei dati dei casi positivi e se si era proceduto o si sta procedendo in modo uniforme in tutte le ULSS della Regione.
Poi ovviamente anch'io chiedo quali sono appunto, quali possono essere le cause della situazione che poi si è verificata nella seconda ondata in merito ai numeri dei decessi, visto che è stato sembra solo un rallentamento di quello che è il contatto attivo, ma di fatto il tracciamento sarebbe funzionato. Grazie.

Presidente

Grazie.

Lascio la parola al dottor Cinquetti, poi se ci sono altri interventi mi dite.

Dottor Cinquetti.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)

Grazie perché mi costringe a fare un ribasso di ciò che è accaduto, le domande sono molto impegnative. Non ho risposte totali bianco o nero. Capisco che a volte girarci un po' "attorno" rappresenta la realtà. Noi nella prima e nella seconda data abbiamo registrato elementi di incertezza che tutt'ora registriamo non totalmente risolvibili. Noi in questo momento abbiamo a che fare con un elemento di incertezza, mi sia consentita questa breve parentesi, non trascurabile, cioè il tema dell'efficacia del vaccino rispetto a una nuova variante o alla stessa variante realizza che ormai rappresenta il 100% della casistica, ciò che rende ragione della somministrazione della terza dose, eccetera, quindi pur essendo la terza dose oggetto di dibattito internazionale.

Gli elementi di incertezza hanno accompagnato, accompagnano e credo accompagneranno ancora a lungo, speriamo per poco tempo in questa fase epidemica, ma accompagneranno tutto l'iter di risposte epidemiche perché se avessimo avuto sugli elementi di certezza avremmo già chiuso la partita. La partita è ancora aperta e la responsabilità credo sia attribuibile in parte ad alcune realtà che avrebbero potuto far meglio, ma la gran parte della responsabilità di questi elementi di incertezza è che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

abbiamo a che fare con un virus particolarmente impegnativo e mutevole.

Vado ai punti proposti dai Consiglieri che hanno fatto le riflessioni che mi sono state poste. L'attivazione della presa in carico fast, precoce, che è stata adottata da alcune ULSS e l'abbiamo sperimentata in una, due ULSS, è risultata più semplice, come in generale è la presa in carico nelle aziende sanitarie più piccole anche per una casistica più contenuta come dicevo. Le aziende sanitarie di un milione di abitanti hanno oggettivamente trovato delle difficoltà non trascurabili perché gestire come ho detto 1.000 casi al giorno è molto complesso. Lo scopo principale della presa in carico precoce non era registrare con precisione elementi di tipo sintomatico a sintomatico, era di mettere agli arresti domiciliari il positivo e di avvisarlo che doveva mettere agli arresti domiciliari i suoi contatti. Successivamente la presa in carico precoce è stata seguita da una cosiddetta presa in carico strutturata definitiva con la registrazione di tutti i dati previsti dal database, compresa la condizione di sintomatico o non sintomatico. Stiamo parlando di presa in carico di soggetti a domicilio perché per definizione l'ospedalizzato è un sintomatico che è stato preso in carico con modalità proprie.

Quindi lo scopo era una rapida diciamo decisione sull'isolamento del soggetto positivo, perché questo è il primo elemento di contenimento epidemico e a seguire una quarantena rapida sui contatti. Lo scopo della presa in carico precoce è questo, la registrazione precisa dei dati richiedeva una presa in carico più strutturata che nei confronti di coloro che avevano ricevuto la presa in carico precoce è stata messa

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in atto. Nell'azienda sanitaria nella quale il lavoro è stata messa in atto, però con uno, due, tre, quattro giorni di ritardo, quindi la precisione di elemento c'era, ma non c'era l'immediatezza. L'immediatezza era legata alla necessità di adottare il provvedimento contumaciale subito.

Quante persone dedicate per ogni Dipartimento? Piccola considerazione di carattere generale, credo che i Consiglieri conoscono la struttura del Dipartimento di prevenzione, ma in ogni azienda sanitaria del Veneto, ma anche d'Italia, con qualche nome diverso, opera una struttura che si chiama Dipartimento di Prevenzione, questa struttura contiene al suo interno varie unità operative, la unità operativa più impegnata in questo percorso è stato il servizio di igiene e sanità pubblica (SISP) ma esistono altre unità operative, lo SPISAL, le unità operative veterinarie, il servizio igiene, alimenti e nutrizione, e alcuni altri servizi chiamiamoli più piccoli dedicati all'epidemiologia, agli screening oncologici, alla promozione della salute e altro; nella fase epidemica, in particolare nella seconda che ha avuto numeri imponenti, ma anche nella prima, una buona parte delle attività del Dipartimento di Prevenzione è stata sospesa, per effetto dei provvedimenti di rallentamento sia economico sia istituzionale, anche delle aziende sanitarie, cioè non era certo quello il momento nel quale diciamo eseguire il massimo dei controlli sugli alimenti, tutta la certificazione per patenti, per esempio, è stata sospesa, l'invalidità civile è stata sospesa, in parte, perché comunque rallentata, perché evidentemente non si potevano nemmeno creare condizioni di assembramento o di contatto tra la popolazione e le strutture sanitarie, c'era un momento di segregazione, è abbastanza

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

significativo specie nella prima parte dell'epidemia, ma anche nella seconda, quindi le persone che venivano utilizzate diciamo impiegate negli altri servizi, SPISAL, servizio igiene alimenti e nutrizione in parte anche l'area veterinaria, si sono rese disponibili, sono state convogliate nelle attività di tracciamento dei contatti, di Data Management secondo le loro competenze, poi dopo c'è stata una forte cooptazione nella fase finale della seconda ondata, da dicembre in poi verso la campagna vaccinale.

Chiaramente, secondo le competenze, non abbiamo messo i veterinari fra le cose che non erano in grado di fare che non potevano fare, abbiamo dedicato le persone adatte, orientativamente in qualche modo conosco la realtà del mio Dipartimento, il personale del servizio di igiene e sanità pubblica è stato "triplicato" circa sono state anche, in certi momenti, assunte persone interinali con contratti libero professionali. Gli specializzandi, come sappiamo, sono stati autorizzati ad intervenire, la Protezione civile ha messo a disposizione per persone di questo genere.

So che la Regione ha fatto una rilevazione del personale dedicato alla gestione pandemica, orientativamente, insomma, specie appunto nelle aziende sanitarie più strutturate questo riorientamento ha irrobustito fortemente il servizio di igiene e sanità pubblica nella parte dedicata, cioè quasi tutto alla gestione pandemica.

L'elemento di dettaglio non ce l'ho nel senso che ci dovrei lavorare sopra, conosco la realtà della mia azienda sanitaria grossomodo, l'unità di crisi attuale è composta da 120 persone e intende unità di crisi chi fa le vaccinazioni, chi fa il contact tracing, chi fa il Data Management circa a spanne è

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

una unità di crisi abbastanza consistente, in particolare per effetto dei tamponi che sono tornati ad essere numerosi e dell'attività vaccinale orientativamente il servizio di igiene e sanità pubblica si regola ne contiene 30/40, quindi triplicato, quadruplicato l'organico del servizio di igiene e sanità pubblica in via provvisoria ovviamente, per far fronte alla necessità di montare la risposta epidemica.

Questo è accaduto più facilmente nelle aziende di piccole dimensioni, maggiori difficoltà hanno trovato le aziende di grandi dimensioni, anche per questioni logistiche che chiaramente se un servizio parte da 80 non è facile portarlo a 300 persone che devono lavorare relativamente vicine.

Però, a mio sapere, quasi tutti i servizi di igiene e sanità pubblica del Veneto, tutti, hanno irrobustito fortemente i loro organici con persone della restante parte del Dipartimento di prevenzione, ma anche dell'ospedale, ma anche dei distretti, mi riferisco in particolare nell'area dei distretti, ai medici e agli infermieri dell'area USCA, che hanno molto lavorato a domicilio e per l'area ospedaliera a molta area infermieristica che ha dedicato tempo ed energie per i tamponi e per adesso l'attività vaccinale.

Questo pian piano sfumerà, nel senso che, concluso il percorso epidemico, avremo dei Dipartimenti di prevenzione che torneranno a caratteristiche ordinarie, anche se, insomma, credo che sia evidente a tutti che ci guarderemo bene dallo smontare una struttura, diciamo, di base di risposta epidemica che potrebbe rendersi nuovamente necessarie, cioè tutti abbiamo avuto evidenza in tutto il mondo che ci vuole un pezzo del servizio sanitario pronto, anche se poco utilizzato nei momenti di pace, ad affrontare periodi epidemici molto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

faticosi.

Nel periodo ottobre 2020 marzo 2021 pare sia stata data questa questo spazio temporale, tutti positivi sono stati presi in carico sì, i soggetti positivi, cioè con tampone positivo, sono stati certamente prese in carico, il tema è se sono stati presi in carico con tempestività e conseguente contact tracing preciso o con un po' meno di tempestività derivante dal grande numero; nella fase iniziale della seconda ondata abbiamo avuto effettivamente tutti, specialmente le aziende sanitarie di grandi dimensioni, difficoltà nella tempestività di presa in carico dei positivi.

Però, se la domanda è bianco o nero, i positivi sono stati presi in carico non ho dubbi nel rispondere che nella quasi totalità dei casi, può darsi che qualcuno non l'abbiamo trovato al telefono o abbiamo tribolato o abbia in qualche modo evitato di essere contattato, però la presa in carico è un elemento fondamentale, vale a dire il soggetto positivo a domicilio raggiunto da una telefonata nella quale viene disposto tra l'altro per il provvedimento di isolamento, è il positivo stesso che a volte diciamo in qualche modo richiede la presa in carico perché è raro trovare una persona, specie se con sintomatologia che non eseguono tampone, eseguito il tampone immediatamente scatta la presa in carico.

Il programma informatico, io credo che sia stato attivato quando e con che modalità in modo omogeneo, io non sono un esperto di sviluppo informatico, però nella evoluzione dalla prima alla seconda e a questa attuale fase io credo che in Italia, nella nostra Regione, nelle singole aziende sanitarie lo sviluppo informatico e la disponibilità dei data base sia stata importante, ecco, il meglio è nemico del bene analisi e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

paralisi, cioè quando si fa troppa informatica si fa anche un po' di confusione gli elementi fondamentali per il Data Management delle cose che servono sono oggi ed erano anche nella seconda fase, ampiamente disponibili.

Certo, nel passaggio tra la prima e la seconda fase abbiamo dovuto mettere a punto alcuni sistemi informatici, per cui qualcosa veniva gestito ancora su carta, in particolare nei rapporti con i medici di medicina generale, non sempre il sistema ha avuto un allineamento immediato, ma questa evoluzione ormai è completata e io ritengo sia stata completata proprio diciamo, nell'ambito dello sviluppo della seconda fase, che ha richiesto una gestione non su singoli casi cartacei, ma una gestione informatizzata anche per le caratteristiche dei numeri che erano, come dicevo, importanti.

Una analisi o comunque alcuni rilievi legati alla mia esperienza, come ho detto all'inizio di questa audizione, della quale ringrazio perché consente anche a me di fare un po' di epicrisi su ciò che è accaduto, questo è stato l'evento professionale più importante di tutta la mia carriera, e credo che questo lo posso dire qualunque igienista d'Italia coinvolto in questa vicenda, il professor Brusaferro che era un tranquillo professore, tranquillo forse no, era un tranquillo professore universitario dell'Università di Udine e si è trovato scaraventato in uno degli eventi più significativi della sua vita, della sua famiglia, dei suoi figli e di tutti quelli che lavorano con lui. Io non ho avuto le responsabilità che sono state affidate al professor Brusaferro, però pur avendo gestito l'epidemia di meningite a cavallo tra Treviso e Conegliano del 2007, pur avendo assistito non tanto tempo fa a un'epidemia di tubercolosi a Motta di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Livenza con una cinquantina di bambini di una scuola elementare coinvolti, e vi assicuro che 50 bambini moltiplicati per due genitori sono molto impegnativi, nulla è accaduto rispetto a ciò che abbiamo visto in questa fase, anche perché questa fase, se posso dire un'opinione personale, ha visto entrare in campo le figure istituzionali di massimo livello, cioè in generale i fenomeni epidemici sono stati gestiti dagli igienisti, cioè da un pezzo del Servizio Sanitario Nazionale con competenza ingegneristica, casomai da qualche infettivologo. Qui sono entrati in campo i massimi livelli istituzionali, a livello nazionale Mattarella, Draghi e Figliuolo, a livello locale il Presidente, il Direttore della Sanità, eccetera. In generale le epidemie le abbiamo gestite in ambito tecnico, questa volta per ovvi motivi, l'impegno economico, l'impegno sociale, è entrata in campo l'intera istituzione socio-sanitaria. Basta vedere l'impegno della scuola in questo momento. La scuola all'inizio aveva cercato di dire beh, fate voi. La scuola oggi è coinvolta in maniera totale nell'evidenza del fatto che non è pensabile condurre un anno scolastico con ancora una condizione di rischio epidemico significativa pendente.

È stata una vicenda inattesa, sì, è stata una vicenda fortemente inattesa. La prima fase è stata fortemente inattesa. Forse abbiamo un po' cincischiato su alcune decisioni relative agli arrivi dalla Cina, ma poi dopo siamo stati abbastanza determinati su questo. Nella seconda fase io e molti altri siamo stati sorpresi dallo sviluppo epidemico che ha caratterizzato la seconda fase. Ricordiamo che nell'estate 2020 avevamo avuto un periodo di rallentamento epidemico con ripresa praticamente di tutte le attività, anche sociali, conclusione dei fenomeni epidemici in ambito

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

scolastico e questa seconda fase è vero che l'avremmo potuta prevedere in qualche modo diciamo prevenire in modo più significativo, però la nostra capacità, non nostra, in tutta Italia, in tutto il mondo è stata limitata, non totale, non del 100%.

Avremmo potuto far meglio? Certo, ogni giorno io dico avremmo potuto far meglio, però io credo che l'impegno sia stato ampio e le risposte siano state significative e adeguate, se non molto adeguate.

C'è stata disomogeneità tra le aziende sanitarie del Veneto e d'Italia. Come detto dai colleghi dell'Istituto superiore di sanità io partecipo anche ai lavori di una società scientifica, la Società Italiana di Igiene. Non c'è dubbio che il Veneto ha registrato anche nella capacità di risposta epidemica buoni risultati sia nella capacità di risposta ordinaria sia nella capacità di risposta vaccinale. Non lo dico perché mi sta ascoltando il direttore Flor, lo dico perché è la verità. Questo viene riconosciuto da tutte le Regioni, da tutti i colleghi d'Italia. Hanno fatto bene con noi molte altre Regioni, ha fatto bene il Lazio, la Lombardia all'inizio ha fatto fatica per i grandi numeri però poi è riuscita anch'essa montare una risposta discreta pur avendo un sistema di prevenzione meno strutturato rispetto al Veneto. Ci sono state realtà che hanno fatto più fatica, in particolare nel meridione, ma anche in altri contesti nazionali. Il Veneto diciamo ha fatto abbastanza bene. All'interno del Veneto hanno fatto in generale un po' meglio come capacità di risposta, ma non come caratteristiche dell'epidemia, alcune aziende sanitarie in generale più piccole perché la risposta epidemica in un'azienda sanitaria da un milione di abitanti in una fase

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

molto tumultuosa come quella della seconda fase è oggettivamente estremamente complessa per vari motivi. Un'azienda sanitaria, e io lo riconosco, da 200… io ho lavorato fino a giugno del 2020 a Treviso, un milione di abitanti, poi ho lavorato a Belluno da giugno, non c'è dubbio che gestire 200.000 abitanti o gestire un milione di abitanti la differenza è assai significativa, anche se in termini percentuali a Belluno abbiamo avuto una casistica superiore rispetto alla popolazione. Quindi effettivamente il virus, anche per incapacità di individuarlo delle singole aziende, Belluno ha fatto un numero di tamponi pazzesco. Facendo un numero di tamponi pazzesco ha individuato un numero di casi significativamente superiore evidentemente, in particolare nell'area dei paucisintomatici e degli asintomatici, però non sempre avere tutto perfetto dal punto di vista della capacità di risposta determina un contenimento dei numeri dell'epidemia. Di sicuro determina un discreto contenimento delle ospedalizzazioni e della casistica grave, in particolare adesso in questa fase, diciamo, in cui abbiamo a che fare con un vaccino disponibile.

Quindi io chiuderei così, si poteva fare di più? Certo, si poteva fare di più, però non avevamo molti modelli. Io non ho studiato e i miei professori non mi hanno passato un'esperienza epidemica con queste caratteristiche. Io credo che siamo migliorati tutti, è stata un'esperienza che si è sviluppata sulla nostra pelle e purtroppo anche sulla pelle di molti cittadini, però ne siamo usciti solidi e credo che questa solidità sarà cura di tutti mantenercela cara perché mi pare che si dica primo che questa epidemia non è ancora del tutto conclusa, purtroppo, e secondo che non è escluso che entriamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in una fase storica per vari motivi con sviluppi epidemici e pandemici che richiedono grandi sforzi. Li abbiamo messi in campo, li stiamo mettendo in campo, potevamo far meglio, sì, ma ripeto, il meglio è nemico del bene. Grazie.

Presidente

Grazie, dottore.

C'era forse una specifica della collega Camani e poi, se non ci sono altri interventi… sì, c'è il collega Zecchinato, se non c'è qualcun altro poi ringrazio il dottor Flor e passiamo a audire il dottor Flor.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Velocissimamente perché poi sulle considerazioni della seconda parte del suo intervento ovviamente sarà la Commissione d'inchiesta a definirne il merito.

Solo per capire lei ha detto che la presa in carico precoce, veloce di cui ci ha parlato in realtà è stata attivata soltanto in alcuni territori piccoli. Quindi se ci può specificare in quali territori questo è avvenuto, immagino Belluno perché credo parlasse della sua realtà, ma se è avvenuto anche in altri territori perché capirà che se è una modalità attuata in territori piccoli per un numero non rilevante di persone è giusto che noi ne siamo a conoscenza, che ne teniamo conto, che la valutiamo, ma ovviamente potrebbe aver avuto un impatto ridotto rispetto alla gestione del contact tracing. In particolare se poi mi conferma che è stata attivata a Belluno vorrei capire come allora ci spieghiamo il dato che nella seconda ondata in particolare, se non ricordo male, nel periodo dicembre 2020 la provincia di Belluno pur essendo molto piccola

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

risultava sostanzialmente la peggior provincia d'Italia per il rapporto casi-popolazione e questo sembrerebbe essere in apparente contraddizione con invece i meccanismi di contact tracing avanzati, eccetera, di cui lei ci ha parlato oggi, se secondo lei c'è una correlazione tra questi due fatti oppure anche in questo caso dipende dall'incertezza, come l'ha definita lei, io concordo con la definizione, legata alla circolazione e alla diffusione del virus.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Se posso rispondere.

Presidente
Sì, dopo passo la parola al… casomai se posso far intervenire il collega Zecchinato così dopo risponde a tutte le domande e le chiedo una cosa anch'io velocissima.
Collega.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Grazie.
Ringrazio il dottore della spiegazione molto precisa che ha fatto. Intervengo adesso perché è un po' collegato con quanto ha chiesto anche la collega Camani. Prima nell'esposizione appunto ci ha riferito che nel periodo di picco, ad esempio a Belluno, c'erano 300 casi e i sei operatori logicamente non riuscivano a rispondere in tempo reale, ma questo è naturale. Mi chiedo questo, cioè se è confermato il ragionamento che faccio, nel momento in cui, in questo caso a Belluno, ci sono 300 casi, in altre province appunto abbiamo un numero diverso,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nel momento in cui ci sono dei casi viene fatta una presa in carico. Oltre alla presa in carico il SISP poi ha anche altre attività da fare. Mediamente per la presa in carico, se non sbaglio dai dati appunto che ho letto, ci vuole un certo tempo, mediamente dai 20 ai 30 minuti e anche di più per certi casi. Per cui le chiedo, anche qualora avessimo avuto un raddoppio degli operatori, cosa non possibile perché chiaramente si utilizzavano tutte le risorse disponibili in quel momento, era matematicamente impossibile dare una risposta tempestiva. Quindi si è fatto il possibile con le risorse umane che c'erano e le chiedo questo perché facendo anche due conti con i tempi disponibili comunque il numero di casi era matematicamente impossibile dare risposta se non con qualche giorno, come ha detto giustamente lei, di tempo in più.

Presidente

Grazie.

Le faccio un'ultima domanda che si collega ad alcune domande che sono già state fatte.

A gennaio mi pare dell'anno scorso giustamente il Presidente Zaia ha sollecitato alcune persone ad essere maggiormente responsabili perché non riuscivamo, una parte l'aveva già chiesta anche la collega Ostanel, sostanzialmente non si facevano trovare o davano un numero sbagliato e quindi non riuscivamo assolutamente a metterci in contatto con questi individui. Venivano segnalati in modo particolare, sul sistema di tracciamento c'era una sigla particolare oppure no perché penso che ci fossero, ma potrei sbagliarmi, persone magari positive, persone invece non positive, semplicemente erano magari contatti di positivi e quindi proprio non riuscivamo a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

farli neanche entrare nel sistema di tracciamento. Grazie.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Allora…

Presidente
Un secondo, c'era un'ultima cosa della collega Bigon e poi chiudiamo e diamo la parola al dottor Flor che ha avuto molta pazienza.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie mille.
Volevo solo chiedere se era possibile ricevere un dato che è quello appunto dei contatti, del numero di contatti avuti nella seconda parte della pandemia, magari da novembre a gennaio, e poi quelli durante il lockdown della prima parte da febbraio a maggio, se era possibile avere questi dati. Grazie.

Presidente
Grazie.
Passo la parola al dottor Cinquetti.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Premesso che non ho capito bene l'ultima domanda, se si riferisce al numero di contatti legati ai singoli casi, se la domanda è questa…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Sì. Se possiamo avere il numero dei contatti, ma anche magari via mail nei prossimi giorni se non li ha adesso, ci mancherebbe.

Dott. Sandro CINQUETTI (Direttore Dipartimento Prevenzione Aulss 1 Dolomiti)
Mediamente diciamo ogni caso genera 3, 4 contatti con variabilità circa nel tempo e nella singola casistica. Quindi registrando il numero di casi si capisce più o meno quanti sono i contatti. Poi il numero dei contatti dipende anche dall'incisività, parto da questa domanda perché è un po' più concettuale, dall'incisività con la quale il contact tracer decide di andare a fondo perché la definizione di contatto può essere molto rigorose, stretta o poco più larga. Nella fase della circolazione di varianti, che è l'ultima fase, siamo stati un po' più larghi, perché sappiamo che la variante Delta in particolare è più diffusiva, essendo più diffusiva siamo stati un po' più severi nella definizione di contatto.
Rispondo così anche alla precedente domanda, vale a dire le persone che sono sfuggite alla telefonata di chiamata. È stato un fenomeno che abbiamo registrato in quest'ultima fase in cui l'epidemia non è accompagnata da restrizioni sociali molto forti. Quindi, come dicevo prima, ho usato il termine arresti domiciliari, persone che vedevano la propria attività lavorativa continuare, la propria vita sociale in qualche modo potenzialmente messa a rischio, poi questo capita specie per i giovani, ma anche per alcune categorie di persone con una percezione del rischio inferiore, a volte svicolavano, non si facevano trovare, si negavano. Non sono stati fenomeni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

definibili con tre cifre, ecco, quattro cifre, sono stati fenomeni che abbiamo registrato e che di solito abbiamo gestito specialmente per i positivi insieme con le Forze dell'Ordine perché le Forze dell'Ordine ci hanno dato una mano nel rincorrere alcune persone che non si sono fatte trovare, però è un fenomeno tipico di quest'ultima fase qua nella quale, ripeto, la vita sociale prosegue ed essere messo da parte di alcune persone agli arresti domiciliari può essere stato percepito come una forte limitazione della vita sociale piuttosto che lavorativa non sempre facile da gestire.

Io cerco di mettermi anche nella parte di qualcuno che magari se non riesce ad andare al lavoro, però non c'è alternativa. Se si vuole garantire al rallentamento epidemico queste persone devono essere isolati e quarantenate, in particolare per i contatti questo fenomeno, il positivo poi a casa o con la forza o con la ragione ci resta.

Torno alle domande precedenti. Quali le tempistiche… no, questa è la domanda, chiedo scusa, avevo registrato nel precedente, la presa in carico precoce è stata attivata da tutti? Come mai a Belluno nonostante la "brillante" presa in carico precoce, dico brillante tra virgolette, abbiamo avuto una casistica molto significativa?

Poi il concetto di Provincia peggiore o migliore lo respingo un po' perché definire la Provincia che ha avuto il maggior numero di casi la Provincia peggiore a mio avviso è una semplificazione non corretta, è la Provincia che ha avuto il maggior numero di casi, punto, non è peggiore o migliore, potrebbe anche essere, e lo dirò fra un po', la Provincia che ha saputo individuarli i casi, poi dipende, insomma. Chi è generoso dal punto di vista della spesa viene considerato il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

peggiore spenditore, ma dall'altro punto di vista viene considerato generoso, consentitemi questa breve battuta.

La presa in carico precoce è stata un'iniziativa adottata sulla base di alcune intuizioni ed esperienze da parte di alcuni colleghi che si sono sentiti nel Veneto, non è stata messa in campo stabilmente. La Regione a un certo punto l'ha fatta propria nell'ambito di un documento di linee guida. Ne abbiamo parlato con la Direzione Regionale Prevenzione, è stata una raccomandazione, più che formale e strutturata un'indicazione per garantire la presa in carico appunto relativamente tempestiva di fronte a uno sviluppo epidemico particolarmente importante. Ce l'hanno fatta a condurre questa presa in carico precoce chi si è convinto che poteva essere utile, io sono tra questi, ma l'hanno messo in campo in parte anche a Padova, a Verona, è stato adottato in alcuni contesti, poi chiaramente pian piano è stata riassorbita dalla presa in carico ordinaria. Quindi direi che è stato un percorso organizzativo e gestionale legato soprattutto alla fase più imponente della seconda fase nella quale si è fatto di necessità virtù, cioè la necessità di garantire l'isolamento del soggetto positivo.

Non definirei la presa in carico precoce una buona pratica consolidata da linee guida internazionali e nazionali. È stata così una procedura se vogliamo opportuna, ecco. L'abbiamo anche pubblicata sulla letteratura scientifica, l'abbiamo messa al dibattito scientifico, ma vedrà il tempo e la storia se questa è stata un'intuizione felice, speriamo di non doverla fare più. Oggi abbiamo a Belluno 20, 30 casi al giorno e li gestiamo con una presa in carico ordinaria che alle 20 di sera in generale è conclusa per tutti i casi emergenti.

Come mai a Belluno, quindi Belluno peggiore, Belluno migliore,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

abbiamo avuto una casistica importante? Beh, innanzitutto diciamo Belluno è una Provincia fredda, principale determinante di diffusione epidemica è il contatto interpersonale. Dove i contatti interpersonali avvengono in ambiente chiuso è più facile che vi sia diffusione epidemica. Quindi questo è un elemento oggettivo, cioè la diffusione epidemica del veneziano dove la gente sta fuori di più rispetto al bellunese, dove c'è una cultura storica di relativamente poche finestre, relativamente star bene in casa, eccetera, eccetera, che deriva dalle temperature rigide ha favorito la diffusione epidemica, però, se si vanno a controllare i tamponi eseguiti, i tamponi, specie su soggetti paucisintomatici e asintomatici, spesso derivanti dall'analisi dei contatti di caso, Belluno ha sempre eseguito numero di tamponi molto importante, chi più cerca più trova in sanità pubblica da sempre, quindi una parte non trascurabile della casistica registrata a Belluno, ma anche in altre realtà nel Veneto, rispetto ad altre realtà d'Italia, per esempio, una parte non trascurabile di questa casistica è dipesa dal fatto che abbiamo messo a punto un sistema di esecuzione tamponi capillare, diffuso, determinato, esteso, gratuito, facilmente accessibile, e questo ha consentito di raccogliere una casistica significativa, non sempre questa casistica significativa ed elevata che si raccoglie è, se ben gestita dal punto di vista di presa in carico e contact tracing del termine immediatamente contenimento epidemico.

Sono elementi legati, il contenimento epidemico, fatto tramite prese in carico e contact tracing è sicuro, certo, ma tanti più tamponi si fanno, tanto più facile è l'accessibilità ai tamponi anche per soggetti asintomatici o paucisintomatici e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tanto maggiore è la casistica. L'importante è che non sia violenta la casistica ospedaliera o la mortalità, cioè il numero di decessi e se andiamo a vedere i dati relativi ai decessi Belluno si colloca più o meno in linea con la casistica della restante parte del Veneto. Questo lo ha segnalato prima anche l'Istituto superiore di sanità, poi anche sui decessi, insomma, si potrebbe andare più sul raffinato, ma non è il momento per farlo. Un'altra domanda che mi è stata posta è: questi 20 - 30 minuti, anche 40 a volte dedicati alla presa in carico ha determinato, è stata la causa, certamente, di questo ritardo, che non è un ritardo fisiologico, il prendere in carico dopo due - tre - quattro giorni il positivo, è un ritardo per definizione, che va contrastato con tutte le forze. Questo è accaduto. Noi dovevamo gestire a Belluno 300 casi al giorno, nei momenti acuti, Treviso ne doveva gestire 1000, Padova ne doveva gestire 1000, il Veneto ne doveva gestire complessivamente 5 - 6000, quindi è evidente che questo ha comportato delle difficoltà oggettive a cui si sono date risposte non complete, parziali. Però io credo in grado comunque di raccogliere buoni risultati in termini di isolamento di quarantena e di contact tracing.

Credo di aver risposto perché le altre due domande le ho raccolte all'inizio.

Mi fermerei qui, ringrazierei il Presidente, coloro che hanno avuto la pazienza di ascoltarmi.

Sono disponibile per qualsiasi seguito, saluto il nuovo il direttore Flor e grazie.

Presidente.

Grazie, dottore.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Io adesso passerei invece al dottor Flor.
Ringrazio il dottor Cinquetti.
Ringrazio il dottor Flor per averci atteso in questo momento.
Chiederei al dottor Flor, per iniziare, poi chiaramente lascio la parola ai Commissari, il dottor Cinquetti ci ha ben spiegato quali siano state le difficoltà anche in termini di personale, soprattutto all'inizio e in alcune fasi anche della seconda ondata nelle diverse ULSS.
Quello che vorrei capire meglio era l'organizzazione, insomma, ci sono delle ULSS che hanno avuto maggiori difficoltà per quanto riguarda la carenza del personale, come siamo in questo momento messi e come lo siamo in prospettiva di un potenziale, perché le varianti, ce l'avete spiegato molto bene, non sono così, diciamo, prevedibili, in prospettiva di un altro inverno, speriamo non come quello precedente, ma che magari può vedere anche dei peggioramenti rispetto alla situazione attuale e anche perché prima, insomma, è stato interessante il Dottor Cinquetti ci ha parlato della presa in carico veloce.
Quello che vorremmo capire, insomma, come Azienda Zero anche, se ci siano dei protocolli definiti che definiscono come venga attuata la presa in carico veloce oppure no ed eventualmente anche qui le diversità che lei ha registrato tra ULSS e ULSS, che dipendono probabilmente un po' da anche dimensioni diverse e un po' da dei fattori esterni che sono intervenuti.
Grazie, dottore.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Intanto, buongiorno, Presidente, a tutti i Commissari.
Credo che quello che abbiamo sentito stamattina vi abbia dato un po' una visione di quello che ha comportato l'epidemia e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di quello che abbiamo vissuto in questa lunga ormai stagione di alti e bassi, presenza più o meno costante del virus, che non ci ha mai abbandonato.

Io posso dire che sulle azioni routinarie le aziende hanno stabilizzato una dotazione per far fronte all'ordinario e dopo vi dico cosa intendo per ordinario, e comunque hanno autorizzazione ad arruolare, le richieste che sono state fatte in ambito epidemia, prevenzione, autorizzate, ma in questo momento abbiamo anche un notevole rinforzo della capacità alle aziende, in questo momento più sul versante di recupero prestazioni non erogate perché l'epidemia ci sta dando da un paio di mesi abbastanza tregua, insomma 2 - 3 mesi, tregua relativa direi, attenzione, dopo su questo ho un paio di numeri.

Quindi, ci stiamo tenendo pronti. Non abbiamo assolutamente abbandonato l'attività di tracciamento e ci stiamo tenendo pronti a qualsiasi evento, sempre legato, però ad un imponderabile andamento dell'epidemia; oggi abbiamo quelle previsioni che sono previsioni matematiche sulla base dell'andamento degli ultimi 15 giorni proviamo a proiettare cosa potrebbe succedere nei prossimi giorni, dati abbastanza attendibili sull'incidenza di ricoveri, di ricoveri anche di terapia intensiva perché noi sappiamo, insomma, che al verificarsi di un'ondata di positività al tampone, un periodo successivo di 2 - 3 settimane abbiamo i ricoveri, dopo altre 2 - 3 settimane abbiamo le rianimazioni, dopo altre 2 -3 settimane abbiamo i decessi perché il 3% dei malati muore e tra il 20 e 30% di chi va in rianimazione muore; questo ormai l'epidemia ce l'ha insegnato con dati abbastanza completi.

Ecco, su questa operazione della presa in carico io devo dare

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

alcuni numeri, la giornata, voi ricorderete, nella prima ondata fu il 27 marzo, nella seconda ondata fu il 31 dicembre, questo è riferito al numero di pazienti in rianimazione. Difatti, nella seconda ondata la giornata, che ricordo benissimo perché era la prima giornata che io assumevo questo incarico in Regione, è stato il 23 dicembre e noi superavamo i 100.000 pazienti in isolamento domiciliare.

È ovvio che seguire 100.000 pazienti in isolamento domiciliare e parlare di presa in carico, intanto se son tutti in isolamento qualcuno li ha collocati, gran parte di isolamenti in assistenza domiciliare li faceva anche il medico di medicina generale, buona parte, compresi i contatti, ma è ovvio che avevamo un volume di persone da considerare che erano molto considerevoli, quindi quella presa in carico vuol dire, erano malati bisogna ricordarsi, più di 100.000 persone in isolamento domiciliare, una quota sintomatici, gli altri erano completamente asintomatici perché o erano contatti o avevano avuto occasionalmente contatto con qualcheduno che si era verificato positivo, quando addirittura non erano gruppi interi in presenza di un caso, insomma.

Quella è stata la giornata in cui abbiamo avuto il massimo delle persone in isolamento, ma vorrei dire, anche a sostegno di quello che si diceva prima, che io ho guardato apposta sapendo di parlare oggi anche come eravamo messi prima che accadesse questa ondata e per capire anche se oggi siamo dimensionati correttamente.

Guardate i dati di settembre dell'anno scorso, come oggi, posso dirvi che stavamo molto meglio l'anno scorso. L'anno scorso come oggi avevamo 14 pazienti in rianimazione e oggi ne abbiamo 56, che non dipende sintomatico, che va comunque ne abbiamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

56/57 l'anno scorso come oggi avevamo 3.000 persone in rianimazione e 3.000 persone in isolamento domiciliare e oggi ne abbiamo 12.000, e questo dato fa esattamente pendant se noi facciamo una proporzione, persone malate in rianimazione, persone in isolamento domiciliare, cioè da fuori che abbiamo circa 3.000 persone in isolamento ai 10 pazienti che abbiamo in rianimazione, e questo è un dato che si è ripetuto nel tempo.

Al 21/10 dell'anno scorso noi avevamo gli stessi pazienti che abbiamo oggi in rianimazione e hanno le stesse persone in isolamento domiciliare, che quindi erano state in qualche modo individuate, e poi ci fu la progressione e devo dire esattamente con un mese di ritardo quello che era capitato in Lombardia, Lombardia ebbe il secondo violento attacco di epidemia, un mese prima di noi l'anno scorso, da metà novembre noi lo abbiamo avuto a metà dicembre a fine novembre inizi dicembre.

Allora siamo particolarmente attenti a vedere anche questi andamenti e confrontare quella che è stata quella ondata con quello che potrebbe capitare oggi e oggi non dovremmo avere delle preoccupazioni perché comunque l'ondata cozza contro gli over 80 punti vaccinati almeno con le due dosi fra poco, forse con la terza, quindi ci aspettiamo che l'impatto dell'epidemia sia un impatto molto più debole dal punto di vista del numero di malati di AIDS, a generare, ma continuiamo a fare un'attività di monitoraggio di tracing, anche abbastanza incisiva e possiamo farla più incisiva, perché stiamo rimanendo su numeri più bassi, numeri che oggi consideriamo bassi, ma io ho detto 56 pazienti in rianimazione sono un numero che non è che ci fa stare tanto tanto tranquilli

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

rispetto all'andamento dell'epidemia, perché noi sappiamo che di questi 20/30% non uscirà dalla rianimazione, accanto a questi 50 di rianimazione abbiamo altri più di 200 persone dei ricoveri ordinari e quindi oggi il peso ospedaliero, rispetto ai 400 pazienti di dicembre dell'anno scorso e 3000 ricoveri sono decisamente molto molto più bassi, però l'andamento della presenza di virus sul territorio è abbastanza simile, questo lo dice il numero di persone, il numero persone che noi abbiamo in isolamento domiciliare esprime il risultato cioè io non guardo come facciamo, quanto facciamo, abbiamo persone in isolamento domiciliare, li abbiamo individuati, è quella è l'attività di impresa e quelle sono persone sorvegliate, ogni sono direi molto sorvegliate, e continuiamo a farlo e pensiamo anche di avere ulteriori sforzi, dover fare ulteriori sforzi visto che orami sono rimasti improvvisamente non… rappresenta una richiesta di vaccinazione molto diluito, magari una terza dose diluita ma una terza dose magari concentrata nel tempo, ci stiamo preparando anche a questo.

Presidente.
Grazie dottore, c'è qualche altro intervento? Collega Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie Presidente, grazie, dottor Flor per essere qua con noi, a risponde alle nostre domande, ecco, per quanto riguarda il trattamento le volevo chiedere il personale ai sensi anche della delibera 782 è stato assunto direttamente, oppure è stato spostato in parte da un servizio all'altro proprio per far fronte all'emergenza e poi le volevo chiedere quanti asintomatici in media sono presenti nella seconda parte della

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

pandemia in Veneto, quali erano le tempistiche di inserimento nel sistema Informativo Regionale dei casi positivi e poi se il piano appunto di sanità pubblica è stato applicato in modo uniforme in tutta la Regione Veneto, grazie.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Su alcune cose mi ricordo di avere un'azienda ospedaliera in quanto vedevamo caso lo mettevamo immediatamente registrato, quindi segnalato in tempo reale, è ovvio, vi dico quando noi abbiamo in tutta la Regione 42 ammalati possiamo fare tamponi che vogliamo sono tutti negativi, non c'è nessuno positivo, non c'è malattia, c'è una corrispondenza sul territorio tra persone positive, persone malate, persone in rianimazione, quando noi abbiamo praticamente zero malati, c'è stato un momento in cui a chi facevamo il tampone? Non facevamo tamponi perché non c'era necessità, non c'era la necessità né diagnostica né di interesse, perché non c'erano positivi, non trovavamo casi, ora siamo stabilizzati sul numero, io posso dire le persone che sono state richieste dalle aziende per fare attività di tracing dove non siano USCA per comunque USCA sono tuttora in attività, in parte per i tamponi, in parte per i vaccini, oggi abbiamo molto meno la necessità di assistenza domiciliare, ma il personale è comunque nella disponibilità delle aziende e non stiamo ricorrendo a mobilizzazione da reparti di degenza, mentre la mobilitazione dei patti di degenza l'abbiamo avuta nel boom dei tamponi e nel boom delle vaccinazioni.
Oggi, come sapete, con le vaccinazioni andiamo con 50% delle potenzialità anche meno, pur avendo accesso diretto ormai per alcune categorie di persone e anche con la presenza di virus

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che gira sul territorio, non è che noi prendiamo la gente a casa, dove abbiamo positivi, allarghiamo molto il cerchio, ma è tutt'ora una presenza di virus abbastanza bassa, se mi dice, in base alla presenza di positivi abbiamo la presenza di malati quando crolla questa presenza vuol dire non aver ricoverati, ma siccome abbiamo ricoverati malati ce n'è gran pochi, abbiamo anche pochi positivi, quindi l'idea che non è tanto il fatto che noi facciamo 1000 tamponi, ne facciamo 10000 positivi, non ce n'è quando l'epidemia è bassa, io penso che, vedendo i dati di oggi 13/14 settembre e guardando i dati sui pazienti ricoverati che abbiamo a regime ordinario, il tasso di pazienti positivi che troviamo nello stesso periodo lo stesso numero di malati è abbastanza simile, insomma.

Sulla Regione Veneto ormai questo è un dato che sia stabilizzato, è ragionevole pensare che oggi, sui tamponi che facciamo noi troviamo tra l'1 e il 2%, di positivi di più non li troviamo, ancorché siamo su tracing abbastanza mirato.

Bisogna dire che poi oggi una quota di tamponi fatta persone assolutamente sane che fanno il tampone perché gli serve per il green pass, quindi sono persone che non c'è motivo né di contatto, né nessun motivo clinico, e sono tanti tamponi che vengono fatti esclusivamente per motivi regolatori diciamo, quindi questi usano impropriamente anche un dato di presenza del virus basso, è basso perché noi siamo abbastanza fermi, noi, in questo momento, da 20 giorni, da quasi un mese a sta parte l'andamento dell'epidemia, vuoi nel numero di positivi, vuoi nel numero di nuovi casi, vuoi nel numero di ricoveri, è un dato che è abbastanza stabile, fermo, c'è il dato impressionante dei non vaccinati in rianimazione questo sì.

È un dato che metto un po' di preoccupazione. In questo momento

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

su 56 pazienti, gli over 80 sono due. Quindi vuol dire che sono tutti delle due fasce più basse 40-60 e 60-80 i principali.

Presidente
Grazie, Dottore. Vicepresidente Cecchetto.

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Buongiorno, dottor Flor, per spiegare un po' il concetto della sorveglianza. Posso chiederle, in azienda ospedaliera, com'era organizzato praticamente lo screening e se l'azienda ospedaliera era coinvolta nelle attività di screening e di tracciamento delle ULSS territoriali?

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Assolutamente sì. Innanzitutto, della fase proprio di avvio, quando non c'era ancora una regolamentazione, non c'erano ancora delibere che stabilivano, si faceva un po' come dappertutto: a tempi un po' prestabiliti si faceva il monitoraggio del personale ed era soprattutto un avvio di quello che poi sarebbe diventato il tracing perché abbiamo cominciato, difatti, a tamponare tutte le persone che stavano intorno a un caso. Ricordo perfettamente che quando avremmo tre casi in ospedale sul personale, avevamo tamponato in un caso un reparto, in un caso un altro reparto, in caso tamponammo tutto il personale del materno-infantile. All'epoca, da quando siamo partiti, era previsto che si facesse il tampone ogni 30 giorni, poi da ottobre divenne ogni 8 giorni per il personale direttamente coinvolto e poi da marzo a maggio di quest'anno ogni 10 giorni per il personale coinvolto, ogni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

20 giorni per quelli che non sono direttamente coinvolti con i pazienti Covid e oggi abbiamo 30 giorni e i 7 giorni per i pazienti non vaccinati.

Com'è che era coinvolta l'azienda? L'azienda aveva due canali di collegamento solidissimi, non solo con l'ULSS di Padova, ma con tutta la Regione. La prima, che riguardava la segnalazione dei pazienti che venivano individuati o in Pronto soccorso, che venivano individuati positivi e quindi dal Pronto soccorso direttamente scattava l'allertamento della ULSS di residenza e del Dipartimento di Prevenzione oppure dal risultato dei tamponi.

Tamponi due canali: noi avevamo allestito un tendone e poi una piccola dependance anche sempre con un prefabbricato per i bambini. Noi, per tutto il periodo dell'epidemia, abbiamo avuto dei tamponi ad accesso diretto di fatto: arrivava gente un po' dappertutto e l'esito del tampone veniva comunicato proprio per dare alle aziende l'input per far scattare l'attività di tracing, l'attività di tracciamento.

La seconda cosa è che nella delibera regionale noi eravamo stati individuati come centro che processava tamponi per numerose altre ULSS. Sicuramente c'era anche Belluno, c'era Venezia, c'era Portogruaro, c'era la Pedemontana, c'era anche Treviso in parte e anche Rovigo. Facevamo l'attività di diagnostica dei tamponi in quel momento, in quella fase, fino all'autunno, vi ricordo, erano tamponi molecolari e facevamo questa attività di refertazione per tutte le ULSS. C'è stato per tanto tempo anche un impegno per garantire questa attività che ci ha fatto attivare, oltre al laboratorio di microbiologia, anche il laboratorio analisi che lavorava h 24, con una produzione importante e non banale di analisi dei

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tamponi per le altre ULSS.
C'era un contatto abbastanza frequente sia tra i Dipartimenti sia tra le Direzioni per dire: insomma rallentiamo, vediamo, perché avevamo il tema di mantenere i tempi di refertazione, perché la capacità di processazione delle macchine è inferiore rispetto al numero di tamponi. Era la fase in cui si stavano attivando un pochino tutte le Microbiologie per fare i tamponi molecolari e poi mantenere quell'attività di tracing che si stava poi anche molto allargando, perché, con l'avvio della stagione autunnale, era ripartita una domanda di tamponi che era molto alta, ecco.
Quindi la nostra partecipazione non era né informale né su base volontaria, ma era disciplinata da delibera di Giunta.

Presidente
Grazie, dottore.
Ci sono altre… segretario Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie, dottor Flor e buongiorno.
Innanzitutto volevo fare due piccole precisazioni prima di fare le domande. Io avrei anche delle domande relativamente al tema dei tamponi, ma mi pare che questa non è la seduta dedicata a questo tema e quindi se è così io chiederei che il dottor Flor venga audito, venga chiamato quando tratteremo anche questa tematica, quindi evito oggi di farlo.
Poi ho due domande per il dottor Flor, pur tenendo conto che il dottor Flor fino a verso gli ultimi giorni di dicembre era il Direttore della azienda ospedaliera di Padova, mentre ha assunto il ruolo di Direttore dell'Area Sanità e sociale poi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

verso… prima…

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Dal 23 dicembre.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Esatto, dal 23 dicembre, prima di Natale. Quindi, ecco, penso che sia corretta anche questa precisazione rispetto ai ruoli che lei ha svolto nel servizio sanitario.
Le mie domande sono due. La prima è: il laboratorio di microbiologia di Padova era ed è stato utilizzato pienamente? Una seconda domanda è: il territorio era informato quando veniva ricoverato un paziente Covid? Grazie.

Presidente
Vada pure, dottore.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Sì. Il laboratorio di microbiologia era assolutamente pienamente occupato e da solo non ce la faceva, tant'è che in più occasioni abbiamo attivato stabilmente un ulteriore laboratorio di analisi di tamponi con il laboratorio di analisi non microbiologica, insomma, il laboratorio di biochimica clinica, che comunque aveva tutte le attrezzature. Il laboratorio era super attrezzato per fare qualche decina o qualche centinaio di tamponi, non certo era un laboratorio attrezzato per fare migliaia di tamponi. La situazione in una prima fase fu assolutamente di non di pieno utilizzo, ma di tamponi che non riuscivamo a processare entro i tempi che erano previsti insomma: avevamo anche quattro giorni di ritardo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sulla processazione, cinque giorni, arrivavano proteste da chi ci aveva inviato il tampone. Insomma, era un po' situazione… ma erano numeri… noi sapevamo prima nella nostra capacità di progettazione e la domanda era largamente superiore anche da parte delle ULSS territoriali, di Padova in primis, ma anche da altre aziende, nonché case di riposo che ci mandavano direttamente borsoni di tamponi. C'era l'accesso diretto e arrivavano tantissime richieste di processazione dei tamponi. Il laboratorio era pienamente impegnato? Sì.

Da solo non ce la faceva, avevamo attivato anche il laboratorio di biochimica clinica, con cui non riuscivamo a farsi il giro. Avevamo tempi di refertazione molto lunghi e su questo ci sono anche lettere scritte tra me e qualche Direttore di azienda territoriale sul fatto che io dicevo: "Rallenta: la Regione dice che devi mandarmene 1.500, mandamene 1.500 non 3.0000", perché altrimenti si allungavano di troppo i tempi di refertazione.

Il territorio era assolutamente informato, anche perché ricordo che l'azienda ospedaliera nel periodo dell'epidemia, aveva il Coordinamento regionale delle malattie infettive, Coordinamento regionale delle terapie sub intensive e delle terapie intensive, c'era un coordinamento regionale del 118 e rianimazione, che era dal punto di vista organizzativo, era l'attuale direttore del SUEM di Venezia e noi avevamo le sub intensive e che lavorava insieme alla rianimazione di Padova e avevamo le terapie sub intensivi e le malattie infettive, con un coordinamento regionale fatto dai nostri primari che quindi sentivano in tempo reale tutti i reparti di tutta la Regione, per dare anche un pochino soluzioni quando c'erano pazienti da centralizzare, in cui saranno pazienti che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

potevano essere riavvicinati a casa in base alle loro condizioni di salute, e quindi per quel modello del Coordinamento regionale è stato molto utile anche per non avere pazienti in attesa di ricovero parcheggiati in qualche posto, non so se avete fatto caso, ma durante l'epidemia non si sono verificati casi, di pazienti in pronto soccorso in attesa, di pazienti che non sapevano dove, si è sempre cercato di intervenire e devo dire che questo ha funzionato giorno e notte, quindi un collegamento funzionale diretto anche tra le parti, e poi ci sentivamo anche tra direzioni se c'erano da prendere decisioni.
Ricordo che ad un certo punto io ho ricevuto la richiesta di aprire ulteriori posti di rianimazione, per garantire equilibrio regionale, perché comunque c'erano la necessità di un maggior numero di posti letto in rianimazione a livello regionale, noi avevamo perché avevamo tanti posti, avevamo continuato a tenere l'attività non Covid abbastanza elevata, quindi abbiamo contratto un po', è vero e non aprivamo la rianimazione proprio di 10 posti letto, questo è il rapporto che avevamo con il territorio.

Presidente
Grazie dottore, c'era una precisazione Segretario Brescacin e poi un intervento del collega Piccinini.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Sì, grazie, dottor Flor, mentre ora parlava, della capacità dei laboratori di effettuare i tamponi, mi pare che questo tema fosse stato trattato anche in un'audizione precedente non ricordo in quale e da chi è il tema della capacità di refertare

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

a un certo numero di tamponi fosse emerso sin dall'inizio, sin dal febbraio del 2020, quando fu fatto la scelta di un ambito della task force che si è riunita il 21/02, quando è avvenuto il primo caso, di decidere di fare tutti i tamponi, i tamponi agli abitanti di Vo' e mi pare che in quella fase questo tema fu posto e quindi la task force ha fatto delle scelte di conseguenza.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Sì, in quel momento, comunque, eravamo ancora numeri che erano migliori rispetto ai numeri dove saremmo arrivati, perché è vero che Vo' si fecero 3.000 tamponi in un colpo solo, ma alla fine era una cosa da riuscivamo ad assorbire tranquillamente dal territorio le domande di tampone erano molto basse ed erano nella prima fase, ricordo, e la stragrande maggioranza dei tamponi erano un monitoraggio del personale sanitario e operatori ospiti delle case di riposo.
Nella prima fase i tamponi erano indirizzati alla stragrande maggioranza questo target e avevamo una capacità decisamente inferiori di processazione, anche perché quella in prima fase c'era un'assoluta carenza, vuoi di reagenti che erano reagenti specifici, vuoi di macchine che non c'erano in tutte le aziende insomma, questa era la situazione, da lì a poco saremmo arrivati al numero di tamponi decisamente superiori e con incarico, obiettivo molto preciso di laboratorio di tutta la Regione, del numero minimo di tamponi che dovevamo essere in grado di processare, che era comunque legato all'incapacità delle macchine.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Grazie, dottore. Prego, Piccinini.

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)

Buongiorno, dottor Flor. Una precisazione oppure meglio in tema di tracciamento, a suo parere, il Veneto ha fatto tutto quello che si poteva fare?

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)

Questo la controprova è un po' difficile, da dire se si poteva fare tutto o non si poteva fare, però allora l'attività di tracciamento in gran parte è fatta da gente che ha sulla scrivania, con un telefono, il telefono a casa, noi, se vogliamo parlare se abbiamo fatto o no il tracciamento, dobbiamo vedere intanto quante persone abbiamo individuato, abbiamo messo in isolamento, intanto, se abbiamo avuto focolai e sui focolai siamo intervenuti con l'attività di tracciamento e, seconda cosa, se da casi certi e focolai c'è stata propagazione; allora io mi limito a dire: il sistema di tracciamento Veneto è riuscito a mettere a casa in isolamento 100.000 persone, sono tante 100.000 persone ad avere 100.000 persone in un giorno non a metterle, ne abbiamo messo un milione in isolamento, succedendosi nel tempo, perché a un certo punto uno viene fuori dalla quarantena, ma se arriviamo ad avere un giorno con più di 100.000 persone in isolamento, vuol dire che il sistema di tracciamento le ha trovate e li ha messi in isolamento e i meccanismi di raccordo tra l'attività, perché c'è stata un'importante attività di medici di medicina generale a metterli in quarantena.

Cioè ogni volta che trovavano nelle case dovranno trovare tutta

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

la famiglia e mettevano direttamente, ricordo che i medici di medicina generale mettevano in quarantena, ufficiali sanitari sulla disponevano collocamento in quarantena con pieno potere e è questo il primo punto.

Il numero enorme di persone.

Secondo noi, sui focolai siamo sempre riusciti a intervenire e io ricordo perfettamente che quando c'era un focolaio scattava una collaborazione tra l'azienda una solidarietà, per allargare immediatamente l'analisi, si dava priorità ad avere in tempo brevissimo tampone per poter essere certi dove c'era stato un focolaio e poi, fatto salvo quello che è accaduto all'interno degli ospedali, perché tutti gli ospedali hanno avuto più o meno qualche focolaio in qualche propagazione all'interno dell'ospedale, ma è dove giravano i malati, dove girava personale su ma per quanto coperto, per quanto attento e comunque sei in un ambiente chiuso dove ci sono i malati, io non ho notizia dai medici ci sia stato un focolaio che ha propagato su un altro focolaio, i focolai di abbiamo tutti circoscritti sono rimasti tali e quindi questo mi fa pensare che l'attività di delimitazione e di messa in sicurezza dei focolai che abbiamo avuto ci siamo riusciti, insomma, gli esempi banalmente, ma gli esempi dove l'epidemia si è propagata, pur avendo un calo utenza tra gli ospedali, ma la motivazione è che la concentrazione dei malati che avevamo in quel momento e il personale sottoposto a controllo del tampone, perché… c'è la cosa va chiarita, sul dato di fare o non fare il contact tracing o di fare il tampone non è che non ti espone alla malattia, ti espone come gli altri, poi devi avere tu individui metti in quarantena ma la malattia e la può contrarre.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Quindi quello che si è verificato mi fa dire che noi abbiamo i risultati del contact tracing che parlano per noi, se noi sommiamo le persone che siamo riusciti a mettere in isolamento, vi garantisco ha fatto molto, molto, molto sul contact tracing la Campania, la Regione che ha avuto numeri alti sul contact tracing come noi è la Campania, anche più di qualunque altra Regione, fatto salvo la Lombardia che ha una scala doppia di noi e quindi mi pare sia arrivata a un massimo di 140/150.000, noi e la Campania siamo gli unici due che abbiamo superato i 100.000 persone in isolamento in un giorno, avere più di 100.000 persone in isolamento in un giorno.

Presidente
Grazie, dottore. Ci sono altre domande?
Collega Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Buongiorno, dottore. La ringrazio. Ecco anche sulla stampa non si è più parlato dello studio del professor Crisanti. Era andato sulla stampa, aveva dato spiegazioni. A che punto siamo? Ci sono novità o è rimasto tutto come quanto abbiamo letto o ci ha già spiegato in questa Commissione? Grazie.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Posso essere molto sintetico? Lo studio non c'era allora, non c'è stato dopo e non c'è oggi.

Presidente
Grazie, Dottore.
C'è qualche altro collega che vuole intervenire?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Grazie anche della pazienza di questa mattina, di aver assistito a tutto il periodo delle audizioni. Come richiesta…

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Io ringrazio voi perché è molto utile sentire un po' il dibattito.

Presidente
La richiameremo come richiesto anche dalla collega Brescacin per i temi futuri anche dato il ruolo che lei sta ricoprendo. Grazie mille, buona giornata e buon lavoro.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Grazie anche a voi.

Presidente
Grazie a chi ci sta seguendo da casa.

La Seduta termina alle ore 13.56

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 6 del 28 settembre 2021

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Audizione ai sensi dell'art. 54 del Regolamento con:

   - Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti". Dott.ssa Maria Grazia Carraro;
   - Direttore Generale AULSS n. 2 "Marca Trevigiana". Dott. Francesco Benazzi;
   - Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima". Dott. Edgardo Contato;
   - Direttore Generale AULSS n. 4 "Veneto Orientale". Dott. Mauro Filippi;
   - Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana". Dott. Carlo Bramezza;
   - Direttore Generale Azienda Ospedale Università di Padova. Dott. Giuseppe Dal Ben.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 6 del 28 settembre 2021

PRESENTI

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Fabrizio BORON (Zaia Presidente)

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Arturo LORENZONI (Gruppo Misto)

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)

Luciano SANDONA’ (Zaia Presidente)

Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)

ALTRI PRESENTI

(in modalità presenza)

Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile Segreteria della commissione speciale d’inchiesta)

Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 6 del 28 settembre 2021

ALTRI PRESENTI

(in modalità telematica)

Manuela LANZARIN (Assessore regionale alla Sanità, Programmazione socio sanitaria e Servizi sociali)

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")

Dott. Mauro FILIPPI (Direttore Generale AULSS n. 4 "Veneto Orientale")

Dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana", già Direttore Generale AULSS n. 4 "Veneto Orientale")

Dott. Giuseppe DAL BEN (Direttore Generale Azienda Ospedale Università di Padova, già Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")

Presiede

Francesca ZOTTIS

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 6 del 28 settembre 2021

Sommario

Presidente 1
Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 “Dolomiti”) 2
Presidente 3
Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 “Dolomiti”) 4
Presidente 4
Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 “Dolomiti”) 4
Presidente 4
Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 “Dolomiti”) 4
Presidente 10
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 11
Presidente 12
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 12
Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 “Dolomiti”) 13
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 14
Presidente 15
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 15
Presidente 16
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 16
Presidente 17
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 18
Presidente 19
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 19
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 20
Presidente 20
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 20
Presidente 22
Luciano SANDONA’ (Zaia Presidente) 22
Presidente 23
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 24
Presidente 25
Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 “Dolomiti”) 25
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 26
Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 “Dolomiti”) 26
Presidente 26
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 26
Presidente 27

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 6 del 28 settembre 2021

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 “Dolomiti”) 27
Presidente 27
Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 “Dolomiti”) 27
Presidente 27
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 27
Presidente 29
Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 “Dolomiti”) 29
Presidente 30
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 31
Presidente 33
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 33
Presidente 35
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 35
Presidente 39
Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 39
Presidente 41
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 41
Presidente 43
Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 43
Presidente 44
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 44
Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 45
Presidente 45
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 45
Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 46
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 47
Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 47
Presidente 47
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 47
Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 47

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 6 del 28 settembre 2021

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 48
Presidente 48
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 48
Presidente 48
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 49
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 49
Presidente 49
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 50
Presidente 51
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 51
Presidente 52
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 52
Presidente 52
Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 52
Presidente 53
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 53
Presidente 54
Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 54
Presidente 54
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 54
Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 54
Presidente 54
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 55
Presidente 55
Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 55
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 55
Presidente 56
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 56
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 56
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 57
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 57
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 57

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 6 del 28 settembre 2021

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 57
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 57
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 57
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 57
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 58
Presidente 58
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 58
Presidente 59
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 59
Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 “Serenissima”) 60
Presidente 60
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 60
Presidente 61
Dott. Mauro FILIPPI (Direttore Generale AULSS n. 4 “Veneto Orientale”) 62
Presidente 62
Dott. Mauro FILIPPI (Direttore Generale AULSS n. 4 “Veneto Orientale”) 62
Presidente 62
Dott. Mauro FILIPPI (Direttore Generale AULSS n. 4 “Veneto Orientale”) 62
Presidente 63
Dott. Mauro FILIPPI (Direttore Generale AULSS n. 4 “Veneto Orientale”) 63
Presidente 63
Dott. Mauro FILIPPI (Direttore Generale AULSS n. 4 “Veneto Orientale”) 63
Presidente 77
Dott. Carlo BRAMEZZA (Ex Direttore Generale AULSS n. 4 “Veneto Orientale”) 78
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 78
Presidente 79
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 79
Presidente 80

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 6 del 28 settembre 2021

La Seduta inizia alle ore 10.51

Presidente

Buongiorno a tutti. Grazie a chi ci sta ascoltando, grazie ai Direttori che saranno in audizione oggi e ai Commissari. Iniziamo con l’approvazione del verbale della seduta precedente. Chi è d’accordo? Astenuti? Contrari?

Il verbale è stato approvato all’unanimità.

Ringrazio i Direttori presenti, il Direttore generale dell’AULSS 1, Maria Grazia Carraro, dell’AULSS 2, Francesco Benazzi, dell’AULSS 3, Edgardo Contato, dell’AULSS 4, Mauro Filippi, dell’AULSS 7 Carlo Bramezza, e poi c’è il direttore dell’Azienda ospedaliera dell’Università di Padova, Giuseppe Dal Ben.

Saluto anche l’assessore Lanzarin, che ringrazio per la presenza. Inizierei con quelle che sono domande di richiesta di approfondimento rispetto a quella che è stata l’organizzazione ospedaliera e territoriale nella gestione Covid prima e seconda ondata, e chiaramente quello che stiamo vivendo, invece, in questo momento specifico, per cui la gestione della pandemia, quelle che sono state le direttive regionali della prima e della seconda ondata, le differenze e anche miglioramenti che sono stati messi in atto, i protocolli di gestione Covid, quando sono stati fatti i primi protocolli, per realtà ospedaliera e territoriale, quali aspetti qualificanti e utili ad una gestione ottimale della pandemia e quali i più critici, quali siano state le maggiori difficoltà riscontrate all’inizio della pandemia nella gestione delle attività ordinarie, le azioni messe in atto in materia di personale, quali le criticità nella gestione del personale,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

distinguendo anche, magari, per figure professionali, quindi, quali sono state anche le maggiori difficoltà nella ricerca di personale, e per quali figure e le criticità delle attività di tracciamento e dei tamponi.
Intanto inizierei da questo, poi lascerei la parola ai commissari, chiaramente per gli approfondimenti, sulla base anche di quello che gli auditi ci racconteranno.
Partirei, con l'ordine di lettura e anche di invio della convocazione, dalla dottoressa Maria Grazia Carraro. Grazie.

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
Buongiorno a tutti.
Sulle questioni che avete posto: intanto, vorrei precisare che io sono in AULSS n. 1 dal 1° marzo di quest'anno, quindi quanto alla prima e alla seconda ondata, nello specifico un po' ho ricostruito, però fisicamente non c'ero.
Questa pandemia, come si è caratterizzata? È un evento nuovo, per qualsiasi organizzazione sanitaria; non ci siamo mai trovati in situazioni analoghe. È un evento nuovo, che ha sicuramente implicato una revisione della gestione delle aziende, in particolare di orientamento delle risorse e un potenziamento delle attività dei Dipartimenti di prevenzione che sono stati fatti.
Man mano l'azienda si è organizzata creando il CESP, creando quegli snodi organizzativi che un po' servono all'interno delle organizzazioni per il coordinamento e la gestione delle attività, così come sono stati creati dei gruppi tematici per il corretto utilizzo dei DPI piuttosto che per i centri servizi. Sono dei gruppi che sono stati identificati

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dall'azienda e che hanno lavorato costantemente nel tempo, un po' tenendo conto dell'evoluzione che c'è stata da inizio pandemia, perché questa pandemia ha cambiato faccia, ha cambiato indicazione da periodo a periodo.

Nel primo periodo, nella prima ondata la difficoltà un po' diffusa era correlata proprio al fatto che ci si trova di fronte ad una patologia, ad un'infezione assolutamente nuova, non conosciuta prima, di cui non c'erano grandi indicazioni dal punto di vista clinico, sulla gestione dei pazienti. C'era una difficoltà nell'avere i quantitativi dei DPI e l'approvvigionamento per le singole strutture.

L'altro elemento assolutamente nuovo è stato il sistema diagnostico con i tamponi, che sono partiti da zero, perché essendo una malattia nuova, son partiti da zero: prima con centri identificati, poi le aziende si sono attrezzate per gestire sia i tamponi molecolari, sia successivamente gli altri nelle proprie organizzazioni.

L'altra difficoltà, l'altra differenza importante è stata la necessità di fare…

Presidente

Dottoressa, mi scusi un secondo, ma abbiamo qualche problema con l'audio esterno, che non si sente in diretta. Le chiedo un attimo, solo per fare una verifica, in modo da rispettare la diretta esterna.

Dottoressa, proviamo a ripartire, mi scuso.

Vediamo un attimo, per chi è in collegamento adesso. C'è stato qualche problema audio, partiamo con l'audizione della dottoressa Carraro, dell'AULSS 1, che ci sta facendo una panoramica di quello che è successo nella prima e nella seconda

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ondata e le criticità collegate.
Grazie.

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
Parto dall'inizio?

Presidente
Sì, grazie, dottoressa, grazie mille.

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
Riparto dall'inizio.

Presidente
Perfetto.

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
Okay.
Questa pandemia è un evento assolutamente nuovo, è una pandemia che non avevamo conosciuto e non c'era materiale scientifico disponibile.
È un evento nuovo, che ha implicato per le organizzazioni, di rivedere la loro gestione. Nello specifico, per la pandemia sono state riorientate sicuramente le risorse a favore delle attività del Dipartimento di prevenzione, in particolare del Settore del SISP (Servizio igiene sanità pubblica).
Si sono quindi dovute un po' rivedere le organizzazioni all'interno delle singole aziende, e si sono affrontati dei

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

temi che sono nuovi, come nuova è questa malattia, dall'utilizzo, dalla disponibilità, dalla reperibilità dei dispositivi di protezione, dalla diagnostica, è una malattia nuova, quindi il test diagnostico, che era il tampone, ha subìto nel tempo una serie di evoluzioni. All'inizio i tamponi venivano erogati all'interno di una struttura sola. Poi, tutte le aziende in qualche modo si sono sviluppate al proprio interno, proprio perché il numero crescente di necessità ha implicato un aumento della disponibilità e della capacità delle singole aziende di produrre in proprio i tamponi, sia per quanto riguarda la gestione dei tamponi molecolari sia successivamente, in un tempo successivo, la gestione dei tamponi rapidi.

È stato necessario anche identificare il percorso terapeutico perché, trattandosi di malattia nuova, all'inizio non c'erano molte indicazioni e quindi anche l'atto clinico ha dovuto un po', sulla base del quadro sintomatologico e delle prime rilevazioni, trovare l'iter terapeutico più adatto alle diverse fasi di questa malattia.

L'altra cosa che ha contraddistinto questa pandemia è stata quella di dover fare rete con le diverse strutture aziendali, non solo all'interno delle strutture ospedaliere, ma anche con la rete dei medici di medicina generale e dei servizi territoriali, dei centri servizi che operano nel territorio.

Questa pandemia ha avuto delle fasi successive. La prima fase è legata proprio alla novità e alla necessità di avere degli strumenti non soltanto diagnostici e terapeutici, ma anche gestionali e ricettivi che sono stati messi in campo.

Io sono in questa azienda dal 1° marzo di quest'anno, del 2021, però tutte le aziende hanno rivisto la propria organizzazione

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

con una forte regia per avere un'attività anche molto coordinata, definendo al proprio interno alcuni organismi, tipo il CESP, o altri gruppi di lavoro che sono stati creati in questo contesto. Sono stati creati dei gruppi di lavoro particolari per l'uso e l'approvvigionamento dei DPI piuttosto che per i centri servizi, a seconda della fase dello sviluppo della pandemia.

Nella prima fase la grande differenza era proprio che ci siamo trovati davanti a una situazione nuova un po' per tutti, con dei piani che sono stati, sia dal Ministero che dalla Regione, resi disponibili e che sono stati la linea guida, la traccia, l'indicazione che le aziende hanno seguito. L'azienda ha seguito questa traccia declinandola al proprio interno.

Nella seconda fase in noi avevamo delle conoscenze e delle capacità acquisite, diverse. La problematica è stata legata più alla numerosità dei casi che alla positività dei casi che si sono realizzati, sia in termini di positivi sia in termini di ricoveri all'interno delle singole organizzazioni.

Da lì quindi una rivisitazione, sempre recependo le indicazioni ministeriali – fatte proprie con i diversi piani di sanità pubblica che la Regione Veneto ha fatto – che sono poi state declinate all'interno della nostra organizzazione.

Come vi dicevo, un'attività molto particolare è stata quella che ha coinvolto un po' i Dipartimenti di prevenzione, dove è stato necessario mettere in campo delle risorse e delle tecniche gestionali per l'identificazione del positivo, dei contatti, il famoso contact tracing, tutte le misure di isolamento e di quarantena che derivavano anche come tempistiche dai piani di sanità pubblica e dalla sorveglianza attiva.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Nella seconda fase avevamo anche delle organizzazioni, delle attività maggiormente a supporto soprattutto dell'attività territoriale, perché abbiamo avuto la possibilità di assumere e di avere dei medici, i famosi medici USCA, che sono medici dedicati proprio al monitoraggio, al controllo, alla valutazione della parte più clinica dei pazienti che rimanevano comunque a domicilio, che non avevano le condizioni per essere ricoverati.

Quindi, tra la prima e la seconda fase, proprio in evoluzione, ci sono stati questi elementi che derivano… Vuol dire che la presenza di piani di sanità pubblica ha oggettivamente molto aiutato l'organizzazione, perché si dava una indicazione, si dava una modalità operativa che in qualche modo diventava un po' più semplice poi applicare all'interno e in maniera omogenea in tutte le nostre organizzazioni.

I primi piani che sono stati prodotti dalla Regione Veneto sono stati recepiti anche molto tempestivamente all'interno delle organizzazioni. Sono tanti perché questa pandemia ci ha insegnato che le cose cambiavano di settimana in settimana e un po' venivano aggiornati. Tutti gli aggiornamenti venivano velocemente presi e trasmessi all'interno delle singole organizzazioni.

Per quanto riguarda gli aspetti che in qualche modo, secondo me, hanno connotato questa azienda il primo è stato la grande capacità di creare dei punti drive-in per i tamponi, distribuiti nel territorio. Questa è un'azienda che ha una popolazione anziana, con un indice di vecchiaia molto alto. È la più alta della Regione Veneto. Ci sono poco meno di 200.000 residenti però distribuiti in un territorio che è veramente molto vasto ed è un territorio montano, un territorio che, ad

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

esempio, ha cominciato a rilevare i primi casi di positività già verso la fine di settembre del 2020, perché qui si abbassano le temperature prima che in altre zone e quindi le persone hanno la necessità di soggiornare di più all'interno, soggiornare meno all'aria aperta, soggiornare più in ambienti chiusi e questo tipo di virus ci ha insegnato che l'ambiente chiuso con un non ottimo utilizzo dei sistemi di protezione, dalla mascherina al lavaggio delle mani e alle norme igienico-sanitarie che abbiamo imparato ad utilizzare, qui hanno cominciato a registrare i primi positivi già verso la fine del mese di settembre.

È tutto molto legato al contesto ambientale in cui ci troviamo. Per mappare e per tener presente come stava andando l'evoluzione della pandemia sono stati potenziati i punti drive-in, distribuendoli in quattro punti del nostro territorio. Questo ha permesso di mantenere un livello molto alto. La quantità di tamponi prodotti in questo in questo territorio è significativa se rapportata al numero di popolazione residente. Questo ha comportato, quindi, anche un lavoro veramente molto importante a cura del Dipartimento perché, a fronte di un positivo, c'era poi tutta la parte di contact tracing, di contatto, di isolamento del positivo, di identificazione dei contatti e di messa in quarantena dei contatti che sono stati rilevati.

I numeri in questo periodo, come vi dicevo, nella seconda fase sono aumentati, sono aumentati circa 15 giorni prima di altre aree territoriali legate, probabilmente, a questi eventi climatici.

Nei mesi di novembre e dicembre siamo arrivati ad avere circa 5.000 positivi in un mese, che sono tanti. Poi si sono

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

assolutamente ridotti. In questo periodo l'attività più importante svolta dal Servizio di igiene e sanità pubblica è stata proprio quella di intensificare i contatti e mettere in isolamento quante più persone possibili.

Per fare questa attività, con questi numeri, è stato necessario potenziare i servizi, con personale che è stato recuperato, sia con la disponibilità che l'azienda ha trovato sia tramite alcune graduatorie che sono state rese disponibili da alcuni piuttosto che da Azienda Zero.

La quantità di personale che quest'azienda ha assunto in questo periodo è significativa. Parliamo di circa 400 persone, caratterizzate, però, da un elevatissimo turnover, soprattutto per quanto riguarda il personale medico che, a seguito dell'apertura delle selezioni per le specialità, ha avuto un larghissimo turnover. Quindi, è personale che in qualche modo doveva essere costantemente formato per garantire la continuità dell'attività che era stata intrapresa.

Sul fronte ospedaliero, sono stati creati i Piani ospedalieri, sempre secondo le indicazioni dei Piani di sanità pubblica, cercando di commisurarli al momento epidemiologico in cui ci si trovava nel frattempo.

Una grandissima quantità di persone positive, quelle paucisintomatiche o asintomatiche, sono state gestite dai medici di medicina generale con i medici USCA, con il supporto dei medici USCA, per il supporto delle cure primarie, monitorati con sorveglianza attiva dal Dipartimento di prevenzione.

Il momento più faticoso si è avuto nel periodo intorno a dicembre, quando si avevano circa 300 persone positive al giorno. Quello è stato il momento un po' più difficile.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Un'altra cosa distingue la prima dalla seconda ondata. Nella prima ondata c'è stata anche la sospensione delle attività programmate. Nella seconda ondata non si è arrivati a una chiusura delle attività programmate. Quelle di urgenza-emergenza, ovviamente, sono sempre state garantite. Nella seconda fase si è cercato, sempre secondo i Piani regionali, di tenere aperte quanto più possibile tutte le attività ordinarie, garantendo sempre l'urgenza-emergenza. Questa differenza si è vista anche nella fase di ripresa, quando il picco epidemico ha cominciato a scendere. Quindi, si è fatto il conto delle attività che, per necessità, erano state tenute sospese e non erano state concluse.

I volumi di attività erano sostanzialmente diversi, legati per alcune specialità anche alla necessità di dirottare il personale più esperto nella gestione dei pazienti Covid. Sto pensando a specialità tipo pneumologia, malattie infettive piuttosto che alle attività chirurgiche legate alla disponibilità di anestesia. Per tenere aperte le rianimazioni, i posti letto di rianimazione in terapia intensiva si è ridotta l'attività ordinaria programmata chirurgica.

Questa grande diversità ha anche comportato – come vi dicevo – un effetto diverso. La quantità di recupero della seconda fase è sostanzialmente diversa rispetto alla prima.

Non so se ho risposto a tutti gli elementi che avevate indicato. Se c'è qualcosa, sono qui.

Presidente

La ringraziamo. Poi ci saranno magari degli approfondimenti. Facciamo fare gli interventi ai vari Direttori, così poi facciamo le domande specifiche, così ci danno un panorama e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

poi interveniamo.
Faccio intervenire i Direttori, così poi voi potete fare le domande specifiche alle diverse AULSS. (incomprensibile)
Solo perché, parlando tutti degli stessi argomenti, ci si può agganciare alla singola AULSS.
Se c'è una specifica sulla AULSS n. 1 poi… (inc.)
Proviamo come richiesto. Faccio intervenire la consigliera Bigon per la domanda e dopo procediamo con gli altri auditi.
Proceda pure.
Le do la parola per la domanda. Poi (inc.)

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.
Grazie, dottoressa, per essere presente. In merito al ruolo all'interno della propria AULSS, le volevo chiedere quante USCA sono state attivate e quante si sarebbero dovute attivare in base alle disposizioni di legge, soprattutto per il fatto che è prevista una ogni 50.000 abitanti. Che tipo di tamponi sono stati utilizzati nelle varie fasi, partendo dalla prima pandemia a quella della seconda fase? Quando è iniziata la vera collaborazione con i medici di base? Ricordo che c'è stata una fase in cui ci sono state delle trattative, delle collaborazioni, delle valutazioni e anche dei contrasti. Effettivamente, quando è iniziata la collaborazione con il territorio, quindi (inc.)?
Sulla base di questo, le chiederei anche il piano terapeutico di cui lei prima ha parlato. Se è stato fatto il piano terapeutico e, magari, nel caso, se può anche inviarlo a noi, oltre alla spiegazione di cui ha fatto un piccolo cenno prima.
Lei parlava, dottoressa, anche di personale recuperato. Sulla

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

base di questo personale recuperato, vorrei capire nella sua AULSS quante persone… Lei parlava di 400. Effettivamente sono state assunte a mezzo di concorsi, di bandi oppure se (e quante) recuperate da altri reparti.
Sulla base proprio del personale, le volevo chiedere...

Presidente
Consigliere, provi ad alzare un attimo la voce, perché dicono che non si sente.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Sempre sulla base del personale, giustamente lei diceva che nel momento in cui abbiamo dovuto assistere all'interno delle terapie intensive, anche nella seconda fase, comunque, una parte di sospensione delle varie attività c'è stata. A fronte di questo, le volevo chiedere quanti medici, anestesisti e specializzati in pneumologia ci sono nella AULSS che lei dirige, quanti ne sono stati assunti da febbraio 2020 a marzo-aprile 2021 e quanti, invece, ne sono stati inseriti da altre specialità all'interno proprio della terapia intensiva.
Mi spiego meglio. C'era stato il momento, e noi l'abbiamo anche contestato, di quel corso on line, per alcuni medici di specialità diverse, specializzazioni, magari, in altri settori, che sono stati inseriti, previo corso di formazione, appunto, nella terapia intensiva o subintensiva.
Sulla base di questo le chiedo se ciò si sia verificato anche nella AULSS che lei dirige, e se sì, quanti medici di altri reparti sono stati inseriti in questi reparti di terapia intensiva, o subintensiva.
Questa la domanda che volevo porle. Mi fermerei qua, al

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

momento. Grazie.

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")

Mi fa delle domande per le quali io non ho risposta, o meglio, non ho tutte le risposte.

Come vi dicevo, io sono qui dal primo marzo di quest'anno, del 2021, quindi tutto lo storico, onestamente, non ce l'ho. Per quanto riguarda la riorganizzazione degli anestesisti, noi oggi abbiamo 45 anestesisti. Non so dirle, però, quanti erano, come lei mi chiede, da febbraio 2020 a marzo 2021: questo dato io onestamente in questo momento non ce l'ho.

Per quanto riguarda invece la quantità di tamponi che sono stati fatti all'interno di questa organizzazione, sono stati fatti circa 310.000 tamponi, gestiti direttamente da questa AULSS, molecolari, e ne sono stati fatti 296.000 antigenici, quindi i primi erano molecolari, i secondi antigenici.

Gli antigenici sono stati avviati dai piani di sanità nazionale, conosciuti come sistemi di screening, perché all'inizio erano sistemi che aiutavano un po' lo screening, confermati poi con i test di biologia molecolare. Sono stati avviati successivamente, perché questi, se ricordo bene, arrivano nella seconda fase del picco epidemico, verso l'estate, quindi ci si è mossi con queste indicazioni che erano state date.

Questi però sono i volumi che quest'azienda ha prodotto in questo periodo, direttamente in sede, per i propri residenti.

Sulle altre questioni che elencava, per quanto riguarda i medici USCA, i numeri dell'anno scorso non glieli so dire, per le motivazioni che le dicevo prima.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Delle 400 persone che sono state assunte in più, non facevo riferimento alle persone che sono state trasferite da un reparto ad un altro, però queste 400 persone si caratterizzavano, se c'è dentro essenzialmente personale infermieristico, personale medico, ci sono dei pensionati che hanno collaborato per supportare la rete aziendale, sia i tamponi, sia il contact tracing. Ci sono cioè figure professionali diverse, che vanno dai medici agli infermieri, agli OSS, il grosso è stato questo. Sono persone che in periodo sono circa 400, ma che si sono turnate, non è che abbiamo 400 persone in più. Tante hanno dato una disponibilità per qualche mese; ne abbiamo alcune che sono ancora disponibili da inizio pandemia.

Il grosso, soprattutto per quanto riguarda il personale laureato più giovane, che è stato in questo contesto inserito proprio nel dipartimento di prevenzione, perché le nuove risorse sono state orientate essenzialmente a potenziare quelle attività di contact tracing e di monitoraggio, sono soprattutto ragazzi neolaureati, o non ancora specialisti, che hanno dato la disponibilità a fare quest'attività.

Assunto a tempo determinato, assunto con contratto di collaborazione, abbiamo avuto anche del personale volontario, che è venuto a darci una mano, dal punto di vista essenzialmente volontario. Anche personale infermieristico, che era andato in quiescenza, si è rimesso a disposizione di questa comunità.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Presidente, scusi, sull'ordine dei lavori, però.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Sì, Consigliera.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Questa è una Commissione d'inchiesta, che sta provando a ricostruire cosa è avvenuto in una certa fase nella sanità del Veneto. Tutti i Commissari cercano di fare questo mestiere con la maggior serietà possibile.

A me sembra che le domande della consigliera Bigon fossero precise e puntuali e richiedevano dei dati altrettanto precisi e puntuali.

Non possiamo ritenerci soddisfatti di risposte un tanto al chilo, di risposte che non ci dicono nulla rispetto alla gestione della pandemia prima del cambio ai vertici dell'Azienda sanitaria. Ho come l'impressione… Ovviamente la dottoressa ci avrà detto tutto quello che sa e avrà fatto il meglio che può; però, una che viene in audizione alla Commissione d'inchiesta sulla seconda ondata, due dati prova a prepararseli. Poi noi possiamo anche chiedere che ci siano inviati; fatto sta che ad oggi, di tutti i dati che abbiamo chiesto durante l'audizione non ce n'è stato inviato neanche uno. Può inviarci quindi tutti i dati che vuole: se funzionano così le audizioni, uno rimane a casa e aspetta che arrivino i dati. Infatti, vedo che molti Consiglieri di maggioranza, evidentemente hanno assunto questa decisione.

Lo dico davvero non per polemica, ma perché dobbiamo capire che lavoro dobbiamo fare qui. Pongo anche alla Presidenza un problema di metodo: se cioè i nuovi Direttori generali non hanno intenzione di darci elementi e informazioni rispetto a quello che è accaduto prima, e mi pare strano che non si sappia

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

cosa c'era prima, perché uno che arriva e fa il Direttore generale, un'idea di dove arriva comunque ce l'ha. Ma se è così, bisogna audire anche tutti i Direttori generali precedenti e diventa un lavoro davvero complicatissimo.
Mi rivolgo quindi anche all'Ufficio di Presidenza. Lo dico per rendere utile sia il lavoro della Commissione, sia anche per non far perdere tempo ai Direttori generali, che con cortesia vengono alle nostre audizioni.

Presidente
Ringrazio per la chiarezza, consigliere Camani.
Per quanto riguarda l'AULSS 1, l'attuale Direttore è in pensione, e comunque lo ritratteremo. Alcuni dati credo che si possano comunque giustamente reperire e avere, perché sono dati comunque sul personale, quindi sono dati che si reperiscono all'interno delle AULSS.
Adesso ci stanno sentendo anche gli altri Direttori, quindi eventualmente chiedo che ci sia questo tipo di risposta. Dopodiché, avremo il Direttore della 3, con l'ex Direttore della 3, Dal Ben e la stessa cosa vale per la 4, con Bramezza e Filippi.
Ha chiesto la parola la segretaria Brescacin, poi passo la parola alla consigliera Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Sull'ordine dei lavori, Presidente.
Non so, ma chiedo formalmente se devo inviare una richiesta alla Presidenza. Mi scusi, dottoressa Carraro, non riguarda lei: chiedo come posso avere tutte le richieste di documenti che sono a verbale in tutti i verbali che ho stampato e portato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

oggi in Commissione, e che non ci sono ancora stati consegnati. Io quindi voglio chiedere se devo inviare una richiesta formale alla Presidenza per avere i documenti che abbiamo richiesto ormai da mesi ai vari auditi o se sarà cura della Segreteria vedere a verbale tutti i documenti richiesti e inviarceli. Chiedo che siano inviati entro una settimana al massimo, perché è molto complicato cercare di lavorare ad una Commissione d'inchiesta senza avere i documenti che da mesi chiediamo durante le audizioni.

Chiedo che mi venga data risposta formale oggi, se devo inviare una richiesta formale a mio nome o se invece semplicemente ci saranno dati almeno entro una settimana. Scusate, ma è un tema davvero importante, perché altrimenti lavorare in questa Commissione non ha alcun senso.

Sempre sull'ordine dei lavori, mi scuso con la dottoressa Carraro perché evidentemente lo sapevo già da prima che non potevo fare domande durante la gestione della pandemia, perché non c'era, però chiedo anche qui che sia dato un metodo chiaro rispetto ad audire le persone che effettivamente erano presenti durante la pandemia. Se un Direttore generale è in pensione lo si recupera e se per caso dice di non voler essere audito almeno sappiamo che non ha voluto partecipare a questa Commissione. Però, deve esserci la chiarezza per cui i vecchi Direttori che erano lì durante la pandemia, che ci potrebbero rispondere al meglio a queste domande, se vogliono o non vogliono venire in questa Commissione. Grazie.

Presidente

Poi ripasso la parola a chi l'ha chiesta anche sull'ordine dei lavori.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Per quanto riguarda la documentazione, ringrazio per l'intervento la consigliera Ostanel, si sta già procedendo per quello che lei ha richiesto. Se non dovessero arrivare le documentazioni entro una settimana ci riaggiorniamo in merito anche alla sua richiesta.
Per quanto riguarda i vecchi Direttori, richiameremo anche il dottor Caldogno per le richieste fatte, come sarà cura poi richiamare, nel caso della AULSS n. 7, il dottor Carlo Bramezza, insieme al Direttore precedente. Per il resto, ci sono entrambi i Direttori, come c'eravamo detti all'inizio della Commissione e quindi può esserci il confronto in merito alla prima e alla seconda ondata.
Aveva chiesto, sempre sull'ordine dei lavori, sia la consigliera Brescacin che la consigliera Bigon.
Segretaria, prego.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie.
Mi dispiace, ma devo dirlo affinché resti agli atti: io non condivido questo atteggiamento che ha sempre degli aspetti di polemica.
Non mi pare che sino ad oggi la Commissione non abbia lavorato, non ci sia stata ampia disponibilità per i Commissari di audire le persone che nelle tre Commissioni che abbiamo svolto fino adesso sono state audite. Anzi, mi pare che sia stata data ampia disponibilità di domande e di risposte ripetute più volte da parte degli stessi Commissari e da parte anche degli altri Commissari.
Trovo oggi questo atteggiamento sinceramente polemico di fronte a un Direttore che ha chiarito in modo esplicito, sin

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

da subito, del suo primo intervento, che ovviamente, e non può che essere altrimenti, e parlo per questo Direttore, come parlo anche per gli altri che verranno dopo, non possono che intervenire rispetto alla parte di attività che hanno svolto come Direttori generali nelle AULSS, non possono rispondere per la parte prima.

Penso che come abbiamo fatto in tutte le altre occasioni, se qualcosa non è compresa fino in fondo, si può chiedere una specifica, si può chiedere una integrazione dei dati, una consegna dei dati. Scusatemi, però non potete neanche pretendere che un Direttore venga qui e a una domanda specifica abbia una risposta precisa su numeri, dati e quant'altro.

Magari qua dentro sembra poco, ma la pandemia in un anno e mezzo o quasi due è stata tanta roba. Queste persone hanno lavorato su più fronti per quasi due anni. Richiamo un'altra volta al rispetto che dobbiamo dare a queste persone. Nessuno è stato limitato nelle proprie domande.

Presidente

Consigliera Bigon, prego.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Grazie, Presidente.

Noi crediamo che sia fondamentale avere il Direttore generale che ha seguito il tutto nel momento in cui c'è stata la prima e la seconda fase della pandemia, anche perché io parlo proprio dell' AULSS n. 1 in questo caso. C'era stato un problema di anestesisti. Nel gennaio del 2021 di quest'anno Azienda Zero non procedeva con il bando per anestesisti, escludendo Belluno.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Capendo che il numero è di 45 anestesisti attuali, per noi è importante capire quanti ce ne erano prima, all'inizio della pandemia, e quanti sanitari sono stati trasferiti nei reparti di anestesia e subintensiva. Queste sono le cose che vorremmo capire. È importante avere personale e persone disponibili che conoscono i fatti a mezzo di documenti che chiediamo che ci pervengano perché ad oggi non ne abbiamo visti e soprattutto anche rispondendo alle domande.
Grazie.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Ho piacere di integrare il mio intervento, se il Presidente mi lascia la parola.

Presidente
Sì. Aveva chiesto per l'ordine dei lavori la consigliera Camani.
Dopo le passo la parola, consigliera Brescacin.
Consigliera Camani, prego.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Anche qua, giusto per chiarirci e poi, eventualmente, se è il caso, faremo un approfondimento tra noi: nessuno, credo, se rivolge delle domande a un Direttore generale manca di rispetto o mette in discussione la qualità del lavoro di quel singolo Direttore generale. Questa Commissione d'inchiesta non nasce per fare gli applausi agli operatori del Veneto, nasce per capire se è accaduto qualcosa di strano in questa Regione durante la seconda ondata, visto che sono morte decine di migliaia di persone, vicepresidente Brescacin. Non è che se

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

facciamo delle domande scomode è perché non riconosciamo il lavoro dei Direttori generali o manchiamo di rispetto a qualcuno, ma facciamo quello che, secondo noi, è il nostro mestiere.

È naturale che un Direttore generale non può sapere tutto e avere i dati dentro la testa, perché non è un computer, ma la domanda della consigliera Bigon nasceva da un'affermazione precisa che il direttore Carrara ha fatto. Ha detto: "Nella fase della pandemia, nella nostra AULSS è stato aumentato di 400 unità il numero di personale". Mi pare normale chiedere al Direttore, ma queste 400 persone ci sono? Non ovviamente i nomi e cognomi, ma con che funzioni sono state assunte, a che utilizzo sono state finalizzate, con quale obiettivo, proprio perché uno dei temi, secondo noi, era la carenza di alcune categorie di personale. La risposta, a nostro giudizio, non è stata sufficientemente precisa, perché dirmi che ci sono stati un po' di volontari, un po' di medici rientrati dalla pensione, un po' di qua o di là a me non è sufficiente. Chiedo alla Direttrice se potrà fornire di quelle 400 unità che ha dato una scheda sintetica. Non credo sia un problema così complicato da recuperare. Come mi preparo sui 400 ci è utile se ci dà… Faccio l'esempio del personale, ma potrei fare l'esempio delle USCA. Domandare quante erano prima e quante erano dopo non può avere come risposta: "Quante erano prima non lo so perché non c'ero". Questo è il mio modo di vedere. Poi, magari, invece è veramente così e lo chiederemo al predecessore. Dopodiché, ma lo dico come metodo di lavoro, il fatto che noi siamo venuti nelle audizioni e abbiamo ascoltato e fatto delle domande non implica che siamo soddisfatti di come sta andando questa discussione in generale, ovviamente, non ce l'ho con la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

direttrice Carraro, perché ci mancano una serie di elementi su cui costruire alcune valutazioni.

Se, come diceva la consigliera Ostanel, questa Commissione lavora da due mesi e di tutte le richieste di integrazione di documenti che abbiamo fatto in questi due mesi non è arrivata una riga, capite bene che è un problema. Non ho dubbi che l'Ufficio di Presidenza si sia attivato per sollecitare l'invio di documenti. Lo dico per chiarire il modo con cui dobbiamo proseguire nel lavoro, non solo rispetto alle audizioni, ma anche con l'impegno che i Commissari ci possono mettere, avendo delle audizioni a nostro giudizio non soddisfacenti e non potendo ottenere il…

È un dato politico anche questo, consigliera Brescacin: audizioni non soddisfacenti e documenti che non arrivano. Possono essere anche queste le conclusioni della Commissione.

Presidente

Sull'ordine dei lavori, consigliere Sandonà, o una domanda per la Direttrice?

Luciano SANDONA' (Zaia Presidente)

Sull'ordine dei lavori anch'io.

Mi dispiace, sinceramente, questo atteggiamento. Non voglio ripetere le parole che sono state usate dalla mia collega Brescacin, però quando si parla di decine di migliaia di morti in Veneto si afferma una cosa falsa, perché in Veneto ci sono stati 11.760 morti ad ora. Io ho controllato adesso l'aggiornamento della Regione Veneto.

Credo che l'atteggiamento della Commissione debba essere costruttivo. In Veneto, sto parlando. L'atteggiamento della

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione deve essere costruttivo. Non possiamo pretendere che i direttori generali arrivino con l'enciclopedia di quello che è successo nella AULSS, con i numeri, eccetera. Se chiediamo dei dati, ce li forniranno. Sappiamo che la Commissione ha operato durante la pausa estiva, e in condizioni anche obiettivamente difficili per le AULSS e anche per il Sistema sanitario regionale, che sta riprendendo una normale funzionalità negli ultimi mesi.

Quindi, dobbiamo anche avere un attimo di comprensione.

Non credo che l'atteggiamento né da parte dei direttori delle AULSS né tantomeno da parte della struttura regionale della sanità sia stato quello di nascondere i numeri dei fatti, delle circostanze, delle cose. Abbiamo detto già tante volte questa cosa con il Presidente. Se, dopo, si vuole trasformare la Commissione in una contrapposizione politica, che ci può anche stare, noi ci adegueremo al clima che viene portato.

Credo, però, che l'interesse sia quello di conoscere meglio quello che già ci è stato riportato tante volte. Il Sistema regionale sanitario del Veneto è una stanza di cristallo, è trasparente. Sono disponibili tutti i numeri, tutti i dati e le cifre che vogliamo. Grazie.

Presidente

Grazie.

Credo che sull'ordine dei lavori possiamo ritenerci soddisfatti. Penso sia una volontà reciproca quella di essere trasparenti, motivo per cui adesso cercheremo di essere più solerti, giustamente, sull'acquisizione dei dati.

Mi auguro anche che ci sia un confronto reciproco, anche per evitare, per esempio, l'invio di foto ai giornali di chi è

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

presente o chi è assente. E lo dico a tutela di tutti i Consiglieri e non a tutela di un Consigliere o di una parte. Così come lo dico a tutela specificando che saremo più solerti anche nella richiesta dei dati.

Vi chiedo un po' di silenzio, per favore.

In merito a quello che abbiamo richiesto – poi ripasso la parola per le domande – alla dottoressa Carraro, se non è in grado di rispondere oggi, essendo dati specifici e non considerazioni, che chiaramente comprendo, le considerazioni sono legate al vissuto, chiedo di poterli avere come dati per iscritto, come richiesto anche oggi dalla Commissione.

Chi vuole intervenire per delle domande specifiche? La consigliera Ostanel. Poi la consigliera Camani.

Consigliera Ostanel, prego.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie, Presidente.

Dottoressa Carraro, le faccio alcune domande e le chiedo, nel caso non avesse i dati oggi, di inviare i dati che richiedo all'Ufficio di Presidenza.

Intanto, grazie di essere presente.

Abbiamo capito che lei non era presente durante la pandemia. Le mie domande hanno a che fare con il punto 6 dell'ordine del giorno di oggi, cioè le criticità dell'attività di tracciamento e tamponi. Io ho bisogno di comprendere meglio l'uso dei tamponi rapidi di prima generazione all'interno dei contesti ospedalieri per il controllo degli operatori sanitari. Volevo capire fino a quando sono stati usati all'interno della sua AULSS e in base a quale linea guida o delibera – non lo so – identificata dalla Regione Veneto.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Perché si è scelto di usare all'interno dei contesti ospedalieri i tamponi rapidi per il controllo degli operatori sanitari e fino a quando. Se mi dà una finestra. Anche non oggi, se non ce l'ha. Vorrei riuscire ad averla.
La seconda domanda riguarda il personale, quindi il punto 5 dell'oggetto della discussione di oggi. Volevo capire quanti posti in terapia intensiva c'erano nella sua AULSS prima dell'inizio della pandemia, quanti sono stati aggiunti durante la pandemia, magari anche con una temporalità di aggiunta, cioè mese per mese, se sono stati aggiunti tutti nella prima ondata, quanti nella seconda e se aveva il personale sufficiente per attivarli tutti o se, invece, alcuni erano solo posti nominali.
L'ultima domanda, invece, riguarda la percentuale dei soggetti asintomatici, su cui stiamo facendo un lavoro in questa Commissione d'inchiesta, sentendo varie persone. Le chiedo se anche nella sua AULSS c'è stata una percentuale di soggetti asintomatici più ampia rispetto alla media nazionale, come stiamo provando a raccogliere, capire, e perché, secondo lei.

Presidente
Direttrice, prego.

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
Cerco di andare per ordine, sulla base di quello che ho sentito. Magari mi riservo di fornirvi i dati che sono stati richiesti.
Per quanto riguarda l'attività sui tamponi, come vi dicevo, l'attività con i tamponi rapidi comincia grossomodo nel mese

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di agosto, a seguito di una circolare, ma ve la riporto, che è stata emanata, per le attività di screening.
Ve lo presento un po' più nel dettaglio, riportando (inc.). Quanti posti letto sono stati attivati...

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Scusi, direttrice. Solo per precisare. Quando lei dice "agosto" intende agosto 2020? Quando dice "circolare emanata" intende da Azienda Zero?

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
C'è una circolare – vado a memoria – ministeriale prima, che devo recuperare. Non ce l'ho qui.
Per quanto riguarda i posti letto di terapia intensiva, sono stati potenziati 25 posti letto, se ricordo bene, aggiuntivi rispetto alla situazione ante. 19 sono stati utilizzati per pazienti Covid, durante la seconda fase, che è stata la fase più impegnativa.
Per quanto riguarda gli asintomatici, non ho il dato. Mi riservo di procurarvelo.

Presidente
Consigliera, prego.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, dottoressa.
Una precisazione, i 25 posti letto in più erano tutti attivabili con personale, e sono quelli che lei, o chi per lei, durante la pandemia, ha comunicato ad Azienda Zero per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

effettuare il conteggio dei posti aumentati durante l'emergenza Covid? Quindi, segniamo 25?

Presidente
Direttrice, non la sentiamo. Provi.

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
Adesso?

Presidente
Perfetto. Grazie.

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
25 sono i posti letto in totale. Mi riprendo i piani e vi faccio uno specchiettino. 25 sono quelli totali.

Presidente
Perfetto.
Ci sono altre domande? Consigliera Camani, prego.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Solo alcune questioni veloci, direttrice. Spero di essere abbastanza chiara, perché non sono temi miei.
La prima domanda è questa. Lei ha indicato, come criticità della seconda ondata rispetto alla prima, la numerosità dei casi positivi. Volevo capire – è un'opinione che le chiedo, anche rispetto alla sua esperienza – se secondo lei sono state assunte delle azioni efficaci per ridurre il numero dei casi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Nella prima ondata è stata attivata l'azione più efficace di tutte, cioè il lockdown. Nella seconda vorrei capire se, una volta acquisita la criticità del numero di dati, nei Piani di sanità pubblica, a parte le attività di screening, eccetera, ci siano state altre azioni utili alla riduzione del numero dei positivi.

La seconda questione riguarda la considerazione che io condivido, che lei ha fatto, rispetto alle criticità legate alla sua AULSS, collegate a situazioni geografiche e sociali particolari, legate al suo territorio.

La mia domanda è: i piani di sanità pubblica che la Regione ha costruito e modificato nel tempo, in base all'andamento della pandemia, sono stati uguali per tutti, o hanno previsto anche protocolli particolari rispetto a situazioni particolarmente critiche, come quelle della AULSS che lei ha diretto e dirige?

La terza questione è un dato – se non ce l'ha, le chiedo di potercelo inviare –: rispetto al numero elevato di contagiati nel suo territorio, lei ha detto "sì, ma questo è avvenuto anche perché siamo stati in grado di mettere in campo un numero di tamponi significativo rapportato alla popolazione"; se magari ci fornisce qualche dato su questo elemento.

Ultime due questioni, invece, più operative, quindi magari riesce a rispondermi subito. Da quello che risulta a noi, oggi, alle persone che vengono ricoverate nella sua AULSS viene fatto il doppio tampone, prima il rapido e poi il molecolare. Le chiedo se questa notizia che mi danno sia vera, se sia confermata, e se sì, da quando c'è questa procedura del doppio tampone.

La seconda cosa è un altro dato che le chiederei, se ne ha la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

disponibilità, o se riesce a recuperarlo, e cioè, dopo quanti giorni, dopo la diagnosi di Covid, venivano ricoverate mediamente le persone. Una volta, cioè, rintracciata la positività, dopo quanti giorni avveniva mediamente, ovviamente, il ricovero.

Presidente
Direttrice, prego.

Dott.ssa Maria Grazia CARRARO (Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
Cerco di andare per ordine.
Quanto alla criticità dei positivi, la prima parte, noi abbiamo avuto un aumento delle persone positive importante nel mese di ottobre, che ha cominciato, a novembre e a dicembre. Dopodiché, si è scesi, siamo partiti un po' prima rispetto ad altri territori, per le motivazioni che vi dicevo prima.
Esattamente nello stesso periodo, la quantità di tamponi, cioè il sistema di ricerca che abbiamo fatto… In questo territorio sono stati fatti tantissimi tamponi, sia molecolari, che di screening; si è arrivati a fare anche più di 70.000 tamponi al mese, fra molecolari e antigenici. A fronte di 70.000, con 5.000 positivi, il rapporto, sono numeri importanti, ma anche la quantità di screening, di indagine che è stata fatta è veramente molto elevata.
Io vi ricordo che in particolare nella seconda fase ci sono state delle varianti che hanno cominciato ad interessare il nostro territorio. Ricordo la variante inglese, che è stato evidenziato che ha, o aveva un indice di diffusione molto maggiore rispetto a quello che abbiamo conosciuto durante la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

prima fase. Così come la delta adesso ha alcune caratteristiche che sono di trasmissibilità ancora più marcate.

Per quanto riguarda i piani di sanità pubblica, Lanzone ha fatto il piano di sanità pubblica, e poi ogni azienda un po' lo ha contestualizzato. In base alla contestualizzazione, alle caratteristiche, ogni azienda lo ha un po' declinato al suo interno.

Da noi c'è la percentuale, come dicevo, l'indice di vecchiaia più alto del Veneto, e anche un territorio molto complesso. In questo territorio, ad esempio, sono stati avviati da subito, in maniera importante, gli ospedali di comunità, un ospedale di comunità Covid, che in qualche modo hanno avuto proprio la finalità di accogliere e di gestire quei pazienti che non potevano rientrare al domicilio perché sono anziani, persone sole con un altro coniuge anziano, e che avevano delle problematiche e che non potevano trovare altra collocazione.

Il terzo punto era la criticità sui positivi. Penso di aver risposto con la prima parte.

Non mi risulta che in questo momento si facciano tamponi rapidi e molecolari, però se lei ha questo tipo di informazione, la verifico. In questo momento non so dirle quanti giorni intercorrono tra la diagnosi della positività e il ricovero.

La percentuale dei ricoverati è marginale rispetto al numero di positivi che vengono rilevati. Cerco però di approfondire questo dato e cerco di darvelo.

Presidente

Grazie, dottoressa.

Ci sono altri interventi specifici? No. Io la ringrazio e le chiedo se può rimanere chiaramente collegata.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Passerei adesso all'intervento dell'AULSS 3, quindi darei la parola al dottor Contato e al dottor Dal Ben, visto che il dottor Dal Ben ha seguito la prima e anche la seconda ondata, e il dottor Contato una parte della seconda, e il momento attuale. Le domande sono quelle che avevo letto all'inizio, che vi abbiamo mandato, quindi vi lascio la parola anche sulla base di quello che avete anche ascoltato fino ad oggi e degli interventi fatti. Grazie.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")

Grazie, Presidente.

Ho cercato di attenermi ai quesiti che ci sono pervenuti. Se vuole, provo a ricostruire in ordine.

Dopo il collega Dal Ben, io ho preso servizio, come la dottoressa, la collega, dal primo marzo. La parte più critica quindi la posso ricostruire su dati che ho a disposizione. Mi scuso però fin da subito con i componenti della Commissione, perché non sono entrato in un dettaglio così fine. Naturalmente mi riservo, nel caso in cui ci siano da fare ulteriori precisazioni, di mettere a disposizione tutto quello che necessita per far capire il fenomeno.

Rispettando la traccia che è stata mandata, Presidente, come preambolo, tutte le attività portate avanti e che ho potuto ricostruire, sono nate in stretto concerto con il Comitato tecnico-scientifico della Regione e le indicazioni che la Regione poi ha emanato via via nelle varie fasi della pandemia.

Rispetto a quello che diceva la dottoressa Carraro, vorrei aggiungere ben poco: si è vissuto un periodo molto intenso. In me ha lasciato tracce, perché avendolo vissuto in un'altra

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

realtà, in trincea, proprio come Direttore sanitario, ho visto le persone, mi dispiace dirlo, morire, quindi posso garantire che la cosa mi ha lasciato una traccia profonda.

Per sottolineare, rispetto al primo quesito, quali sono le differenze maggiori, un grande contributo rispetto alla prima fase è stato la presenza di strumenti diagnostici adeguati. Nella prima fase abbiamo dovuto fare con quello che c'era, ed è stato un grandissimo sacrificio per tutti far quadrare le cose. Poi, nella seconda fase, quello che ci ha dato la possibilità di diagnosticare la malattia è stato l'utilizzo dei tamponi in maniera massiccia, sia di tipo molecolare che antigienico. Questo ha fatto sì che la maggior parte delle persone malate venissero identificate e su queste venissero fatti i dovuti interventi.

Naturalmente questo ha portato anche a delle criticità. Nella prima fase in questa azienda si diagnosticavano circa 20-30 persone, pazienti al giorno. Si è arrivati a picchi di 500 persone al giorno. Questo può dare la dimensione di quanto l'impegno sia stato pressante: gestire quantità di persone che devono essere seguite secondo le varie criticità manifeste di questa malattia, che vanno dalla totale asintomaticità alle forme di espressione più gravi e drammatiche.

Altra questione che, a nostro avviso, ha differenziato un tantino la prima dalla seconda fase in termini di gestione sono state le modalità con cui si sono identificati i periodi di quarantena e la liberazione dei soggetti poi riscontrati malati.

C'erano delle tempistiche nella prima fase di 14 giorni con tampone, con i tre tamponi successivamente eseguiti, negativi. Nella seconda fase ci sono stati degli step diversi che hanno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

richiesto una maggiore attenzione proprio per definire la liberazione del caso. L'impatto anche sull'organizzazione non è stato indifferente, soprattutto riferito all'ambito della sanità pubblica.
Per quanto concerne il secondo quesito, Presidente, se posso andare avanti…

Presidente
Sì, proceda pure. Grazie. Poi, casomai, faccio intervenire subito dopo il dottor Dal Ben per eventuali integrazioni.
Grazie.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Per quanto riguarda i protocolli, quest'azienda, a mio avviso, si è attivata. Naturalmente sempre questo in sintonia con CTS e Regione. Dalla verifica che ho fatto io, già ai primi di dicembre, le prime tracce di documenti risalgono a gennaio del 2020, quindi all'esordio proprio della malattia, della pandemia: 30 gennaio 2020, 4 febbraio 2020.
Da lì è stato un susseguirsi di indicazioni che andavano a rendere esplicite ed operative le indicazioni che il CTS, la Regione che, naturalmente, mediavano rispetto agli organi generali, davano proprio per rendere operativa il più possibile l'attività delle unità operative e dei vari servizi che si trovavano impegnati in questa vicenda.
Quindi, sia sulla parte territoriale che sulla parte ospedaliera, sono state mediate tutte quelle iniziative necessarie per rendere il più sicuro possibile e naturalmente il più proficuo possibile il lavoro sulla base delle conoscenze

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tecnico-scientifiche del momento.

Non dimentichiamoci che, ripeto, avendola vissuta fin dal primo caso del febbraio dell'anno scorso, è stato un continuo acquisire esperienza, se vogliamo metterla così.

Siamo partiti da un momento in cui non se ne sapeva assolutamente nulla e via via abbiamo maturato esperienze, e questo ci ha fatto crescere un po' tutti.

Se posso esprimere una valutazione rispetto agli aspetti qualificanti della malattia, potrei dire che questa occasione, purtroppo anche infausta, ha consentito delle dinamiche organizzative assolutamente nuove e innovative.

I servizi hanno cominciato a fare sistema in virtù delle necessità. La Regione ha dato delle indicazioni sempre molto precise. I servizi hanno dialogato tra di loro e hanno cercato di lavorare al meglio proprio per dare riscontro a queste indicazioni.

Quando si parla di integrazione tecnica e integrazione sui percorsi, ritengo che in questa fase la cosa abbia funzionato benissimo, perché sia nella presa in carico sul territorio sia soprattutto nel trasferimento delle informazioni tra ospedale e Dipartimento di sanità pubblica, le cose sono state dettate dalla totale esigenza.

Naturalmente anche in questa azienda, quelli che sono gli organismi di dialogo tra soggetti per poter identificare le operazioni e gli interventi più importanti sono stati puntualmente attivati, sia il GORR che il CESP, che sono gli organismi che servono poi per dare informazione alle varie attività, ai vari organi scientifici. Sono stati attivati puntualmente e hanno sistematicamente funzionato, così pure il rapporto anche con i medici di medicina generale, che sono

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

stati coinvolti fin da subito. Tutte le informazioni come sono state inviate nei vari reparti, nelle varie unità operative, sono state partecipate anche con i medici di base.
Le difficoltà che possono emergere in queste condizioni, a mio avviso, ma penso possa essere anche confrontato con i colleghi, riguardano il fatto di riuscire a tenere allineate le competenze di tutto questo personale che, in progress, in maniera molto anche pressante, deve trovare nuovi assetti.
Tenere allineato tutto all'interno di un Dipartimento di sanità pubblica e far sì che questo dialogo in maniera immediata e diretta, su volumi che si modificano con delle accelerazioni enormi, anche con la parte territoriale, con le USCA, come si diceva prima, con l'ospedale per quanto riguarda le attività relative, diventa assolutamente impegnativo e anche complicato.
La necessità di dialogo, di confronto tra i vari soggetti in condizioni così critiche diventa sempre…
Per me questa può essere considerata una delle criticità importanti, cioè tenere sempre un sistema reattivo in una situazione di questo tipo. Comunque le risposte ci sono state.
Presidente, passerei alla quarta domanda, se lei è d'accordo.

Presidente
Sì, grazie.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Il Covid è stata una parentesi enorme e drammatica all'interno di un'attività ordinaria, che è l'attività della sanità.
La grande difficoltà è stata cercare di far condividere i due

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

aspetti: l'ordinario con questa enorme straordinarietà. Il fatto di regolare gli accessi negli ospedali, gli accessi ai pronti soccorsi, fare in modo che anche le attività ordinarie trovassero risposta all'interno delle strutture ha comportato un'attenta programmazione e un'attenta applicazione – lo ripeto fino alla noia – delle indicazioni che la Regione ha dato proprio per garantire sicurezza negli accessi agli ospedali, in modo da garantire le attività per il resto della popolazione.

Nonostante ciò, i volumi, gli accessi che si sono verificati in quel periodo hanno visto notevoli riduzioni. A titolo esemplificativo, ho fatto fare alcune verifiche. Per esempio, nei pronti soccorso, nei periodi più critici, abbiamo avuto anche un 50% di riduzione degli accessi. Che significa? O per paura o per altri motivi, la gente non andava al pronto soccorso.

I ricoveri stessi hanno visto una riduzione abbastanza significativa in questo territorio, sull'ordine del 15%, e via via nelle varie espressioni di erogazione dei servizi alla comunità.

Questo, però, è anche il risultato di una enorme azione di riconversione, che è stata comunque dettata dai Piani regionali e monitorata giorno per giorno, per riuscire a dare una risposta efficace ai bisogni contingenti della popolazione in merito alla pandemia.

Rispetto alla modifica dell'assetto organizzativo in quest'azienda, c'è stata un'attivazione di ospedale di comunità nell'ordine di 50 posti letto; c'è stata una realizzazione di posti letto per degenza ordinaria di circa 280 posti; ci sono stati circa 25 posti occupati per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

subintensiva e 50 posti mediamente occupati per quanto riguarda la terapia intensiva, con un impatto organizzativo non indifferente.

Questa, a mio avviso, è stata una delle cose che ha impegnato moltissimo. Comunque i servizi hanno funzionato, sia su un versante che sull'altro. Non è mai stato mandato indietro nessuno. Tutte le priorità, soprattutto di carattere oncologico, sulla base delle indicazioni che la Regione ha dato, sono state espletate.

Difficoltà riscontrate sul personale. Penso sia di dominio pubblico che l'area sociosanitaria sta conoscendo una grandissima criticità nel reperimento di personale medico, infermieristico e quant'altro. Naturalmente, in una pandemia come questa, queste situazioni si sono evidenziate appieno, a mio avviso.

Uno degli strumenti messi a disposizione per riuscire a coprire questa pandemia è stato intanto la ricerca fatta dal Commissario con una disponibilità data dalla Protezione civile. E lì alcune risorse sono state recuperate. Poi sono state recuperate risorse attraverso disponibilità date su Azienda Zero. Naturalmente, poi si è andati avanti recuperando tutto quello che era possibile recuperare. Anche quest'azienda ha visto l'attivazione delle USCA, che sono state un punto qualificante in tutta l'operazione. Noi qui, a Venezia, oggi abbiamo 69 USCA attive. Nei periodi più critici siamo arrivati anche a 78. Questo è stato un grande contributo, che, proprio per far fronte alla pandemia, è stato utile. Questa nuova figura, che è stata proprio una delle novità indotte dalla necessità di far fronte a un evento eccezionale, ha dato la possibilità di dare anche risposte molto interessanti.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Rispetto alla criticità nel tracciamento e nei tamponi, direi che il tracciamento in quest'azienda è sempre stato fatto in maniera molto attenta, nonostante in certe situazioni ci siano stati numeri anche impressionanti. Parlare di 14.000 casi in un mese vuol dire creare un impatto enorme. Lavorare su oltre 14.000 contatti diventa qualcosa di estremamente impegnativo. Le risorse che si sono investite in questo periodo si distinguono. Nella prima fase della pandemia, erano dedicate all'incirca una ventina di unità contact tracing. Si è arrivati ad oltre 50 nella seconda fase, andando ad acquisire spazi notevoli e, naturalmente, a un certo punto, mettendo a punto tecnologie nuove, innovative, tipo intelligenze artificiali, contatti attraverso sistemi informatici, proprio per evitare che qualcuno rimanesse indietro.

Per quanto riguarda i tamponi, cito un numero. In quest'azienda sono stati eseguiti 1.327.810 tamponi, di cui 711.733 tamponi molecolari e 616.077 tamponi antigenici. Direi che su una popolazione di 600.000 abitanti, il lavoro è stato enorme e ha comportato l'attivazione di centri per fare i tamponi, di drive-in. È stato studiato di tutto e si è applicato in termini innovativi tutto quello che si poteva fare. Il lavoro con le farmacie, il lavoro con i medici di medicina generale. Queste cose si sono messe avanti con grandissimo senso di responsabilità da parte della direzione che mi ha preceduto. Direi che il merito di tutto questo lavoro non è mio. È stato il dottor Dal Ben che ha tenuto sotto controllo un sistema altamente complicato e a rischio.

Il dottor Dal Ben ha qualcosa da aggiungere?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Dottor Dal Ben, vuole integrare, magari con delle considerazioni, vista la sua presenza durante la prima e anche parte della seconda ondata?

Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")

Grazie, Presidente.

Da integrare non c'è molto, nel senso che il collega Contato, con il quale abbiamo condiviso ieri la relazione, ha inquadrato, nelle linee di massima, quello che è stato fatto per il Coronavirus.

Volevo sottolineare alcuni aspetti che a me comunque sembrano importanti. Il primo è l'essere, come Azienda sanitaria, partiti fin da subito seguendo le indicazioni regionali molto puntualmente. Noi già a metà gennaio, attorno al 20 gennaio, avevamo riattivato sia il Gruppo operativo di risposta rapida, il cosiddetto GORR, sia il Comitato di emergenza di sanità pubblica. Per carità, non erano una novità perché erano previsti nei piani pandemici, piani che erano rimasti chiaramente nel cassetto perché, come veniva giustamente sottolineato prima, non avevamo mai visto, per fortuna, svilupparsi una pandemia di questo tipo.

Abbiamo quindi seguito pedissequamente le indicazioni regionali, molto puntuali, molto precise, che ci hanno condotto nella prima fase a costruire, direi quotidianamente, settimana dopo settimana, mese per mese, quello che era il percorso di diagnosi e cura da una parte, e il percorso organizzativo delle aziende dall'altra.

Devo sottolineare anche il fatto che Venezia e Padova sono

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

state unite dal secondo caso di positività, e purtroppo anche di decesso da Coronavirus, che abbiamo avuto in Veneto. Il primo è stato a Vo', ma il secondo era stato ricoverato in quel di Mirano, poi trasferito a Dolo, in terapia intensiva, e da Dolo a Padova (poi è morto a Padova).

Eravamo quindi abbastanza pronti ad attivare quelle misure che poi il collega Contato ha via via declinato. Tra queste misure io ho ritenuto importante il collegamento con i Sindaci del territorio. Già sabato 22 e domenica 23, e da lì ne abbiamo fatto uno ogni giorno, abbiamo avuto un incontro con i Sindaci del territorio per condividere via via l'andamento dell'epidemia.

Questo ci ha consentito di avere il polso della situazione – i Sindaci erano molto interessati chiaramente al tema delle case di riposo – e di intervenire, via via, dove c'erano appunto i problemi. È stata quindi un'esperienza, quella che abbiamo fatto quotidianamente fino a maggio, giugno, con i Sindaci, molto importante e fondamentale per gestire al meglio l'epidemia.

Abbiamo poi attrezzato sia l'ospedale sia il territorio di tutte quelle misure che ci venivano via via indicate. Ricordo che la Regione del Veneto ha sviluppato un piano diviso in fasi (F1, F2, F3, F4), da una parte per quelli che erano i posti letto da attivare via via in terapia intensiva, e i posti letto da attivare per quanto riguarda l'area non critica.

Abbiamo seguito questo piano, attivando i letti di intensiva e di non critica sulla base delle necessità, quindi con molta flessibilità. Abbiamo fatto fronte alle necessità della popolazione, partendo dapprima – parlo del versante ospedaliero – dall'ospedale Covid di Dolo, pensando di poter

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

mantenere organizzata lì tutta la patologia del Covid. In realtà, poi, la prima ondata, chiaramente è esplosa e ha interessato tutti gli ospedali.

È stata quindi una prima ondata, dove si è lavorato, come dicevo prima, conoscendo man mano lo sviluppo del virus. La seconda ondata è stata chiaramente molto più pesante dal punto di vista di casi positivi di ricoveri, però nella seconda ondata l'organizzazione era già collaudata e pronta.

Mi sembra che queste siano le cose più importanti. Abbiamo fatto investimenti importanti nel contact tracing, ricordo un sistema di geolocalizzazione che abbiamo portato avanti per avere ben sotto controllo le varie positività presenti nel territorio. Ricordo anche la necessità che abbiamo avuto di ampliare gli spazi destinati appunto agli operatori, acquisendo altri spazi non aziendali, quindi in affitto, che ci hanno permesso in sostanza di sviluppare una specie di centrale di monitoraggio del tracciamento delle positività, con numeri che abbiamo sentito prima essere importati, nel territorio.

Io ritengo che a Venezia, pur nella complessità della sua configurazione, si sia riusciti a dare delle risposte buone, all'epidemia.

Presidente

Grazie, Direttore.

Adesso passerei la parola ai Commissari. Ha chiesto di intervenire la consigliera Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie, presidente, grazie ad entrambi per le informazioni che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ci avete dato.

Io ho alcune domande che sono simili, anzi uguali a quelle che avevo fatto alla Direttrice prima. Rispetto all'uso dei tamponi rapidi per il controllo degli operatori sanitari, chiedo nella vostra AULSS da quando a quando sono stati utilizzati i tamponi rapidi per il controllo degli operatori sanitari. Il dottor Dal Ben citava le circolari regionali che sono state seguite; se ci cita anche la circolare regionale che identificava eventualmente l'uso dei tamponi rapidi per il controllo degli operatori sanitari.

Rispetto alle terapie intensive, anche qui la domanda sul personale, se cioè ci potete dire quanti posti in terapia intensiva sono stati aumentati rispetto alla dotazione originaria pre-pandemia e durante la pandemia, anche con una temporalità, se è possibile, e se esisteva il personale per poterle attivare, quindi, se erano posti aggiunti nominali, o posti aggiunti effettivamente utilizzabili e quali.

L'ultimo punto rispetto agli asintomatici. Avete parlato molto del tracciamento, del numero dei tamponi, del lavoro anche di mappatura che è stato fatto, di cui parlava il dottor Dal Ben. Mi chiedevo: siccome stiamo approfondendo la questione nella seconda ondata, soprattutto nei mesi di ottobre, novembre e dicembre, che sono stati i mesi più critici in tutte le AULSS del Veneto, il fatto che il Veneto avesse una percentuale di asintomatici molto molto alto, e siccome stiamo provando anche a cogliere delle evidenze rispetto al fatto che ci fosse stato un momento di disservizio, di difficoltà nel tracciamento, le chiedo se lei ci spiega il perché il Veneto ha avuto in quel periodo un numero così alto di asintomatici, e come direttore all'epoca, se avete fatto delle riunioni, se ha partecipato a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

degli incontri su come gestire il fatto che non si riusciva a telefonare a tutti i pazienti, in quel momento critico, per definire se erano sintomatici o meno. Le chiedo quindi se ha partecipato a una riunione, se le è stata data una direttiva e da chi, eventualmente, per gestire quel momento critico.
Grazie.

Presidente
Grazie. Se volete rispondere, grazie.

Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Presidente, se posso, per rispetto nei suoi confronti e nei confronti dei Consiglieri, forse era opportuno che noi ricevessimo prima le domande, con i dati precisi. Così effettivamente è chiaro… Adesso io vi darò comunque un elenco di circolari e di direttive che abbiamo avuto. Però forse per essere più precisi, e soprattutto nel rispetto del Consiglio, aver avuto prima le singole domande dei Consiglieri sarebbe stato, dal mio punto di vista, sicuramente opportuno.
Comunque, noi abbiamo avuto dalla Regione, puntualmente, giorno per giorno, lo dicevo prima, quando parlavo di quotidianità e di gestione dell'epidemia, le indicazioni su come comportarci, indicazioni che derivavano naturalmente da indicazioni nazionali, che il Veneto applicava in maniera tale che riuscivamo, naturalmente per quanto possibile, a restare un passo avanti al virus.
Io penso che tutti si ricordino le difficoltà nel trovare i dispositivi, le mascherine. Abbiamo attivato, poi lo dirò quando parlerò di Padova, tutto il tema delle terapie

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

semintensive. Le terapie semintensive si basavano sull'uso massiccio di ventilatori, che non era mica facile trovare. È stato quindi un lavoro in progress.

Comunque, noi abbiamo ricevuto dalla Regione del Veneto, in gennaio, note, ve le dico: il giorno 23, la nota regionale 34550, che trasmetteva una nota ministeriale; il giorno 27, un'altra nota regionale, la 4049; il giorno 28, un'altra nota regionale, la 2302, che trasmetteva una circolare ministeriale; il giorno 29 abbiamo avuto una riunione, la Regione ha organizzato una riunione con i Direttori dei Dipartimenti di prevenzione dei settori igiene pubblica e delle malattie infettive, proprio per concordare le definizioni di caso sospetto, sospetto paucisintomatico e asintomatico; il giorno 30 gennaio, altra comunicazione ci è arrivata dalla Direzione sugli aggiornamenti sul nuovo Coronavirus. In particolare, c'era questa modalità di invio a Padova dei tamponi.

Sempre il giorno 30, riunione della task force regionale a cui abbiamo partecipato; il 31, altra nota regionale. A febbraio, il 3, ulteriore nota regionale, la n. 51422, che ci trasmetteva la circolare ministeriale. Il giorno 10, altra nota regionale, la n. 63393, che ci trasmetteva un'altra…

Presidente

Un attimo solo, Direttore. La collega voleva una specifica.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Direttore, mi scusi, le chiedevo solo la direttiva sull'uso dei tamponi rapidi. Grazie. Queste le ho viste. Non volevo chiederle…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Grazie.

Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")

Arrivo a questa se lei mi lascia leggere tutte le note, però, perché il numero della circolare regionale che ci dice questo chiaramente non ce l'ho a memoria. Se io le leggo tutte le varie note, arrivo anche a questa.

Sono state attuate nelle aziende sanitarie quelle direttive che ci sono state impartite dalla Regione del Veneto, con puntualità, sulla base delle conoscenze che avevamo e che man mano si sviluppavano. Questo mi sento di dire. Se vuole, io vado avanti, perché io le ho tutte qua le note, in maniera che lei possa avere il quadro più completo.

Solo a febbraio abbiamo avuto sedici note. A marzo un'altra ventina di note, addirittura ventisei. Ad aprile, altre note, ventotto, perché era una cosa che si costruiva via via. Sapere la data… La trovo e gliela mando volentieri, ma penso che abbiate la possibilità sicuramente voi di avere questo materiale.

Presidente

Collega Ostanel, prego.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie, Direttore.

Sulla puntualità degli scambi di informazione io non ho avuto dubbi durante questa Commissione, infatti non era la domanda. La ringrazio di averle ricordate. Le chiedo se può inviare nello specifico magari le circolari dove veniva identificato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

il controllo degli operatori sanitari, cioè se la Regione del Veneto, in una di quelle circolari, dice "usate questo tipo di tamponi per il controllo degli operatori sanitari". Le chiedo questo, se lo può inviare alla Commissione. Se può inviare i dati che chiedevo rispetto al numero di terapie intensive, quante sono state aumentate post Covid, cioè da quando il Covid è iniziato, se potevano essere attivate tutte in base al personale che voi avevate o se erano solo nominali e magari se riesce, ma non ha risposto in questo momento, il tema degli asintomatici, cioè se in qualcuna di quelle riunioni che ha circolato c'era scritto come identificare o come segnare nel sistema gli eventuali asintomatici che non si riuscivano a chiamare a casa.

Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")

Per quanto riguarda Venezia, siamo arrivati in fase F5, al limite tra la F4 e la F5. La F4 arrivava a un massimo di 62 posti letto in terapia intensiva e da qui cominciava la fase F5. Siamo andati come limite massimo in terapia intensiva attorno a questo numero.

Per quanto riguarda, invece, le aree non critiche, anche qua siamo arrivati tra la F4 e la F5, quindi da 429 in su per quanto riguarda i posti letto occupati.

Posso darle in questo momento questi numeri. Chiaramente ci sono tutti i verbali degli incontri fatti con i Sindaci, dove monitoravamo giorno per giorno, numero per numero, l'andamento dei posti letto sia in terapia intensiva che nelle aree non critiche.

Eventualmente il collega Contato può fornirvi tranquillamente

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

questi verbali, che sono presso la segreteria della Conferenza dei Sindaci della AULSS n. 3.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Assolutamente.

Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
L'altra domanda che mi chiedeva, mi scusi, l'ultima?

Presidente
Consigliera?

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Chiedevo degli asintomatici nel periodo ottobre-novembre-dicembre, nella seconda ondata.
Stiamo cercando di comprendere come venivano segnalate nel sistema quelle persone che non riuscivano a essere chiamate a casa per capire se erano sintomatici o meno.

Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
D'accordo.
Da quello che ricordo, con lo sforzo che abbiamo fatto nella AULSS n. 3, sia con l'acquisizione di personale sia con l'acquisizione di tecnologia, siamo riusciti a contattare tutte le persone che ci venivano segnalate, anche in tempi, tutto sommato, abbastanza brevi, cioè al massimo erano le 48 o 72 ore. Ho questo ricordo.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

È chiaro che c'è stato un lavoraccio, c'è stato uno sforzo enorme per far fronte a tutta questa situazione, però ci siamo riusciti. Non ricordo di aver tralasciato persone asintomatiche, lasciate a se stesse, insomma.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Se posso integrare, Presidente.

Presidente
Certo.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
La verifica che ho fatto io su questo punto con il Dipartimento di sanità pubblica è stata quella che sta dicendo adesso il dottor Dal Ben. Attraverso sistemi di contatto automatico, le persone sono state tutte contattate e tutte raggiunte, tant'è che anche i nostri sistemi poi sono stati confrontati con altre realtà regionali. I nostri tecnici hanno cercato di dare anche qualche contributo ad altre realtà che si trovavano ad affrontare il problema con maggiori difficoltà.
Su questa ultima domanda direi che dalle informazioni raccolte dal Dipartimento di sanità pubblica le persone positive, anche asintomatiche, sono state contattate.

Presidente
Grazie, Direttore.
Voleva fare una specifica la consigliera Ostanel. Poi passerei la parola agli altri Commissari.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Direttore. Chiedo se può inviarci la documentazione che sta citando, se esiste. La ringrazio per la precisazione. La domanda magari poi verrà fatta. Era anche un commento, magari, rispetto al perché, secondo voi, c'erano così tanti asintomatici in Veneto. Però, va benissimo anche avere i dati. Grazie.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Sul fatto che magari siano stati cercati, gli strumenti sono stati messi a disposizione.
Mettere sotto controllo, come ho detto, fare oltre 1.300.000 indagini vuol dire che le persone poi si trovano, se sono positive. Di queste, ripeto, con 711.000 molecolari. Il molecolare è la best practice. Non stiamo parlando di falsi positivi o di roba di questo genere. È logico, più se ne fanno, più si trovano. Qui il sistema di quest'azienda è stato un sistema estremamente virtuoso, quindi sottolineo quello che stava dicendo prima il dottor Dal Ben, è stato fatto uno sforzo all'epoca notevole. Va dato merito a chi lo ha fatto. Ha dato questi risultati.
Sulle terapie intensive, se posso aggiungere qualcosa, noi abbiamo, da programmazione, 54 posti. In periodo Covid siamo arrivati ad 84 come situazione clou.
Naturalmente, su tutti questi è stata garantita l'assistenza.

Presidente
Grazie, Direttore.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Le chiedo di poterci dare i documenti richiesti e citati.
Passerei la parola alla consigliera Bigon. Grazie. Tieni la mascherina, per favore.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente. Grazie ai dirigenti che hanno dato la disponibilità questa mattina per darci queste risposte.
Entro subito nel merito con le stesse domande di cui, ovviamente, a parte quelle che sono già state fatte dalla consigliera collega Ostanel, attendiamo la documentazione richiesta. Sono domande che ho fatto anche alla dottoressa della AULSS n. 1 in precedenza.
Mi chiedevo quanti sanitari, e quindi medici ed infermieri, sono stati assunti e quanti invece trasferiti da altri reparti. Per "assunti" e "trasferiti" intendo dal periodo che va evidentemente da gennaio-febbraio 2020 a marzo 2021.
In particolar modo, quanti anestesisti sono stati assunti e quanti ce ne erano in struttura nel febbraio del 2020?
Dei 616.000 tamponi rapidi che il dottor Dal Ben diceva essere stati fatti nell'AULSS di competenza, di cui state parlando, volevo richiedere quanti sono stati fatti ai sanitari e quanti sono quelli di prima generazione. Su 116.000 quanti sono quelli di prima generazione e quanti ne sono stati fatti ai sanitari.
Per quanto riguarda, invece, i posti di terapia intensiva, il piano emergenziale, giustamente, dava 54 posti in organico, in struttura e disponibili 112. Dalle dichiarazioni del dottor Dal Ben si è arrivati a 62, massimo 84, posti in terapia intensiva. Si parla di 84 attivati? Attivabili? Chiedo chiarimenti su questo: quanti erano occupati in quel periodo, principalmente nella seconda fase, quindi da ottobre 2020 a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

marzo 2021, quanti di questi posti letto di terapia intensiva erano realmente occupati e quanti realmente attivati?
Grazie. Per quello a cui non si può rispondere oggi, chiedo di inviarci la documentazione.
Un'ultima domanda, o precisazione, sulle USCA. Il dottor Dal Ben diceva che attivate, durante il periodo Covid, erano 69. Quanto personale faceva riferimento a queste USCA? Grazie.

Presidente
Potete rispondere? Grazie.
Un secondo solo. Per l'ordine dei lavori, devo dare la parola al segretario Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie. Scusate l'intervento.
Vedo che si stanno continuando a fare più o meno le stesse domande, che abbiamo trattato anche prima nel merito e nell'organizzazione. Non penso che i direttori possano schiacciare un bottone adesso e darci una risposta precisa. Penso sia inutile continuare a ripetere le stesse domande precise, tipo numero dei tamponi di prima generazione, totale, eccetera. Richiamo l'ultima in ordine di tempo che ricordo.
Abbiamo detto che si fanno domande e, piuttosto, si inviano le richieste ai direttori. Anche perché penso sia una questione di rielaborazione, di recupero di questi dati non indifferente.
Per cui, continuare a fare interventi ripetuti, su cui siamo già intervenuti prima, non so per il sistema organizzativo dei lavori della Commissione che senso abbia.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Direttore, grazie.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")

Su questi dati, come diceva il Consigliere, al momento non ho elementi per dare una risposta immediata. Se viene fatto – come è stato mandato per questa audizione – un elenco dei quesiti che i vari componenti ritengono opportuno approfondire, noi li presentiamo in maniera corretta, senza approssimazioni, e diamo riscontro esatto, in modo che il lavoro sia utile e venga fatto per tutte le aziende. Come diceva prima chi è intervenuto, sono questi gli elementi che abbiamo a disposizione, tolto quello che mi ero preparato e che avevo anche condiviso con il dottor Dal Ben sulla base delle domande che erano state poste, che erano abbastanza generiche. Se dobbiamo andare nel dettaglio, assolutamente a disposizione. Con tutto quello che è stato fatto. Possiamo arrivare puntualmente a dare riscontro alle richieste fatte.

Presidente

La ringrazio.

Non so se il dottor Dal Ben voleva intervenire.

Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")

No. Quello che ho detto. Sarebbe stato opportuno avere le domande prima dell'incontro di oggi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Va bene. Vi invieremo comunque le richieste.

Vi ringrazio, intanto, per queste risposte.

Passo la parola alla consigliera Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Grazie, Presidente.

Ho due domande molto rapide per i direttori generali. Prima, però, una valutazione rispetto a quello che diceva la consigliera Brescacin, che in parte condivido. È vero che quando si viene in un'audizione di una Commissione d'inchiesta, come direttore generale di una Azienda ospedaliera sanitaria, sul tema "seconda ondata", più o meno un'idea di quello che ci interessa dovrebbe averla. L'Ufficio di Presidenza, però, può tranquillamente decidere che da oggi in poi le audizioni si svolgano su domande scritte. A quel punto, ogni Consigliere fa pervenire alla Presidenza, prima dell'audizione, le domande scritte. Vuol dire che nel corso dell'audizione noi avremo le risposte precise a tutte le nostre domande e che, nel corso delle audizioni, avremo i documenti che ci servono.

Consigliere Brescacin, potrebbe essere un modo di lavorare anche utile per noi, così abbiamo i documenti prima e risposte certe. Invito l'Ufficio di Presidenza a fare così.

Vorrei provare intanto a chiarire alcune informazioni. Si tratta di due domande molto semplici. È stato detto che, per quanto riguarda i posti in terapia intensiva, c'è stato un potenziamento, se non ho capito male, da 54 a 84 nel corso della pandemia. Volevo capire se 84 è anche il numero di posti disponibili comunicato ad Azienda Zero, dunque al Ministero.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

La seconda domanda è per sapere, se ne siete a conoscenza, se attualmente presso le vostre strutture sanitarie, al momento del ricovero, si effettua un doppio tampone, prima rapido e poi molecolare. Se questo avviene oggi, vorrei sapere se avveniva anche durante la seconda ondata.

Presidente
Può accendere il microfono, dottor Dal Ben? Non la sentiamo.

Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Su questo può rispondere sicuramente Contato. Io non ricordo i numeri precisi. Sono stati attivati i posti letto, sulla base – ripeto – delle fasi che la Regione ha individuato, posti letto che non erano nominali. Erano posti letto su cui garantivamo l'assistenza man mano che serviva attivarla, in sostanza.

Presidente
La consigliera Camani voleva fare una specifica.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Proprio per provare ad arrivare al punto. Direttore...

Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
(inc.) mandato al Ministero...

Presidente
Un secondo solo, direttore.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
No, lascio finire la frase. Ci mancherebbe.

Presidente
Okay.
Direttore, grazie, proceda pure.

Dott. Giuseppe DAL BEN (Già Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Chiaramente non ricordo il numero mandato al Ministero, ma sicuramente è il numero che era stato indicato dalla Regione, con la flessibilità dell'organizzazione che via via andava ad attivarlo.
Comunque, sicuramente Contato può darvi questa risposta, fornendovi i numeri precisi.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
I numeri precisi inviati ve li fornisco, ma li devo ricostruire. Il numero 84 è un'informazione che mi hanno dato i tecnici al massimo dell'attivazione dei posti letto, sulla base della richiesta. È logico che le terapie erano attrezzate per poter far fronte a tutti i posti, attraverso delle rimodulazioni organizzative, che nel piano pandemico sono stati identificati.
Proprio per garantire tutte le attività a livello aziendale, man mano che servivano posti da attivare, questi venivano progressivamente attivati. Tant'è che si è arrivati a sospendere delle attività proprio per garantire, in termini

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

prioritari, la gestione dei pazienti Covid.
Però tutti i posti dichiarati nei piani erano posti presenti, attrezzati e, naturalmente, funzionanti. È logico che per farli funzionare c'era la necessità di fare delle rimodulazioni organizzative all'interno, utilizzando del personale, collocando delle attività e arrivando alla gestione dei pazienti che via via si trovavano nelle terapie intensive.
Il dato che io ho ricostruito è che, rispetto ai piani, il massimo della copertura di questi posti è arrivato a 86.
Oggi abbiamo…

Presidente
Vuole fare una breve specifica la consigliera Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Porti pazienza, Direttore, io non sono un tecnico, quindi probabilmente faccio più fatica a capire con precisione quello che mi sta dicendo. La domanda è proprio semplice e spero che lo sia anche la risposta, sennò mi mette in imbarazzo: fino a quanti posti di terapia intensiva sono stati attivati durante la seconda ondata, il numero massimo.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Rispetto alla ricostruzione che ho fatto e alle informazioni che ho raccolto, al massimo delle esigenze di persone da ricoverare contemporaneamente in terapia intensiva, i posti sono stati 86.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Quindi 86 posti non solo attivabili ma attivati.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Attivati, cioè gente ricoverata in terapia intensiva, seguita in terapia intensiva e curata.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
86, quindi, è il numero di riempimento massimo a cui siamo addirittura arrivati…

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Non di riempimento massimo, non è riempimento massimo.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
E il riempimento massimo quale sarebbe stato? Se questi sono quelli riempiti, quanti erano quelli ulteriori attivabili?

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Su questo, mi scuso, gliela devo far arrivare come informazione.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Okay, giusto per essere precisi: 86 è stata la quantità massima di letti che siamo arrivati a riempire. A noi interessa anche capire quanti, oltre agli 86, avrebbero potuto essere riempiti perché già pronti, e quanti avrebbero potuto essere attivati

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sulla base di quella rimodulazione del personale di cui lei ci ha parlato. Lei capirà che un conto è avere dei posti disponibili, un conto avere dei potenziali posti disponibili, che avrebbero potuto essere attivati, spostando personale da altri reparti. Ci interessa capire questo tipo di distinzione. La ringrazio.

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")
Certo.

Presidente
C'era anche una richiesta sullo stesso tema, della consigliera Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Intervengo su questo punto che riguarda i posti letto di terapia intensiva attivati, attivabili e quant'altro.
Su questo credo che sia prevista anche l'audizione del dottor Rosi e del dottor Fattori sul tema delle terapie intensive e dei posti letto di area critica e di area non critica. Penso quindi che una ricostruzione, forse, più che dai direttori generali, ce la possiamo aspettare, con le varie domande che possiamo fare, da queste audizioni.
Stiamo chiedendo rielaborazioni importanti, complesse, quindi penso che dovremmo quantomeno audire prima le persone a ciò deputate. Sicuramente, uno dei temi che avevo posto anche io in Ufficio di Presidenza era il tema dell'organizzazione ospedaliera, quindi terapie intensive e area non critica, e su questo chiederei che vengano chiamati in audizione i dirigenti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dell'area che hanno seguito questa tematica, in particolare il dottor Rosi e il dottor fattori.

Presidente
C'era la consigliera Bigon e dopo la consigliera Ostanel. Grazie.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente. Volevo specificare una cosa: 86 posti letto in terapia intensiva, attivati, o quantomeno occupati. Il piano di emergenza del 2020 parla anche di altri numeri. La domanda che le faccio, ma proprio a maggior precisione – probabilmente l'ha già fatta la collega Camani, però per essere ulteriormente chiari –, presso le vostre strutture sarebbero state possibili altre attivazioni? Questa è la domanda.
Giustamente lei dice, ed ha confermato, che il personale doveva essere anche preso da altri reparti. Quanto personale, quanti medici sono stati inseriti in terapia intensiva e subintensiva, che provengono da altri reparti? Quanti anestesisti c'erano presenti nelle vostre strutture? Questo è fondamentale: capire quanti posti ancora potevano essere attivati sulla base del piano e quanto effettivamente il personale era adeguato a questi posti letto di terapia intensiva e subintensiva.
Sulla base di questo le chiedo: lei ha specificato giustamente, e la ringraziamo, che 86 posti erano stati occupati nel periodo peggiore. C'erano anche altri posti letto attivati liberi, in quel momento, nella seconda fase di pandemia? Grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Edgardo CONTATO (Direttore Generale AULSS n. 3 "Serenissima")

Ho appena risposto alla collega, dicendo che faccio le verifiche perché c'è un piano della dotazione dei posti letto nell'area dell'emergenza-urgenza che è stata governata dalla Regione. Per non dare numeri a caso vorrei fare riferimento a questo, e la do come comunicazione alla Presidenza.

Presidente

Grazie.

Accolgo le richieste, chiaramente, di audire anche, come eravamo già d'accordo, i dirigenti di Azienda Zero, per avere le risposte che faremo magari pervenire anche come richiesta, prima della stessa audizione.

Consigliera Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie.

Io non ho ulteriori domande ai Direttori generali. Volevo solo precisare, per la consigliera Brescacin, che noi avevamo audito Fattori e Rosi durante la prima Commissione del 4 maggio. Avevano dato dei dati precisi, che erano un dato di partenza da 464 terapie intensive, poi 825, ad esempio qui a me manca un buco, quindi, quando li riaudiremo capirò meglio. Dicevano che siamo arrivati il 5 maggio 2020 ad avere 840 posti di terapia intensiva, di cui 176 erano riconvertibili dalla subintensiva, per un totale di 1.016, che sono quelli che poi abbiamo comunicato al Ministero.

Il motivo per cui è utile chiedere alle varie AULSS i posti in terapia intensiva è perché risulta che questo dato di 1.016

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sia stato dato dalle stesse AULSS, come è avvenuto, e come è stato raccontato nei verbali successivi. Io sto quindi cercando di ricostruire, e credo sia il compito di un Commissario all'interno di una Commissione d'inchiesta, come è avvenuto il calcolo per arrivare a questi 1.016. Credo che i Direttori generali, che ringrazio per mandare i documenti nelle prossime settimane, so benissimo che oggi è difficile avere i dati, quindi bene se facciamo le domande per iscritto prima, nell'ambito di questa Commissione sto cercando di capire come si è arrivati a calcolare questo dato, se, appunto su indicazione dei singoli Direttori che hanno inviato, come i Direttori hanno raccolto questi dati dagli ospedali, se sono stati i Direttori ospedalieri a darli. La questione delle terapie intensive e i numeri delle terapie intensive è un numero importantissimo per il famoso calcolo della zona gialla.
Io credo allora che sia un lavoro importante anche chiederlo ai Direttori, e poi, con le nuove audizioni di Rosi e Fattori, vedere arrivare dati alla mano e porre loro delle domande.

Presidente
Ringrazio per la specifica.
Io ringrazio i direttori Contato e Dal Ben per quanto ci hanno fornito, e per la loro presenza.
Vi chiedo chiaramente di fornire i dati.
Passiamo all'audizione, per quanto riguarda l'AULSS 4, del direttore attuale, Filippi, e dell'ex direttore Bramezza: se ci sono elementi di cui ad oggi non avete il dato disponibile, ve lo richiederemo in forma scritta, in modo da procedere con ordine. Magari, per le prossime audizioni chiederò con lettera

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

formale, ai Commissari, per integrare le domande che io mando ogni volta, in modo che per quanto riguarda dati specifici possiamo averli durante l'audizione, al di là magari di altri tipi di domande, o considerazioni più di natura "generale" che si potranno fare durante l'audizione stessa.
Grazie. Passo la parola al dottor Filippi e al dottor Bramezza per quanto riguarda le domande che gli erano già pervenute e che abbiamo definito all'inizio di questa audizione. Grazie.

Dott. Mauro FILIPPI (Direttore Generale AULSS n. 4 "Veneto Orientale")
Buongiorno, Presidente, Consiglieri.
Io seguirò la scaletta che ci è stata prodotta. C'è anche il dottor Bramezza collegato, ed eventualmente, se ci sono degli aspetti, magari può supportarmi su questo.

Presidente
Le chiedo se può avvicinarsi al microfono, mi scuso, Direttore, perché la sentiamo con una voce molto fioca.

Dott. Mauro FILIPPI (Direttore Generale AULSS n. 4 "Veneto Orientale")
Sì.

Presidente
Già la sento meglio.

Dott. Mauro FILIPPI (Direttore Generale AULSS n. 4 "Veneto Orientale")
Provo ad aumentare l'audio. Si sente meglio?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente
Pochino. Poco, poco.

Dott. Mauro FILIPPI (Direttore Generale AULSS n. 4 "Veneto Orientale")
Lo devo avvicinare.

Presidente
Sì, meglio. Grazie.

Dott. Mauro FILIPPI (Direttore Generale AULSS n. 4 "Veneto Orientale")
Seguo la scaletta che ci è stata fornita da lei, Presidente. La prima domanda riguarda la gestione della pandemia, direttive regionali tra prima e seconda ondata, differenze. Come è stato fatto rilevare anche da chi mi ha preceduto, le comunicazioni sono partite nel momento stesso in cui si parlava di pandemia. Vedo che la Regione Veneto le prime comunicazioni le ha fatte a gennaio 2020 e poi si sono puntualmente susseguite man mano che vi erano delle indicazioni nuove dal punto di vista anche delle conoscenze scientifiche o semplicemente di carattere organizzativo, che potevano interessare le aziende, quasi con la media di una comunicazione al giorno che chiaramente sono cambiate nel tempo, a seconda di quelle che erano le indicazioni che riguardavano le aziende. Quindi sia per quanto riguarda nella prima fase la gestione della pandemia e le indicazioni operative per i comportamenti da adottare, sia per la parte di screening e via via, poi, per quanto riguarda, ad esempio, la parte vaccinale piuttosto che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

la gestione dei ricoveri ospedalieri.

Il modello organizzativo è già stato ben delineato. Quindi, la Regione dà delle indicazioni con un coordinamento molto stretto con le aziende, quotidiano di fatto. Le aziende al loro interno hanno istituito subito il CESP, il comitato per la gestione dell'emergenza, che poi, a sua volta, ha individuato i diversi referenti e i gruppi aziendali che si occupavano dei diversi aspetti, chi della parte relativa ai dispositivi, chi della parte relativa alla campagna di screening, chi della parte relativa ai vaccini e così via.

Chiaramente, in questo percorso, soprattutto il Dipartimento di prevenzione è stata la struttura più coinvolta.

Le differenze dal punto di vista tra la prima e la seconda ondata, quindi parliamo essenzialmente della seconda ondata, del periodo che va da ottobre a febbraio, sono relative ad alcuni filoni di intervento che provo adesso a descrivere.

Partirei innanzitutto dalla gestione dell'ospedale. La gestione dell'ospedale è stata incentrata nel piano ospedaliero, che la Regione Veneto ha chiesto ad ogni azienda, ancora a maggio 2020. Il primo piano, infatti, risale a quel periodo. È stato approvato il Piano emergenziale di preparazione e risposta agli eventi epidemici, con il contestuale potenziamento della disponibilità dei posti letto e definizione degli indirizzi operativi.

A quel Piano poi è seguito, e siamo nella seconda ondata… Quindi, c'è stata una revisione, un aggiornamento del Piano, ma di fatto si lavorava su un percorso già definito. C'è stato l'aggiornamento del Piano emergenziale d'autunno, con rilevazione anche degli ospedali di comunità che erano attivi o attivabili per la gestione del post acuzie. Siamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

praticamente nel mese di ottobre 2020.

Vi è stato poi un ulteriore aggiornamento del Piano emergenziale ospedaliero di dicembre 2020, redatto dalla Direzione generale dell'epoca. Successivamente, l'ultima revisione riguarda agosto 2021 e ha per oggetto la rimodulazione del Piano pandemico degli ospedali per acuti e degli ospedali di comunità, autunno 2021.

Per quanto riguarda l'ospedale, che cosa è successo? La possibilità nella nostra azienda di poter convertire l'ospedale di Jesolo in ospedale Covid ha sicuramente facilitato la gestione dei casi positivi nel territorio, concentrando sia per la parte di terapia intensiva che di malattie infettive o di trattamento di tipo internistico i pazienti in quel contesto.

Questo che cosa ha consentito? Da un lato una gestione più razionale ed efficace sia delle risorse sia anche dei pazienti, in quanto abbiamo potuto concentrarli tutti in un'unica struttura, con una gestione anche di percorsi e di accessi che ha permesso di poterli assistere senza che questo andasse in qualche modo a inficiare le altre attività che venivano erogate a livello ospedaliero.

Dall'altro lato, ha permesso, per buona parte della pandemia, di poter continuare ad erogare le attività negli altri ospedali che, di fatto, sono rimasti in qualche modo Covid-free, quindi liberi da pazienti positivi.

A Jesolo, ovviamente, la terapia intensiva o le malattie infettive sono state realizzate convertendo i reparti esistenti con interventi sia di tipo strutturale che impiantistico. Un esempio per tutti è il potenziamento della rete dei gas medicali e della fornitura di ossigeno. Questo ha

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

permesso di attivare a Jesolo 14 posti letto di terapia intensiva. La saturazione di questi posti letto nella seconda fase è stata quasi pari al 100% e 90 posti letto invece di malattie infettive o comunque di area non intensiva. Di questi 90 posti letto, nella seconda fase sono stati utilizzati 86 posti.

Come è stato rilevato, la attivazione di questi posti letto, la loro occupazione da parte dei pazienti e l'orientamento di risorse per gestire questa attività è stato graduale. Ovviamente, è intuibile, non si è arrivati in una settimana a riempire tutta la struttura, ma si è arrivati in maniera graduale e quindi in un arco di tempo variabile nella prima e nella seconda fase, un po' più rapido nella seconda fase e poi via via che la situazione migliorava si è poi proceduto chiaramente a liberare i posti occupati.

La destinazione delle risorse in quel presidio è stata resa possibile da un lato dalle assunzioni che abbiamo avuto anche noi in numero rilevante e poi anche, ovviamente, dalla conversione delle attività. Jesolo, comunque, è un ospedale che funziona e nel momento in cui i posti sono stati trasformati in posti Covid le risorse che si occupavano di pazienti di area internistica, per fare un esempio, si sono occupate di pazienti con Covid, con il supporto di quella componente specialistica che comunque è presente in azienda, quindi di personale che aveva esperienza e competenza per quanto riguarda la gestione di patologie infettive con un percorso di formazione sul campo che è stato fatto in modo tale da dare quelle conoscenze basilari per poter gestire nel miglior modo questi pazienti.

Certamente la gestione della seconda fase è stata molto più

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

semplice e lineare, perché vi era comunque l'esperienza maturata nella prima fase da parte del personale di quel presidio o di coloro che erano stati assegnati nella prima fase che nella seconda fase sono stati nuovamente assegnati all'ospedale di Jesolo.

Il filone dell'attività ospedaliera è stato gestito e coordinato attraverso questi documenti predisposti in stretto rapporto con la Direzione regionale, con il CREU, chiaramente in stretto raccordo anche con l'area della prevenzione della Regione Veneto, sulla base dell'evoluzione dello scenario pandemico.

L'altro filone di intervento ha riguardato, anche in questo caso, le strutture del territorio – parlo essenzialmente delle Case di riposo – dove, però, nella seconda fase non abbiamo avuto situazioni particolari. La presenza degli utenti con positività ha riguardato tutte le strutture, ma con numeri abbastanza contenuti.

Anche in questo caso, le differenze tra la prima e la seconda fase quali sono? Nella prima fase è stata istituita, su indicazione della Regione, una Unità di valutazione del rischio all'interno delle strutture per anziani, attraverso un team, definito "team di valutazione del rischio", che aveva il compito di predisporre, secondo le direttive della Direzione sociosanitaria, un Piano di sanità pubblica per le RSA.

La scelta è stata quella di estendere questo Piano non solo alle Case di riposo, ma anche alle strutture residenziali e semiresidenziali presenti nel territorio dell'area della disabilità, della salute mentale e delle dipendenze.

Il team di valutazione del rischio è stato istituito ad aprile 2020, quindi siamo ancora nella fase 1, e il Piano di sanità

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

pubblica è stato redatto e trasmesso alla Regione, secondo un modello che la Direzione regionale aveva predisposto di mappatura del rischio, l'8 aprile 2020.

Il Piano di sanità pubblica, come tutta la documentazione relativa al Covid, non era un piano scritto sulla pietra, ma cambiava man mano che cambiavano le conoscenze e le indicazioni che provenivano dalla comunità scientifica. La prima integrazione è del maggio 2020. Poi, ancora, e siamo nella seconda fase, a ottobre 2020 un nuovo aggiornamento del Piano di sanità pubblica, ovviamente alla luce di tutte quelle conoscenze che nel frattempo erano maturate, anche da parte degli operatori stessi e delle strutture, che sono stati quasi seguiti mano nella mano da parte dei nostri professionisti. Infine, un ultimo aggiornamento risale a febbraio di quest'anno, febbraio 2021, sempre del Piano di sanità pubblica.

Con questo Piano che cosa è stato fatto? Sono stati affrontati tutti gli aspetti utili per poter gestire al meglio la pandemia, attraverso un'équipe multiprofessionale costituita da medici con competenze di sanità pubblica, ispettori della prevenzione, personale infermieristico, medici del distretto e un assistente sociale, che hanno fatto una mappatura puntuale di tutte le strutture, sia per anziani che per altre aree del territorio, individuando lo stato dell'arte e definendo le azioni di miglioramento da mettere in campo, dall'utilizzo dei Dispositivi di protezione individuale alla rilevazione del fabbisogno degli stessi dispositivi, all'individuazione dei percorsi da definire all'interno delle strutture, che chiaramente non nascono come strutture sanitarie, all'individuazione delle aree di isolamento o di quarantena

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sia per i nuovi ingressi sia per gli utenti positivi differenziati in base alle condizioni di salute, alla formazione del personale delle strutture rispetto ai comportamenti da adottare per una migliore gestione e per un abbattimento del rischio da contagio.

Dal punto di vista più generale, passo alla seconda domanda, ovvero i protocolli di gestione del Covid quando sono stati fatti, i primi protocolli per la realtà ospedaliera e territoriale. Abbiamo avuto una produzione importante di documenti. Anche in questo caso, solo l'elenco delle procedure interne, che poi di fatto erano protocolli che contestualizzavano le indicazioni operative che forniva puntualmente la Regione, tradotte, poi, in attività da mettere in campo nelle diverse strutture. Quindi, vi era una linea di attività che riguardava prettamente l'ospedale, dalla gestione degli accessi alla gestione dei dispositivi, al corretto lavaggio delle mani, alla gestione di eventuali isolamenti, a protocolli, invece, che erano riferiti all'attività di testing, di screening del personale e degli utenti, a protocolli, invece, che erano più rivolti all'area territoriale, come ad esempio le modalità di presa in carico da parte dell'USCA dei pazienti, le corrette modalità di accesso al domicilio del nostro personale medico e infermieristico per visitare, per erogare prestazioni ad utenti positivi o alle modalità di gestione dei casi all'interno delle già richiamate strutture residenziali.

Anche in questo caso, richiamo solo quelli che riguardano la seconda fase.

C'è stata anche una formulazione continua, perché tra la prima e la seconda fase, quindi siamo nell'estate del 2020, comunque

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'attività dell'azienda, in termini di organizzazione del sistema in funzione di una possibile seconda ondata, è continuata.

L'arrivo della seconda ondata non è stato un evento imprevisto e non prevedibile. Era stato in qualche modo ipotizzato e preventivato. Quindi, il periodo estivo è stato utilizzato anche per organizzare le risorse e le strutture in modo tale da far fronte, nel caso in cui si fosse verificata, così come poi è stato, una seconda ondata. Si è, ad esempio, organizzata tutta l'attività per la gestione delle scuole alla fine del periodo estivo. Sono state date indicazioni a tutte le strutture del territorio, anche in funzione della corretta gestione degli utenti, soprattutto dopo la fase di chiusura, ad esempio, dei centri diurni e di alcune strutture che nella prima fase erano state chiuse per disposizioni nazionali, sia un aggiornamento di tutte le raccomandazioni e istruzioni operative da rendere disponibili alle strutture dell'azienda. Le procedure interne, anche in questo caso, si sono susseguite in maniera incessante, anche in un periodo di tranquillità, per poter essere in qualche modo fruibili da parte degli operatori in caso di necessità.

Com'è noto, lo scenario è cambiato, sia per quanto riguarda l'attività di screening sia per quanto riguarda l'attività vaccinale, che poi è iniziata con fine anno.

Aspetti qualificanti e utili e aspetti critici. Qui potremmo fare un ragionamento su quelli che possono essere stati i punti di forza e i punti di debolezza. Direi che il modello organizzativo generale messo in atto dalla Regione è sicuramente un punto di forza. Il coordinamento costante da parte della Regione Veneto, l'attività del Comitato tecnico-

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

scientifico e, nell'azienda, le attività del CESP e dei gruppi di lavoro attivati hanno permesso di poter prendere decisioni in tempi rapidi, sostenute anche da evidenze, da informazioni, informazioni che erano comuni in tutte le aziende, in modo tale da poter disporre di un linguaggio unico.

Da un punto di vista locale, sono stati sicuramente punti di forza, per quanto riguarda il territorio, il ruolo importante delle USCA, che hanno preso in carico i pazienti positivi che non avevano bisogno di ricovero, sostenute dagli infermieri dell'assistenza domiciliare, secondo la programmazione che davano loro i medici di medicina generale.

Noi abbiamo attivato tre USCA e avevamo, nella seconda fase, 35 medici impegnati, che gestivano sia il domicilio, sia il supporto e la supervisione di alcuni utenti all'interno delle case di riposo su richiesta, su indicazione sia dell'azienda che dei medici curanti delle case di riposo.

Un altro punto di forza è stato sicuramente la collaborazione che è stata già richiamata con le Amministrazioni locali. Abbiamo attivato, ancora a febbraio 2020, in maniera puntuale, degli incontri con i Sindaci, tenendoli aggiornati giorno per giorno, sia rispetto all'evoluzione della pandemia, sia rispetto agli interventi che loro potevano mettere in atto per aiutare il sistema a poter gestire al meglio la situazione.

Dal punto di vista operativo, i Sindaci si sono attivati, ad esempio, mettendo a disposizione degli spazi da utilizzarsi sia inizialmente, nella fase dei famosi Covid point, quindi per l'esecuzione dei tamponi, sia, successivamente, i centri vaccinali. Hanno messo a disposizione il volontariato, il loro personale e coordinato la Protezione civile, anche nella gestione della comunicazione con la popolazione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Noi la fascia dei grandi anziani, degli ultraottantenni, l'abbiamo vaccinata rapidamente proprio grazie alla consegna brevi manu che il personale dei Comuni o la Protezione civile faceva casa per casa, dando appunto la comunicazione dell'invito alla vaccinazione, modalità, questa, che ha consentito di reclutare rapidamente molti ultraottantenni.

Poi, ovviamente, questa modalità l'abbiamo utilizzata all'interno dell'azienda, con i direttori di unità operative, o le strutture maggiormente interessate, ma anche con i direttori delle case di riposo, o delle strutture dell'area disabili, o della salute mentale, con le quali avevamo un incontro periodico, generalmente settimanale nella fase più critica, che via via poi si è diluita verso l'estate, proprio per coordinare le informazioni e le iniziative da mettere in campo e creare anche una rete di relazioni tra questi.

Attraverso i nostri servizi abbiamo anche attivato un sistema di comunicazione rapido, trasferendo tutte quelle informazioni di interesse puntuale, che potevano riguardare queste strutture, trasmettendo quindi non solo le nostre procedure operative, ma tutte le comunicazioni che arrivavano anche dalla Regione, estrapolando le informazioni significative per i vari destinatari.

Il punto di forza, l'aspetto più qualificante, è stato già richiamato, è stato il ruolo dell'Ospedale di Jesolo, che ci ha permesso di lavorare bene nelle altre strutture, concentrando lì la gestione dei Covid positivi, chiaramente anche con le competenze del personale che vi ha lavorato.

Le criticità credo che siano abbastanza comuni. Questa è stata una pandemia tale che nella fase iniziale chiaramente non avevamo conoscenze sufficienti per la gestione di un evento di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

questo tipo, conoscenze che sono comunque maturate nel tempo, ma è stata pur sempre una pandemia che montava rapidamente le sue caratteristiche, quindi un virus, soprattutto, che mutava rapidamente le sue caratteristiche, che ci ha messo nelle condizioni di dover essere altrettanto, in maniera rapida, pronti a gestire l'evolversi della situazione.

L'altro punto critico, riprendendo quello che hanno detto anche i direttori è sicuramente il turnover del personale, che in qualche modo abbiamo comunque gestito, che chiaramente ha richiesto da parte dell'azienda, di tutte le aziende, un impegno particolare nel formare in tempi molto rapidi le persone che venivano inserite in azienda.

Nella nostra azienda le assunzioni sono state proporzionali, così come è successo anche nelle altre. Noi abbiamo assunto circa 330 unità tra medici, infermieri e figure di supporto, anche il personale dell'area amministrativa, reclutato secondo le modalità che potevano essere rese disponibili attraverso i bandi del Commissario, o direttamente dalla Regione, attraverso Azienda Zero.

Sicuramente, un altro punto di forza, da questo punto di vista, è stato quello della gestione, sia nella prima che nella seconda fase delle forniture di attrezzature e quant'altro poteva servire attraverso Azienda Zero, che ha in qualche modo permesso alle aziende di non doversi occupare dell'approvvigionamento, perché ci siamo avvalsi dell'attività di Azienda Zero, quindi in qualche modo una fornitura gestita a livello centralizzato, in relazione a quelli che erano i fabbisogni che man mano noi comunicavamo, e che chiaramente variavano al variare della situazione.

Per quanto riguarda invece le difficoltà riscontrate nella

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

gestione delle attività ordinarie dall'inizio della pandemia, qui ci sono due situazioni diverse, come è già stato detto. Nella prima fase c'è stata una contrazione, resa necessaria, anche per contenere la diffusione del virus, delle attività programmate – stiamo parlando di marzo 2020 –, attività che però sono state riavviate con il mese di maggio. Tale aspetto invece non ha riguardato la seconda fase, in quanto non è stato necessario procedere alla chiusura di servizi, perché, per l'appunto, avevamo conoscenze sufficienti e adeguate per poter gestire in tranquillità l'evoluzione pandemica, e anche l'attività erogata verso gli utenti.

Da questo punto di vista, poi, l'azienda è riuscita anche a recuperare le attività che erano state sospese in maniera abbastanza rapida, proprio in ragione della possibilità di aver potuto concentrare su Jesolo la parte più importante della gestione dei pazienti.

Chiaramente, la riattivazione delle attività sanitarie con il mese di maggio non è stata una riattivazione con le modalità, i criteri e i crismi tradizionali, perché si sono imposte nuove regole: dalle regole del distanziamento, alla rilevazione della temperatura e alla sanificazione delle mani negli accessi ai vari servizi, alla tempistica necessaria per poter eseguire le prestazioni, e successivamente gli interventi di sanificazione o di igiene ambientale. Sicuramente quindi abbiamo riaperto le attività con criteri più stringenti rispetto a quelli tradizionalmente utilizzati, quindi una organizzazione diversa, da questo punto di vista, ha imposto comportamenti ovviamente sicuri, nuovi, che però era importante adottare.

Analogamente, questo poi è successo anche per tutte quelle

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

strutture che abbiamo riaperto: penso ad esempio ai centri della disabilità, all'area delle dipendenze, o all'area degli anziani: quei centri diurni, che inizialmente, come anche l'attività scolastica, erano stati sospesi, proprio nella fase più centrale della prima ondata, sono stati poi riattivati nei mesi tra maggio e giugno, anche in ragione di tutta una serie di accordi contrattuali che sono stati fatti con i soggetti che gestivano questa attività, laddove fosse l'azienda l'ente gestore, che hanno consentito di garantire la continuità delle prestazioni erogate.

Per quanto riguarda il punto 5, cioè le azioni messe in atto in materia di personale, le difficoltà nella gestione del personale, ho fatto una premessa sulle risorse che abbiamo reclutato ex novo. È chiaro che le difficoltà, quando arrivano molte persone, non tutte con esperienza, sono legate soprattutto alla fase di inserimento.

Abbiamo optato, chiaramente, per utilizzare queste risorse soprattutto nelle attività che potevano permettere l'impiego di persone con scarsa esperienza. Per molti casi si trattava di persone che non avevano una particolare esperienza. Per altri casi, invece, si trattava di persone che avevano già maturato competenze in altre aziende. Quindi, la difficoltà è stata soprattutto quella di inserirle rapidamente in un contesto lavorativo, fornendo loro, però, conoscenze minime per poter lavorare senza difficoltà.

Fortunatamente – un po' mi ripeto – la possibilità di convertire Jesolo da ospedale che faceva attività ordinaria a ospedale Covid ha permesso di poter utilizzare le persone che erano all'interno dell'ospedale, quindi personale già esperto e assolutamente qualificato. La carenza del personale medico

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

è stata più volte evidenziata, però devo dire che, da questo punto di vista, per quanto riguarda la gestione della pandemia, non abbiamo rilevato particolari criticità. L'attività è stata anche rimodulata in relazione alle nuove esigenze. In alcuni momenti, quando alcuni servizi erano chiusi, le persone sono state assegnate ad altri servizi, ad altre attività strettamente collegate alla gestione pandemica, e ovviamente hanno operato in quel contesto.

Infine, per quanto riguarda l'attività di tracciamento e tamponi, sicuramente le criticità sono legate soprattutto ai cambiamenti, alle diverse curve, alle diverse ondate che abbiamo rilevato, da questo punto di vista, tutti nel territorio regionale e che ci hanno in qualche modo imposto delle variazioni, anche importanti, con un'elevata flessibilità delle risorse rese disponibili per fare attività di screening e per fare attività di contact tracing, con numeri molto importanti. Vi riporto i numeri che vengono forniti dai nostri servizi, numeri elevati, che chiaramente sono cambiati tra la prima e la seconda ondata. Abbiamo eseguito, da inizio pandemia, oltre 230.000 tamponi molecolari. 77.000 hanno riguardato la seconda fase. Abbiamo eseguito 239.000 tamponi rapidi: circa la metà riguardano la seconda fase. Abbiamo riscontrato complessivamente, da inizio pandemia, 22.300 soggetti positivi. Di questi, 12.000 hanno riguardato la seconda fase, prendendo il periodo ottobre 2020-febbraio 2021. Di questi, sapete che mediamente il 5% dei positivi esitavano in ricoveri nell'area malattie infettive, quindi l'area non intensiva. Questo è successo sia nella prima che nella seconda ondata. Circa l'1% dei positivi esitava in ricoveri in terapia intensiva. Questo vale – ripeto – sia nella prima che nella

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

seconda ondata.

Sono sicuramente numeri importanti, però con una attività puntuale da parte dei nostri servizi nel riuscire a reggere la variabilità della domanda stessa. Questa è stata la caratteristica, come ho già detto, della pandemia. C'erano momenti in cui calava improvvisamente in funzione anche della... Recentemente in funzione anche del vaccino, ma inizialmente in funzione anche della stagionalità calava il tasso di positivi, per poi crescere di nuovo. Questo ha richiesto un adeguamento delle risorse che via via erano richieste per garantire in tempi rapidi l'esecuzione di questa attività.

Aggiungerei solo, rispetto alla gestione dell'attività ospedaliera, del Piano ospedaliero, che nella prima fase avevamo anche a disposizione strutture private accreditate. Un esempio per tutti è la Casa di cura Rizzola, che aveva messo a disposizione 50 posti letto per pazienti non in terapia intensiva. Mentre nella seconda fase ci siamo avvalsi soprattutto di una RSA di Jesolo per utilizzare i posti letto, un modulo da 24 posti, per la gestione dei pazienti post-acuti in dimissione dall'ospedale Covid di Jesolo.

Io mi fermerei. Se ci sono domande puntuali, come hanno detto anche i colleghi, mi riservo di fornire i numeri che non ho, ovviamente, in questo momento sottomano, anche perché ci siamo concentrati su queste richieste che erano pervenute, che riguardavano più contenuti di carattere generale.

Presidente

Grazie, Direttore.

Il dottor Bramezza vuole integrare? Prego.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Carlo BRAMEZZA (Ex Direttore Generale AULSS n. 4 "Veneto Orientale")

Buongiorno a tutti.

Credo che la ricostruzione che ha fatto il dottor Filippi sia stata del tutto puntuale. È proprio quello che è avvenuto. Ci siamo trovati anche noi, come tutte le altre aziende, in una fase nuova, in una fase molto critica. Abbiamo subito riunito l'Unità di crisi aziendale una domenica pomeriggio – ricordo – a San Donà. Lì è scaturita l'idea, la scelta, anche coraggiosa, allora, di concentrare tutti i pazienti Covid presso l'ospedale di Jesolo, per la sua ubicazione e perché in quel momento, essendo il periodo invernale, non c'era neanche il problema del turismo.

Ricordo che in 15 giorni abbiamo costruito una terapia intensiva, che è arrivata fino a 16 posti letto. Non c'era la terapia intensiva a Jesolo. L'abbiamo proprio fatta. Anche i nostri tecnici hanno lavorato il sabato e la domenica, e anche qualche notte, proprio per realizzarla.

Per cui (inc.)

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

(inc.)

…rispetto all'uso dei tamponi rapidi dentro gli ospedali dell'AULSS di vostra competenza, per il controllo degli operatori sanitari, in che periodo sono stati usati i tamponi rapidi e in base a quale circolare è stata fatta eventualmente quella scelta.

Due, lo ha già detto prima il Direttore, ma non sono sicura di aver capito bene: il numero di posti aumentati di terapia

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

intensiva durante la pandemia, se erano ovviamente effettivamente utilizzabili, e anche magari, visto che prima ha fatto la distinzione, quanti erano di intensiva e quanti convertibili da subintensiva a intensiva, e come avete inviato questo dato ad Azienda Zero, se è stata fatta una riunione, se avete mandato un conteggio dei posti aumentati, e quando, ed eventualmente avere copia delle comunicazioni.
Da ultimo, rispetto al tracing delle persone a casa, tramite call, tramite chiamata, nel momento in cui la vostra AULSS non riusciva, se è così, cioè, se è accaduto, a sentire tutti telefonicamente, come venivano imputati i sintomatici e asintomatici, e se avete avuto delle direttive su come comportarvi nei mesi di ottobre, novembre e dicembre, della seconda ondata della pandemia.
Non chiedo risposte ora, visto che alcune cose state toccate, ma, come dicevamo prima, se inviate eventualmente queste informazioni via e-mail.

Presidente
Consigliera Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie.
Grazie, dottore, per la relazione. Ugualmente, faccio anch'io le stesse domande che ho fatto anche agli altri direttori generali, chiedendo la risposta e l'invio di documentazione di dati via e-mail all'Ufficio di Presidenza.
Io chiederei quindi quanti sanitari, quindi medici e infermieri sono stati assunti durante il periodo Covid, e quanti invece trasferiti da altri reparti. In particolare,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quanti anestesisti erano presenti in pianta organica nell'AULSS di competenza e quanti invece sono stati assunti. In particolar modo, vorrei capire quanti medici e infermieri sono stati trasferiti da altri reparti nel reparto di anestesia e di terapia intensiva e subintensiva, e quanti posti letto di terapia intensiva e subintensiva sono stati effettivamente attivati da febbraio 2020 a marzo 2021; quanti tamponi rapidi sono stati effettuati al personale sanitario e di quale generazione. Grazie.

Presidente

Ci sono altre richieste?

Credo che i dati siano li faremo pervenire per iscritto, in modo che possiate rispondere.

Se non ci sono altre domande, ringrazio gli auditi per essere stati presenti e per aver cercato di rispondere a quanto richiesto ai commissari.

Ringrazio i Commissari e anticipo quello che in parte ho già detto prima. Il 12 sarà la prossima data di convocazione. Faremo pervenire quanto prima l'elenco degli auditi, in modo da poter avere magari la richiesta di domande chiaramente specifiche su dati per tempo, in modo da poterli fornire a chi andremo ad audire, lasciando chiaramente poi invece le domande di carattere più di discussione in sede di audizione stessa.

Grazie, buona giornata e buon lavoro. Grazie anche all'Assessore. Arrivederci.

La Seduta termina alle ore 13.45

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Audizione, ai sensi dell'art. 54 del Regolamento, secondo gli orari indicati nell'allegato elenco, con:

- Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero Dott. Mario Saia
- Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova Prof. Andrea Crisanti
- Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano. prof. Massimo Clementi
- Presidente AFA. prof. Giorgio Palù
- Direttore Generale AGENAS Dott. Domenico Mantoan
- Direttore Generale Area Sanità e Sociale Dott. Luciano Flor;
- Amministratore Delegato Abbott
- Direttore dei Servizi Socio sanitari (già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto) Dott. Roberto Rigoli
- Direttore di Microbiologia di Vicenza Dott. Mario Rassu;

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

PRESENTI

Erika BALDIN (Movimento 5 Stelle)
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)
Arturo LORENZONI – (Gruppo Misto)
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Tomas PICCININI (Lista Veneta Autonomia)
Luciano SANDONA’ (Zaia Presidente)
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

PRESENTI

(in modalità telematica)

Fabrizio BORON (Zaia Presidente)

ALTRI PRESENTI

(in modalità presenza)

Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile Segreteria della commissione speciale d’inchiesta)
Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Dott. Luca SCHIAVON (Servizio Affari giuridici e legislativi)
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
Dott. Mario RASSU (Direttore di Microbiologia di Vicenza)

ALTRI PRESENTI

(in modalità telematica)

Manuela LANZARIN (Assessore regionale alla Sanità, Programmazione socio sanitaria e Servizi sociali)
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)

Presiede
Francesca ZOTTIS

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Sommario

Presidente..... 1
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 1
Presidente..... 2
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 2
Presidente..... 2
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 2
Presidente..... 12
Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)..... 12
Presidente..... 13
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 13
Presidente..... 15
Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)..... 15
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 15
Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)..... 16
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 16
Presidente..... 16
Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)..... 16
Presidente..... 17
Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)..... 17
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 17
Presidente..... 20
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 20
Presidente..... 21
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 21
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 22
Presidente..... 25
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 25
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 25
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 26
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 26
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 26
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 26
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 27

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 27
Presidente..... 27
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 27
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 28
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 29
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 29
Presidente..... 29
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 29
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 30
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 31
Presidente..... 31
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 31
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 32
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 33
Presidente..... 33
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 33
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 34
Presidente..... 34
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 34
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 35
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 36
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 36
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 36
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 36
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 36
Presidente..... 36
Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)..... 37
Presidente..... 37
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 38
Presidente..... 38
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 38
Presidente..... 39

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 39
Presidente..... 39
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 39
Presidente..... 44
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 44
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 45
Presidente..... 46
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 47
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 47
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 47
Presidente..... 47
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 47
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 48
Presidente..... 49
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 49
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 49
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 50
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 50
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 50
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 50
Presidente..... 54
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 54
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 54
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 54
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 54
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 54
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 55
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 55
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 55
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 55
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 55
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 55

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 56
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 56
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 56
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 56
Presidente..... 56
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 56
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 57
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 57
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 57
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 57
Presidente..... 58
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 58
Presidente..... 58
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 58
Presidente..... 59
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 59
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 60
Presidente..... 62
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 62
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 63
Presidente..... 64
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 64
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 64
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 65
Presidente..... 65
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 65
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 65
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 65
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 65
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 65
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 66
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 66
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 66

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 66
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 66
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 66
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 67
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 67
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 67
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 67
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 67
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 67
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 68
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 68
Andrea CRISANTI Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 68
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 68
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 68
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 69
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 69
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 69
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 70
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 70
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 70
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 70
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 70
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 70
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 70
Presidente..... 71
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 71
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 71
Presidente..... 71
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 71
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 72
Presidente..... 72
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 72

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 73
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 73
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 73
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 73
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 74
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 74
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 75
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 75
Presidente..... 75
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 75
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 75
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 76
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 76
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 76
Presidente..... 76
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 77
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 77
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 77
Presidente..... 77
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 77
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 77
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 77
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 78
Presidente..... 78
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 78
Presidente..... 78
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 78
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 78
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 78
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 78

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Presidente..... 79
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 79
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 79
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 79
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 79
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 79
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 80
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 80
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 80
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 80
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 80
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 80
Presidente..... 80
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 81
Presidente..... 81
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 81
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 81
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 81
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 81
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 82
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 82
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 82
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 82
Presidente..... 82
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 82
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 83
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 83
Presidente..... 83
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 83
Presidente..... 83
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 84
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 86
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 86
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 86

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 87
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 87
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 88
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 88
Presidente..... 89
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 89
Presidente..... 89
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 90
Presidente..... 90
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 90
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 90
Presidente..... 90
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 90
Presidente..... 91
Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)..... 91
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 91
Presidente..... 92
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 92
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 93
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 93
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 93
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 93
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 94
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 94
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 94
Presidente..... 95
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 95
Presidente..... 95
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 95
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 96
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 96
Presidente..... 96
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 96
Presidente..... 96
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 96
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 97
Presidente..... 98

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 98
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 98
Presidente..... 99
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 99
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 99
Presidente..... 100
Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)..... 100
Presidente..... 100
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 100
Presidente..... 101
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 101
Presidente..... 108
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 109
Presidente..... 112
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 112
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 113
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 113
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 113
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 113
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 116
Presidente..... 121
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 122
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 122
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 122
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 124
Presidente..... 125
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 125
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 126
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 126
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 126
Presidente..... 126
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 126
Presidente..... 126
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 126
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 126
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 127
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 127
Presidente..... 127
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 127
Presidente..... 127
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 127
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 128
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 128

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 128
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 129
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 129
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 130
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 131
Presidente..... 131
Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)..... 132
Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)..... 132
Presidente..... 135
Presidente..... 136
Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)..... 136
Presidente..... 137
Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)..... 137
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 140
Presidente..... 143
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 143
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 143
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 143
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 144
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 144
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 144
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 145
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 145
Presidente..... 145
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 145
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 146
Presidente..... 146
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 146
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 147
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 148
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 148
Presidente..... 148
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 148
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 149

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 150
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 150
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 150
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 151
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 151
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 151
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 151
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 151
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 151
Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)..... 152
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 152
Presidente..... 152
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 152
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 153
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 153
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 153
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 153
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 153
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 154
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 154
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 154
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 154
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 154
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 154
Presidente..... 155
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 155
Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)..... 155
Presidente..... 155
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 155
Presidente..... 156
Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)..... 156
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 156

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)..... 156
Presidente..... 157
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 157
Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)..... 157
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 157
Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)..... 157
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 157
Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)..... 157
Presidente..... 158
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 158
Presidente..... 158
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 159
Presidente..... 163
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)..... 163
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 164
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)..... 167
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 167
Presidente..... 169
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 169
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 170
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 172
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 172
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 173
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 173
Presidente..... 175
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 175
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 177
Presidente..... 178
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 179
Presidente..... 179
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 179
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 179
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 181
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 181
Presidente..... 182
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 182
Presidente..... 185
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 185
Presidente..... 185
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 185
Presidente..... 188
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 188

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Presidente..... 188
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 189
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 191
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 191
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 191
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 192
Presidente..... 192
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 192
Presidente..... 192
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 193
Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)..... 193
Presidente..... 195
prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)..... 196
Presidente..... 199
Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)..... 199
prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)..... 199
Presidente..... 200
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 200
prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)..... 200
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 202
prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)..... 202
Presidente..... 202
prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)..... 202
Presidente..... 203
prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)..... 203
Presidente..... 204
prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)..... 204
Presidente..... 204
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 204
Presidente..... 214
Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)..... 214
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 214
Presidente..... 215
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 215

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 216
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 216
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 216
Presidente..... 218
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 218
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 218
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 218
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 219
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 219
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 219
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 219
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 220
Presidente..... 220
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 220
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 220
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 221
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 221
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 221
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 221
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 222
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 222
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 222
Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 222
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 223

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)..... 223
Presidente..... 223
Dott. Mario RASSU (Direttore di Microbiologia di Vicenza) 224
Presidente..... 229
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 229
Presidente..... 232
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 232
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 235
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 235
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 235
Presidente..... 237
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 237
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 239
Presidente..... 240
Elena OSTANEL (Veneto che Vogliamo)..... 240
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 241
Elena OSTANEL (Veneto che Vogliamo)..... 241
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 241
Elena OSTANEL (Veneto che Vogliamo)..... 241
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 242
Elena OSTANEL (Veneto che Vogliamo)..... 242
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 242
Presidente..... 243
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 243
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 244
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 245
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 245
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 245
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 246
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 246
Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)..... 247
Presidente..... 247

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

La seduta inizia alle ore 10.38

Presidente

Buongiorno a tutti. Ringrazio i nostri ospiti, Chi è in collegamento e chi è in presenza per essere qui oggi e per poter interloquire con loro rispetto a quello che è stata l'attività legata alla pandemia e legata soprattutto alla questione dei tamponi e del tracciamento.

Cominciamo, come di consueto, con l'approvazione del verbale della seduta precedente.

Chi è favorevole? Contrari? Astenuti?

Bene, allora il verbale è stato approvato all'unanimità.

Iniziamo con le audizioni e cominciamo, e lo ringrazio, con il dottor Mario Saia, Direttore Governo Clinico Assistenziale di Azienda Zero. Ringrazio anche, lo vedo qui presente, quindi lo ringrazio per la sua presenza e, come inizio vi chiederei un attimo di illustrare quello che è stato il ruolo del Comitato scientifico regionale Covid la composizione, l'attività e i diversi provvedimenti che sono stati adottati e poi magari per quanto riguarda i provvedimenti se possiamo avere il materiale, magari averlo inviato all'Ufficio di Presidenza della Commissione.

La ringrazio, dottore. Le do la parola.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)

Grazie, buongiorno a tutti.

Il Comitato scientifico è stato istituito con una delibera di Giunta regionale nel marzo del 2020, una deliberazione…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente
Dottore, mi scuso se può aspettare un attimo che stanno finendo di metterci in diretta. La ringrazio, mi scuso io.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Ci mancherebbe.

Presidente
Bene, le ridò la parola e comunico, per chi si è messo in ascolto in questo momento che iniziamo le audizioni con il dottor Saia su: "Ruolo del Comitato Scientifico Regionale: composizione, attività e provvedimenti adottati". Grazie.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Grazie. Buongiorno a tutti.
L'istituzione del Comitato Scientifico è avvenuta nel marzo, precisamente il 2 marzo 2020, con la deliberazione della Giunta regionale 269. Questa Istituzione è stata preceduta dall'istituzione della task force iniziale alla fine di gennaio e poi seguita invece dal Comitato di crisi Coronavirus che è del novembre 2020. Questo per andare a dare un quadro del tutto.
Il ruolo del Comitato Scientifico. L'attività del Comitato è consistita e consiste tuttora fondamentalmente, come previsto dalla deliberazione di Giunta con la quale è stato istituito e sono stati nominati i componenti, nel fornire all'Area Sanità e Sociale un supporto in relazione a tutte quelle scelte e alle azioni da adottare poi dal Presidente e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dalla Giunta regionale per superare l'emergenza sanitaria.
Tutto questo - e ci tengo a specificarlo subito - nel rispetto degli indirizzi emanati dal Ministero della Salute e dal Comitato Tecnico Scientifico Nazionale, istituito dal Capo del Dipartimento della Protezione civile. Pertanto, ogni qualvolta che veniva richiesto un parere la prima cosa era quella di andare a valutare e vedere se erano presenti dei documenti ministeriali già approvati che contenessero una serie di indirizzi. Questa consultazione da parte dei componenti ci è sempre stata, assolutamente.
Per quanto concerne le modalità operative, ci sono state una serie di incontri in presenza in fase iniziale e poi, per ovvi motivi divenuti a distanza: questa attività è consistita quindi nell'approvazione telematica poi dei documenti, formulando dei pareri, sempre su richiesta dell'Area Sanità e Sociale, che pertanto era l'unico interlocutore del Comitato Scientifico. Quindi non ci si è rifatti ad altre fonti, solamente si conferiva con l'Area Sanità e Sociale.
Come è composto il Comitato? Con la medesima deliberazione era prevista la composizione dello stesso; tutti i componenti erano chiamati ovviamente a operare nell'ambito dei doveri d'ufficio e divisi un po' per aree, quindi c'era l'area dell'infettivologia e delle malattie infettive con la dottoressa Cattelan, che è il direttore dell'Unità Complessa Di Malattie Infettive Tropicali dell'Ospedale Università di Padova; poi c'era la professoressa Tacconelli, Professore ordinario di Malattie Infettive dell'Università di Verona, quindi sia una componente ospedaliera che è una componente universitaria relativa ai due centri hub. Poi l'area di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anestesia e rianimazione, quindi c'era il dottor Baiocchi, come Direttore dell'Unità complessa di anestesia e rianimazione della ULSS 7 Pedemontana, in veste anche di Presidente dell'associazione dei Direttori di anestesia e rianimazione della Regione Veneto, quindi una componente che comprende tutti gli ospedalieri. Poi il professor Navalesi, Professore ordinario di anestesia e rianimazione dell'Università di Padova e Direttore dell'Istituto di Anestesia e Terapia Intensiva.

Per quanto concerne la microbiologia e virologia, c'è il professor Crisanti, che saluto, Professore ordinario di Microbiologia, sempre dell'Università degli Studi di Padova. Per l'area pneumologica il professor Andrea Vianello, Professore associato di Pneumologia dell'Università degli Studi di Padova e Direttore della Fisiopatologia Respiratoria, quindi una disciplina che è tornata molto utile nella gestione di questi pazienti. Per l'area pediatrica, la professoressa Liviana Da Dalt, Professore ordinario di Pediatria all'Università degli Studi di Padova e Direttore del Dipartimento di Pediatria.

Poi l'area di igiene e quindi l'igiene e la medicina preventiva, il professor Vincenzo Baldo, Professore ordinario di Igiene anch'egli dell'Università di Padova.

Vi erano poi altri componenti come il dottor Stefano Merler della Fondazione Bruno Kessler di Trento, che è un Ente di ricerca della Provincia autonoma di Trento; il dottor Zambon, Coordinatore dell'Organizzazione mondiale della sanità per le Regioni per l'emergenza Covid-19 e poi c'era il sottoscritto come Direttore del governo clinico. In quel momento lì avevo anche le vesti di facente funzioni,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

affidatario delle funzioni di Direttore sanitario di Azienda Zero, alla quale era stata assegnata la funzione di coordinamento di questo Comitato.

Lo stesso provvedimento istitutivo prevedeva la presenza anche di un componente della task force regionale, di cui dicevo precedentemente al decreto del gennaio del '20, da individuare via via a seconda degli aspetti da trattare e approfondire. La scelta era stata quella di mettere sempre per conoscenza all'Area Sanità e Sociale e soprattutto il dirigente che andava a proporci il parere nel caso ci fosse bisogno di interloquire con lo stesso.

A titolo informativo dico poi che il dottor Merler e Zambon si sono dimessi dal Comitato: il primo nel marzo '20 e il secondo nell'aprile 2021.

Per quanto concerne l'attività del Comitato, si è articolata in 11 incontri: tutti i verbali sono stati poi trasmessi sempre al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale. Di questi 11, i primi quattro si sono tenuti in presenza con la partecipazione a distanza di qualche componente, mentre i seguenti 7, per le motivazioni che vi accennavo precedentemente, insomma per gli ovvi motivi di prevenzione, interamente in modalità di videoconferenza.

Che argomenti sono stati affrontati? Andando a schematizzarli, perché poi erano anche parecchi: il piano della valutazione dei pareri su degli studi. Abbiamo assistito a una presentazione assolutamente preliminare dei risultati dello studio sugli abitanti di Vo', a inizio del tutto poi. Per esempio, una proposta che è stata interessante di studio sperimentale sull'utilizzo di plasma iperimmune per il trattamento dei pazienti. Qui si era

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

proprio all'inizio, era proprio la fase di marzo.

Poi molte riunioni, ampie discussioni, analisi di dati per esempio sui modelli previsionali dell'evoluzione dell'epidemia; un'analisi puntuale e continua anche del dato relativo al tasso di occupazione dei posti letto di Terapia intensiva, che rappresentava la prima preoccupazione per la gestione ospedaliera e di questo, insomma, c'era anche sempre richiesta la situazione a noi di esprimere anche dei pareri su delle possibili evoluzioni del fenomeno.

Abbiamo valutato poi le varie la diversa letalità tra i pazienti ricoverati per Covid nelle varie realtà. Eravamo però in una fase molto iniziale del tutto, quindi tutto era condizionato anche da una serie di altri fattori, fino a poi a valutare anche delle componenti organizzative assolutamente non trascurabili e tipiche di quel periodo, per esempio la sospensione delle attività chirurgiche non urgenti che comportassero l'utilizzo della Terapia intensiva post operatoria, visto che la chiave di tutta la criticità maggiore era stata identificata inizialmente nella dotazione di posti letto di Terapia intensiva.

Poi via via dei vari protocolli per il trasporto dei pazienti all'interno delle strutture a gestione ospedaliera, non so, anche del bambino e dell'adolescente con sospetta e accertata infezione, anche per le diversità che ci sono negli ospedali.

Altro capitolo: gli indirizzi terapeutici, l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale, quindi come gestire i pazienti che necessitassero di supporto respiratorio. Ricordo a tal punto le flow chart prodotte dal professor Navalesi che poi sono state di fatto adattate e utilizzate

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in tutta Italia.

I primi protocolli terapeutici per pazienti Covid-19, con tutte le scarse evidenze che c'erano in quel periodo, parliamo di marzo e aprile. Protocolli con i farmaci off label, i vari indirizzi per l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale, i video tutorial rivolti agli operatori sanitari magari meno pratici dell'utilizzo di questa tipologia di dispositivi e meno avvezzi a questo tipo di assistenza, fino anche al ricondizionamento, per esempio, dei caschi per la CPAPP. Parliamo di dispositivi monouso, però, quando c'era una forte carenza degli stessi, si è anche valutata la possibilità di un condizionamento dei medesimi. È stato proposto anche un documento inviato alla Protezione civile: non abbiamo mai avuto risposta in merito e fortunatamente la dotazione tecnologica, insomma, ha consentito di comunque fornire l'assistenza.

Per quanto concerne poi l'iter delle approvazioni, che erano una serie di approvazione telematiche, però, considerando il periodo, erano condizionate da un periodo estremamente particolare, quindi da un lato le misure imposte dalla pandemia, dall'altro anche dalla tempestività con cui venivano richieste: mediamente erano 24 o 48 ore al massimo, o 36, alcune anche nella stessa giornata perché da vari lavori condotti dai colleghi dell'Area Sanità e Sociale poi gli stessi dovevano concretizzarsi in atti per i quali era necessario e richiesto il parere del Comitato Scientifico.

Come avveniva il tutto? C'era la ricezione della documentazione da parte dell'Area Sanità e Sociale, che avveniva a mezzo mail, da parte mia un'immediata trasmissione a tutti i componenti del Comitato, sempre

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

lasciando ovviamente, per conoscenza, anche l'Area Sanità e Sociale e, come dicevo precedentemente, anche il Dirigente che ci aveva inviato il tutto nel caso fosse necessario magari chiedere qualche chiarimento all'estensore del documento.

Vi era poi, ovviamente, una data entro la quale fornire il parere, che bisognava assolutamente rispettare per l'efficacia dell'attività del Comitato, che veniva indicata, come accennavo, sulla base di una serie di necessità, per esempio un passaggio in Giunta regionale per essere poi formalizzato con un atto deliberativo della Giunta stessa.

Il Comitato ha sempre lavorato in tempi assolutamente contenuti e nell'assoluto rispetto dei tempi prefissati dal richiedente, quindi si è riusciti sempre a dare queste risposte.

Venivano poi raccolti, ovviamente, i pareri, le eventuali osservazioni anche da riportare nei documenti e tutti i riferimenti utili all'approvazione venivano condivisi, come detto: primi tra tutti, ovviamente, i documenti approvati a livello nazionale, quindi dalla Conferenza Stato-Regioni, dal Comitato Tecnico Scientifico regionale della Protezione civile, dal Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità. Quindi si teneva conto di queste fonti superiori – chiamiamole così – come era peraltro previsto facessimo dall'atto deliberativo istitutivo del Comitato.

Il parere, con tutte le eventuali osservazioni o suggerimenti – è più corretto – veniva poi trasmesso formalmente all'Area Sanità e Sociale concludendo pertanto l'iter di approvazione, quindi fissata quella tempistica, che magari erano le 3 del pomeriggio del giorno 10, e alle 3

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

del pomeriggio del giorno 10 si chiudeva e veniva inviato.

Quindi si intendevano, a quel punto, approvati con l'espressione di cosa? È chiaro che ci voleva la maggioranza dei componenti, ad esclusione del Coordinatore del Comitato - si era deciso così - e anche ad esclusione del coordinatore dell'Organizzazione mondiale della sanità per la Regione per l'emergenza Covid-19. Ricordo che era il dottor Zambon che, pur avendo partecipato solo in qualità di osservatore, come ci aveva tenuto a precisare, però ha sempre fornito numerosi spunti di assoluto interesse, quindi lo ringrazio sempre per la collaborazione estremamente preziosa.

A seguito di queste riunioni del Comitato Scientifico, le 11 riunioni di cui detto e quella serie lunghissima di approvazioni per via telematica, l'attività si è concretizzata con l'approvazione o, meglio, con l'aver fornito parere a ben 57 documenti, quindi un'attività assolutamente cospicua, tutti trasmessi all'area Sanità e Sociale.

Per quanto riguarda i documenti, non sto a leggerveli assolutamente tutti perché non mi pare il caso.

Come ambiti, quindi, c'è un ambito terapeutico oppure chiamiamolo pure clinico-organizzativo, che forse è più calzante, quindi dalla raccolta, fin dalle prime evidenze, alla serie di aggiornamenti. Pensiamo al protocollo per l'ossigenoterapia domiciliare, la gestione domiciliare dei soggetti, ma poi anche, come accennavo precedentemente, i criteri di accesso dei pazienti Covid alla Terapia intensiva, Semi-intensiva e alle Malattie infettive.

Questo documento ha preceduto quello nazionale del gruppo di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

lavoro coordinato da AGENAS, ma già in Veneto si era data una serie di criteri relativi all'appropriatezza dei ricoveri, quindi i vari setting assistenziali erano ben delineati.

Poi, dal punto di vista organizzativo, c'erano i Piani di Sanità pubblica sin dal marzo 2020, il Piano emergenziale per l'autunno, quello, per intenderci, che contiene i vari step per il passaggio da una fase all'altra e tutta quella relativa alla rimodulazione delle attività dei Dipartimenti di prevenzione fino ai recenti rafforzamenti delle attività di testing e di sequenziamento. Tutto questo poi, finalizzato nell'ultimo periodo alla sorveglianza e al monitoraggio, in particolare della circolazione virale e delle varianti soprattutto.

Poi abbiamo le proposte organizzative, anche fortemente impattanti, come la proposta di sospensione degli interventi elettivi, come dicevo prima, gli indirizzi per l'accesso e la riapertura delle attività, sia per le strutture ospedaliere che anche per quelle extra ospedaliere: pensiamo alle RSA, alle strutture per disabili, minori, dipendenze e salute mentale, riferendosi poi anche a aspetti assolutamente e comprensibilmente molto sentiti, come le indicazioni per l'accesso di familiari, visitatori e anche altro personale esterno presso queste strutture.

Un altro ambito ben rappresentato è tutta quella documentazione per la gestione in sicurezza del neonato che necessitava di trasporto in quel periodo, e bambini e adolescenti all'interno del dell'ospedale, quindi la rete sanitaria, con sospetta o accertata infezione, fino a documenti a garanzia del mantenimento delle attività

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

didattiche. Mi riferisco a quelle rivolte ai minori ricoverati oppure per la gestione dei contatti di caso confermato all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia. Il tutto poi era chiaramente rientrante nell'ambito del monitoraggio del contesto scolastico, quindi il monitoraggio della circolazione virale all'interno del contesto scolastico, fornendo poi tutte quelle linee di indirizzo che sono uscite per la gestione dei contatti.

Altri documenti, per esempio, nei confronti della medicina dello sport e la gestione di soggetti con patologie croniche nelle palestre della salute, quindi, cercando di abbracciare la parte sanitaria più larga possibile. Poi quella serie di pareri anche su situazioni più gravi, per pazienti con maggiore gravità, le varie indicazioni, per esempio, per l'accesso alla visita a pazienti in condizioni critiche.

Quindi, se vogliamo, si trattava di qualcosa con un risvolto etico, prendendo anche atto talvolta della letteratura internazionale maggiormente accreditata, come, per esempio, nel caso del parere per la tempistica della seconda dose di vaccino anti-Covid ai pazienti oncologici per i quali si è scelto di non andare a dilazionarla, ma a rispettare quanto previsto.

Poi, anche dal punto di vista informativo, pensiamo a tutti quei video molto validi che si vedevano sull'accesso sicuro agli ospedali, quindi il fatto di indossare correttamente la valutazione respiratoria, adottare tutte quelle precauzioni ritenute unanimemente assolutamente necessarie e valide.

Infine, anche per quanto riguarda poi i dispositivi medici, come accennavo prima, vi era la proposta di un protocollo per il condizionamento dei dispositivi per i CPAP del 20,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

alla quale non abbiamo avuto risposta purtroppo e poi anche per le indicazioni sull'utilizzo appropriato delle protezioni respiratorie. Ci furono anche dei momenti, nel corso di questa epidemia che tuttora persevera, per fortuna a livelli minori, nei quali si era rivelato necessario fare un po' di ordine, dando delle indicazioni per utilizzare in maniera appropriata le protezioni respiratorie: quando cominciava a ipotizzarsi o a verificarsi, in certi contesti, una carenza delle stesse, il fatto di andare a indicare quali utilizzare è assolutamente valido.
Per quanto riguarda poi l'attività – e concludo questa breve descrizione e mi auguro di aver coperto quello che vi aspettavate dicessi – la partecipazione ai lavori è stata variabile da parte dei componenti, ma complessivamente devo dire che c'è stata una grandissima disponibilità di tutti, per la quantità di documenti e di pareri forniti. Stiamo parlando di 57 pareri forniti che si concentravano: in un paio di settimane arrivavamo anche a quattro o cinque.

Presidente
Grazie al dottor Saia. Aveva chiesto di intervenire il collega Piccinini. Ricordo a tutti che, per quanto riguarda le domande di natura specifica documentale, dovevano essere inviate alla Commissione 72 ore prima, come avevamo indicato nella precedente Commissione.
Adesso lascio la parola per una domanda al collega Piccinini. Grazie, collega.

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)
Grazie, Presidente. Grazie, dottor Saia.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Volevo porle alcune domande: su quali basi il Comitato Tecnico Scientifico ha approvato il Piano di Sanità Pubblica che prevedeva i tamponi rapidi e se il professor Crisanti non ha mai fatto proposte nel CTS.

Presidente
Dottor Saia, grazie.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Per Piano di Sanità Pubblica immagino che ci si riferisca a quello dell'ottobre del 2020, quindi il Piano di Sanità Pubblica, aggiornamento delle indicazioni per screening, riorientamento delle attività a seguito delle due deliberazioni tra il 44 e il 1104 del 2020.
Questo documento è stato valutato, è arrivato il giorno, mi pare, 16 di ottobre per la nostra valutazione e, a seguito di scambi di informazioni e di vedute ovvie da parte dei componenti del Comitato, abbiamo avuto la fortuna, l'opportunità di poter avere in visione quel documento approvato il giorno stesso, quindi il 16 di ottobre, denominato "Test di laboratorio per SARS-CoV-2: loro uso in sanità pubblica". Ce ne sono varie versioni, noi avevamo ovviamente quella del 16 in quanto abbiamo approvato in tutto il 19. Si trattava di un documento già approvato in Conferenza delle Regioni e ce l'ha fornito la dottoressa Russo che è una componente della Conferenza; è redatto oltre che dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome anche dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'INAIL e dal Comitato Tecnico Scientifico

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nazionale.

In considerazione proprio di quanto affermavo precedentemente, quindi che il Comitato scientifico opera nel rispetto degli indirizzi emanati dal Ministero della Salute, dal Comitato Tecnico Scientifico nazionale come previsto, ripeto, dalla delibera, questo documento è risultato di estrema utilità per la valutazione della proposta di aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica.

C'erano dei contenuti che sono andati a fugare di fatto queste perplessità. Il primo riguardava ovviamente, anzi l'unico, la minor sensibilità dei test genetici, ma questo documento, finalizzato a orientare le strategie di sanità pubblica verso un uso razionale e sostenibile delle risorse, riportava con chiarezza come l'elevata sensibilità e specificità dei test non potessero rappresentare l'unico criterio nella scelta del tipo di test da utilizzare, in particolar modo, riportando quanto previsto nel documento, a fronte della necessità di garantire l'esecuzione dei test in tempi compatibili con le esigenze di sanità pubblica. Pertanto queste strategie, trattandosi di un Piano, prevedevano non solo la diagnosi clinica in un preciso momento, ma anche la ripetizione del test all'interno di un'attività definibile come un'attività di sorveglianza, un'attività sostenibile e in grado di rilevare i soggetti positivi nel loro reale periodo di contagiosità, quindi non potendo prescindere assolutamente da una rapidità della diagnosi stessa.

Riportava anche quali importanti parametri per la valutazione della scelta del test da utilizzare i tempi di esecuzione, la disponibilità di personale specializzato,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

strumentazione reagente, i costi comprensivi di tutto e l'accertabilità del test da parte dei soggetti nonché ovviamente la facilità nell'esecuzione dello stesso, quindi il fatto di poterlo adattare a quella realtà.
Pertanto considerati tutti questi parametri e quanto previsto nella tabella sinottica dei test emergeva come l'utilizzo del test rapido antigenico come test di screening di comunità e anche dagli operatori sanitari operanti in contesti con rischio più elevato risultasse vantaggioso proprio per la rapida identificazione e il successivo, conseguente, rapido isolamento anche dei positivi a tutela dei soggetti fragili.
Per quanto concerne le osservazioni, non sono pervenute delle osservazioni dal professor Crisanti in occasione dell'approvazione di questo documento che si è concluso il 19 di ottobre.

Presidente
Grazie, dottore.
Aveva un'altra domanda il collega Piccinini e poi ha chiesto di intervenire anche la collega Camani.

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)
Quanti pareri discordi ha ricevuto il Comitato Tecnico Scientifico rispetto alle decisioni assunte?

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Complessivamente?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)
In generale.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Nessuno. Di fatto erano delle osservazioni che ci hanno portato eventualmente a tarare delle conclusioni… o meglio, a preparare delle osservazioni. Ci sono stati anche dei documenti che abbiamo trasmesso, come può essere desunto anche dai verbali trasmessi all'Area, dove c'erano anche una pagina e mezza di osservazioni, diciamo suggerimenti, precisazioni che erano state fatte dai colleghi, ma il fatto di arrivare a una reale votazione non c'è mai stato e non c'è stato neanche mai un parere assolutamente discorde, non contrario. All'interno del periodo prefissato questi arrivavano, si concludevano delle approvazioni così. Ogni tanto mancavano dei pareri. Alcuni professionisti hanno garantito la loro presenza sempre, addirittura al 100% delle approvazioni, altri per impegni personali, lavorativi e quant'altro probabilmente non sono riusciti a garantirla, però in particolare su questo qui non ho avuto pareri negativi. Si è concluso il 19 di ottobre, era un fine settimana.

Presidente
Ha un'altra domanda?

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)
Sì, l'ultima.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Poi passo la parola alla collega.

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)

Alcuni dei componenti del Comitato Tecnico Scientifico le hanno scritto una lettera che invitava a rivedere l'uso dei tamponi rapidi. È stata presa in considerazione questa lettera dal Comitato e che posizione ha assunto il professor Crisanti nel Comitato?

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)

Per quanto riguarda questa vicenda, che poi ha avuto anche largo eco, si deriva da questa approvazione di cui mi ha chiesto precedentemente, che è quella del 16 ottobre. È arrivato utilizzando anche quel documento della Conferenza Stato-Regioni di cui dicevo precedentemente, l'approvazione è avvenuta il 19 di ottobre.

In data 17 novembre, quindi un mese dopo, mi è pervenuta da parte dei componenti del Comitato scientifico una proposta, diciamola così, non parlo di revisione, di rimodulazione dell'impiego dei test rapidi in riferimento al personale sanitario in considerazione di un documento del Ministero della Salute che era stato approvato successivamente al 16, che era quello del 23 ottobre, che a mio avviso poco cambiava.

In questa proposta quello che era riportato erano questi test di screening per il personale sanitario e veniva proposto, ma a livello di discussione, non c'era una posizione formale, che l'utilizzo del test molecolare fosse

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

da considerarsi come prima scelta laddove fosse garantita la refertazione entro le 36 ore. Il test andava ripetuto ogni otto giorni senza quindi modificare la cadenza attualmente prevista per il personale sanitario con il test antigenico rapido che diventava la scelta alternativa da eseguire preferenzialmente ogni quattro giorni. Quindi non è che andasse poi a cambiare moltissimo. Non è come è stato diffuso e amplificato questo messaggio.

Questa nota io l'ho trasmessa - vi faccio la vicenda completa - alla dottoressa Russo il giorno dopo e il 19, dopo la condivisione dello stesso, quindi senza atti formali, con le direzioni nella riunione giornaliera che si teneva con la Direzione strategica aziendale. A seguito di quella io ho inoltrato una richiesta ai firmatari in merito alla necessità di disporre comunque di evidenze scientifiche ulteriori a supporto di questa posizione e chiarendo anche le mancate motivazioni che supportassero un'eventuale estensione di quanto proposto a tutta la popolazione e non solo agli operatori sanitari. Dopo che è pervenuta questa integrazione, che andava comunque a dare un'apertura per un eventuale dialogo anche con degli esperti, anche per sapere di più sulla tipologia dei test, è stato concordato un incontro al quale siamo stati invitati, un incontro da parte della Direzione Prevenzione. Questo incontro è avvenuto il 23 novembre, quindi vedete tutti questi tempi molto stretti, e nel corso di questo incontro il dottor Rigoli ha illustrato le caratteristiche dei test rapidi e poi ha fornito anche una serie di documenti che erano quelli che poi aveva presentato.

A proposito di questo, poi tra l'altro questa posizione è

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

stata ripresa in toto, ma forse è meglio che lo dica poi un microbiologo, dalla circolare ministeriale dell'8 gennaio, che poi è stata trasmessa anche dalla Regione Veneto il 14 gennaio, quindi quella posizione è rimasta quella e questi contenuti sono stati poi integrati e formalizzati nell'aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica nel medesimo aggiornamento, che è questo che è stato poi approvato dal Comitato Scientifico il 17 marzo del 2021.

Per quanto riguarda il professor Crisanti, era uno dei firmatari del documento prima, ma ripeto, nessuno l'ha mai inteso come una proposta, un diniego o quant'altro: era una proposta di rimodulazione e anche nel documento poi che mi è stato fornito a seguito della successiva richiesta, si chiedeva un confronto, ripeto, confronto che c'è stato con il dottor Rigoli e dopodiché la cosa è finita lì e assolutamente la cosa non è più stata affrontata. Senza atti formali, è stato solo un dialogo, in questo caso allargato a una persona, anche a un esperto esterno al Comitato Scientifico, come peraltro previsto dalla deliberazione che Comitato può avvalersi anche di… in questo caso l'incontro è stato organizzato dalla Direzione Prevenzione.

Ripeto, anche per il fatto che nel corso di tutte queste comunicazioni si usava sempre mettere per conoscenza l'Area Sanità e Sociale e in particolare, vista la tematica toccata e il ruolo rivestito e ricoperto dalla dottoressa Russo a livello nazionale, anche lei. Il vantaggio in più di avere anche, in tempi rapidi, questi documenti approvati a livello nazionale.

Ripeto, dovevamo, dobbiamo…

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Presidente

Grazie, Dottore. Grazie, collega, passo la parola alla consigliera Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Grazie, Presidente e grazie a tutti i relatori di oggi, in particolare anche al dottor Saia, che ci ha fornito una serie di elementi su cui provare ad articolare una discussione oggi.

Le farò, dottor Saia, alcune domande, tre più o meno, proprio in riferimento ai temi che lei ha toccato finora.

Lei ci ha parlato di un parere, era in realtà più di uno, che il Comitato Tecnico Scientifico a inviato all'Area Sanità e Sociale in riferimento al Piano di Sanità Pubblica, in particolare, quello più impegnativo, quello iniziale. Le volevo chiedere: a parte il parere sul Piano di Sanità Pubblica generale, il Comitato Tecnico Scientifico ha mai espresso ufficialmente, attraverso un parere, un punto di vista, una posizione sui tamponi rapidi di prima e di seconda o di terza generazione? Se sì, quando è stato espresso questo parere, ovviamente cosa avete detto in questo parere e sulla base di quali evidenze scientifiche, eventualmente, avete costruito un parere tecnico sui tamponi rapidi? In particolare, ovviamente, questo glielo chiedo il riferimento alla fase che riguarda l'oggetto della discussione di questa Commissione, cioè la seconda ondata, durante la quale abbiamo visto dei dati relativi ai contagi e ai ricoveri…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Collega, un secondo solo. Chiedo al dottor Clementi se per cortesia può chiudere il microfono, sennò sentiamo del deriverebbero. Grazie mille e mi scuso.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Ecco, seconda domanda, ma è più che altro una specifica a seguito della domanda del collega. Lei ci ha confermato che le è stata recapitata una lettera sottoscritta da alcuni membri del Comitato Tecnico Scientifico che chiedevano al Comitato stesso di esprimere, appunto di rivalutare il posizionamento, la decisione a riferimento all'utilizzo dei test rapidi. Da quello che capisco io ero una lettera rivolta appunto all'organismo che tecnicamente doveva supportare gli organi nelle decisioni e, da quello che capisco io, è una lettera che avrebbe dovuto, almeno in teoria, prendere spunto da quella famosa indicazione del Ministero della Salute del 23 ottobre, che è on line, è pubblica, che conosciamo tutti molto bene e che esplicitamente dice, lo leggo così siamo sicuri: "…il test molecolare su tampone oro-naso-faringeo è la soluzione preferibile per quanto riguarda asintomatici, per ricoveri programmati in ingresso e larghe comunità chiuse, laddove è previsto esempio RSA, eccetera, screening degli operatori sanitari e personale in contesti di alto rischio". Questo è on line, è il documento del Ministero della Salute che il 23 di ottobre dice: per operatori sanitari e personale in contesti ad alto rischio, la soluzione preferenziale è il test molecolare e, sulla base di quella lettera, ovviamente, alcuni membri del Comitato Tecnico Scientifico le chiedono

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di articolare una valutazione sul punto. La domanda è: ho capito bene… Lei ci sta dicendo che in risposta a quella lettera non è stato convocato il Comitato Tecnico Scientifico, lei l'ha subito inviata alla dirigente Russo. C'è stata una discussione all'interno dei dirigenti regionali, è stato convocato il CTS solo in forma allargata con il coinvolgimento di altri professionisti. Se ci racconta allora, magari ho capito male, un po' meglio come è andata la discussione rispetto a questo.
Ultima domanda che esonera rispetto alla questione dei tamponi, ma che mi interessa capire più che altro perché abbiamo anche in mente il lavoro del CTS nazionale e quindi vorrei anche capire in che modo quello regionale ha lavorato. Il CTS regionale ha mai espresso pareri inviati all'Area Sanità e Sociale in riferimento ad alcune valutazioni su eventuali restrizioni, sulla necessità, viste le curve della seconda ondata, di adottare provvedimenti restrittivi particolari, di sollecitazione, magari, rispetto alle capienze preferenziali rispetto agli autobus, ai protocolli che riguardano le scuole? Cioè il CTS regionale si è mai ha espresso il riferimento alla necessità di definire procedure restrittive più rigorose per il Veneto rispetto a quelle già previste dal Governo?
Queste sono le tre questioni.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Per prima cosa, la lettera di novembre, quindi la richiesta di rimodulazione: il Comitato Scientifico si è riunito il giorno successivo, il giorno 20. Lo dico con certezza,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quindi il 20 novembre ci siamo incontrati… il 19 novembre, chiedo scusa. Il 17 novembre mi arriva la comunicazione da parte dei componenti, il 18 l'ho data per informazione alla dottoressa Russo, il 19 ci si è incontrati, un CS, perché sennò facciamo confusione col nazionale, Comitato Scientifico, ci siamo incontrati telematicamente il 19 di novembre, ci si è confrontati su tutto. Nel corso di quell'incontro lì io ho richiesto, come avevo già richiesto anticipatamente a mezzo mail, di integrarmi le motivazioni, quindi c'è stato un incontro. Quindi il 19 ci si è trovati collegialmente tutti. Prima in maniera che definisco inusuale, gli altri componenti si erano trovati in un modo o nell'altro e mi avevano semplicemente fatto avere a me il tutto come se io fossi sovraordinato, in realtà sono coordinatore e componente anch'io. Quindi questo è stato.

Il 19 ci si è incontrati e, proprio nel corso dell'incontro del 19 era emersa anche la possibilità e l'opportunità che giustamente ci fosse un confronto anche con l'Area Sanità e Sociale che poi è sfociata in quell'incontro organizzato dalla dottoressa Russo nel corso del quale il dottor Rigoli ha spiegato e ha illustrato ai presenti tutto il percorso. Quindi per questa parte ci si è assolutamente incontrati il 19 di novembre.

Per quanto concerne invece, tornando al parere principale, il documento veneto, il Piano Sanitario riportava di valutare l'opportunità di impiegare i test rapidi: questo era riportato. A nessuno di noi risulta che abbiamo sospeso l'utilizzo dei molecolari. Il test rapidi erano necessari, da quello che era emerso, ovviamente in affiancamento e per la sostenibilità del sistema in quanto, come dicevo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

precedentemente, riguardo al Piano di Sanità pubblica, il documento che citava lei del 16 ottobre, che poi è stato aggiornato con qualche piccola modifica il 23 ottobre, riportava chiaramente come tutto fosse finalizzato, per orientare le strategie di sanità pubblica, a un uso razionale e sostenibile delle risorse, riportando come sensibilità e specificità del test non potessero rappresentare l'unico criterio nella scelta del tipo di test da utilizzare. Quindi, stando al periodo, ferma restando la validità dei test molecolari e comunque – ma ripeto che questa è più una valutazione microbiologica che mia, che non sono un microbiologo – c'era comunque tutta la tematica del testing, che era in continua evoluzione in quel periodo, cioè ogni settimana c'era un qualcosa di assolutamente nuovo. Quindi questo è stato.

Infine, per quanto riguarda l'ultimo quesito che mi ha posto, riguardo a questo ruolo del Comitato Scientifico regionale, quindi un ruolo propositivo, il Comitato Scientifico si è sempre attenuto al fatto di essere interpellato dall'Area per i vari provvedimenti. In una prima fase venivamo consultati per commentare insieme le varie curve di malattia e quant'altro; in particolare più che malattia, anche visto il periodo, riguardava il tasso di occupazione delle Terapie intensive, anche perché lì si stavano anche studiando e valutando le modalità e la tempistica di applicazione degli indirizzi governativi sul fatto dell'espansione della dotazione dei posti letto, in particolare di area intensiva e semintensiva respiratoria.

Successivamente non abbiamo avuto indicazioni a esprimere pareri in merito, ma eravamo naturalmente a disposizione e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

continuavano a pervenire una serie di documenti, alcuni dei quali riguardavano anche, in una serie di documenti approvati, una serie di restrizioni che venivano via via date, per esempio per quanto concerne gli accessi a determinate strutture o le modalità di accesso, quindi per l'accesso in sicurezza o la necessità di fare il tampone.

Presidente
Grazie. Ripasso la parola alla collega Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Non ho capito. La domanda era: il Comitato ha mai espresso esplicitamente pareri sui tamponi rapidi di prima, di seconda e di terza generazione? Io non ho capito la risposta a questa domanda.
In riferimento alla questione della lettera di una parte dei membri del Comitato, lei mi ha detto che il Comitato effettivamente si è riunito un paio di giorni dopo aver ricevuto la lettera (la lettera è del 17 e la riunione del 19), però non è stata una riunione risolutiva perché si è deciso di affrontare il tema in una più allargata che coinvolgesse anche altre figure professionali.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Assolutamente sì, anche perché non c'era un microbiologo in quella riunione, tra l'altro, quindi ci siamo trovati con le nostre conoscenze.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Infine mi ha confermato che, in realtà, il Comitato non è mai stato interpellato dai dirigenti, dalla Regione in riferimento alla valutazione dell'opportunità o meno di definire procedure di restrizione maggiore o minore.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Abbiamo valutato semplicemente, come previsto, tutti i documenti che ci venivano proposti, nei quali erano contenuti anche dei riferimenti a delle restrizioni, anche delle circolari che prevedevano la sospensione degli accessi in determinate aree.
Prendo la parte iniziale, la famosa circolare del 12 marzo, con la quale venivano sospese tutte le attività, garantendo ovviamente quello di alcuni contesti, come l'oncologia, il materno infantile e quant'altro. È stata una posizione che abbiamo avallato come Comitato, che era decisamente in anticipo anche rispetto a quelle nazionali. Certe volte siamo stati convocati.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Sì, sì, mi riferivo in particolar modo alla seconda ondata.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Nella seconda ondata si è riproposto lo stesso tipo di chiusura previsto all'inizio, con delle peculiarità.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Se mi risponde alla domanda se esistono pareri sui tamponi rapidi, io poi lascio la parola ai colleghi.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Pareri sui tamponi rapidi specifici del Comitato non ce ne sono, nel senso che c'è l'approvazione di quei documenti nell'ambito di strategie di sanità pubblica complessiva, rifacendosi ai principi dei documenti nazionali.

Presidente
Grazie, dottore. Passo la parola al segretario Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie. Solo per una precisazione riprendendo un attimino quello che ho sentito e spero di riepilogarlo in modo corretto. Parto dall'ultimo intervento in cui, ad esempio, sul tema della seduta del 19 novembre diceva che era assente la figura del microbiologo e alcune volte mancavano dei pareri da parte dei componenti. Comunque ci ha spiegato che il lavoro del Comitato Tecnico Scientifico, nell'ambito di questo lungo periodo, si è svolto in modo importante con una grande mole di attività.
Quindi le vorrei chiedere la presenza dei vari commissari all'interno del Comitato Tecnico Scientifico nelle varie sedute e, se ho capito bene, le chiedo solo una precisazione: ci ha anche detto che avete comunque approfondito il tema dei tamponi molecolari rispetto al quale era opportuno che la refertazione avvenisse nelle 36

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ore.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)

Porto dalla fine: il discorso delle 36 ore era una proposta di rimodulazione, che è quella che mi è pervenuta dai componenti del Comitato Scientifico il 17 novembre, seguito da un incontro del giorno 19; i contenuti di questa proposta sono stati poi affrontati nel corso di un incontro specifico organizzato dalla Direzione Prevenzione, che si è tenuto il giorno 23, nel corso del quale il dottor Rigoli ha spiegato le potenzialità dei tamponi rapidi, anticipando anche i risultati di determinati studi. Questi sono stati poi pubblicati successivamente e da questi poi sono originate le approvazioni di una serie di documenti nazionali.

Per quanto riguarda i pareri, la partecipazione è stata variabile da parte dei componenti e non ho ben capito, ma se vuole le dico i pareri forniti, quanti sono stati su 57.

Il dottor Baiocchi ha fornito 56 volte il parere e una volta non l'ha fornito; il professor Baldo 57 su 57, quindi il 100%; la dottoressa Cattelan 49 volte, quindi l'86%; il professor Crisanti – vado in ordine alfabetico - 7 volte, quindi il 12%; la professoressa Da Dalt 54, quindi il 95%; i professori Navalesi e Vianello il 100%; la professoressa Tacconelli l'84%; per il dottor Zambon mettiamoci un asterisco in quanto non forniva pareri, ma ci ha sempre fornito dei preziosi contributi e lo ho fatto per ben 31 volte.

Quindi la partecipazione è stata variabile.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Sì, un'ultima precisazione: quindi lei ci sta dicendo che, nella seduta del 19 novembre, non era presente il microbiologo nel Comitato Scientifico e il professor Crisanti, quindi, avrebbe mandato la lettera assieme ad altri, però poi non ha partecipato quel giorno all'incontro del Comitato Tecnico Scientifico. È corretto?

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Il professore è uno dei firmatari della nota e il 19 novembre non ha partecipato alla videoconferenza indetta il giorno prima, perché i tempi comunque sono sempre questi; purtroppo non hanno avuto tempi, per via della situazione, così lunghi da avere tre o quattro giorni, quindi un giorno prima.

Presidente
Grazie, Dottore. Passo la parola alla collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente. Grazie, dottor Saia, per le informazioni che ci sta dando.
Io avrei bisogno di un approfondimento sull'uso dei test rapidi per il controllo degli operatori sanitari. Io volevo capire da che periodo a che periodo sono stati usati i test rapidi per il controllo degli operatori sanitari, intendo quelli di prima generazione e poi magari, se riesce a dirlo, le chiedo anche quando sono stati eventualmente sostituiti da quelli di seconda e terza.

Rispetto poi al lavoro, che diceva, del Comitato, le chiedo in base a quale valutazione il Comitato ha scelto di utilizzare i tamponi rapidi, in particolare all'interno dei contesti sanitari ospedalieri.
Quindi io vorrei fare un focus sull'uso di quei tamponi non all'esterno, ma dentro le strutture sanitarie.
Visto che prima diceva che il Comitato non ha espresso alcun parere o nota di valutazione sull'uso dei test rapidi, rispondendo alla collega Camani, mi chiedevo se, invece, ha fatto un lavoro di valutazione e quindi espressione di parere sull'uso dei tamponi rapidi dentro i contesti sanitari invece perché quello è un contesto altamente sensibile. Tra l'altro guardando le varie direttive ministeriali, quella del 29 settembre 2020 o anche quella dell'Unione Europea del 28 ottobre, si cita esplicitamente il fatto che la sensibilità e la specificità dei test rapidi sembra essere inferiore a quella dei test molecolari. Si cita l'importanza dell'uso di questi test all'interno di contesti ad alta popolazione mentre, per quanto riguarda appunto le strutture sanitarie, viene sempre raccomandata invece la scelta dei test molecolari.
Quindi mi interessa capire all'interno di contesti specifici, gli ospedali, che tipo di valutazione ha fatto appunto il Comitato per aver usato lì i tamponi rapidi, in base a quali circolari, perché è stata fatta questa valutazione e se avete espresso appunto il parere. Grazie.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Come accennavo…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Segretario Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Io penso che ogni Consigliere è nell'autonomia di poter formulare le proprie domande nell'ambito della Commissione di Inchiesta agli auditi. Penso anche che gli auditi debbano rispondere per la parte di loro competenza.

Guarda che dire una cosa non crea problema. Se è anche è inutile, benissimo.

Presidente

Chiedo al dottor Saia per quanto di sua competenza, poi credo che il dottor Clementi come il dottor Mantoan possano eventualmente integrare con alcune specifiche riguardanti alcune attività di loro competenza.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)

Per quanto riguarda l'iter del Comitato è quanto detto precedentemente. Quindi si è approvato quel documento nel quale era riportato come si valutasse l'opportunità di avvalersi dei test rapidi alla luce proprio della rapidità degli stessi. Non andavano a sostituire il test, valutavano l'opportunità in quanto si faceva comunque riferimento alla nota tecnica del 16 di ottobre, quella approvata dalla Conferenza… chiedo scusa, nota tecnica, si chiama "Test di laboratorio per SAR-CoV-2: loro uso in Sanità Pubblica" approvata in Conferenza Stato-Regioni e quant'altro, nella

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quale si continuava, lo ripeto, a fare riferimento sì al fatto che ci poteva essere una minore sensibilità, ma nell'uso razionale complessivo, ripeto, la sensibilità e specificità non potessero rappresentare l'unico criterio del tipo di test da utilizzare. Anche la capacità del sistema era quella, quindi potevano essere usati entrambi.
Il vantaggio che era emerso, poi seguito anche dalla discussione, quello che è avvenuto nelle discussioni successive, è proprio il vantaggio di una rapida identificazione e successivo isolamento dei positivi. Ripeto, su questo posso soffermarmi perché riporto quello che è stato fatto in sede di Comitato. Dopodiché discussioni specifiche sulla validità di un test rispetto a un altro, anche per le competenze dei soggetti presenti all'interno del Comitato, non sono state fatte se non nella riunione, ripeto, successiva, quindi nel mese di novembre, la quale è stata organizzata dalla Direzione Prevenzione e nella quale il dottor Rigoli ci ha spiegato e ci ha fornito tutti gli elementi.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie per aver risposto su quello di cui è sua competenza.
Quindi conferma che non avete espresso un parere specifico sull'uso dei test rapidi dentro i contesti sanitari perché conosco le circolari, però vedevo anche appunto che rispetto ai contesti ospedalieri ci sono dei passaggi dove specificano un po' meglio la questione del fatto che non è l'unica scelta. Quindi volevo capire se avete espresso parere su questo. Grazie.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)

Il Comitato prende sempre atto, come dicevo prima, dei documenti ministeriali. Nel documento regionale si faceva riferimento a valutare l'opportunità di utilizzare i test rapidi, quindi valutare l'opportunità.

Chiaro che poi le aziende hanno operato in maniera differente, ma questo, ripeto, come Comitato Scientifico io neanche lo so. Quello che posso dirle io sono i passaggi come sono andati.

Sulla validità o meno degli stessi non si riteneva in linea al documento nazionale che sensibilità e specificità potessero rappresentare l'unico parametro per la valutazione degli stessi. Poi per quanto riguarda la validità di un tipo di testing o dell'altro credo anche adesso, ma soprattutto in quel periodo lì, tutto era in estrema evoluzione, quindi questo è quello che era stato fatto e a livello nazionale e internazionale era questo che veniva fatto. Poi il tutto si è chiarito, ripeto, con quella riunione del mese successivo.

Presidente

Grazie, Dottore.

Sì, un'integrazione, poi passo la parola alla collega Bigon.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie. È vero che non era l'unico e lo so, mi chiedo se si è espresso parere rispetto al fatto degli altri indicatori.

La domanda è questa: un Comitato Scientifico conosce e vede le circolari e, immagino di sì, vede che non è l'unico criterio quello della sensibilità. Oltre all'economicità,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che è quello che citava prima, quali sono stati gli elementi secondo cui il CTS ha fatto una valutazione perché appunto me lo chiedo. Poi dice che non ha espresso. Grazie.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Le capacità del sistema, la capacità di testing, la capacità di utilizzo dei tamponi molecolari: questo è quello che si era detto in fase di discussione. Nel momento in cui non ci fosse la sostenibilità per grandi richieste si utilizzavano anche questi.

Presidente
Collega Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.
Grazie al dottor Saia anche da parte mia.
Piano di Sanità Pubblica, la Regione interviene con l'approvazione già a marzo, il primo Piano, poi i vari aggiornamenti, arriviamo a ottobre sull'aggiornamento di cui lei appunto oggi sta parlando e spiegando. Nello stesso aggiornamento viene introdotto l'utilizzo dei tamponi rapidi, come si è detto finora.
Nel Piano di ottobre ci sono le categorie e le modalità di utilizzo di questi tamponi rapidi? Parliamo di ottobre e quindi l'utilizzo dei tamponi di prima generazione, poi di seguito verranno anche la seconda, la terza, la quarta. Le chiederei anche sulla quarta generazione la Regione come si è comportata e soprattutto se e come vengono utilizzati e in

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che modalità e quanti ne sono stati utilizzati.
Poi nello stesso Piano ci sono anche altri obiettivi, come ad esempio l'adeguamento del Dipartimento di Prevenzione. Anche su questo, visto che era uno degli obiettivi importanti da raggiungere, volevo chiederle se effettivamente è stato un obiettivo raggiunto soprattutto nel garantire il personale necessario.
Poi il 20 ottobre la Regione approva un Piano attuativo per quanto riguarda ad esempio i letti di Terapia intensiva dove sono stati previsti all'interno dei nostri ospedali 1.000 posti letto di Terapia intensiva, che poi tra l'altro è stato indicato ed inviato al Ministero. Su questo Piano il Comitato Scientifico regionale ha espresso parere? Grazie.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Per quanto riguarda gli obiettivi raggiunti dai Dipartimenti di Prevenzione non ne sono a conoscenza, non abbiamo visto la cosa.
Per quanto concerne la disposizione dei letti era stato un altro atto approvato dal Comitato, che però non abbiamo mai valutato: l'abbiamo visto solamente sulla carta come fosse, nel senso che è quel Piano emergenziale per l'autunno che ha seguito l'approvazione del Piano di Sanità Pubblica nel quale il Comitato scientifico si è espresso in base alle varie fasi; quando si arriva a questa occupazione scatta la fase 2 o la fase 3 che prevede una rimodulazione di tutte le attività che ci sono.
Altro non è arrivato al Comitato. È passato tanto tempo, ma questa parte qui proprio non me la ricordo.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Mi scuso, sì, appunto per precisare questo è il Piano diviso in fasi che la Regione ha attuato dove alla fine si arriva appunto ai 1.000 posti di Terapia intensiva. Siccome nel Comitato vedo che c'erano anche dei componenti che sono anestesisti, eccetera, ha espresso un parere su questo Piano complessivo approvatosi?

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Il fatto delle varie fasi sì.
In quale momento dovevano essere sospese determinate attività…

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Solo nel passaggio da una fase all'altra? Ma nel piano complessivo, questo io chiedevo, quello del 20 ottobre.

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Adesso non me lo ricordo.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Va beh, ecco, se era possibile avere appunto eventualmente il parere, essere a conoscenza di questo.

Presidente
È quello che avevo chiesto all'inizio: le documentazioni se potete farle pervenire chiaramente…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Mario SAIA (Direttore UOC Governo clinico-assistenziale Azienda Zero)
Io vi mando tutti i pareri.

Presidente
Esattamente, così lì andiamo a vedere il contenuto e riusciamo anche a capire il contenuto stesso rispetto alle domande poste.
Bene, io ringrazio il dottor Saia. Chiuderei l'audizione col dottor Saia. Chiaramente bene se rimane qui con noi.
Ne approfitto anche per salutare, si è collegata l'assessore Lanzarin e passerei alla seconda audizione per quanto riguarda il professor Andrea Crisanti, Direttore di Microbiologia, Azienda Ospedale Università di Padova.
Per il dottor Crisanti sono le stesse domande che verranno poste anche al dottor Palù, che ringrazio, e al dottor Clementi e anche poi, per quello che è di loro competenza, ai rappresentanti di Abbott. Le domande sono le seguenti: sistemi di tracciamento adottati dall'inizio della pandemia ad oggi; modalità, tipologie di tamponi nei vari contesti e poi anche qui, se c'è documentazione, se la potete inviare; linee guida nazionali dell'OMS sull'utilizzo dei tamponi; quali siano stati i criteri adottati nell'utilizzo delle tipologie di tamponi disponibili in Italia e nel resto del mondo, quindi un confronto; evidenze scientifiche sui margini di errore dei tamponi rapidi nella loro evoluzione. In parte alcune cose le abbiamo già viste col dottor Saia e chiedo chiaramente a loro, invece, una valutazione più scientifica per quanto di loro competenza di microbiologia.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Grazie, dottor Crisanti e le passo la parola.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Io non ho sentito nulla. C'è stato un momento in cui…

Presidente
Le rileggo le domande alzando un po' la voce così riesce a sentirmi meglio. Sistemi di tracciamento adottati dall'inizio della pandemia ad oggi; modalità, tipologia di tamponi nei vari contesti, se possibile si chiede - questo riguarda chiaramente altri - inviare i protocolli; linee-guida nazionali e dell'OMS su utilizzo dei tamponi; quali siano stati i criteri adottati nell'utilizzo delle tipologie di tamponi disponibili in Italia e nel resto del mondo; evidenze scientifiche sui margini di errori dei tamponi rapidi nella loro evoluzione. Chiaramente, per quanto di sua competenza. Grazie dottore anche della disponibilità,

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Grazie a lei. Guardi, io inizierei parlando proprio dall'inizio. Il primo test diagnostico è stato quello molecolare: è praticamente un test basato sulla PCR, che è un test estremamente sensibile, è stato sviluppato inizialmente dalla Charité di Berlino e poi diffuso a tutti i laboratori già verso la metà di gennaio. Il nostro laboratorio è stato uno dei primi in Europa a metterlo a punto e a renderlo disponibile già praticamente i primi giorni di febbraio.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Per quanto riguarda le indicazioni dell'uso del test, c'è una grossa confusione perché in Italia erroneamente si è…

Presidente

È saltata la connessione, dottore. È sparito. Non la sentiamo. Lui sta continuando a parlare oltretutto.

Chiedo di sopra se possiamo capire cosa stia succedendo e, a chi è in diretta, di portare un attimo di pazienza.

Siccome non ci sente… Professore, guardi che non stiamo sentendo niente. Non ci sente. Interrompiamo. Non può vederci.

Possiamo un attimo staccare la diretta finché non riusciamo a capire. Grazie.

Dottor Crisanti, quindi le chiedo di riiniziare dall'inizio rispetto alla sua relazione.

Dottor Crisanti, ci sente adesso?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)

Sì, io vi sento.

Presidente

Benissimo. La sentiamo anche noi. Le ridò subito la parola. Se può ricominciare dall'inizio. Grazie.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)

Benissimo. Perfetto.

Io partirei proprio dalla situazione pre-pandemica, cioè praticamente dai mesi di gennaio-febbraio.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Il primo test ad essere stato sviluppato è stato un test molecolare PCR, è stato sviluppato alla Charité a Berlino, che poi ha condiviso i protocolli con vari laboratori europei. Noi siamo stati uno dei primi laboratori in Italia a sviluppare un test e a valutare la sensibilità, poi, di fatto, a utilizzarlo su pazienti o su persone che avevano una sintomatologia sospetta.

Il test molecolare, poi, di fatto è diventato il cosiddetto standard di riferimento perché è un test estremamente sensibile. Ha delle problematiche perché richiede una strumentazione complessa e richiede anche del personale che abbia delle competenze specifiche. Tuttavia poi è un test che può anche essere fatto in grandi numeri, quindi è stato rapidamente adottato come test di conferma dei casi.

Poi lei mi ha chiesto quali sono state le direttive per l'utilizzo di questo test. Su questo c'è stata, in Italia, una grande confusione, in modo particolare legata principalmente a due circolari del Ministero della Sanità, una del 22 e una del 27, con la definizione di caso.

Inspiegabilmente, questa definizione di caso poi è stata in qualche modo collegata alle limitazioni di fare e non fare il test, peraltro, disattendendo anche delle direttive della ERC, cioè dell'Ente Europeo che, praticamente, dà delle disposizioni sul controllo e prevenzione delle malattie infettive, che già il 25 febbraio raccomandava l'utilizzo del test in tutte le situazioni che rientravano nella definizione di caso, ma anche in tutti i casi di infezione respiratoria grave o una sindrome simile all'influenza.

Quindi, l'Italia non ha recepito queste direttive e, praticamente, fino verso la fine di aprile, inizi di maggio,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

la maggior parte delle Regioni si sono attenute a queste direttive, viceversa la Regione Veneto, che già con la direttiva del 17 marzo aveva cambiato strategia raccomandando l'uso del tampone e del test molecolare anche per iniziative di sorveglianza attiva.

Politica che poi deriva direttamente dall'esperienza fatta a Vo' sulla presenza degli asintomatici, che di fatto contribuiscono in misura molto importante alla trasmissione e che di fatto rappresentano uno degli ostacoli principali al controllo di questa epidemia perché tutti ricorderanno che, per esempio, l'epidemia della SARS e della MERS sono state facilmente controllate. La ragione per cui sono state facilmente controllate è che l'isolamento del malato, di fatto, era sufficiente drammaticamente a far diminuire l'indice di trasmissione per la semplice ragione che soltanto i casi sintomatici, cioè le persone che stavano male, trasmettevano. Viceversa ci è voluto molto tempo per in qualche modo assimilare questa nozione e rendersi conto del ruolo degli asintomatici nella trasmissione. Di fatto è proprio perché esistono gli asintomatici che diventa così importante testare: se gli asintomatici non ci fossero, il problema sarebbe sicuramente molto meno grave e non avremmo la necessità di fare tutti questi tamponi sia per attività di sorveglianza, sia per attività di tracciamento e sia per attività di diagnosi.

Poi lei mi ha chiesto in che condizioni queste diverse soluzioni metodologiche possono essere applicate. Subito dopo lo sviluppo dei metodi molecolari, diciamo verso giugno/luglio, sono apparsi in commercio dei test alternativi, cosiddetti antigenici, che di fatto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

identificano nella saliva o addirittura nel tampone la presenza non del materiale genetico del virus, bensì del prodotto del virus, cioè praticamente proteine del virus, i cosiddetti antigeni.

Questi sono dei test che hanno dei vantaggi e degli svantaggi: sono facili da usare, non richiedono un laboratorio, non richiedono personale altamente specializzato, però hanno un problema di sensibilità, cioè hanno una sensibilità più bassa.

Il fatto che abbiano una sensibilità più bassa di fatto limita alcune applicazioni e su questo vorrei essere chiaro: non è che esiste un test che va bene per tutte le situazioni. Faccio un esempio: nel caso della diagnosi di un paziente che ci si presenta a 7-10 giorni dall'inizio sintomi, che probabilmente ha una carica virale elevata, sia il test molecolare che il test antigenico sono sufficienti a fare la diagnosi. In una situazione dove invece vogliamo proteggere un ambiente dalla presenza di persone infette che potenzialmente possono trasmettere infezioni a persone vulnerabili, come per esempio pazienti ammessi al pronto soccorso che devono poi essere mandati in reparto, oppure operatori sanitari che lavorano in reparti con pazienti fragili o addirittura personale delle RSA, è chiaro che là si deve fare un test ad alta sensibilità, perché basta una sola persona che entra infetta, che è in grado di fare un danno elevato.

Nel caso, per esempio, di uno screening di una scuola, è chiaro che il tampone molecolare, di fatto, ha dei limiti, perché? Perché il tampone deve essere fatto sul luogo, deve essere trasportato, ha dei tempi di risposta che non sono

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

immediati e, viceversa, se noi abbiamo l'obiettivo di sapere se all'interno di quella scuola c'era una trasmissione virale, il tampone antigenico, forse lì, è la cosa migliore.
Quindi, la prima cosa, per rispondere alla domanda che mi ha posto, è chiedersi per quale ragione usiamo il tampone.
Quindi se usiamo il tampone per la diagnosi, probabilmente vanno bene sia il molecolare che l'antigienico, perché nella maggior parte dei casi ci troviamo di fronte a pazienti già con alte cariche virali; nel caso della sorveglianza, cioè nel caso in cui vogliamo proteggere una comunità, è chiaro che il tampone molecolare va preferito al tampone antigenico.
Nel caso in cui vogliamo fare tracciamento… anche qui sul caso del tracciamento, bisogna capire qual è l'obiettivo del tracciamento, perché se l'obiettivo del tracciamento è quello di estinguere le catene di trasmissione è chiaro che il tampone antigenico non va bene; se l'obiettivo di tracciamento è quello di fare una fotografia epidemiologica e capire qual è il livello di diffusione del virus il tampone antigenico, va bene lo stesso.
La stessa cosa nello screening di comunità: se l'obiettivo è quello di capire il livello di diffusione del virus il tampone antigenico è sicuramente adatto, però, se poi vogliamo in qualche modo ripulire quella comunità, è chiaro che dobbiamo utilizzare, invece, il tampone molecolare, perché solo quello ci dà la certezza di avere individuato tutti quanti i positivi.
Si è sentito questa volta?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Sì, sì, abbiamo sentito tutto, Dottore.

Io adesso passerei la parola al collega Zecchinato che ha chiesto di intervenire; poi alla collega Bigon e alla collega Scatto.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

Buongiorno. Buongiorno professore.

Ecco, io avrei alcune domande, visti i tempi cerco anche di concentrare.

Una è legata alla fase antecedente al primo caso, tornando indietro, riscontrato in Veneto, giusto per fare chiarezza.

La prima, per quanto apparso sulla stampa, al tempo, su un articolo del "Corriere del Veneto" in particolare, c'era un'affermazione che veniva attribuita a lei, nella quale, appunto, la comunità cinese le avrebbe chiesto di estendere i controlli con i tamponi a chi rientrava dalla Repubblica Popolare Cinese.

Ecco, questa iniziativa… cioè mi conferma questo? È stata formalizzata al tempo una richiesta alla Regione Veneto? Cioè, come si è attuata questa cosa e se si è attuata.

Sempre legandomi al periodo antecedente alla scoperta del primo caso, le chiedo questo: in quel periodo - stiamo sempre parlando dei primi mesi del 2020 - era stato lei a identificare il primo saggio diagnostico sul nuovo coronavirus? E il laboratorio che dirigeva che potenza diagnostica aveva in quel periodo? Con questa potenza diagnostica si era in grado di affrontare uno screening in maniera strutturata sugli asintomatici? Questo lo ricollego anche a quanto poi ha riportato nei mesi successivi che,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

appunto, il modello Veneto sarebbe nato sulla scoperta dal 40% degli asintomatici e quindi, appunto, volevo capire in quei mesi questa cosa come era stata attuata.
Poi ho un'altra domanda, però legata allo studio di Vo', ma magari gliela faccio subito dopo.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Parto dall'articolo che era apparso sul "Corriere" che ha una base di verità, nel senso che il rappresentante della comunità cinese in Italia mi aveva contattato perché voleva estendere l'iniziativa che noi avevamo adottato per gli studenti cinesi che ritornavano dopo le festività dalla Cina all'Università di Padova, cioè quella di verificare che erano negativi al tampone molecolare, a tutta la comunità cinese fondamentalmente. Di fatto noi ci eravamo resi disponibili, ma l'iniziativa poi non è andata in porto perché abbiamo ricevuto, tra le altre cose, una lettera dal dottor Mantoan, che ci ricordava che non era prevista questa attività e, fra le altre cose, non era nemmeno rimborsata dal Servizio sanitario nazionale; in qualche modo palesava la possibilità che fossimo responsabili in solido sui test fatti e quindi, di fatto, questa cosa non ha avuto seguito.
Poi, per quanto riguarda la capacità del nostro laboratorio: noi praticamente abbiamo sviluppato, come ho detto all'inizio, il test sulla base delle indicazioni del laboratorio dello Charité di Berlino; poi l'abbiamo leggermente modificato e quindi siamo stati sicuramente il primo o il secondo laboratorio in Italia a mettere a punto il test diagnostico. Ricordo, infatti, che già il 26 o il 27

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

gennaio il test era pronto e, quindi, poi l'abbiamo proposto, tramite il sito web dell'università, agli studenti che tornavano dalla Cina proprio per scopo: sospettavamo, sulla base delle indicazioni che venivano dalle analisi, che i dati della Cina non fossero corretti e che ci fosse anche una trasmissione molto più elevata di quella che documentavano e che potesse essere anche sostenuta dagli asintomatici.

Questo è quello che abbiamo fatto. Dopodiché, nei giorni successivi, prima che scoppiasse l'epidemia, abbiamo acquistato i reagenti necessari e ricordo che ne avevamo circa 40-50.000, che obiettivamente all'epoca sembrava un'esagerazione. Comunque, quando è scoppiato il focolaio di Vo', noi praticamente siamo passati da pochi test al giorno (1.000-1.500 test al giorno), fino a raggiungere punte massime di 8.000 test al giorno effettuati, quindi diciamo che era sicuramente un approccio scalabile.

Diciamo che questo è stato come è andata l'evoluzione della nostra capacità di fare test; poi chiaramente questo ha comportato una completa ristrutturazione del laboratorio, chiaramente con processi di tracciamento di flussi dei campioni, di accettazione e chiaramente anche acquisto di materiale e di strumentazione per stare dietro, appunto, alla crescente domanda di test.

Presidente

Un'altra domanda, collega Zecchinato? Non so se c'era un ordine dei lavori: la Segretaria ha chiesto di intervenire sull'ordine dei lavori per una precisazione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Grazie. Buongiorno, professore e grazie per la disponibilità.

Intervengo soltanto per una precisazione agli interventi che abbiamo ascoltato finora, quindi su questi argomenti: un primo considerazione è che sul tema della definizione di caso che ha citato prima, la confusione era derivata da due circolari ministeriali, che quindi hanno creato la situazione di confusione.

La seconda…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)

Ma, guardi, non è…

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

No, se mi permette, guardi, ho tre precisazioni sul caso.

Presidente

Okay, per precisare le domande, dopodiché, però, andiamo sulla scaletta. Andiamo avanti con le domande.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

La seconda precisazione è questa: io vorrei chiederle se nel suo laboratorio ci sono stati dei periodi in cui la refertazione è avvenuta dopo quattro giorni per la biologia molecolare, perché in questo caso un operatore sanitario positivo poteva infettare fino all'arrivo del referto.

La terza precisazione è sul tema dei tamponi rapidi: a suo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tempo ho più volte letto che sosteneva che i tamponi rapidi non erano affidabili e queste sono state varie dichiarazioni che abbiamo potuto appurare; oggi apprendiamo che, invece, i tamponi rapidi vanno bene, per cui è un po' un cambiamento di rotta: adesso i tamponi rapidi vanno bene.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)

Qui si fa finta di non capire. Io non ho detto che i tamponi rapidi vanno bene o male, ma ho sempre detto, fin dall'inizio, che per stabilire quale tipologia di tampone è adatta a una situazione bisogna chiedersi qual è l'obiettivo. Sono sempre stato contrario all'utilizzo dei tamponi rapidi per il personale ospedaliero, per filtrare le ammissioni dal pronto soccorso ai reparti e per gli operatori sia sanitari che delle RSA. Quindi non ho cambiato minimamente di un millimetro la mia posizione sui tamponi, ma ho sempre detto che i tamponi rapidi svolgevano un importante contributo per quanto riguarda lo screening delle comunità.

Questo perché lì l'obiettivo non era quello di fare la diagnosi, per la semplice ragione che i tamponi rapidi hanno dei problemi di sensibilità, ma questo non lo dico io, è riconosciuto da tutti quanti in tutto il mondo, quindi è l'obiettivo che determina quale tampone va bene o va male.

Poi, per quanto riguarda le circolari, il Ministero ha emanato due circolari con la definizione di caso, una il 22 e una il 27, e queste circolari con la definizione di caso sono state interpretate come restrittive per quanto riguarda l'uso dei tamponi. Tradotto in pratica, significa che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

teoricamente non si sarebbero dovuti fare i tamponi a persone che non rientravano nella definizione di caso.
Dopodiché, adesso leggo con sorpresa che, per esempio, il dottor D'Amario, che all'epoca era il Direttore generale della Prevenzione, ha detto che questa era un'interpretazione errata: queste sono parole dello stesso D'Amario che ha rilasciato recentemente alla stampa e alla televisione dicendo che, a suo avviso, le circolari del 22 e del 27 non prescrivevano una restrizione nell'ambito dell'uso dei tamponi. Questi sono fatti, non sono mie interpretazioni.
Comunque, questa interpretazione restrittiva sicuramente non ha facilitato l'identificazione tempestiva dei primi casi: su questo non c'è dubbio.

Presidente
Collega Zecchinato, voleva concludere le domande?

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Grazie. La seconda domanda è relativa al dopo il caso Vo', quindi lo studio sulla popolazione di Vo': adesso non ricordo quando si è iniziato ad effettuare i tamponi sulla popolazione, forse ricorderà sicuramente meglio lei la data.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
(Audio disturbato) …potrei sbagliare di un giorno o due qualche data.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Non la sento.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Mi sentite?

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Sì, c'era un po' di riverbero.
La domanda è questa: quei tamponi poi da chi sono stati somministrati, se esclusivamente dal suo team, come appare anche in un articolo su "Nature", il famoso articolo del 30 giugno del 2020, quindi anche chi ha finanziato il progetto, per far chiarezza, per capire come si sono svolti i lavori e le attività.
Aggiungo solo questo, Professore mi scusi e dopo chiudo: mi interesserebbe capire in quale laboratorio è stato eseguito il sequenziamento, che è un'attività estremamente importante e ribadita anche recentemente, in Regione Veneto o fuori Regione e se sia stato messo a disposizione della comunità scientifica internazionale e in che tempi, cioè tempestivamente e in che modi. Grazie.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Incominciamo dai test di Vo'. Praticamente dopo il decesso del signor Trevisan e stabilito che la causa di morte era una polmonite interstiziale da Covid c'è stata una riunione in cui alcuni dei presenti, immagino, abbiamo partecipato - io non ho partecipato - nella quale si è deciso di chiudere

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'ospedale di Schiavonia, laddove il signor Trevisan era ricoverato, testare i dipendenti e i pazienti di Schiavonia e allo stesso tempo testare tutta quanta la popolazione di Vo'. A questo punto, appena mi sono reso conto che in qualche modo involontariamente era stata creata una situazione epidemiologica senza precedenti, ho chiesto al presidente Zaia se si poteva fare un secondo campionamento per valutare l'effetto della misura intrapresa perché la misura intrapresa era completamente diversa da quelle che venivano prese in Italia e nel resto dell'Europa. Un conto è fare il tracciamento e un conto è testare tutta quanta una popolazione con tutte le reti di interazione e quindi di fatto noi abbiamo fatto questo studio.

Il campionamento è stato fatto nel primo caso, credo, nei giorni che vanno dal 23 al 25 dal personale della prevenzione, il secondo campionamento, che è stato fatto a partire dal 4 al 7 marzo, è stato fatto da personale della Croce Rossa, da volontari e da specializzandi dell'Università. I campioni sono stati tutti quanti processati all'interno del laboratorio qui dell'Azienda Università di Padova. Era stato regolarmente richiesto il parere del Comitato Etico e parte, credo, della totalità dello studio sia stata finanziata con un finanziamento della Regione. Questo diciamo per quanto concerne l'aspetto di carattere più formale.

Per quanto concerne il sequenziamento all'epoca non c'erano quattrini per farlo e quindi noi di fatto i campioni, le devo dire la verità, all'inizio non pensavamo nemmeno di sequenziarli. Solo successivamente quando abbiamo ottenuto un finanziamento dal Tecnopolo e il San Raffaele ha ottenuto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anche indipendentemente un altro finanziamento, quindi stiamo già parlando verso maggio/giugno, abbiamo recuperato i tamponi dai frigoriferi e li abbiamo mandati a sequenziare. Debbo dire che tra le altre cose è stato un sequenziamento estremamente complesso proprio perché fatto così a distanza di tempo: alcuni campioni si erano rovinati, quindi ne abbiamo dovuti risequenziare molti una seconda volta.

Poi non vorrei che si pensasse che questo sia un sequenziamento come quelli che vengono fatti per la sorveglianza di routine, per esempio le cosiddette giornate di sequenziamento che organizza l'Istituto Superiore di Sanità. Questi sono stati sequenziamenti molto complessi perché prevedevano il sequenziamento di tutto il genoma e allo stesso tempo prevedevano il sequenziamento ad altissima profondità per verificare se all'interno dello stesso individuo c'erano più varianti.

Quello che voglio dire è che non erano sequenziamenti fatti per sorveglianza perché se fossero stati sequenziamenti fatti per sorveglianza sicuramente avremmo avuto il finanziamento e avremmo rilasciato le sequenze immediatamente. Questi erano sequenziamenti fatti per ricerca e in modo particolare allo scopo di capire qual era la frequenza di generazioni di varianti.

Quando abbiamo ricevuto dal San Raffaele le sequenze assemblate le abbiamo messe tutte e quante insieme e abbiamo dovuto fare un complesso controllo bioinformatico. Poi, a quel punto, le abbiamo messe in rete. Questo è un processo normale. È chiaro che è stato un processo molto più lungo di quello che usualmente, tanto per fare riferimento a dei

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

processi con cui abbiamo familiarità, facciamo per esempio con lo Zooprofilattico. C'è un campione, fai un pezzetto di sequenza e lo pubblichi subito. Noi non abbiamo fatto così perché poi tra le altre cose avevamo anche il problema di identificare all'interno dei campioni, che molto spesso contenevano più varianti virali, qual era quella predominante. Quindi è un'analisi completamente diversa da quella che si fa per la sorveglianza.

Comunque una volta avute le sequenze, una volta avuta la certezza della validità delle sequenze, chiaramente le abbiamo pubblicate.

Tenga presente che abbiamo dovuto anche risolvere la difficoltà che se una persona era infettata da due o più, addirittura in alcuni casi tre varianti, abbiamo in qualche modo dovuto ricostruire le varianti che non è una cosa facile dal punto di vista informatico.

Forse magari erroneamente qualcuno ha percepito il fatto che noi abbiamo pubblicato le sequenze di Vo' con un anno di ritardo o che ce le siamo tenute. No, la verità è molto semplice: è che non avevamo le risorse per sequenziare fino a maggio-giugno. Quando abbiamo avuto le risorse per sequenziare abbiamo mandato 100 campioni di Vo' e 100 di controllo, quindi 200 campioni. Il San Raffaele ci ha messo altri 4 o 5 mesi per sequenziale. Dopodiché ci abbiamo messo 2 o 3 mesi per analizzarle. Quindi praticamente se poi lei vede i tempi più o meno collimano.

Tra le altre cose abbiamo adesso uno studio che verrà presto pubblicato e che di fatto riassume tutta l'analisi della generazione delle varianti all'interno delle famiglie nel momento in cui si trasmettono da una persona un'altra.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Spero di essere stato esauriente su questa…

Presidente
Il collega Zecchinato aveva…

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Due precisazioni, Professore, permetta.
Da quanto ci ha detto, quindi nella prima parte riguardante i tamponi a Vo' quando sono iniziati, eccetera, lei non c'era quindi.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Che vuol dire che non c'ero? Io facevo il Direttore dell'Istituto…

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
No, nella decisione di fare i tamponi, di…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, io non mi sono mai arrogato di questa decisione.
Ho semplicemente detto che…

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Bastava questo, volevo capire perché sa dalla stampa e dopo anche in discussione emergono cose anche diverse.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Io non mi sono mai arrogato di questa cosa.
Sicuramente mi prendo il merito di aver organizzato il secondo campionamento e di aver potuto ricostruire le curve della diffusione del virus e di aver stabilito il ruolo degli asintomatici. Su questo senza il secondo campionamento non avremmo capito che cosa stava succedendo.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Grazie. L'altra precisazione era questa. Molto semplicemente quindi lo studio, come le avevo chiesto e ci ha illustrato, quando sarebbe stato messo a disposizione della Comunità Scientifica Internazionale, cioè dopo quanto tempo?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Scusi, a quale studio fa riferimento?

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Le avevo chiesto prima in qualche laboratorio era stato eseguito il sequenziamento…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
E gliel'ho detto.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
…e lei me lo diceva, è stato messo a disposizione, le chiedevo, tempestivamente della Comunità Scientifica?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Come ho detto è stato messo a disposizione dopo che abbiamo ricevuto le sequenze. Lei non deve pensare che noi riceviamo dal San Raffaele… quando il San Raffaele ha sequenziato il virus non è che ce l'ha restituito sequenziato, ci ha restituito 100 puzzle. Lei si immagini 100 scatole di puzzle con pezzettini microscopici da rimettere insieme.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Sì, dopo quanto tempo indicativamente?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Non lo so. Guardi, saranno stati circa dai quattro ai sei mesi.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Grazie.

Presidente
C'era una specifica anche dalla collega Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie, Professore.
Se ci dice che lei appunto non aveva partecipato nella prima fase di scelta di effettuare il primo giro di tamponi a Vo', mi scusi ma a me risulta invece poi che sia stato presentato da parte sua e da parte di altri collaboratori, medici,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ricercatori dell'Università di Padova un articolo che è stato pubblicato su "Nature" il 30 giugno 2020…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Certo.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
…dove peraltro non si faceva riferimento all'Azienda ULSS Euganea, che è stata l'azienda che per prima si è occupata del primo giro dei tamponi a Vo' e quindi questo già, ecco lo sottolineo, mi fa specie.
Dopodiché chiederò a coloro che interverranno successivamente, per piacere, di precisarci il tema dei finanziamenti che la Regione ha autorizzato perché a me risulta che la Regione abbia sempre autorizzato e garantito i finanziamenti anche delle varie attività successive, come quelli del secondo giro dei tamponi di Vo' e la terza professore…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Quello che le ho detto, ma lei non ha sentito.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Eh va bene. Solo una precisazione sulle mie domande di prima le chiederei, perché forse non ho capito io la risposta: se sul laboratorio di Microbiologia di Padova la refertazione sia mai avvenuta dopo quattro giorni, per quanto riguarda i tamponi rapidi, perché se così fosse, in questo caso, un

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

operatore sanitario positivo avrebbe potuto infettare altre persone all'interno del reparto.

Presidente
Dottor Crisanti…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, finisco…

Presidente
Le chiedo solo una cosa: se lei fosse magari a conoscenza che ci siano stati dei ritardi anche nel resto della Regione Veneto o meno in merito alla refertazione dei molecolari. Grazie.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, sicuramente in alcune occasioni c'è stato ritardo, ma quasi mai c'è stato ritardo per gli operatori sanitari; il ritardo casomai era dovuto al fatto che tutte le altre ULSS del Veneto, compreso la 6 che lei cita, ci inondavano di tamponi e noi li abbiamo sempre accettato tutti. C'erano dei giorni in cui ricevevamo 5-6.000 tamponi al giorno, in modo particolare il sabato e la domenica aumentavano, perché mentre noi lavoravamo a turno continuo sulle 24 ore le altre ULSS non lo facevano e avevano al massimo in quel periodo una capacità di 500 tamponi al giorno.
È chiaro che se durante il fine settimana le altre ULSS non fanno i tamponi e a noi ce ne portano 8.000 al giorno, è

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

chiaro che qualcuno va in ritardo. Comunque la precedenza poi è sempre stata data agli operatori sanitari. Quindi, sicuramente, qualche volta sarà accaduto, ma in un'epidemia il caso singolo non conta, quello che conta sono i grandi numeri.

Poi, per quanto riguarda lo studio di "Nature", noi nello studio di "Nature" abbiamo riconosciuto che la Regione ha chiesto il primo tamponamento come misura di sanità pubblica, abbiamo riconosciuto che i finanziamenti erano stati dati dalla Regione. Cioè, se non ci fosse stato tutto il nostro contributo d'analisi quello era un episodio che finiva lì. Quindi in un lavoro scientifico quello che conta è la testa, non chi è andato a fare il tampone, mi scusi, eh! Allora dovremmo mettere nel lavoro scientifico tutti i tecnici che magari hanno fatto una pipettata? Guardi, questo non esiste nello standard scientifico internazionale, forse magari in qualche ULSS del Veneto si fa così, ma se uno vuole pubblicare su "Nature" queste cose non le fa.

Presidente

Collega Bigon. Poi c'è la collega Scatto.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Grazie, professore Crisanti anche perché è stato molto chiaro nei passaggi.

Volevo ritornare a quanto da lei detto in precedenza, sul fatto che le è pervenuta una lettera, da parte del dottor Mantoan, precisava, dove appunto si invitava a bloccare i test delle persone che rientravano dalla Cina. Quindi anche su questo se vuole spiegare meglio la vicenda di quello che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

è successo.
Sul lavoro di Vo' penso sia stato molto chiaro, ma se altro c'è da dire credo che sia opportuno, magari, analizzare e parlare oltre.
Volevo anche sapere come era nata la delibera del 17 marzo della Regione e soprattutto la strategia che cambiava sui tamponi e poi magari, ecco, ritorniamo a seguito di queste. Grazie, professore.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, dunque per prima cosa mi faccia finire lo studio di Vo', visto che ne stavo parlando prima.
Lo studio di Vo' è considerato una delle pietre miliari per la comprensione di questa epidemia e il valore aggiunto dello studio di Vo', come ho detto, è il fatto che si è potuta ricostruire la curva della trasmissione. Per ricostruire la curva della trasmissione avevamo bisogno di due punti: cioè l'inizio e, dopo, la misura di restrizione.
È chiaro che questa è stata la componente innovativa, non è stato qualcuno che ha deciso estemporaneamente di fare una misura di questo tipo e poi non è stata esportata ad altre situazioni perché se si deve riconoscere un valore innovativo al fatto di aver fatto i tamponi a Vo' per la prima volta, allora perché non l'abbiamo fatto a Limena, allora perché non lo abbiamo fatto a tutti gli altri focolai che via via si succedevano nel Veneto in quei giorni? È stata una misura estemporanea che è stata trasformata in uno studio fondamentale di epidemiologia perché abbiamo fatto il secondo campionamento, altrimenti non staremmo qui a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

discutere di questa cosa. Sarebbe semplicemente stato un episodio della storia dell'epidemia, senza nessuna conseguenza.

La differenza l'ha fatta il contributo di tutti coloro che ci hanno lavorato. Questo è quello che è accaduto a Vo'.

Nessuno nega il fatto che la Regione ha deciso di fare il primo tamponamento, ma questo rimaneva una misura estemporanea, senza nessun valore scientifico. Gli ha dato valore scientifico, come ripeto, il fatto che abbiamo fatto il secondo campionamento, il fatto che abbiamo scoperto gli asintomatici, il fatto che abbiamo dimostrato che gli asintomatici avevano un'importante carica vitale, il fatto che abbiamo dimostrato che i bambini non si infettavano. Ecco, questo è stato lo studio di Vo' e considerando il fatto che tutte queste informazioni erano disponibili a tutti già il 29 febbraio, mi permetta, penso che sia una cosa senza precedenti nella storia di una epidemia e poi ci è stato riconosciuto, in vari modi, dalla comunità internazionale.

Poi, quella che concerne la lettera che lei ha menzionato, è una lettera che ho ricevuto, come le ho detto, l'11 febbraio. Questa lettera praticamente chiedeva per quale ragione facevamo questi test, se avevamo avuto l'autorizzazione da qualcuno e ci ricordava, appunto, che questi test non erano previsti dal sistema sanitario nazionale; peraltro, poi, con la conoscenza cumulata successivamente penso anche che fosse irrituale perché dopo la dichiarazione dello stato d'emergenza, queste misure non erano più a carico del servizio sanitario nazionale, ma chiaramente rientravano nell'ambito della prevenzione e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sorveglianza.
Comunque, va beh; questa è una considerazione a parte. Quindi non erano misure di diagnosi, ma andavano intese come misure di sorveglianza.
Poi, per quello che concerne invece la delibera del 17: la delibera del 17 nasce da una serie di incontri che ho avuto con il presidente Zaia e con l'assessore Lanzarin nei quali, sulla base dei risultati di Vo', il nostro laboratorio ha suggerito un cambio di strategia, proprio dopo avere identificato l'elevata presenza di asintomatici. È chiaro che se si voleva fare qualcosa per bloccare l'epidemia, non ci si poteva certo limitare alla diagnosi dei casi gravi o dei casi sintomatici e, quindi, abbiamo preparato una serie di bozze informali.
Poi, la mattina del 17, non mi ricordo, penso sia la sera del 16, ho mandato, insieme al professor Merigliano, una bozza all'assessore Lanzarin, la quale bozza poi è stata rivista e rielaborata in termini di delibera che di fatto recepiva tutte quante quelle che erano le indicazioni che poi emergevano dallo studio di Vo'. È lì che in quel momento, praticamente, l'azione della Regione Veneto si discosta drammaticamente dal resto dell'Italia in termini di misure di sorveglianza e contrasto.

Presidente
La collega Bigon ha chiesto un'altra specifica.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente. Grazie professore.
Può anche spiegare come è nata l'idea di misurare la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sensibilità dei test rapidi?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)

Guardi, l'idea di misurare le sensibilità dei test rapidi nasce a livello di Comitato di crisi dell'azienda ospedaliera.

Quando i test rapidi vengono proposti, in modo particolare li dovevamo usare per testare i pazienti del pronto soccorso, debbo dire la verità, questa è stata un'esigenza che è venuta principalmente dai Direttori delle UOC dei vari reparti, ci hanno chiesto di verificare la sensibilità del test e, quindi, praticamente abbiamo iniziato un'attività di comparazione su circa 1.600 persone valutando in parallelo le prestazioni del test rapido e dei test molecolari. Praticamente da questa analisi era emerso che il test rapido aveva una sensibilità del 70% inferiore a quella dichiarata dalla casa produttrice, che aveva testato circa 380 individui.

Quindi così è nata la cosa e poi io ho scritto una lettera al Direttore, il dottor Flor, che mi ha successivamente chiesto delle precisazioni alle quali ho risposto e basta: penso che così sia andata la cosa.

Debbo dire, a proposito, che, mentre stavamo facendo questo studio, era arrivata la richiesta a cui ha fatto riferimento prima il dottor Saia e quindi io in quell'occasione non ho detto nulla per la semplice ragione che stavamo ancora analizzando i dati; poi, una volta che i dati li abbiamo condivisi e li abbiamo condivisi anche con i Direttori di tutti i reparti, in una riunione che si è tenuta qui in

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

azienda, i Direttori dei vari reparti hanno suggerito a noi, che eravamo presenti anche nel Comitato Tecnico, di fare una revisione sulle indicazioni per l'utilizzo dei test rapidi. Diciamo che questa, più o meno, è la storia.
Poi c'è da dire anche un'altra cosa, cioè che, a proposito di questi test rapidi ci sarebbe anche da fare un'osservazione di merito: non è che si può chiedere al Comitato Tecnico Scientifico un parere dopo aver fatto bandi per centinaia di milioni di euro e già il 23 settembre i test sono in distribuzione all'ospedale. Io ho qui davanti una lettera del 23 settembre in cui già viene messa in atto tutta la procedura per effettuare i test rapidi, ma questa è una cosa già decisa e allora, se è una cosa già decisa, è soltanto un atto formale e perdo anche interesse: ho di meglio da fare.

Presidente
Grazie. Un'ultima specifica della collega Bigon e poi passo la parola alla consigliera Scatto.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Quindi i risultati ottenuti in quella ricerca, nell'idea di misurare il test, sono stati comunque comunicati al dottor Flor e quindi è stato inviato…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Sono stati comunicati al dottor Flor e alla dottoressa Russo.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Perfetto, grazie. Quindi inviate i dati all'azienda.
Per il momento grazie mille.

Presidente
Grazie, collega. Passo la parola alla collega Scatto.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Grazie, Presidente. Buongiorno, professor Crisanti.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Buongiorno.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Lei è il Direttore del Dipartimento di Microbiologia molecolare dell'Università di Padova, giusto?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
No, di Medicina molecolare.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Di Medicina molecolare dell'Università di Padova, perfetto.
Allora mi conferma se ho capito bene quello che lei diceva poc'anzi e cioè che il test Abbott fallisce nel 30% dei casi?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
No, guardi, la sensibilità è una cosa diversa. Io ho detto che il test Abbott ha una sensibilità del 30% inferiore ai test molecolari.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Scusi, mi può ripetere? Non ho capito.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Questo significa che il test Abbott, così come l'abbiamo misurato noi, evidenziava un calo di sensibilità del 30% rispetto al test molecolare, che significa che, presi 100 positivi con test molecolare, il test antigenico ne identificava 70, quindi di fatto lasciava 30 casi come falsi negativi.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Sì, non è che sia molto…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Beh, è diverso, mi creda: dal punto di vista epidemiologico è diverso quello che ho detto io da quello che ha detto lei.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
La marca di questi test?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, noi ne abbiamo testati diversi, non ne abbiamo testato uno solo e di un paio neanche mi ricordo il nome, però l'Abbott era quello che veniva utilizzato nella nostra azienda e quindi, più che altro, ci siamo concentrati su quel tampone.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Quindi principalmente Abbott.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Sì, principalmente Abbott.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Allora, come conseguenza del suo chiarimento, è corretto dire che non è vero che si perde il 30% dei positivi. Giusto?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Sì, si perde il 30% dei positivi, è esattamente proprio quello che ho detto: 30% diventano falsi negativi e i falsi negativi sono quei positivi che si perdono.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Ho capito.
Allora, lei prima diceva anche che il suo Dipartimento ha analizzato veramente molti tamponi, moltissimi e una domanda

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che mi sorge spontanea è: quanto personale ha avuto a disposizione per poter esaminare tutti quei tamponi?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, varia tantissimo, perché noi abbiamo dovuto cambiare moltissimo le tecnologie, perché è una cosa che normalmente non si può fare, quindi di fatto abbiamo acquistato delle nuove apparecchiature che permettevano chiaramente una processività più elevata. Comunque, guardi, adesso, se lei mi chiede qual era il team di persone che lavoravano ai tamponi, siccome variava di giorno in giorno, non me lo ricordo, però penso saranno state forse una decina di persone per quanto riguarda la processazione e forse una decina per l'accettazione.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Quindi una ventina di persone in tutto per analizzare quanti tamponi al giorno?

Andrea CRISANTI Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Anche 8.000.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
8.000 tamponi al giorno con venti persone?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Siamo arrivati a punte di 8.000, sì. Però tenga presente che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

lei mi ha chiesto queste cose e non è che sono preparato, potrei anche sbagliarmi di uno, due, tre unità, quindi sono numeri sui quali diciamo che c'è un certo livello di approssimazione.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Voglio dire, all'incirca, anche tenendo il dato un po' così, non perfetto, all'incirca 20 persone con 8.000 tamponi giornalieri, magari mi viene da pensare che qualche altra ASL le possa aver dato una mano, per esempio.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
No, guardi, li abbiamo fatti tutti noi questi, anzi le ASL ci mandavano i tamponi e noi, l'unico aiuto che abbiamo ricevuto, è quello dell'Unità complessa di chimica clinica del professor Plebani, che si era impegnato a fare 5-600 tamponi molecolari al giorno perché aveva un'attrezzatura simile alla nostra.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
D'accordo.
Allora, la Regione del Veneto, fin dalle prime fasi dell'emergenza, ha istituito un Comitato Scientifico con funzione di supporto tecnico alle strategie e alle decisioni di sanità pubblica di cui lei risulta un componente. Ci può dire cortesemente quante volte ha partecipato e valutato i numerosi documenti?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Penso che questo l'abbia già detto il dottor Saia, che è venuto qui molto preparato, io do le mie…

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Scusi, vorrei terminare cortesemente la domanda.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Prego.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Volevo sapere quante volte ha partecipato e valutato i numerosi documenti attuativi proposti al Comitato dalle strutture regionali e quante volte ha espresso il suo parere tecnico, apportando un contributo ai documenti proposti al CTS.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, su questo ha già risposto il dottor Saia, io non è che…

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Ma io la sto facendo a lei la domanda.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Non lo so, la risposta è che non lo so, ma le posso

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

garantire che ho risposto a tutte le cose su cui sapevo rispondere, perché io non è che sono un tuttologo e se mi si chiede se una maschera va bene io non rispondo perché non lo so.

Presidente
Ha risposto alle domande di sua competenza, come i colleghi, giustamente.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
E la maggior parte delle domande erano di questo tipo, non solo, ma la maggior parte delle convocazioni erano fatte il giorno per il giorno dopo, come quella del 19 novembre.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Le rammento che si chiama pandemia, quindi stato di emergenza.

Presidente
Chiedo, però, di chiedermi la parola, se avete delle integrazioni, perché sennò diventa un dibattito tra le persone.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
A parte che sto ancora facendo il mio intervento e quindi volevo precisare e chiedere alla Presidente di poter precisare che si trattava di una pandemia, dalla quale peraltro non siamo ancora usciti completamente e per "pandemia" si intende anche uno stato di emergenza, dove

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

effettivamente magari le richieste di intervento potevano avere forse anche uno scarso preavviso. D'accordo?
Lei ha spesso dichiarato anche che in Veneto non è mai stata attuata un'adeguata strategia di tracciamento o che la Regione del Veneto ha smantellato la maggior parte dei centri tampone.
Ci sa indicare se c'è qualche Regione che ha fatto più test del Veneto?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi…

Presidente
Intervengo solo un momento.
Io chiedo una cosa perché l'ho detto all'inizio: le domande con numeri e documenti dovevamo averle prima, solo questo. Per cui quello che vale per il dottor Crisanti vale per gli altri auditi, quindi se ci sono domande su questo aspetto io chiedo al dottor Crisanti, come lo chiederei agli altri auditi, di inviarcele successivamente perché chiaramente magari non sono in grado di darci i numeri o documenti in questa seduta.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
D'accordo.
Allora intendo che il Professore ci risponderà in un secondo…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Sì, perché chiaramente se lei me la faceva prima questa domanda io venivo preparato.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Certo.
Volevo chiederle anche se in Sardegna sono stati utilizzati per la popolazione test rapidi?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Certo che sono stati utilizzati. La Sardegna aveva comprato 1 milione di test rapidi e mi aveva chiesto di aiutarli per trovare il modo più idoneo per utilizzarli. Io ho suggerito che i test rapidi potevano essere utilizzati, come appunto ho detto all'inizio, per screenare grandi comunità e ho anche suggerito che venissero fatti a distanza di 5-7 giorni l'uno dall'altro proprio per minimizzare il problema della ridotta sensibilità. Comunque anche in quell'occasione ho evidenziato i loro limiti, tant'è vero che ho consigliato anche alla Regione Sardegna di aumentare la capacità di fare test molecolari.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Quindi conferma che i test antigenici sono inaffidabili anche nella campagna di screening di massa della Regione Sardegna?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)

No, chi ha detto questo? Anzi io ho detto che per minimizzare… guardi, in epidemiologia non conta il caso singolo, in epidemiologia conta l'effetto di somma di tutti quanti, quindi se si perde qualcuno non succede niente. Siccome lì l'obiettivo era quello di abbattere l'indice di trasmissione in alcune zone, avevano 1 milione di tamponi, li avevano acquistati, non sapevano come utilizzarli, io gli ho suggerito, come poi hanno fatto, una serie di campagne screenando interi paesi con i tamponi rapidi al giorno zero e al giorno +7. In questo modo è stato identificato un numero importante di positivi. Comunque io gli ho detto che questo non bastava perché, anche facendo così, di fatto poi sarebbe rimasta una piccola quota di persone ancora positive e quindi gli avevo suggerito di aumentare anche la capacità di fare tamponi molecolari.

Come ho detto prima la cosa più importante da chiedersi se una cosa va bene o va male è qual è l'obiettivo. In quel caso l'obiettivo era diminuire l'indice di trasmissione e quindi sono stati utilizzati in quel modo, a mio avviso in quel caso correttamente.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)

Lei ha sostenuto che la Regione non dispone di dati utili al controllo della pandemia. Ci potrebbe illustrare i flussi informativi di cui è a conoscenza o che ritiene non siano presenti in questa Regione?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, io non so a che cosa lei si riferisca.
Se lei per esempio si riferisce al fatto che la Regione ha dato come per esempio asintomatici centinaia di pazienti alterando l'RT della Regione in quel particolare periodo, sì, ma questo è a conoscenza di tutti quanti. Non ho certo bisogno di dirglielo io che per settimane la Regione ha dato asintomatiche persone che erano sintomatiche alterando in questo modo il calcolo dell'RT.
Se lei si riferisce a questo sicuramente glielo confermo.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Come ho chiesto, quante domande ci sono ancora in modo da… un'altra.

Presidente
Un'altra.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Va bene, la ringrazio.
Se ci può il professor Crisanti indicare quali tavoli nazionali relative all'emergenza Covid l'abbiano vista coinvolta come supporto alle strategie di contrasto alla pandemia.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Che vuol dire questa cosa, scusi?

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Quante volte lei è stato coinvolto nei tavoli nazionali per quanto riguarda ovviamente il tema della Commissione di Inchiesta di emergenza Covid di supporto alle strategie di contrasto alla pandemia? Lei ha partecipato ai tavoli in cui si discuteva dell'emergenza Covid per dare un supporto alle strategie di contrasto?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, durante la pandemia ho partecipato a diverse audizioni di diverse Commissioni, sia quella informatica, quella sull'analisi dei dati, su quella dei tamponi. Poi, se le interessa, ho anche partecipato a diverse riunioni del sistema di controllo della pandemia in Inghilterra. Sono stato sentito dalla Banca Mondiale, ho partecipato a diversi Comitati della Banca d'Italia.
Ho un elenco di roba che non finisce più. Quindi sono stato sentito su diversi temi dalla Banca Mondiale, dalla Banca d'Italia fino ai Comitati di controllo di vari Enti internazionali.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Professore, hai fatto un'affermazione sulla quale io non sono d'accordo neanche un po', ma ti chiedo di circostanziare quand'è che la Regione ha alterato i dati.

Presidente
Dottor Flor. Volevo…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
No, no.
Ha dichiarato che la Regione ha alterato i dati dell'RT.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
No, io non ho detto che la Regione ha alterato i dati dell'RT.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Mi dice quando?

Presidente
Passo la parola alla collega Brescacin.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Non può dire che la Regione ha alterato i dati dell'RT se non lo circostanzia.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Io non dico che la Regione… io ho detto mi è stato detto…

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Allora circostanzi quello che dice.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Chiedo scusa perché avrei chiesto…

Presidente
Io capisco, però che c'è un Regolamento da rispettare.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Avrei chiesto al Presidente di poter fare una precisazione.

Presidente
Possiamo uno alla volta perché altrimenti…
Il Regolamento…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Fatemi parlare. È emerso sulla stampa…

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Circostanzia.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Esatto, sto circostanziando.
È emerso sulla stampa ed è confermato anche che per un periodo di tempo il sistema informatico della Regione…

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Non ho ancora terminato l'intervento. Chiedo di fare una

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

precisazione.

Presidente
Consigliera Scatto, termini l'intervento e poi do la parola per l'ordine dei lavori a chi l'ha chiesta.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Io volevo, a chiusura di tutto questo, fare anche un'altra domanda al dottor Crisanti.
Intanto la prego cortesemente relativamente alla penultima domanda, quando si parlava di flussi informativi, volevo chiederle di riprecisare quello che lei ha detto per ben due volte come risposta perché volevo esserne proprio certa, perché ritengo ci siano gli estremi per valutarla in altra sede. Quindi lei ha detto, se non ricordo male, che la Regione Veneto ha falsificato…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
No, non ho detto falsificato.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Io ho capito così.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Non ho detto falsificato.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Ha dato dei dati…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
No, stiamo parlando di flussi…

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Mi scusi, lei ha detto per ben due volte che la Regione ha fornito dei dati che non corrispondevano al vero. L'ha detto?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Io adesso ridico…

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
L'ha detto?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Io ripeto quello…

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Mi risponda, l'ha detto?

Presidente
Dottor Crisanti, risponda alla domanda, dopo passo la parola alla collega Camani.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Se mi fate parlare.

Presidente
Dottor Crisanti, parli e poi passo la parola alla collega Camani.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Io semplicemente mi sono riferito e riferisco quello che è emerso anche dalla stessa puntata di “Report” e per ammissione stessa poi della Regione che c’è stato un problema informatico per cui praticamente venivano dati come asintomatici casi che non erano asintomatici.
Ora se vengono dati casi asintomatici al contrario dei sintomatici involontariamente si altera l’RT.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Ah, un problema informatico, quindi causato involontariamente.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Esatto.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Mi serviva per capire avere questa precisazione.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Io ho parlato di flussi, non abbiamo parlato di persone o di atti. Se si parla di flussi è chiaro che si parla di flussi informatici.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Okay.
L'ultima cosa e chiudo veramente. Le volevo chiedere in qualità di Commissario in questa Commissione di Inchiesta se lei come Direttore è soggetto al Contratto Collettivo Nazionale di Sanità.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
No.
Guardi, io sono un dipendente dell'Università.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Okay, grazie.

Presidente
Credo che abbia risposto abbondantemente.
Collega Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.
Questa ultima domanda che non so esattamente che affinità abbia rispetto alla indagine di cosa è accaduto in Veneto sulla pandemia, ci è però utile per capire come mai che il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dipendente della Regione e del sistema sanitario regionale dà determinate risposte e chi, invece, è dipendente dell'università ne dà altre. Interessante.
Io ho alcune domande, professor Crisanti, che le vorrei porre perché mi interessa il suo punto di vista scientifico. Diciamo che vorrei, non per fare un processo a ciò che lei ha fatto fino a qua, che è un po' quello a cui abbiamo assistito finora, con addirittura gli auditi che suggeriscono le domande da fare ai Commissari, siamo, insomma, in un contesto abbastanza complicato e, secondo me, anche diciamo…

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Sull'ordine dei lavori.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Finiscono l'intervento.

Presidente
Se può finire un attimo, poi le passo la parola sull'ordine dei lavori.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Non si interrompe un Consigliere finché parla. Finisco.

Presidente
Finisce e dopodiché… ho sentito tutto. Allora adesso finisce di parlare la collega e poi interviene sull'ordine dei lavori immediatamente.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Ma c'è un po' di nervoso in Aula, Professore, porti pazienza.

Quindi cerco di andare veloce sulle questioni su cui, invece, mi interessa un suo punto di vista scientifico.

Intanto mi pare che la questione del caso studio Vo' sia stata chiarita anche in riferimento alle tempistiche di restituzione dello studio. Questo lo sottolineo perché, in realtà, non è che in questa Commissione qualcuno ha percepito, ha ipotizzato che ci fosse stato un ritardo; sia la dottoressa Ricci, che la dottoressa Russo hanno, in questa sede, affermato che i dati sul sequenziamento sono arrivati in grave ritardo e che, quindi, non hanno potuto essere utilizzati quando sarebbero potuti servire.

Il fatto che lei ci abbia spiegato come mai il sequenziamento è arrivato con dei mesi di ritardo rispetto a quando sono stati effettuati i tamponi ha chiarito un tema che, secondo me, era importante.

Le questioni, invece, che volevo porle più tecniche sono: la prima, sembrerebbe, da quello che abbiamo ascoltato in queste audizioni, anche da chi aveva la responsabilità di governare la Regione nei mesi complicati della seconda ondata, che in questa Regione, anche alla luce della quantità rilevante di tamponi, in particolar modo rapidi effettuati, c'era una percentuale molto, molto alta di asintomatici, addirittura nelle settimane più dure, quelle del mese di ottobre 2020, il presidente Zaia affermava che i tamponi effettuati riportavano un dato di oltre il 95% degli asintomatici.

Volevo sapere se, secondo lei, sulla base della sua

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

esperienza clinica o se ha anche elementi di dettaglio più precisi, se quel dato è un dato che può essere reale; se, secondo lei, c'è stato semplicemente un ipotetico problema informatico che può aver gonfiato quel dato o se si è data qualche altra spiegazione.

La seconda domanda è: lei che ha parlato lungamente, è stato interrogato dai Consiglieri lungamente, in riferimento agli studi che lei ha fatto, sia in riferimento a Vo' ma anche rispetto allo studio sull'affidabilità dei tamponi rapidi, rispetto al quale il dottor Flor, in audizione in Quinta Commissione, dichiarava il 10 di novembre, dopo aver verificato in lungo e in largo, che lo studio non c'è. Quindi su quello studio lei ha discusso molto.

Volevo sapere: le risulta che esistano altri studi, eventualmente anche finanziati dalla Regione del Veneto, che invece, contrariamente a quello che ha sostenuto lei con il suo studio, hanno garantito o rafforzato l'affidabilità dei tamponi rapidi?

Questo glielo chiedo perché - scusi e finisco tutte le domande - come forse lei saprà, sono state spese risorse ingenti da parte del bilancio regionale di Azienda Zero per l'acquisto di tamponi rapidi e nelle delibere che accompagnavano questi acquisti c'era sempre, come dire, il riferimento, che giustificava l'acquisto all'affidabilità dei tamponi rapidi. Volevo capire se a lei risultano, è una domanda che poi ovviamente rivolgerò anche a tutti gli altri esperti di questa materia, se le risultano studi sull'affidabilità dei tamponi rapidi, oltre a quelli ovviamente riportati dalle ditte produttrici sul bugiardino.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Ma, guardi, premetto… se posso rispondere.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Sì, prego.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Sì, perché altrimenti poi me le dimentico le domande.
Allora, guardi, il cosiddetto studio effettuato dall'Azienda Ospedale di Padova, come ho detto all'inizio, nasce su richiesta dei Primari delle varie UOC. Quindi, di fatto, è stato proprio anche organizzato a livello informatico, nel senso che è stato dato un codice al tampone molecolare, è stato dato un codice al tampone antigenico e si è fatto in modo che nel profilo elettronico della stessa persona comparissero tutti e due i risultati. Quindi questa è stata una cosa fatta in totale accordo con i vertici dell'Azienda e con la collaborazione di altre strutture dell'Azienda Ospedale.
Poi abbiamo condiviso i risultati in maniera assolutamente trasparente.
Ora, come lei giustamente dice, nelle varie delibere c'è sempre la giustificazione scientifica, la rassicurazione portata dal dottor Rigoli. Io non ho mai avuto il piacere di vedere questi dati perché poi non sono stati condivisi con nessuno.
Le pubblicazioni a cui faceva riferimento il dottor Saia, poi, di fatto non esistono, perché il dottor Rigoli non ha

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

mai pubblicato nulla sulle prestazioni dei tamponi rapidi, perlomeno non compare nulla, forse magari mi è sfuggito, ma io non ho mai avuto nozione di una cosa questo genere. Comunque, questi dati non sono stati portati né alla mia attenzione, né a quella del Comitato Tecnico che, come ho detto, è stato investito di questa problematica a gare già avviate e per di più il 23 settembre, con i tamponi rapidi che già venivano distribuiti nelle varie Aziende ospedali.
Per quanto riguarda l'affermazione del presidente Zaia, io penso che il presidente Zaia sia stato tratto in inganno dal flusso informatico, cui, peraltro, poi la stessa Regione ha ammesso esserci stato. Penso sia dovuto probabilmente a quello perché non riesco altrimenti a darmene una ragione perché la letteratura internazionale, ormai sono centinaia di studi, è concorde nell'affermare che la percentuale degli asintomatici varia dal 35 al 45%, a seconda di come vengono censiti e di come vengono fatte le analisi di conferma. Quindi, una percentuale del 95% di asintomatici può essere solo attribuita a questo problema di flussi, che poi la stessa Regione ha riconosciuto esserci stata.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
L'ultima domanda, Presidente, poi magari capiremo come mai il dato non è - ce l'hanno spiegato nelle scorse audizioni - risultato critico, diciamo così, nell'algoritmo.
L'ultima…

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
No, il risultato, mi permetta, se uno scambia i sintomatici

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

per gli asintomatici ha un impatto sull'RT perché l'RT viene calcolato sui sintomatici.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Allora magari questo ce lo spiega un po' meglio, perché in audizioni precedenti fatte, mi pareva con la dottoressa Russo in particolare, ci avevano garantito che l'aumento non veritiero del dato sugli asintomatici non influiva, in ogni caso, sull'RT.
L'ultima domanda gliela faccio, così poi lascio la parola ai colleghi: questa è una Commissione d'inchiesta che nasce per cercare di capire cosa sia accaduto in Veneto in quella che viene definita la seconda ondata. Questa è una domanda che di solito rivolgo a tutti gli auditi perché mi interessa il vostro punto di vista: rispetto al tema vero di questa Commissione d'inchiesta, che non è chi ha pagato il sequenziamento di Vo' e neppure se lo studio è stato inviato il 20 o il 21 ottobre al Direttore generale. Io le chiedo, rispetto alla domanda di fondo che questa Commissione si sta ponendo, lei si è dato una spiegazione? Ci può aiutare a fornire una spiegazione, ha qualche elemento da aggiungere alla discussione che può aiutare questa Commissione nel lavoro di indagine rispetto al vero tema che non è, appunto, un processo ai professionisti, ma una risposta ai cittadini del Veneto? Grazie.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, tra le altre cose, è uscito uno studio estremamente informativo del dottor Merler su "Nature Communications",

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sull'impatto della zona gialla, arancione e rossa sulla trasmissione. Da questo studio emerge chiaramente che la zona gialla ha un impatto minimo sul blocco della trasmissione.

Ora, il problema – e questo comunque l'avevo già evidenziato quando sono usciti fuori i criteri e i parametri per l'attribuzione delle zone gialle, delle zone arancioni e delle zone rosse – è dovuto principalmente a un criterio che pesava tantissimo, che era la disponibilità dei posti in Terapia intensiva. È chiaro che un sistema in cui il livello di trasmissione del virus è basato sulla disponibilità dei posti in Terapia intensiva di fatto è un sistema un po' perverso, perché, di fatto, chi ha più posti in Terapia intensiva fa viaggiare di più la trasmissione.

Quindi io penso che il problema della differenza tra la prima e la seconda ondata vada ricercato nel perdurare della zona gialla in Veneto e nei fattori che hanno determinato questa situazione.

Presidente

Aveva chiesto di intervenire il collega Ostanel: ha delle domande o sull'ordine dei lavori?

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)

Anche io sull'ordine dei lavori.

Presidente

Sull'ordine dei lavori ha chiesto di intervenire anche la collega Scatto, quindi do prima la parola alla collega Scatto per l'ordine dei lavori e poi alla collega Ostanel

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

per le domande.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Grazie, Presidente.
Solo per sottolineare che vorrei che venisse tolta dal verbale l'affermazione della collega Camani, udita qualche minuto fa, *(omissis)*. Grazie.

Presidente
Sull'ordine dei lavori, collega Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
(omissis)

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Più che altro perché le assicuro che sono dotata di intelligenza mia e quindi grazie.

Presidente
Bene, allora togliamo dal verbale – lo dico agli uffici - le affermazioni della collega Camani e ringrazio la collega Camani.
Adesso passiamo la parola alla collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente. Io torno sulle domande di contenuto, pensando al fatto che mi sto occupando di un tema specifico dentro questa Commissione, che è l'uso dei tamponi rapidi all'interno dei contesti sanitari, come scelto dalla Regione

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Veneto, visto comunque il fatto che, anche a livello personale, sono stata colpita da una grave perdita di una persona morta dentro una struttura ospedaliera perché probabilmente contagiata da un operatore sanitario. Quindi riporto un attimo l'attenzione sui contenuti di una pandemia e non tanto di chi ha colpa o meno di qualcosa che sia accaduto e spero che anche i colleghi Consiglieri facciano questo durante la Commissione.
La domanda è relativa…

Presidente
Collega Ostanel. Passo la parola in questo momento, magari, per fare una domanda ulteriore alla collega Cestari. Ringrazio la collega Ostanel e poi le restituisco la parola.

Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)
Dottor Crisanti, buongiorno.
Io una domanda specifica: volevo capire come mai nel suo laboratorio non ha sequenziato il virus ma decideva di inviare il tutto all'Istituto Zooprofilattico per questa attività.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, le sequenze di cui abbiamo parlato finora, quelle di Vo' e quelle di controllo, sono state mandate al San Raffaele per la semplice ragione che il mio laboratorio non è dotato della tecnologia per fare quel tipo di sequenziamento: è molto semplice. Il nostro laboratorio non è dotato della tecnologia che si chiama Next-Generation

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sequencing e abbiamo fatto una richiesta recentemente, che credo sia stata, tra le altre cose, approvata, proprio per colmare questa lacuna.

Noi facciamo sequenze di piccoli pezzetti di DNA e, tra le altre cose, avevamo anche una notevole carenza di personale, perché chiaramente, durante l'emergenza, abbiamo dovuto assicurare sia la diagnosi Covid, sia tutto il resto delle attività di routine. Quindi, siccome noi facciamo un sequenziamento cosiddetto "manuale", una preparazione molto laboriosa, non avevamo proprio le risorse per fare quel tipo di sequenziamento, che, tra le altre cose, sarebbe stata in ogni caso anche parziale e non avrebbe dato le informazioni che cercavamo.

Comunque, in ogni caso, questa era un'attività di ricerca quella del sequenziamento delle sequenze di Vo' e quindi, anche dal punto di vista proprio procedurale, era inappropriato farle nella struttura ospedaliera.

Presidente

Ci sono altre domande, collega? No.

Voleva concludere le domande la collega Ostanel, che ringrazio.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Sì, grazie, scusate.

Allora, la domanda era relativa alla scelta della Regione del Veneto di utilizzare i tamponi rapidi all'interno delle strutture sanitarie. Prima il dottor Saia ha illustrato il ruolo del CTS, anche rispetto alla sua presenza o meno all'interno di quel contesto e rispetto anche ai pareri

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dati, quindi la mia domanda è: lei è mai stato interpellato rispetto alla sensibilità dei tamponi rapidi all'interno dei contesti ospedalieri? Le è mai stato chiesto un parere rispetto al fatto se fosse giusto o meno utilizzare quel tipo di tamponi all'interno dei contesti ospedalieri?
Poi le farò altre domande, ma intanto le chiedo di rispondere a questo.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
No, non è stato mai chiesto a questa unità complessa di effettuare nessuno studio di validazione dei tamponi rapidi.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie. Posso chiederle, secondo lei, perché?

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, non ho idea, le dico la verità. Io pensavo che la Regione continuasse con i tamponi molecolari; poi, visto che in qualche modo avevano adottato una politica diversa, a questo punto, come ho detto, ho ripercorso quello che praticamente è successo nell'azienda ospedaliera di Padova per quello che riguarda la validazione di tamponi rapidi, che ha condotto – chiamiamolo così – un esercizio di validazione indipendente.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie. Da quello che è stato detto anche precedentemente, in realtà non sembra ci sia uno studio condotto da qualcuno,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

chicchessia, rispetto all'attendibilità dei tamponi rapidi, cioè mi pare di capire che il dottor Saia prima - poi farò le stesse domande anche agli altri esperti - abbia detto che il Comitato Tecnico Scientifico non si è mai espresso con un suo parere sull'attendibilità dell'uso dei tamponi.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
No, il parere glielo abbiamo dato quando ci è stato chiesto di rivedere la posizione.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Okay, bene.
L'altra domanda che le volevo fare era rispetto, invece, alla vicenda, che abbiamo appreso dai giornali - almeno io l'ho appresa dai giornali - rispetto alla vicenda per cui due suoi, se non sbaglio, colleghi, Cianci e Cattelan, smentivano il lavoro di collaborazione svolto con lei, credo, per quanto riguarda lo studio sulla sensibilità dei test. Mi può ricostruire, dal suo punto di vista, la vicenda che io ho appreso dai giornali e volevo capire meglio cosa era successo? Grazie.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, un giorno mi telefona una giornalista de "Il Mattino", dicendomi che una sua collega era stata convocata in azienda e le era stata recapitata una lettera che mi ha fatto vedere. A questo punto io ho contattato gli interessati, che mi hanno detto che questa lettera era stata

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sollecitata dalla direzione, quindi io ho avuto una discussione con loro e poi, a questo punto, io ho telefonato al dottor Possamai, che all'epoca era il Direttore de "Il Mattino", per spiegargli la vicenda e il dottor Possamai, in quell'occasione ha sospeso la pubblicazione. A quel punto invece pochi giorni dopo la stessa storia è apparsa sul "Gazzettino" e allora anche "Il Mattino di Padova" è uscito con una versione peraltro completamente diversa perché nel frattempo mi avevano anche mandato le prove di stampa che era pronta tutta quanta una serie di articoli a commento di questa lettera, come se fossi una specie di delinquente.

Presidente
Aveva una specifica da richiedere il collega Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Proprio velocissimo, un secondo solo.

Presidente
Ah no, mi scusi.
Allora collega, finisca pure.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, dottor Crisanti.
Posso chiederle appunto quando lei ha spiegato ai giornali una posizione diversa può spiegare il motivo per cui due suoi collaboratori o colleghi avrebbero detto di invece non aver partecipato a quel lavoro? Non riesco proprio a capirlo.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
Guardi, il dottor Cianci tra le altre cose ha affermato in mia presenza, anche la dottoressa Cattelan in qualche modo, che erano stati persuasi a scrivere questa lettera.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Faccio le altre domande…
Grazie.

Presidente
Possiamo farle insieme così dopo…

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Le faccio tutte insieme?

Presidente
Sì, grazie.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, dottor Crisanti, per il chiarimento.
L'altra domanda invece era relativamente appunto a quello di cui parlava prima, calcolo RT, nel senso che nella seduta del 13 luglio la dottoressa Russo ha dichiarato a verbale: "Voglio chiarire che i soggetti non presi in carico, quelli di cui parlavamo prima, sintomatici non sintomatici, non entrano nel calcolo dell'RT, quindi potevamo anche lasciarli lì dov'erano".
Siccome l'altro tema di cui mi sto occupando in questa Commissione appunto è capire meglio se in quel periodo, e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

c'è stato confermato durante la Commissione di Inchiesta che c'è stato un momento in cui non siamo riusciti a stare dietro e sono stati tre mesi alla imputazione di sintomatici e asintomatici all'interno del programma informatico, volevo capire meglio, se mi ripete, se è vero o meno che il calcolo dell'RT non cambia se per un periodo… Grazie.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)

Il calcolo dell'RT ha bisogno di alcune informazioni essenziali. La prima informazione essenziale è la data di inizio sintomi. Se non c'è la data inizio sintomi non c'è la conoscenza dell'intervallo seriale, cioè da quanto tempo passa dal primo e alla seconda persona che viene infettata, il calcolo dell'RT non si può fare. Quindi significa che se vengono imputati gli asintomatici viene a mancare l'elemento centrale per il calcolo dell'RT. Senza i sintomatici non si può calcolare l'RT.

Lei giustamente dice perché gli asintomatici non sono importanti nel calcolo dell'RT? La risposta è molto semplice, perché se i sintomatici rappresentano una frazione costante degli infetti di fatto l'errore si cancella. È un calcolo matematico estremamente complesso, però le posso assicurare che gli asintomatici non sono importanti per fare il calcolo dell'RT. Perché non sono importanti? Anzi, sono elemento confondente gli asintomatici perché di fatto non si riescono a prendere tutti gli asintomatici. Viceversa i sintomatici è più facile che vengano intercettati. Quindi di fatto sono un elemento molto più sicuro per calcolare l'RT. Non solo, poi siccome i sintomatici rappresentano in genere

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

una frazione fissa delle persone infette, che varia tra il 55 e il 60%, è chiaro che sono un elemento fondamentale per capire e per calcolare l'RT. Quindi per calcolare l'RT servono la data inizio sintomi di tutte le persone che sono sintomatiche e possibilmente anche la data di inizio sintomi dei contatti, così si calcola l'RT. Senza i sintomatici l'RT non si calcola.

Presidente
Sì, le chiedo scusa, ma era partito prima che la collega chiudesse, quindi adesso farà l'ultimo intervento e poi chiudiamo.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
L'ultima domanda era se ci motiva secondo lei il motivo per cui non si dovevano utilizzare i tamponi rapidi dentro ai contesti ospedalieri, appunto come diceva prima, e così riusciamo ad avere qui il parere che non gli era stato chiesto dal Comitato, grazie.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)
In qualche modo ho già elaborato su questo argomento, nel senso che se l'obiettivo è quello di proteggere una comunità vulnerabile non si può usare un test che di fatto fa scappare attraverso le maglie del test delle persone positive, tutto qui. Quindi è chiaro che in queste condizioni quando si vogliono proteggere delle comunità vulnerabili bisogna usare dei test ad alta sensibilità.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

La ringrazio.

Ha un'ultima specifica il collega Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

Un'ultima considerazione, proprio due secondi.

Sulla validità dei tamponi rapidi, è stato detto appunto che i tamponi rapidi per un 30% non prendono il positivo.

Volevo chiedere al professor Crisanti come mai nel presunto studio la discordanza dei risultati che ci sono stati, a pagina 16 dello studio sono riportati, tra i test eseguiti con tamponi molecolari e tamponi rapidi portano invece un'affidabilità, cioè a dimostrare un'affidabilità dei tamponi rapidi per il 98% dei casi. Glielo chiedo per avere un chiarimento.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)

Mi permetta, forse lei è stato tratto in errore da qualcuno che le ha suggerito il calcolo sbagliato.

Le faccio un esempio. Supponiamo che abbiamo due bicchieri, uno grande e uno piccolo, va bene? Lei sicuramente tutte le volte sarà in grado di versare l'acqua dal bicchiere piccolo al bicchiere grande, ma mai viceversa. Quindi cosa significa in parole povere? Che sicuramente il 100% dei positivi nei tamponi rapidi verranno confermati dai tamponi molecolari, ma non accadrà mai viceversa perché mai lei potrà mettere il contenuto di un bicchiere grande in un bicchiere piccolo.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Va bene.

Intanto mi pare non ci siano altre domande da parte dei colleghi.

Ringrazio il dottor Crisanti per quanto ci ha esposto e per essere stato qui.

Adesso passiamo invece la parola al dottor Palù. Le domande iniziali sono quelle, sono state anche inviate, che abbiamo esposto anche al dottor Crisanti e quindi le chiedo se può intervenire.

Chiedo al dottor Crisanti chiaramente se vuole rimanere collegato con noi ben venga, altrimenti la ringrazio e le auguro chiaramente buon lavoro.

Prof. Andrea CRISANTI (Direttore Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova)

Io vi ringrazio. Purtroppo ho una riunione adesso.

Presidente

Certo, grazie per quanto esposto.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)

Buongiorno.

Grazie, io ho qualche incertezza sul tema della convocazione. Mi sembrava che questo riguardasse l'impatto che ha avuto l'uso diffuso nel Veneto dei tamponi rapidi per quanto riguarda la cosiddetta seconda ondata, tanto che si è parlato di oltre 7.000 morti nel periodo da ottobre a febbraio non spiegabili, quindi è possibile ricondurre questo ad un uso estensivo dei tamponi rapidi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Io entrerei su questo merito, io entrerei esclusivamente nel metodo scientifico. Prima però permettetemi alcune precisazioni, visto che questo è un auditorio che non credo sia fatto di tecnici e quindi per dare alcune spiegazioni molto semplici e sintetiche.

I tamponi. I tamponi non sono un mezzo per proteggere la comunità, il tampone resta da sempre nella virologia, da cent'anni, un sistema per fare la diagnosi. La diagnosi ci può servire per la terapia, per la sorveglianza, per il tracciamento, per la protezione. Quindi ci tengo perché i tamponi ne esistono tanti e non sono stati inventati oggi, quindi è il primo metodo che si usa per identificare ed isolare un virus.

Vi devo anche dire che per quanto riguarda il tracciamento, che sono quelle due procedure che servono a proteggere la comunità, quindi il tracciamento e i gracili, il tracciamento è possibile in base alla circolazione del virus, ma quando abbiamo più di 50 positivi per 100.000 abitanti per settimana il tracciamento non è più possibile. Soprattutto non è più possibile…

Presidente

Dottor Palù, le chiedo una cortesia perché sennò non sentono, se può stare più vicino al microfono e alzare un attimo il tono. Grazie.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)

E non è più possibile il tracciamento, soprattutto sia dei tempi di latenza, come sappiamo, medi è la PCR o di 48 ore o 72 ore o addirittura quattro giorni, quindi non ha nessun

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

significato.

Altro aspetto che ci tenevo a dire su sintomatici e asintomatici: diciamo che se voi guardate i dati dell'Istituto Superiore di Sanità, anche oggi il 90% sono asintomatici o paucisintomatici. Cosa significa? Che possono avere 37.2, un po' di mal di gola o qualcuno riferisce qualche stanchezza. Quindi la differenza tra sintomatico e paucisintomatico è minima, ma in larga misura riflette la biologia di questo virus, che è un virus che non si può confrontare con SARS o con MERS e non è dovuto al fatto che SARS e MERS presentassero o fossero casi sintomatici; erano casi letali, erano due Coronavirus, imparentati strettamente da Sars-Cov-2, con una letalità del 10% e del 36% rispettivamente.

Voi capite che Ebola si isolava quando 10 anni fa compariva solo nella foresta equatoriale perché morivano in cento, ma quando è comparso nelle metropoli dell'Africa occidentale, 2004, 2018, eccetera, è chiaro perché una persona che ha segni molto gravi evidentemente non solo si isola, ma è il virus che si auto elimina. Non è così con SARS-CoV-2 perché è un virus che ha una letalità molto bassa: negli studi che hanno studiato la prevalenza è 0,2%. È chiaro che però è importante riconoscerli tutti e l'OMS all'inizio aveva detto che trasmettevano solo i sintomatici e gli studi che dimostrano che trasmettevano gli asintomatici sono dei primi di gennaio del 2020, fatti dai cinesi, con decine di migliaia di persone. Quindi ci siamo ricreduti su questo.

Un'altra cosa che ci terrei a dire, visto che ho gestito per più di vent'anni come Direttore quel laboratorio, che è il più grande d'Italia, ha 3.000 metri quadrati, ha la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

struttura e lo avevo attrezzato non solo con sequenziatori Next-Generation, parlo dell'Illumina e del 454, ma sono dati documentati in letteratura, andateli a vedere, che non solo sequenziavamo tutti i virus per primi, 2009: primo la West Nile 2008, ma vi posso dire che sequenziavamo il meningococco quando c'è stata l'epidemia di meningococco in Veneto. Il meningococco non ha solo 30.000 nucleotidi, ha un milione e mezzo di nucleotidi. Quindi Padova aveva tutte le strutture, non solo per mettere subito a punto le tecnologie, perché ha un set di bioinformatici, ma poteva tranquillamente sequenziare.

Torniamo all'argomento. Io mi riferisco… e dico questo solo per precisazione, entro in termini oggettivi. Quali sono i temi oggettivi, quello di cui sono chiamato a parlare? Perché mi riferisco non a discussioni, non a report, non a trasmissioni, nemmeno a quello che uno dice, ma a quello che scrive e di scritto ci sarebbe un cosiddetto studio su questo argomento, che cerca di far passare la conclusione che c'è stata una selezione positiva di casi di Covid non diagnosticati per l'uso eccessivo di tamponi. Questo, come è stato citato, è uno studio che non esiste, ma in quanto è stato sottomesso a MEDRX come BIORX, che sono due registri che la comunità scientifica ha scelto di voler adottare per quei lavori che non sono scienza, perché non sono rivisti da pari ed è ben scritto in questi tipi di registri: non considerate questo un lavoro, ma solo per dare informazioni alla comunità scientifica. Questo era già avvenuto con l'AIDS, una pandemia precedente e si renda conto che la gente sta studiando, se può o non può essere vero.

Quindi io vi parlo di quel cosiddetto pre-print su MEDRXIV,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che nel marzo del 2021 fu sottomesso e che non è mai stato pubblicato. Vi ricordo che scienza è quello che pubblica e non è in biomedicina scienza, soprattutto quando si tratta di epidemiologia (questa epidemiologia) e clinica se non dopo che compaiono almeno tre o quattro altri studi; quante volte non è stata mai smentita. Poi, sapete benissimo l'assioma popperiano del cosiddetto aspetto o parametro di falsificazione, perché devi dimostrare che è una cosa non è possibile perché quella sia reale. Quindi molte volte neanche la scienza è assolutamente sicura e soprattutto l'abbiamo visto proprio, ho citato prima l'OMS, ma anche potrei dirvelo con i vaccini, con i farmaci e con altro. Stiamo imparando nell'evoluzione, quindi mettiamo sempre in discussione.

Veniamo a questo che scienza non è, che studio non è, cosa dice; il cosiddetto studio effettuato di controllo comparso in pre-print e, guarda caso, dopo 10 mesi non è ancora pubblicato su una rivista scientifica, questo qualcosa significherà, mette a confronto un test antigenico Abbott con test molecolare DiaSorin. Cos'è questo test molecolare? È una amplificazione PCR, che normalmente è un test che impiega tre ore; può essere fatto molto rapidamente ma solo in alcuni ambienti. Quindi è un test che si applica soprattutto in ambiente ospedaliero, ma è un test assolutamente di alta sensibilità e specificità.

Il test Abbott veniva accreditato con una specificità confermata poi da questo studio del 99% e specificità vuol dire che negativo è veramente negativo; è una sensibilità superiore all'80% che in questo studio, fatto da Crisanti, viene attribuito del 66%, studio, dico, pre-print.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Bene. In alcuni di questi campioni si parla di 1.441 campioni dal 15 di settembre raccolti al 16 di ottobre 2020. Quindi siamo in un periodo in cui sta cominciando a crescere, e da questi 1.441 compaiano 20 discordanti; cosa vuol dire discordanti? Che il test antigenico risulta negativo in 19 casi, guarda caso, in un caso è positivo ed è negativa la PCR. Anche questo può succedere. Ecco, quindi parliamo di una discordanza circa intorno all'1,2-1,3 per 1000. Non solo, allora fin qua quello che dice il lavoro è che i test antigenici hanno una sensibilità maggiore quando confrontati con la PCR, questa dà il segnale, lo amplifica con i primi cicli. Cosa vuol dire i primi cicli? La PCR che cos'è? Un'amplificazione di milioni e milioni di volte che si ottiene di una molecola segnale, in questo caso l'NRN. Addirittura, ovviamente, dopo un certo numero di cicli, la PCR può amplificare anche segnali non specifici; uno ha avuto un beta-Coronavirus è ha dimostrato che dopo 32, 33, 34 cicli io posso mettere in evidenza un Coronavirus del raffreddore e prenderlo per un Coronavirus, per il Covid-19. Quindi vi ricordo in più questa tecnica non mette in evidenza, ecco, dopo un certo periodo di tempo, il virus infettante, non è un principio infettante. È oggi riconosciuta come gold standard la sua elevata sensibilità, ma gold standard propriamente non sarebbe, perché un gold standard cos'è? Tenete il riferimento: il gold standard della gravidanza è la pancia, il gold standard di infezione virale è quando io ho il virus isolato, lo tengo e lo controllo. In questo caso non fu così perché si utilizzarono delle sequenze pubblicate dai cinesi a gennaio 2020 e Christian Drosten, che ha sviluppato il test alla Charité e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che dopo una settimana a Padova era messo in piedi, perché i miei tecnici, dico ancora i miei tecnici, i miei bioinformatici, lo avevano fatto per tutti i virus che erano comparsi e lo si può testimoniare, avevamo sempre dei kit perché avevo messo insieme un gruppo…

Bene. Quindi questo test non è un gold standard in termini precisi perché amplifica sulla base di sequenze depositate materiale umano e non lo sappiamo esattamente, però detto questo arriviamo alla conclusione che la prima parte di questo pre-print dimostra che la PCR è più sensibile, con una discordanza che è minore. Se poi andassimo a guardare ancora quella discordanza ed escludessimo quei casi che sono ad alto numero di cicli troveremmo che è ancora minore, da 19 di scende a 11 e quindi siamo addirittura dell'ordine meno di un caso su mille.

Bene, fin qua nulla di strano. Però, poi, ecco, questa sperimentazione, che ancora scienza non è perché non è stata pubblicata, prosegue in una seconda parte che è più difficile da comprendere dal punto di vista… perché vuole cercare di dimostrare che l'uso estensivo dei tamponi rapidi antigenici porta un incremento di una mutazione nel gene N. Che cosa fanno i tamponi antigenici? Misurano con un anticorpo la presenza di un antigene e qual è questo antigene? È quell'antigene che è più presente nel virus, la proteina N.

Mentre la proteina di superficie sono 300 molecole, la proteina N è molto di più, anche perché, quando il virus replica, l'amplifica perché ne ha bisogno di tanta quantità.

Bene. Quindi è una serie di ragioni. Si parla di sequenziamento, abbiamo sentito parlare di sequenziamento,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ma se uno va a leggersi i materiali e i metodi di quella pre-print si parla che questi virus vengono isolati; isolati: cellule perché sennò non si capisce, abbiamo appena sentito che i sequenziamenti erano rimasti a (inc.) e mandati a Milano.

Quando coltivate un virus, in cultura, cosa sequenziate? Quel virus è già cambiato, perché dipende quanti passaggi ne fate e sapete perché lo coltivate? Perché è difficile sequenziare un virus da un piccolo frammento che avete preso con un tampone perché il tampone resta tampone, che sia molecolare o antigenico è sempre tampone.

Bene. È dimostrato in letteratura che non solo Sars-Cov-2, ma Sars-Cov-1, MERS, se li coltivate, il virus dell'influenza un giorno, due giorni è già mutato. Quindi che significato hanno queste mutazioni? Andrebbero fatte da campionamento clinico. Ma non lo dice quello studio, anzi fa capire che vengono presi, vengono coltivati, altrimenti non avrebbe dovuto dire che i virus erano coltivati. Poi non si capisce neanche, a questo punto, qual è il ruolo delle mutazioni, perché quando confrontiamo pere con mele, dobbiamo capire cosa stiamo facendo. Con Abbott stiamo misurando la proteina N, con la PCR stiamo guardando la prima open reading framing, il primo frammento, quello che codifica la replicasi, i tre enzimi replicativi e la proteinasi. Quindi intanto già confrontiamo i geni (inc.). Poi si dice: "In casa abbiamo anche controllato il gene della proteina". Ma quello che noi non sappiamo, perché Abbott non ce l'ha detto, è qual è l'epitopo che viene dimostrato con l'anticorpo monoclonale? Cioè io per vedere o per dire: questo si chiama Tizio o Caio devo avere un

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sistema per riconoscerlo. Ma l'azienda non ci dice quale epitopo sia e in questa elaborazione si parla di una mutazione che sicuramente è solo mutazione a livello della parte della… adesso non entro nel dettaglio, 376 e 241, erano mutazioni che erano già trovate.

Altro punto. Queste mutazioni non sono del tutto nuove, erano già circolanti; poi quello che viene descritto, tra l'altro, è un lignaggio B1-177 che appartiene alla variante inglese. La variante inglese, vi ricordo, siamo al 15 settembre/16 ottobre; la variante inglese viene descritta a dicembre, ma poi si fa risalire, perché gli inglesi sequenziavano al Cambridge Institute centinaia di migliaia, li sequenziavano tutti, anche più degli americani: sembra che sia partita addirittura ad aprile o a maggio dal Kent. Quindi noi l'avevamo già in Italia perché poi questa viene rintracciata in alcune sequenze.

Queste mutazioni non è che abbiano fatto… beh, se era la variante inglese già di suo era più contagiosa, lo sappiamo, perché almeno 9 mutazioni nella proteina F, alcune anche importanti per (inc.) e altre 10 mutazioni.

Quindi, interessante. Potremmo dire che avevamo già la variante inglese.

Ecco, quindi, sembra scontato che se io vado ad applicare una soluzione positiva tra i discordanti, quelli con antigene negativo nella selezione dei campioni, incremento in modo artificioso questo tipo di mutazione perché…

Presidente

Dottore, mi scuso, se può sempre star vicino, perché sennò mi segnalano da fuori che non sentono. Grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)

Dico che questa sì è una selezione, vado a cercare quello, se mi guardo i discordanti. Da un punto di vista di un lavoro sperimentale - e io immagino che questo non sia pubblicato perché ha una serie di vizi tecnici che non lo permettono - il vero controllo era sequenziare tutti concordanti e vedere se c'era quella mutazione e se fosse stata anche quella mutazione; poi capire se l'anticorpo dell'Abbott andava proprio a verificare quello e poi a un certo momento gli autori confrontano, parlano del periodo indicato nel lavoro, da marzo a gennaio 2021, delle sequenze depositate nel (inc.), ce ne sono ormai milioni, intendono, penso, da marzo 2020 a gennaio 2021, e mettono in confronto quelle con le sequenze nella Regione Veneto. Come si fa? Uno è sequenziato a Taiwan, uno in America e con che modo sono state sequenziate? Con l'Illumina? Ecco, allora, ci tengo a dire che un Next-Generation Sequencing si si chiama Ion Torrent: io l'avevo acquisito e si potevano fare, ma in questo lavoro; sono sequenziate con Illumina, non so dove siano state sequenziate; parlo lavoro pre-print.

Quindi, voglio dire, per confrontare bisogna avere i controlli, bisogna confrontarli con dati coerenti e arrivare poi alla conclusione che, come si fa, come si è scritto, che le 7.000 morti che si sono verificate, si parla poi del periodo che arriva fino ad aprile, mentre lo studio si ferma al 16 ottobre: confrontarle direi che mi pare proprio una conclusione che non è sostenuta da dati concreti. Quindi i confronti con dati epidemiologici vanno fatti e andavano fatti e simili casi c'erano in Cecoslovacchia, c'erano in

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Spagna, eccetera, eccetera e addirittura all'interno degli stessi campioni andavano sequenziati tutti.

Quindi queste conclusioni, secondo me, non si possono trarre.

Quello che noi, invece, dobbiamo considerare quello che è uscito nella letteratura ormai consolidata, perché già ai tempi da quando si scriveva questo lavoro, da quando si studiavano, era uscito in "New England Journal of Medicine" sono usciti editoriali, uno la settimana scorsa sull'Lancet, (inc.), che è il Comitato inglese per le vaccinazioni e le risposte immunitarie che parlano invece dell'importanza dei test rapidi, se applicati - anche perché si possono applicare e adesso ne abbiamo anche di terza generazione e di quarta - a distanza di due, quattro, tre giorni, il più rapidamente possibile, cosa che non si può fare con un test molecolare.

Quindi, da questo punto di vista io dico che anche l'approccio che è stato seguito è un approccio né più, né meno che coerente con quelle che erano le linee guida e con quella che è stata poi la letteratura internazionale fino a una settimana fa.

Il quesito era: "Siamo contenti dei vaccini?". Gli inglesi, come sapete, hanno ancora 30.000 casi, sono quelli che ne hanno di più, ma hanno deciso che è finita e lasciano che i bambinetti si infettino perché credono all'immunità naturale, però una cosa importante è che noi siamo in questa fase e un articolo critico dice ancora: "Fate tanti tamponi". Posso dirvi che nel CTS nazionale noi abbiamo deciso di non fare la sierologia, perché conta di più, invece che valutare il tipo degli anticorpi, vedere quella

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che è l'efficacia della vaccinazione sul campo e abbiamo detto che non vale la pena fare la PCR, soprattutto nel test per questi motivi.

Vi ricordo un'altra cosa: il valore positivo predittivo, cioè che un positivo sia realmente positivo, sapete da cosa dipende? Non dipende solo dalla sensibilità, ma dipende dalla prevalenza e dalla circolazione del virus, perché se un virus circola poco, vi posso garantire che il valore positivo predittivo anche della PCR, test sensibile, è del 5-10%, il che dire che il 90% non è realmente positivo.

Io vi ho ribaltato la questione per farvi capire che la virologia e la biologia molecolare, non sono da oggi, non sono dal caso di Vo', ma la conosciamo da più tempo. Invece la cosa che è utile raccomandare anche oggi, a livello di screening, è applicare dei test rapidi dopo due giorni e siamo in grado di coprire quel virus che è realmente infettante. Infatti l'amplificazione genica mi può amplificare non solo sequenze che io ho ricordato dai virus del raffreddore, ma anche un virus di SARS che non esiste più, perché rimane un pezzettino di RNA il cui virus non è infettivo. Quindi sul piano dell'impatto sulla clinica della malattia e sui morti è irrilevante.

Quindi, tornando a bomba, io chiudo. Io mi sono limitato a commentare quello che ho visto scritto, quello che ancora non è scienza, quello che forse non sarà scienza; vi ho citato quelli che sono i problemi e li ho citati nel contesto in cui si parla dell'impatto dei tamponi rapidi per aver creato il problema in Veneto.

Direi che non ho altro da aggiungere se non che la virologia è una disciplina che va conosciuta, va praticata, va

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

esercitata e bisogna conoscere e capire anche la biologia del virus. Questo virus sta cambiando, perché l'attuale Delta, che è diventata dominante nel mondo, è più contagiosa, ma sembra essere non solo meno letale, ma anche meno immunoinvasiva degli altri, quindi capite che il virus sta cambiando: è più contagioso, ma sta nelle prime vie respiratorie per pochi giorni. Il tempo di incubazione che, ai tempi di Vo' era di cinque giorni e mezzo, oggi è diventato di due e la carica virale, che allora era 1, adesso è diventata 100 e 500.
Dobbiamo stare attenti a quello che diciamo e studiare nel contesto le cose. Abbiamo paragonato test molecolari con test antigenici e, secondo me, in questo ci sono dei pregiudizi e degli errori che condizionano la bontà delle conclusioni.

Presidente
Grazie, dottor Palù.
Hanno chiesto di intervenire le colleghe Camani, Ostanel e Bigon. Prego, collega Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente. Grazie anche al dottor Palù, che ha dato un contributo, penso interessante, alla nostra discussione.
Le farò cinque domande e spero che porti pazienza se il mio livello di preparazione scientifica non mi consentirà di essere particolarmente precisa.
La prima è questa: lei ha appena sostenuto che oggi i dati che riguardano asintomatici o paucisintomatici sono superiori al 90%.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
85, Sì. Basta guardare i dati dell'Istituto Superiore di Sanità.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Non vorrei essere imprecisa.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
85-90.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
85-90. Allora, premesso che in questo momento non posso chiedere a lei se i paucisintomatici nella seconda ondata venivano registrati come sintomatici o asintomatici, però il dato di oggi che lei ci ha riportato ha qualche rilevanza nel poter affermare che potrebbe essere che anche nella seconda ondata erano questi i dati? Per noi la discussione era attorno a cosa è avvenuto nella seconda ondata, il virus cambia e il fatto che oggi l'85-90% sia asintomatico o paucisintomatico non significa che il dato della percentuale degli asintomatici allora… Quindi volevo capire come mettere in relazione queste due cose e magari me lo spiega un po' meglio.
La seconda domanda che rivolgo a lei, ma su cui io credo che la Commissione debba fare un approfondimento, è che lei ha sostenuto che il laboratorio di Padova, per come lei lo ha lasciato, immagino, quindi quando lei se ne è andato, non oggi, aveva tutte le attrezzature necessarie.
Lo dico perché la collega aveva fatto una domanda specifica

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e quindi vogliamo capire: si ricorda che lei ha chiesto al professor Crisanti come mai non è stato sequenziato a Padova e il professor Crisanti ha risposto che non aveva gli strumenti, invece il professor Palù sostiene che, perlomeno fino a che lui è rimasto lì, le strumentazioni c'erano. Presidente, magari sul punto facciamo una verifica per capire come stanno le cose.

Terza questione, professore: lei ha fatto un intervento molto interessante in cui ha tentato di far capire a noi, che non siamo virologi, una serie di passaggi tecnici e scientifici; in particolare si è concentrato sullo spiegarci come lo studio proposto dal professor Crisanti sostanzialmente non esiste dal punto di vista scientifico. È una tesi interessante che volevamo sentire, ma pone comunque un tema quello studio, cioè lei ci ha spiegato quali sono, secondo lei, i limiti di quello studio, però lancia un campanello d'allarme in una fase molto complicata di un virus che cambia e dei morti che aumentano.

Tutte le considerazioni che lei ha fatto anche oggi le può fare oggi perché è passato un anno e mezzo e quindi, come diceva giustamente lei prima, le informazioni le stiamo acquisendo mano a mano.

Allora, io mi chiedo: di fronte ad un parere del Ministero della Salute, questo famoso documento del 23 ottobre, in cui si dice di suggerire, nei casi dei contesti di fragilità, di utilizzare i tamponi molecolari, di fronte a un pre-studio, che lei ha definito non totalmente affidabile, che comunque apre un campanello d'allarme, di fronte a informazioni che sono arrivate – lo ha detto il professor Crisanti e l'hanno confermato anche il dottor Flor, la dottoressa Russo e il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dottor Saia - ai vertici della sanità veneta, che lei sappia, a qualcuno è venuto in mente di approfondire la questione? Questi non sono probabilmente dati scientificamente incontrovertibili, ma ponevano un tema e ovviamente non serve che io ricordi a lei la tragedia che è avvenuta nelle RSA e negli ospedali, in Veneto e non solo, in quei mesi.

Dunque, a qualcuno è venuto in mente di approfondire la questione? Una volta il dottor Flor ha dichiarato in questa audizione che, sulla base di una serie di considerazioni immagino anche scientifiche, quello studio tecnicamente non esisteva e lei oggi ce l'ha confermato; ma, una volta che abbiamo capito che la vostra posizione sullo studio del dottor Crisanti è di ritenerlo inaffidabile, a qualcuno è venuto il dubbio di dover approfondire, visti i fatti? Lo ha fatto lei? Sa se altri colleghi lo hanno fatto oppure, siccome il professor Crisanti non è simpaticissimo, questa cosa poi non è stata approfondita?

Quarta domanda: mi rimane un dubbio e le chiederei di rispondermi, perché mi interessa il suo punto di vista di virologo. Lei condivide l'impostazione del Ministero della Salute e diceva che negli ospedali e nelle RSA bisognava usare prevalentemente i tamponi molecolari o è più persuaso rispetto all'impostazione della Regione del Veneto del Piano di Sanità Pubblica, in cui, invece, si diceva che, per tutta una serie di ragioni legate alla velocità, eccetera, era utile e opportuno utilizzare i test rapidi in quei contesti di fragilità?

L'ultima domanda la faccio a tutti i nostri auditi e mi interesserebbe molto sentire anche il suo punto di vista: in

Veneto, tra il settembre 2020 e il marzo 2021, si è registrata un'impennata preoccupante di contagi, ricoveri e decessi. Abbiamo sentito le opinioni di tutti, ma la sua qual è? Cos'è accaduto, secondo lei, in Veneto, tra la prima e la seconda ondata, che ha determinato un dramma così pesante in questa Regione? Grazie.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)

Allora, io ho sei domande.

La prima era sui paucisintomatici e sulla prevalenza di su prima e seconda variante: ne abbiamo avute varie, dal prototipo di Wuhan, che è subito mutato nella posizione 614 per diventare più contagioso. Noi non sapevamo quando sia arrivato, ma sicuramente nel genoma c'è scritto, non perché l'ha detto il dottor Li, se vi ricordate, l'oculista di Wuhan, che già prima di dicembre c'erano delle polmoniti strane. Ma ogni genoma ha la sua storia e noi sappiamo che quel virus passava da uomo a uomo almeno sei mesi prima.

Probabilmente abbiamo avuto dei virus che forse non erano ancora ben adattati all'uomo, quindi non si può parlare di seconda ondata e di asintomatici o paucisintomatici, perché io credo che ci sia stata sempre una quota molto elevata, superiore al 50%, di asintomatici e paucisintomatici. Questo perché, come ho detto, questa è un'infezione che è diventata pandemica e questo virus l'umanità non lo conosceva, quindi ce lo dobbiamo prendere o, se siamo in grado, di prevenirlo con il vaccino o di curarlo adesso che ci saranno nuovi farmaci, ma, rispetto ad altri Coronavirus, in particolare beta-Coronavirus come Sars-Cov-1 e il virus della MERS, è ben diverso.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Però su asintomatici e paucisintomatici, nel momento in cui si sono fatte quelle dichiarazioni, bisognerebbe avere chiaramente i dati, che sono clinici, quindi bisogna fidarsi dei dati clinici. Prima domanda: quindi, paucisintomatici e asintomatici io credo che sia una caratteristica di questo virus; ci sono bambini che hanno milioni di dosi di virus nella rinofaringe, hanno meno recettori bambini da 0 a 12 anni, gli adolescenti cominciano ad averli dai 12 su come gli anziani, ma il virus sembra che si fermi proprio qua. Hanno una forte risposta immunitaria, non solo adattativa con anticorpi e linfociti, ma interferoni e capacità difensive. Quindi in larga misura sappiamo che i bambini sono asintomatici o paucisintomatici, dipende poi quando uno li osserva.

Seconda domanda: sì che avevamo dei sequenziatori. Il 454 era un Pyrosequencer e il Ion Torrent è un sistema molto evoluto, per un certo punto di vista anche più dell'Illumina che hai citato, perché faceva dei long read, cioè per mettere assieme, come ha detto giustamente Crisanti, non c'è solo il lavoro di sequenziare. Quando io ho cominciato a sequenziare nel 1979-'80, si facevano le sequenze e io dovevo sintetizzare i nuclei attivi, purificarli, marcarli e poi farmi dei gel lunghi un metro su delle lastre di vetro.

Quindi la tecnologia è avanzatissima e oggi si sequenzia il genoma umano in due ore. Vi ricordo che, quando Craig Venter fu il primo a sequenziare, ci ha messo quattro o cinque anni, oggi lo facciamo…

Quindi posso dire con tutta tranquillità che abbiamo un Ion Torrent che è considerato Next-Generation Sequencing. Non è stato utilizzato? Non lo so, questo non mi interessa,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

comunque c'era e c'è tutta una serie di pubblicazioni a mio nome che dimostrano che sequenziavamo di tutto, anzi eravamo i primi a depositare le sequenze dall'influenza come vi ho detto: vi ricordate la meningite? Bene.

Terzo punto: io ribadisco e lo dico ai miei studenti e a tutti, che è scienza quello che è pubblicato, mentre non fa scienza quello che non è pubblicato. Riconosco l'importanza di questi archivi perché diffondono alla comunità scientifica dei dati in anticipo, che non sono stati vagliati e quindi non sono pubblicati e, solo se pubblicati si possono considerare scienza e ho anche premesso che certa scienza ho imparato, con gli anni, a guardarla sempre e imparare a leggere criticamente un lavoro, anche quando è pubblicato e ha passato il vaglio dei revisori.

Perché leggerlo? Perché molto spesso accade, come avrete visto, il fenomeno paradossale, ma anche più sintomatico è quello dei farmaci e ricordate, funziona la colchicina, l'antimalarico, il Tocilizumab, poi non funziona: studi che dimostrano una cosa e altri che ne dimostrano un'altra. Questo perché siamo geneticamente uno diverso dall'altro e quando un virus ci entra, ci comportiamo in maniera diversa.

Allora ribadisco che non è uno studio è un pre-print, ma ha costituito la base del problema perché il titolo era: "Emergenza di antigene N varianti di SARS-CoV-2 sull'antigene N che scappano alla rivelazione del test antigenico", questo era il titolo e quello su cui poi si è costruito, quindi ribadisco quanto ho appena detto.

Quarta domanda: certo che sono favorevole al test molecolare, assolutamente va fatto proprio in quelle condizioni e lo ribadiamo costantemente; lo dico nel mio

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ruolo attuale, soprattutto nel CTS e continuo a ribadirlo. Il molecolare è il test principe, anche se vi ho spiegato che non è diventato standard prima di essere, ma lo è diventato sul campo, perché è più sensibile e sicuramente in posti come la rianimazione, i ricoveri, eccetera, va fatto, non posso che ammetterlo, ma non mi pare che sia qui la questione.

Ministero della Salute, test molecolare: certo, continuiamo a ribadirlo, anche recentemente, anche se abbiam detto che non vale più la pena, ma, vede, noi diciamo le cose in CTS e adesso lo sto dicendo in AIFA sui farmaci, ma poi c'è anche la legislazione e l'attuazione. Abbiamo già detto tre mesi fa che non serve a niente prendere la temperatura: c'è uno studio che dimostra chiaramente che il valore positivo predittivo della temperatura è niente, 5%. Però avevamo detto che è importante che lo teniamo dove sbarcano a Pozzallo, negli aeroporti, dove arrivano le masse, ma qui praticamente non serve e sapete perché? Perché la febbre ce l'hanno in pochi e il virus ce l'hanno gli asintomatici, torno a ribadirlo, in larga misura, ma lo ha detto anche Crisanti ed è una cosa abbastanza comune.

Poi la domanda clou finale è: cosa è successo in Veneto da settembre a marzo? Ho risposto a tutto e sto arrivando. Beh, io non so, basterebbe andare a vedere gli archivi, i Weekly Mortality e vedere dove sono i morti principali: sono in rianimazione? Sono in pronto soccorso?

Vi ricordo una cosa: io ho scritto e poi sono diventato anche inviso ai lombardi, ma credevo di aver detto la verità. Cosa è successo? Perché ancora deteniamo uno dei primati mondiali di mortalità? Credo che ci batta il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Messico, adesso ci sarà la Russia, ma è perché abbiamo trattato e non abbiamo ricordato perché vedete tanti virologi in televisione ma che ne sanno ben poco o che non lo sono, ma già nel 2002 dovevamo capire che Sars-Cov-1 era presente nel Guangdong, nei mercati degli animali vivi e i cinesi non ci avevano detto anche quella volta, almeno per sei mesi, che c'era una nuova forma con potenziale pandemico di grave sindrome respiratoria e mortalità superiore al 10%.

Cosa è successo? C'era uno sposalizio a Hong-Kong, all'Hotel Metropol, un medico canadese da Toronto va all'Hotel Metropol, incontra un suo amico che aveva preso il Sars-Cov-1 dallo zibetto, lo infetta e, dopo una settimana, 200 persone sono infettate a Toronto tra medici e infermieri. Questo era un virus nosocomiale, che si diffonde nelle rianimazioni, nei pronto soccorsi e ricordatevi quello che è successo a Codogno. A parte che la Lombardia è due volte più grande del Veneto come densità di popolazione, quindi, se succede qualcosa, può deflagrare in maniera più rapida, ma lì hanno ricoverati tutti in pronto soccorso, la medicina generale non ha funzionato, non funziona.

Quindi questa è la lezione che dovremmo trarre. Queste diagnosi le dovrebbe fare ormai il medico generale sul territorio perché oggi potremmo anche intervenire. Se interveniamo entro 48 ore con farmaci, non solo quelli specifici che avremo presto a disposizione, possiamo diciamo limitare la diffusione.

Quindi quello che è successo nel Veneto va studiato alla luce anche di quello che è successo forse prima in Lombardia. Il Veneto però vi ricordo che aveva la tradizione di questa città che aveva già vinto la peste. L'ultima

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

peste, non la prima del 1348, non quella del Cinquecento, ma quella di Seicento manzoniana, ce l'ha portata l'ambasciatore del duca di Mantova perché non l'hanno voluto mandare nell'isola del Lazzaretto, altrimenti Venezia era la prima che… quindi queste cose, la prevenzione diventa fondamentale, impariamo queste lezioni, questo voglio dire.
Tornando a lei, il Veneto non aveva smantellato per questa tradizione, anche per l'Università di Padova, i medici della peste, ve lo ricordo, il concetto stesso del contagio, Girolamo Fracastoro, laureato a Padova, aveva capito la diffusione per via aerea. Ecco, noi eravamo prontissimi in quella fase perché Vo' si è bloccato, ma si è bloccato Limena, ma poi è esploso tutto. Quindi il Veneto si è comportato in maniera diversa.
Cosa sia successo dopo penso sia materia che uno può tranquillamente studiare perché se c'è stata di più intanto (inc.) e dove sono avvenute queste…
La storia naturale del virus vi ricordo è nosocomiale: più ricoverate, più diffondete; più li passate per il pronto soccorso più diffondete. Se aprite per bontà alle case di ricovero c'è il rischio che infettiate e ovviamente chi muore, lo sapete benissimo, il rischio di mortalità è all'1,8% sopra i sessant'anni, arriva al 7-8% dopo i 70, nella decade degli 80 al 12 fino al 18%. Quindi questo è quanto, ma credo si possa individuare. Cercarlo nei tamponi io credo e soprattutto con queste dimostrazioni non lo trovo plausibile.

Presidente
Collega Ostanel.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie, Presidente.

Grazie, dottor Palù, anche perché appunto io la ritengo uno scienziato e quindi farò delle domande non per inquisirla ma proprio per ricevere delle informazioni.

Intanto la ringrazio perché ha confermato una cosa che stiamo cercando da tempo, cioè che la scelta di utilizzare i tamponi rapidi dentro i contesti ospedalieri non era la prima scelta e lei lo ha ribadito.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)

A meno che lei non lo faccia tutti i giorni. Tutti i giorni a quel punto è addirittura forse più tranquilla con quelli di terza generazione, oggi sarebbe tranquillissima.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

All'epoca, assolutamente, tanto che altre Regioni in quel periodo hanno fatto un'altra scelta.

È un tema, e avete capito prima, di cui mi sto occupando proprio perché io ritengo che una Regione debba - e in quel momento avrebbe dovuto fare - un'altra scelta per dei contesti sensibili come gli ospedali e le RSA. Ritengo, ma l'ho già detto il 4 maggio, che il tema dello studio del professor Crisanti non sia il tema.

Io, come lei, non ho una tesi per cui il Veneto è stato ridotto così con una mortalità tale per l'uso dei tamponi rapidi e basta. Ho altre idee che sto cercando di approfondire e quindi non entro nel merito dello studio del professor Crisanti. Raccolgo dalla sua audizione una

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

conferma per me importante rispetto alla scelta dei tamponi rapidi negli ospedali, che poi chiederò anche a chi di competenza e anche del perché non si è fatto appunto uno studio approfondito, alternativo che potesse davvero scegliere e far scegliere meglio dell'uso di quei tamponi in contesti così sensibili tanto che alcune aziende ospedaliere all'epoca mi contattavano anche perché alcuni medici, alcuni Primari nei loro ospedali facevano una scelta diversa perché non volevano mettere in difficoltà, in pericolo i propri operatori sanitari e i propri pazienti. Io ritengo che lì ci sia stato un errore e arriverò fino alla fine di questa Commissione per poterlo approfondire.

La domanda invece che le volevo fare era rispetto alla sensibilità di cui lei citava prima. Io, se non ho capito male, parlava di 1.441 casi testati nei fogli che citava, giusto? Dovrebbe essere lo studio della Abbott, se non sbaglio, quello che lei stava citando? Io ho un'informazione rispetto al fatto che nei bugiardini di quei tamponi in realtà il numero dei casi su cui è stato fatto un test è molto, molto più basso, in teoria quasi un terzo. Quindi la mia domanda è rispetto appunto al bugiardino, rispetto a quello studio che lei citava se sono dei documenti scientifici, quelli che lei stava citando perché se mettiamo in dubbio la scientificità di uno studio, quello del professor Crisanti, su cui io posso condividere perché sono una scienziata e ritengo di pubblicare solo quando un peer review mi ha dato l'okay, ma siccome questo non è l'oggetto della Commissione mi chiedo se quelli che lei stava citando invece sono degli studi pubblicati da una peer review e invece perché nel bugiardino di quei tamponi abbiamo, credo,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

un dato diverso, se mi conferma. Grazie.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)

Anche lei mi ha fatto tre domande. In una Regione i tamponi rapidi… Io dico che la Regione Veneto ha molti meriti e l'ho già detto. Nella scelta di tamponi rapidi sicuramente è stata antesignana, tanto che l'ha seguita il Ministero e Gianni Rezza, che adesso è Direttore del Dipartimento di Prevenzione, l'ha sempre sostenuto.

È stato alterato, non fatto… beh, vengo al problema. I 1.441 sono quelli riportati in quel report. Per quanto riguarda la sensibilità dichiarata da Abbott, le spiego qua dalla mia conoscenza come Presidente di un ente regolatorio. Per avere l'autorizzazione ad un farmaco bisogna, è l'industria che lo fa ovviamente perché ci sono decine e decine di migliaia di pazienti, bisogna dimostrare all'agenzia regolatoria che il farmaco è sicuro, efficace e ha la stessa qualità, cioè viene prodotto con le stesse caratteristiche. Ecco perché Sputnik ancora non è stato validato, i Cinesi non lasciano addirittura fare ispezioni nelle loro fabbriche.

Per quanto riguarda i test diagnostici, rientro, in Italia non sono coperti da AIFA, ma sono coperti in Germania per esempio perché la Germania ha due enti regolatori: uno è la Commissione regolatoria tipo AIFA, l'altro è il Paul Ehrlich Institut. Paul Ehrlich è un famoso scienziato ovviamente, i primi chemioterapici nascono là. Cosa fa il Paul Ehrlich Institut? Valuta le prestazioni analitiche di un test e chi gliele propone? Sempre l'industria. E come gliele propone l'industria? Con un numero di test.

Per superare la fase 3 bisogna avere almeno 15.000 controlli

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e 15.000 vaccinati, d'accordo? Fase 1 bastano…
Per un test diagnostico può bastare qualche centinaio se bene eseguito. A cosa deve rispondere? A variabilità inter-esperimento, intra-esperimento, inter-laboratorio, positive predictive value, negative predictive value, confronto con il gold star. Quindi tutti questi criteri vengono validati per esempio dal Paul Ehrlich, dopodiché ci mette il marchio CE, questo per quanto riguarda noi. In America è la FDA che li fa.
Quindi multinazionali come la Abbott… ma io credo che l'Abbott poi è collegata e daranno loro la spiegazione, quindi io non so se nel bugiardino avessero fatto 1.600, 500, a seconda della necessità. Dipende poi dalla validazione statistica se mi dà uno 0,01 per esempio che mi basta fare 50, solitamente, centinaia o qualche migliaia di test sufficienti per avere tutti questi parametri, che sono parametri standard per un test. Vengono validati, come dicevo, dall'FDA e Abbott, ha tutte e due le validazioni ovviamente perché il mercato americano è ancora il primo mercato dei farmaci, un po' meno dei diagnostici, ma l'Europa sicuramente è un mercato fondamentale per i diagnostici.
Ho detto altro? Mi aveva chiesto altro?

Presidente
C'era una precisazione.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Solo un chiarimento. Il report che lei cita, quei 1.441, dove lo troviamo?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
Eccolo qua, vuole che glielo giri visto che è una scienziata?

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Se può girarlo alla Commissione.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
Le giro il pre-print.

Presidente
Se può girarlo all'Ufficio di Presidenza, la ringrazio, dove ha ricevuto…

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
Credo che lo abbiate visto.

Presidente
Nel frattempo, ringraziando il dottor Palù, passo la parola alla collega Bigon che aveva chiesto di intervenire.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
Dopo mi dà la sua mail.
Eccolo qua, mi dia la mail, glielo giro, poi lei lo inoltra.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Magari se lo gira alla Presidente forse dopo lo giriamo a tutti.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
A chi lo mando?

Presidente
Può girarlo alla mail da cui aveva ricevuto l'invito.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
Se me la dice…

Presidente
Vengo lì io, intanto fa la domanda.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Guardi, allora due sono le cose fondamentali. Io non vorrei ritornare sulle domande delle colleghe, che ovviamente sono anche le mie e quindi in parte ha risposto. Lei giustamente diceva: "Occorre studiare nel contesto le cose". Allora, sulla base di questo, vorrei tornare, ma con una risposta molto, molto semplice e non voglio rubare altro tempo perché di fatto abbiamo capito e in parte approfondito; allora, sulla base di questo, se oggi ci sono, come lei ha dichiarato, 85-90% di asintomatici, e se, come lei dice, occorre studiare nel contesto le cose, allora ci domandiamo se ad ottobre e novembre dell'anno scorso, quando mancava la vaccinazione, quando il contesto era completamente diverso con varianti, eccetera, fosse

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

attendibile il 95% dichiarato dalla Regione di asintomatici. Giustamente poi lei diceva e correggeva o magari integrava: ma forse il 40, il 50, la media all'epoca era il 60. Il Veneto ne dichiarava 95%. Ecco, sulla base di questo, effettivamente, visto che da quello che noi abbiamo appreso e per quello che abbiamo potuto capire incide anche sul calcolo dell'RT, insomma, altro criterio molto importante ai fini anche della individuazione delle zone, perché sappiamo anche che le zone sono state individuate sulla base di determinati criteri, due molto importanti: uno l'RT e l'altro è il numero dei posti letto di terapia intensiva, 2-3 più dei 21 criteri importanti per l'assegnazione delle zone. Per cui, ecco, un chiarimento, ma molto, molto veloce su questo perché non sono riuscita a capirlo.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
Allora io ho visione dei dati globali, anche per la posizione che occupo.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Ma sulla base della sua esperienza, io credo che non possa sapere i dati.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
Su quelli regionali in quell'epoca non avevo visione, anzi venivano filtrati dall'Istituto Superiore di Sanità e poi distribuiti come tabelle, quindi la realtà non la conosco.
Per quanto riguarda l'RT, oggi usiamo l'RT sia sui sintomatici ovviamente, ma anche sugli ospedalizzati, perché possono avere oscillazioni. Adesso mi pare che siano più o

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

meno sovrapponibili, siamo con un RT di 0,8, quasi stabile ormai da tre settimane; devo dire che siamo sotto la soglia dell'1.
Ecco, ma altro non potrei dirle, insomma, perché io parlo, ne ho parlato in termini generali per quanto riguarda la biologia che conosco di questo virus e quello che causa e per quanto riguarda i dati nazionali.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Certo. Se posso precisare, ma difatti l'abbiamo capito e la ringrazio. Era, appunto, per capire se, sulla base della sua esperienza, poteva essere attendibile il dato o quantomeno il 95% nel mese di ottobre dell'anno scorso.
Al di là di questo, un'altra cosa molto importante che lei ha precisato è il fatto che non è scientifico ciò che è sperimentale, ossia non pubblicato, è appunto sperimentale. Sulla base di questo, quindi, a meno che io non abbia colto la risposta, visto che non è stato dichiarato scientifico il lavoro fatto dal professor Crisanti e, quindi, da quello che ho capito, non è stato seguito, c'è stato uno studio della Regione Veneto alternativo a questo e quello che prima inviava? Grazie.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)
Ho detto che ci sono tantissimi studi che dimostrano l'efficacia dei tamponi rapidi, addirittura vengono consigliati da enti regolatori proprio per far fronte a quei problemi perché hanno una duttilità, si possono praticare: siccome la risposta si ha in 10 minuti, adesso abbiamo amplificazione del segnale con sensibilità che è simile a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quella della PCR. Quindi si possono eseguire soprattutto lì dove temiamo dei cluster epidemici. Questa è una delle misure che veniva suggerita nell'editoriale del Lancet che non ho qua, ma che lo può facilmente reperire, per fronteggiare quello che può essere il futuro in una visione, è sempre bene essere cautelativi, quindi dire: ma adesso ci siamo vaccinati, eccetera eccetera. Però sappiamo che l'immunità viene un po' meno, quindi la mascherina, ma era suggerito ampiamente l'uso di questi test antigenici, rapidi.
Quindi, devo dire, che in questo caso il Veneto è stato antesignano nell'impiego.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
L'ultima precisazione: quanto è stato diffuso l'utilizzo dei testi di quarta generazione? Perché, se è vero che noi abbiamo utilizzato comunque soprattutto nella prima fase, della seconda parte della pandemia, quindi da settembre in poi, la prima e seconda generazione. Sappiamo che la terza e la quarta sono comunque più attendibili, quantomeno dagli studi o dalle dichiarazioni fatte un po' da tutti. Sulla base di questo il Veneto gode, appunto, della possibilità di utilizzo della quarta generazione già, da quanto ci risulta, da qualche mese, quindi dal marzo del 2021, a meno che, chiedo conferma di questo, se sa in ordine a questo utilizzo di diffusione quantomeno nel cercare di evitare il contagio, come da piano pandemico e suo aggiornamento che abbiamo avuto qua in Veneto. Grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)

Se dovessi darle un parere da medico e anche da virologo, le direi che più che adesso, l'importante è la diagnosi. Anche con l'HIV vi ricordate la guerra che è successo tra Gallo e Montagnier, che poi diedero il premio Nobel a Montagnier e se lo meritava Gallo, perché Gallo era (inc.). La diagnostica è fondamentale. Io credo che oggi, invece, siamo in un'altra fase dell'evoluzione della pandemia, dove più importante è: sì, fare la diagnosi, ma arrivare con certezza con le coperture vaccinali e, soprattutto, a intervenire entro le 72 ore, adesso, a livello di terapia domiciliare.

Io vedo questo come next step, dove noi dobbiamo dire… il problema della diagnosi credo che l'abbiamo ampiamente superato; dico della diagnosi o del tampone se volete. Quindi la quarta generazione adesso credo, ma poi sono gli altri colleghi che entreranno nel merito, quindi si riesce a fare il test molecolare adesso in tempi molto più rapidi e il sistema di estrazione è rapidissimo.

Ricordo che all'inizio, quando parliamo, diciamoci la verità, ci sono anche i problemi: l'estrazione, la conservazione. come uno fa il prelievo, in che fase c'è e poi ci deve essere anche per il test molecolare, una concentrazione minima sennò la PCR non viene positiva e poi c'è il rischio che passati quei 10-12 giorni, quello che vede il test in PCR non è più virus.

Presidente

Ci sono altre domande?

Sì, la collega Venturini.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)

Grazie, Presidente.

Mi permetta, Presidente, di fare questa domanda al professor Palù perché è un onore averlo qui presente e lo ringraziamo per la sua esperienza, per il suo intervento sapiente.

Ha dichiarato spesso il professor Palù che nessuna pandemia è mai durata più di due anni; mancano pochi mesi e ormai sono decorsi due anni. Possiamo pensare di essere arrivati alla fine, cioè di incominciare a dire che questo virus è meno pericoloso o meno presente rispetto al passato? Tenendo conto anche degli interventi futuri: che cosa ci aspetta a questo punto, anche faccio riferimento all'ultima cosa che ha detto sull'intervento in termine domiciliare, anche di intervenire entro le 72 ore. Ci sono farmaci? Guardando un po' il futuro, ecco questo le sto chiedendo professore.

Dott. Giorgio PALÙ (Presidente AIFA)

I due anni sì. Ecco ogni dichiarazione va sempre vista nel contesto. Io ho premesso il discorso dei due anni: nella storia della medicina, la storia delle pandemie, la peste è durata due anni, quando passava il vaiolo uccideva mezza Europa e regnava due anni e poi le ondate erano vere ondate perché qua parliamo di ondate. Il virus non ha mai smesso di circolare, diciamoci la verità. Duravano due anni e lo ricordo anche per tutti i virus respiratori pandemici che sono quelli influenzali, però c'è una piccola differenza: io aggiungevo sempre che è il primo virus pandemico Coronavirus che conosce l'umanità. È zoonotico e tutti i nuovi virus sono o zoonotici o trasmessi da artropodi. Stiamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

modificando l'ambiente, quindi zecche vettori, mosquito, eccetera, eccetera.

Ecco, però premettevo un'altra cosa e ricordavo quello che diceva Socrate, che poi è stato tradotto male in italiano: "So di essere ignorante", ma è "Dunque, non so" ed è difficile dirlo. Però, se ricordiamo non solo la spagnola, ma nel '57 l'asiatica, l'H2N2 nel '68, H3N2 e poi l'H1N1 nel 2009, di questo si tratta, però dobbiamo anche ammettere che avevamo una certa memoria immunitaria di questi virus perché circolavano e ricircolano. L'H1N1 è stata una pandemia non banale perché c'è stato più di mezzo milione di morti, ma i vecchi non si ammalavano perché avevano fatto i vaccini con l'H1N1 e l'avevano già conosciuto perché dal 1977 continuava a circolare.

Questo è nuovo ed è vero che tutto farebbe credere che stiamo già arrivando nella fase di endemizzazione, cioè questo virus persiste con noi e, se ascoltassi i miei amici virologi inglesi, mi dicono che questo virus è diverso perché i sintomi sono diversi, non c'è più, come una volta, la polmonite interstiziale, ma la vediamo ancora col Delta, però soprattutto in alcune classi di età è un semplice raffreddore. Insomma, il virus cerca di adattarsi perché è un parassita obbligato e, se ammazza l'ospite, elimina sé stesso, come è già avvenuto con SARS e con MERS, non perché erano sintomatici, vivaddio. Scusate se correggo queste cose, perché voi credete a quello che avete detto, no, proprio per niente, perché erano più letali e quindi certamente erano anche più sintomatici.

Ricordo anche che eravamo 4,5 miliardi nel pianeta, adesso siamo quasi 8 miliardi; si pensava all'immunità con la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vaccinazione per la tubercolosi nei paesi dell'Est e adesso vediamo che, invece, i russi si ammalano, in Africa sono vaccinati pochi milioni, un miliardo e mezzo. Ricordiamoci che in Africa l'età media è di cinquant'anni e che questo virus si è diffuso in maniera sincrona ed è arrivato anche in Antartide, per cui non ha più senso oggi che parliamo di immunità di gregge, perché quando noi abbiamo protetto noi stessi all'80%, al 90%, questo va bene e abbiamo visto per il morbillo che ci vuole almeno il 90%, ma ormai col mondo globalizzato vado in Africa e quell'1 me lo prende e mi fa ripartire di nuovo.

Quindi il problema è globale e 8 miliardi non sono i 4 miliardi; quando parlavamo anche non solo nel '68, c'erano le Comunità montane e non ci andava nessuno. Quindi, se riusciamo a indennizzarlo – e sono passati due anni – è perché abbiamo i vaccini e perché avremo i farmaci. Che farmaci abbiamo? Ve li dico, sono tre e parlo di antivirali specifici. Beh, intanto uno è il Remdesivir, che funziona: era stato studiato come inibitore di Ebola e poi della febbre di Marburg e della febbre di Lassa e funziona, ma entro le 72 ore, come tutti gli antivirali. Adesso ne avremo un altro, che si chiama Molnupiravir, che verrà presto autorizzato e che è un altro inibitore della replicazione: era stato studiato per l'influenza, ma blocca benissimo la polimerasi. Ne avremo uno di Roche, il Molnupiravir il Merck. Avremo uno di Roche che è un altro analogo. E ne avremo… scusate, ne avremo due che sono inibitori della proteasi, ma credo che nel giro di un mese due degli studi clinici di fase 3 sono già completati, sono sotto valutazione dell'EVDI e dell'EMA; l'EVDI darà per prima

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'autorizzazione emergenziale come fa sempre, l'EMA ci mette un po' di più perché da un'autorizzazione condizionata.
Quindi avremo farmaci e soprattutto di questi tre farmaci, due sono somministrarli per os, vuol dire che si possono prendere a casa.
È un'integrazione e ricordo l'aforisma di Pasteur: "Quando studio una malattia, un morbo, non mi preoccupo di come trovargli un rimedio, ma il modo di prevenirlo", quindi prevenire in medicina è sempre meglio che curare. È chiaro che però, se noi ci prendiamo un'infezione virale o perché non posso vaccinarmi o perché me la sono beccata ad andare in giro per il mondo, e intervengo entro le 72 ore, evito che quel virus dalle prime vie aeree mi arrivi nel polmone o vada in giro.

Presidente
Grazie, Dottore. Io la ringrazio anche perché so che aveva anche un altro impegno e ha ritardato per restare qui. Le auguro buon lavoro.
Faremo una pausa adesso di un quarto d'ora, perché alle 15.45 è prevista l'audizione di Abbott, quindi chiedo a tutti un po' di puntualità. Ringrazio anche i presenti che sono qui da questa mattina, che audiremo chiaramente nel pomeriggio.
Grazie e buon lavoro a tutti.

La seduta è sospesa alle ore 14.33

La seduta riprende alle ore 15.05

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Ripartiamo con la Commissione.

Ringrazio chi è rimasto qui con noi e chi è collegato adesso.

Passiamo all'audizione invece, per quanto riguarda Abbott. Ringrazio della presenza l'Amministratore Delegato, Luigi Ambrosini e la dottoressa ingegner Andrea Gonzales.

A loro come prima domanda chiederei: quali sono in qualche modo le evidenze scientifiche sui margini di errore dei tamponi rapidi nella loro evoluzione? Ringrazio e passo immediatamente la parola a chi è in audizione. Grazie.

Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)

Grazie, presidente Zottis e onorevoli membri della Commissione.

Vi ringrazio per l'invito e per questa opportunità di confronto. Sono Luigi Ambrosini, sono l'Amministratore Delegato della sede italiana del gruppo Abbott che ha acquisito il controllo dell'azienda che distribuisce i test rapidi Abbott Rapid Diagnostics.

Per questo motivo, come ha detto lei Presidente, qui con me in collegamento virtuale dalla nostra sede di Milano la dottoressa Andrea Gonzalez che invece è il Direttore Generale per il Sud Europa della Divisione malattie infettive di Rapid Diagnostics. Sarà quindi lei a rispondere alla domanda della Commissione che ci ha anticipato adesso.

Ovviamente ci riserviamo di inviarvi le risposte ad altre eventuali domande alle quali potremmo non essere in grado di rispondere oggi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente, le chiederei, se è possibile, solo cinque minuti di tempo per introdurre brevemente la società che rappresento e per inquadrare meglio lo scenario in cui operiamo.

Presidente
Certo, grazie.

Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)
Molto gentile.
Abbott è un'azienda multinazionale con oltre 130 anni di storia, una storia fatta di innovazione e trasformazione sempre ed esclusivamente nel mondo della salute. Siamo una delle aziende più longeve del settore. Dalla fondazione nel 1888 a Chicago, Abbott non ha mai cambiato nome, è sempre rimasta indipendente, ma ci siamo trasformati costantemente in un processo di crescita che l'ha contraddistinta nel tempo. Oggi Abbott è un'azienda leader globale nel mondo della salute. Siamo presenti in 160 Paesi con centri di ricerca e produzione in ogni continente ed impegniamo oltre 100.000 dipendenti per promuovere i prodotti, i servizi e tecnologie innovative nel campo della diagnostica, dei dispositivi medici e della nutrizione.
In Italia Abbott nasce nel 1949, una scelta molto coraggiosa a investire in questo Paese nell'immediato dopoguerra. La nostra è un'impronta molto nazionale. Siamo parte di un gruppo multinazionale, ma in questi settant'anni crediamo di aver dato un contributo importante al miglioramento della salute nel Paese anche sostenendo lo sviluppo del nostro

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sistema sanitario, mi lasci dire tra i migliori al mondo per equità di accesso e la qualità dei servizi che eroghiamo ai nostri cittadini con le nostre soluzioni e proposte per rendere l'innovazione non solo accessibile, ma anche sostenibile in Italia.

Il nostro impegno a fianco degli operatori del sistema e delle Istituzioni è stato particolarmente intenso ed evidente nel corso dell'attuale emergenza sanitaria in ogni Regione e ovviamente anche in Veneto. Abbott si è distinta nel campo della diagnostica delle infezioni da SARS-CoV-2. Dall'inizio della pandemia abbiamo sviluppato e introdotto nel mercato, chiaramente dopo l'approvazione EMA, ben 12 diverse tipologie di test molecolari, sierologici e rapidi, garantendo sempre forniture tempestive e continue alle Regioni e ai centri che ne facevano richiesta.

Considerate che solo nel 2020, quindi i primi mesi della pandemia, abbiamo distribuito nel mondo oltre 400 milioni di test, siamo l'azienda leader nella diagnosi delle malattie infettive da decenni. Siamo stati i primi a sviluppare il test per l'epatite nel 1972 e i primi a trovare test per l'HIV nel 1985 e dal 1984 abbiamo attivato un programma unico al mondo di sorveglianza virologica.

Eppure, Presidente, i nostri test per la SARS-CoV-2 non sono stati i primi ad essere disponibili per i laboratori in Italia durante l'emergenza. Come mai? Il motivo è legato proprio al nostro rigoroso processo di verifica della qualità che in ogni fase, dalla ricerca alla produzione, alla distribuzione del prodotto, ci impegniamo a fornire i nostri test solo quando abbiamo evidenza della loro robustezza e accuratezza. Non è un caso se il nostro primo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

test sierologico automatizzato, pur non essendo stato il primo disponibile in Italia, è stato poi quello scelto in gara dalla Commissione Tecnico Scientifica del Ministero della Salute per la valutazione sieroepidemiologica nazionale, quella, ricorderete, condotta dopo il primo lockdown. Il nostro rigoroso processo di qualità continua anche dopo la commercializzazione dei test con la verifica che le specifiche dichiarate nei nostri prodotti siano consistenti nel tempo e con l'attivazione di un sistema di sorveglianza dei fattori esterni che possono influenzare sulla performance dei test quali appunto la sensibilità e la specificità.

Per questo motivo abbiamo deciso di includere anche l'analisi delle varianti di SARS-CoV-2 nel programma di sorveglianza, nell'ottica globale di cui le parlavo prima, per verificarne il possibile effetto sui test diagnostici sia virologici, quelli a RNA ad antigene, sia quelli sierologici, gli anticorpi, effetto che a tutt'oggi non è stato riscontrato.

In conclusione e prima di entrare nel merito della convocazione devo fare una scontata ma doverosa precisazione. Siamo stati invitati a parlare delle evidenze scientifiche sui margini di errore di tamponi rapidi nella loro evoluzione. Bene, è chiaro che il nostro intervento non potrà che limitarsi a trattare dell'accuratezza dei test rapidi Abbott e in particolare riguardo del test antigenico Panbio.

A questo proposito lascerei quindi la parola all'esperta del settore, la mia collega Andrea Gonzalez, appunto Direttore generale per il Sud Europa della Divisione malattie

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

infettive di Abbott Rapid Diagnostics.
Vi ringrazio ancora per i cinque minuti concessi, Presidente, e per l'attenzione.
Prego, Andrea.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Grazie, Luigi e grazie per l'introduzione.
Buongiorno a tutti. Come potete sentire, non sono italiana. Parlo italiano, cercherò le parole giuste, di parlare il meglio possibile per far capire il nostro messaggio.
Come il mio collega ha detto, Abbott ha sviluppato il test Panbio, il test rapido Panbio di antigene per l'individuazione dell'antigene SARS-CoV-2 all'interno dell'azienda. È stato sviluppato per l'utilizzo di due principali gruppi di persone, uno per persone con sintomatologia compatibile con l'infezione di SARS-CoV-2 e l'altro per persone che hanno avuto un contatto stretto con i casi positivi, confermati positivi. Prima del lancio del Panbio, Abbott ha fatto degli studi di prestazione utilizzando campioni di questi due gruppi che ho menzionato. Questi campioni erano già determinati, sia positivi che negativi, con un sistema PCR, Real time PCR, disponibile al momento della pandemia, al momento dell'inizio della pandemia, quando abbiamo sviluppato questo prodotto. I risultati di questo studio sono di una sensibilità del 93,3%: vuol dire individuare i malati in fase di screening durante la pandemia e una specificità del 99,4% per i risultati negativi per i soggetti sani.
Vorrei parlare un po' dell'informazione che ci ha dato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'Organizzazione Mondiale della Sanità in quel momento, a settembre dell'anno scorso, dove le linee guida che loro hanno pubblicato parlano della stretta connessione tra la performance di un test antigenico rapido, qualsiasi test antigenico rapido, e la carica virale che è contenuta nel campione del paziente, rilevato nel paziente. La carica virale diminuisce con il passare dei giorni, questo credo che è già stato detto abbastanza e capito, ma vale la pena menzionare che siccome la carica virale è più elevata nei primi giorni dopo il sorgere dei sintomi: si parla da uno a tre giorni in particolare in questa fase.

Perciò la valutazione della prestazione dei test si deve considerare sempre due cose: una la carica virale nel campione e l'altra il tempo in giorni dopo il sorgere dei sintomi del paziente. Il valore, come sappiamo già tutti, più comunemente utilizzato per indicare la carica virale è il CT, il ciclo-soglia, e questo valore è una relazione inversa alla carica virale. Per questo vorrei puntualizzare che la sensibilità di un test è sempre superiore con i CT più bassi, particolarmente si parla di meno di 25 cicli in questa letteratura.

Abbott, come ha detto anche il mio collega Luigi Ambrosini, continua sempre a studiare il prodotto, a studiare anche l'evidenza scientifica disponibile in ogni punto della pandemia e Abbott ha pubblicato una nuova versione del foglietto illustrativo; in questa versione attuale noi parliamo della sensibilità del Panbio entro tre giorni e poi da quattro a sette giorni (che sono i limiti importanti secondo l'informazione che è stata pubblicata dall'Organismo Mondiale della Sanità).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Abbiamo - come riportiamo - una sensibilità del 94,9% entro i primi tre giorni e una sensibilità del 90,1% tra quattro, a sette giorni dal ricevimento dei sintomi, stiamo parlando; in più di questo abbiamo anche comunicato nel nostro foglietto illustrativo la sensibilità con il CT minore o uguale a 33 e questa sensibilità è del 98,2%; questo è importante evidenziare perché da diversi studi indipendenti si parla del fatto che sopra i 33 cicli CTI le persone non sono più contagiose. Questo è molto importante ed è anche coerente con quello che noi diciamo del nostro testo.

Continuando a parlare un po' degli studi ci sono numerosi altri studi anche pubblicati nei tempi di settembre - ottobre 2020, che hanno testato Panbio direttamente e i risultati di sensibilità ci risultano coerenti con quelli che dichiariamo, che dichiara Abbott; studi multicentrici che hanno aderito a questi due gruppi di pazienti di cui parliamo noi Abbott mostrano prestazioni anche superiori di quella che è riportato nel nostro foglietto illustrativo con una piccola variabilità. Inoltre, alcuni autori riconoscono anche il Panbio come un test in grado di individuare un ampio numero di infezioni suscettibili di trasmissione; questo è un punto molto importante per la gestione della pandemia, naturalmente.

Detto questo, è importante evidenziare anche che la variabilità di questi dati è normale, tra uno studio e l'altro per i numerosi fattori che abbiamo già menzionato e che sono inclusi nelle linee guida dell'Organismo Mondiale della Sanità. Con questo io vi ringrazio per l'attenzione e da me per ora è tutto rispondere alla domanda che ci hanno fatto.

Presidente

La ringrazio. Hanno chiesto di intervenire la collega Ostanel e il collega Zecchinato.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie, Presidente. Grazie agli auditi.

Io avevo delle domande: una, rispetto alla sensibilità e alla validazione dei test che, credo, appunto può rispondere lei.

Poi altre due domande che non so se sia lei o la persona che abbiamo sentito prima rispondere, quindi io intanto le faccio e poi per competenza risponderete chi può.

Quante determinazioni ha fatto Abbott per identificare la sensibilità dei test che sono stati venduti in Veneto? Questa è la domanda sulla sensibilità e la validazione dei tamponi che avete venduto qui.

Grazie. Poi faccio le altre due.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)

Il numero di campioni dovrei chiedere a uno dei miei colleghi per specificare, quello che noi pubblichiamo nel foglietto illustrativo: 380 campioni.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie. Io non sono uno scienziato, 380 campioni sono sufficienti? Nel senso, rispetto ad altri test che magari avete prodotto è un campione, diciamo, di determinazioni a cui ci si può rivolgere con accuratezza?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Penso che questa domanda potrebbe essere più per i miei colleghi scientifici dell'azienda Abbott, ma quello che posso dire io, per rispondere a questa domanda, è che comunque il nostro studio di validazione è stato utilizzato per avere l'approvazione degli organismi ufficiali, per dare l'approvazione per la vendita del test Panbio, quindi al momento è stato sufficiente definitivamente, sennò non avremmo potuto lanciare i test, non avremmo potuto raggiungere la marcatura CE.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie. Le altre domande, invece, sono relative alla vendita dei tamponi anche in altri Paesi, quindi gli stessi tamponi che sono stati acquistati dal Veneto, se sono stati utilizzati in altri Paesi e in altre Regioni italiane e a quanto ammonta in totale l'appalto che Abbott ha avuto in termini economici da Regione Veneto.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
La prima parte della domanda a livello globale, noi abbiamo venduto in tutti i Paesi, quasi tutti i Paesi, a livello globale, più di 500 milioni di test Panbio, lo stesso test, negli ultimi 12 mesi. Per la Regione Veneto io direi, siccome questi sono dati interni che noi non forniamo pubblicamente a questo livello, possiamo comunicare queste informazioni in una forma separata, in una forma successiva,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

però stiamo parlando di una frazione piccolissima di test che sono venduti in Veneto, proporzionalmente è talmente piccola.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie. Scusi anche Regioni italiane diceva, non solo Paesi, altre Regioni italiane?

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Assolutamente abbiamo venduto il Panbio in tutte le Regioni italiane, anche di più in altre Regioni italiane.

Presidente
Grazie. Dottoressa, mi pare che la collega Ostanel abbia concluso. passo la parola al collega Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Buongiorno. La ringrazio intanto di esser presente.
Io volevo chiedere queste cose, però la domanda un po' si ripete, però volevo conferma, cioè se i tamponi rapidi utilizzati in Veneto sono utilizzati appunto in altre Regioni, anche in altri Paesi? Lo ha appena affermato e chiedo conferma di questo; questo anche alla luce del fatto che anche sulla base lei ha citato degli studi, appunto, proprio sull'utilizzo dei tamponi e tra questi vi è anche lo studio o il cosiddetto studio del professor Crisanti, di cui abbiamo parlato stamattina, che metterebbe in evidenza la debolezza (mi passi il termine) di vostri test diagnostici e tra l'altro stamattina, nell'audizione, si parlava che con

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

questi test si perderebbero un 30% di positivi. Ecco, chiedo che considerazioni avete fatto voi su questo specifico studio e se il dato che abbiamo oggi, questo 30%, a voi risulta. Grazie.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Grazie. Penso che questa domanda è per me.
La prima parte della domanda è, sì, confermo. Assolutamente il Panbio è lo stesso prodotto che è venduto dall'inizio della pandemia in Veneto; è stato venduto globalmente in tutto il mondo, con volumi altissimi e anche venduto in altre Regioni italiane, quindi è lo stesso prodotto che è venduto dappertutto, in tutto il mondo.
La seconda parte della domanda è sullo studio del professore Crisanti, se ci risulta o non ci risulta allineato con i nostri dati. Non ci risulta coerente con le informazioni che abbiamo noi sui nostri prodotti dai nostri studi di validazione interna, ma anche da studi pubblicati da altri, da terze parti internazionali, che hanno studiato Panbio e che sono studi anche peer reviewed, studi pubblicati dalla comunità scientifica.

Presidente
Grazie, Dottoressa.
Chiede la parola la segretaria Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie. Buongiorno.
Quindi abbiamo capito che i tamponi rapidi Panbio sono stati

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

venduti in tutto il mondo, in tutte le Regioni italiane, anche in misura maggiore in altre Regioni, rispetto alla nostra che, ricordo, comunque è la Regione che fa in numeri assoluti il numero maggiore di tamponi alla propria popolazione. Ci ha anche appena detto che quindi le conclusioni di quell'approfondimento dello studio del professor Crisanti, secondo il quale il 30% dei tamponi rapidi non dava un corretto risultato, quindi dava dei falsi negativi, sono state contraddette da altri studi internazionali di review.
Se ci può spiegare meglio quali studi e cosa hanno detto i più corposi e poi, soprattutto, come azienda e voi come azienda Abbott, se avete preso qualche azione specifica nei confronti di questo studio del professor Crisanti che metteva in forte discussione quelle che erano le vostre indicazioni sulla affidabilità dei tamponi usati.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Grazie per la domanda. Noi abbiamo il listino degli studi che utilizziamo per rispondere a questa domanda, posso menzionare, non approfondire troppo la parte scientifica, perché questo compete più ai miei colleghi scientifici, ma menziono alcuni: lo studio di Alemani et al., lo studio di Perino, Amadore et al., lo studio di L. J. Krüger et al. Sono studi europei. Questi sono solo tre esempi, ce ne sono altri, naturalmente ci sono altri studi, ma solo per dire questi primi tre nel listino: tutti questi hanno studiato Panbio secondo i criteri di inclusione allineati alla nostra utenza del prodotto e hanno concluso numeri di percentuale

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di sensibilità molto vicini a quelli che riportiamo noi.
Perciò ho detto che altri studi pubblicati ci risultano coerenti, ma non lo studio del professor Crisanti.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Un'ultima precisazione, Dottoressa. Volevamo anche sapere se, come azienda, avete preso qualche azione specifica nei confronti dello studio del professor Crisanti.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Sì, è vero, grazie per precisare la seconda parte. Come ho detto, Abbott - e anche l'ha detto anche il mio collega - è un'azienda a cui importa molto, la sorveglianza e lo studio continuo dei nostri prodotti per offrire la qualità giusta ai clienti e noi abbiamo richiesto i dati dello studio del professor Crisanti, perché abbiamo sentito che c'era questo studio, volevamo studiarlo e siamo arrivati fino a lì. Non abbiamo analizzato i dati che ci hanno fornito quello che abbiamo potuto vedere e basta.

Presidente
Grazie, Dottoressa.
Ha chiesto di intervenire la collega Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Tre cose molto rapide. Uno: se gentilmente ci date la ragione sociale della società che rappresentate, che forma societaria e dove ha la sede legale; due quindi voi ci confermate perché le avevamo verbalizzate le parole del

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Direttore generale, il dottor Flor, che diceva che "a seguito dell'uscita sui giornali, della notizia di questo studio del professor Crisanti, aveva ricevuto una lettera della ditta produttrice che chiedeva lo studio", da quello che poi aveva dichiarato il dottor Flor in realtà lo studio non vi è mai stato inviato perché lo studio non esiste, diceva il dottor Flor.

Volevo capire se mi confermate che la ditta produttrice che ha fatto la richiesta formale, perché dovrebbe essere per iscritto alla Regione del Veneto, di avere lo studio è la società che voi rappresentate e se poi effettivamente lo studio non vi è mai stato inviato perché lo studio non esiste, oppure in qualche modo siete riusciti a recuperarlo e a leggerlo.

Terza domanda, che si collega con quella della vicepresidente, Brescacin, è questa: voi producete tamponi sia di prima di seconda e di terza generazione? E se sì, avete delle rilevanze scientifiche rispetto alle differenze di prestazione tra le varie generazioni di tamponi rapidi, oppure ne fate solo di un tipo, due tipi non lo so.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)

Per quanto riguarda alle nostre e mail che abbiamo fatto al dottor Flor per richiedere i dati, sì, abbiamo inviato una PEC, una e-mail PEC, il 30 ottobre per chiedere i dati quando abbiamo sentito che c'era uno studio. Il 10 novembre ci risponde l'Università di Padova dicendo che non c'è, non esiste uno studio. Il 5 febbraio 2021 Abbott scrive a Crisanti per chiedere anche i dati direttamente al professor

Crisanti e il 1° marzo 2021 ci ha risposto che i dati non ci sono stati comunicati dalle Università, ma qualcosa ci hanno inviato alcuni numeri: abbiamo ricevuto un foglio con alcuni numeri e non abbiamo potuto naturalmente ragionare su questo, sui dati dello studio.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Sì, no, solo perché non mi è chiarissimo, quindi voi scrivete al Direttore generale che vi risponde che non c'è uno studio come aveva effettivamente dichiarato; poi vi risponde anche l'Università di Padova e vi dice che non c'è uno studio; poi scrivete al professor Crisanti e non ho capito se vi manda qualcosa il professor Crisanti, cioè non ho capito poi, alla fine chi vi manda quello che dovrebbe essere uno studio, adesso non lo so.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Lo studio come tale non è mai stato inviato, a noi l'Università di Padova e il rappresentante era il dottor Flor: lui ci ha detto non esiste lo studio, ma c'è un approfondimento dei dati. Era solo una lista di dati, era l'unica cosa che abbiamo potuto vedere ma studio come tale non abbiamo visto mai.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Quindi scusi, è il dottor Flor che rappresenta Azienda Zero e non l'Università di Padova che rispetto alla richiesta dell'ottobre 2020 vi manda questi dati al febbraio 2021? I fatti si sono succeduti così? Non vorrei essere imprecisa,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

mi scusi se insisto.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Penso questo che ha detto, a marzo 2021 ci hanno risposto, noi abbiamo richiesto i dati il 30 ottobre all'Università di Padova, abbiamo avuto risposte…

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Scusi, non quindi alla Regione del Veneto, all'Università di Padova.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
No, no, all'Università di Padova.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Ah quindi come persona fisica, non come funzione okay, a Padova, okay. Ok sì, mi scusi, prego.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Noi abbiamo avuto risposta il 10 novembre, come avevo detto.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie. La ringrazio se mi risponde anche alle altre due questioni, quindi dove ha la sede legale della società, tanto per capire di cosa stiamo parlando, non per nessun altro tipo di necessità e se mi chiarisce lei o il suo collega, in riferimento ai tamponi di prima seconda e terza

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

generazione, se ci sono delle differenze che risultano invece sulla base di studi di cui disponete voi; già che ci siamo che tipo di tamponi, cioè di che generazione erano i tamponi che avete fornito alla Regione del Veneto, e non solo per la verità.

Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)
Andrea finisci la risposta scientifica e poi prenderò la parola per spiegare l'assetto societario, grazie.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Noi non abbiamo dati. Confrontando i testi delle idee delle diverse generazioni con Abbott, quindi non saprei dire di quello. Secondo la descrizione delle generazioni, Panbio entra dentro alla prima generazione se si parla della tecnologia che menziona quella circolare.

Presidente
Collega Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente, solo per capire.
Quindi non avete dati diversi o dati che emergono dalle diverse generazioni, prima seconda, terza e quarta generazione, giusto? Quindi il 90,1% di attendibilità che voi avete dichiarato è relativo a quale tipo di tampone, a quale tipo di generazione? Primo, perché credo che sia importante rispondere a questo.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Secondo…

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Sì, pensavo di aver risposto.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Mi scusi, forse non ho capito.
Prego.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Noi non abbiamo dati confrontando le diverse generazioni, Abbott non fornisce queste informazioni, non l'abbiamo fatto. Abbiamo i dati del nostro test Panbio e secondo la descrizione delle diverse generazioni nella circolare si parla di una prima generazione.
Penso di aver risposto.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie.
Per quanto riguarda invece lo studio, lei dice che dal professor Crisanti è arrivato un elenco di numeri, sbaglio? Di dati?

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
L'hanno chiamato un approfondimento scientifico.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Non ho capito… un approfondimento scientifico, quindi?

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Sì, non uno studio, uno studio ci hanno detto che non esiste.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Sì, perfetto, il dottor Flor ha detto che non esiste uno studio, ma quello che è arrivato al professor Crisanti è un approfondimento scientifico, lei lo ritiene, un insieme di dati, dei risultati, giusto?

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
L'unica cosa che abbiamo potuto vedere che quello che è stato pubblicato dallo studio che hanno letto tutti non è un…

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Va bene, ma quello che voi avete visto che è un insieme di dati l'avete approfondito, l'avete preso in esame oppure l'avete accantonato come un non studio? Grazie.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Grazie per la domanda.
No, abbiamo condiviso i dati, questa informazione con i nostri colleghi scientifici che hanno fatto un'analisi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Perciò posso dire che non risulta a noi coerente questo studio con i nostri dati e i risultati di altri studi. Ci sono numerosi studi che hanno risultati diversi allineati con Panbio.

Presidente
Va bene.
La collega Ostanel aveva due specifiche.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Mi scusi, prima avevo dimenticato due domande rispetto a se erano stati forniti dall'azienda anche dei campioni prova e se sì quanti prima appunto dell'appalto?
Poi volevo chiedere se a lei risulta che ci siano stati dei rapporti di collaborazione tra l'azienda e chiunque delle persone audite presenti qui oggi prima della fornitura.

Dott.ssa Ing. Andrea GONZALES (Amministratore Delegato Abbott Infectious Diseases Sud Europa)
Questo dettaglio non lo posso dire io perché non sono stata coinvolta all'inizio dalla Regione, ma possiamo condividerlo in avanti, successivamente.

Presidente
C'erano altre domande?
Faccia pure la sua precisazione, collega.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Chiedo appunto anche al dottor Ambrosini, la domanda rispetto ai rapporti di collaborazione precedenti a un

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

appalto credo sia importante, quindi probabilmente qualcuno dovrà rispondere o potrà rispondere. Chiedo se esistono dei rapporti di collaborazione tra l'azienda e delle persone che sono presenti oggi e che possono avere poi eventualmente anche influito nella scelta di una fornitura, perché credo sia un dato importante. Eravamo in un momento difficile, lo sappiamo tutti, però credo che questa sia una domanda importante a cui dare risposta, se non ora con dei documenti da pervenire alla Commissione. Grazie.

Presidente
Dottor…

Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)
Intanto volevo rispondere alla domanda precedente. Mi era stato chiesto qual era l'assetto societario. L'ho detto in introduzione, comunque lo ripeto volentieri. Abbott S.r.l. è l'azienda controllante di Abbott Rapid Diagnostics che è l'azienda che commercializza i test rapidi in Italia. Sono due società distinte, la sede di Abbott Rapid Diagnostics è a Milano, la sede legale, via Bartolomeo Eustachi.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
A Milano.

Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)
Milano, via Bartolomeo Eustachi 36.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente
C'erano altre domande?

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Visto che mi pare di aver capito che il dottore è quello che ha più competenze di natura societaria, rivolgiamo anche a lui la stessa domanda, se a lui risulta che ci siano state collaborazioni tra le società che rappresenta e soggetti anche in audizione auditi oggi o da audire.

Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)
No.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
No non le risulta o non ci sono state?

Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)
Non mi risulta, però sicuramente per un approfondimento recupererò questa informazione se necessario.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Sì, grazie.

Dott. Luigi AMBROSINI (Amministratore Delegato Abbott Srl Italia)
Assolutamente.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Perfetto, grazie.

Se non ci sono altre domande io ringrazio gli intervenuti per esser stati qua con noi e avere poi risposto anche alle domande.

Mi scuso per il ritardo che c'è stato e auguro chiaramente buon lavoro. Grazie.

Adesso passiamo invece al dottor Mantoan e al dottor Flor, chiaramente perché il dottor Mantoan ha seguito tutta la prima e anche in parte la seconda ondata e poi è stato invece sostituito dal dottor Flor.

Lo vediamo collegato, eccolo qui. Grazie, dottor Mantoan, ringrazio anche il dottor Flor che è qui presente, ai quali chiedo quelle che sono state le modalità di gestione dei focolai della prima ondata, seconda ondata e ad oggi.

Chiaramente poi chiedo al dottor Flor, perché in questo momento è lui il Direttore…

Chiaramente se poi ci sono i diversi protocolli chiedo l'invio al dottor Flor che ad oggi occupa la posizione di Direttore.

Lascio la parola al dottor Mantoan che ringrazio.

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)

La domanda qual è, scusi?

Presidente

Modalità di gestione dei focolai prima ondata, seconda ondata e ad oggi. Ad oggi no chiaramente perché lei non è più Direttore competente, ma nella prima e nella seconda ondata, quella che era stata inviata con la richiesta di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

audizione.

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)

Ho visto la relazione che vi ha comunicato la dottoressa Russo sia molto completa su come è stata affrontata la prima ondata. Ricordo però che qualsiasi tipo di decisione va anche contestualizzata, nel senso che noi abbiamo costituito con una delibera il 30 di gennaio l'Unità di Crisi. Siamo stati una delle forse poche Regioni che hanno costituito l'Unità di Crisi in attesa che arrivasse questa pandemia.

Sapevamo che doveva arrivare, non sapevamo come. Ricordo che in quel momento le notizie sulla pandemia sono state molto, molto scarse anche da parte degli organismi internazionali. Non ci sono state date informazioni più di tanto, abbiamo dovuto imparare in corso d'opera.

In quel momento, all'inizio l'unico test presente era il test molecolare, un test che, come è stato detto stamattina dal professor Crisanti, è stato messo a punto ai primi di febbraio e poi ricordo che nei primi mesi non si trovavano (inc.), le macchine che potevano effettuare questo test erano scarse. La capacità produttiva delle microbiologie del Veneto di poter attivare questo tampone, questo test si sono evolute nel corso delle settimane, ma all'inizio il numero di test giornalieri era molto molto basso, tanto che le prime indicazioni che ci arrivavano dal Ministero, dalla circolare del Ministero Sanità, indicazione di fare i tamponi esclusivamente al personale e ai soggetti sintomatici.

Abbiamo capito immediatamente la necessità di attivare anche il contact tracing e da questo punto di vista noi in Veneto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

siamo stati molto avvantaggiati dal fatto che abbiamo mantenuto una importante organizzazione dei Dipartimenti di prevenzione; nei Dipartimenti di prevenzione c'erano anche, abbiamo coltivato nel corso degli anni, la presenza di alcune figure, come gli assistenti sanitari che ci hanno messo in condizione di cominciare l'attività di contact tracing e all'inizio siamo anche riusciti a contenerla questa pandemia e anche siamo riusciti a controllare e a identificare i vari cluster. Abbiamo lavorato moltissimo con l'informatica perché noi in tempo reale avevamo la situazione epidemiologica, quindi un grande lavoro assieme con i Dipartimenti di prevenzione.

Ecco, io credo, che per capire bene quel periodo, secondo me, bisogna un attimino allontanarsi da questa, almeno mi pare di capire, anche da queste audizioni, abbiamo visto in parte il tema dei tamponi sì, dei tamponi no. In quel momento la necessità era di capire dove erano i cluster, capire dov'erano i casi, isolarli, mettere in sicurezza gli ospedali, fare in modo che ci fossero meno persone possibili, da questo punto di vista il fatto di avere costituito una task force centrale, il fatto di avere anche un Governo molto forte, molto presente anche sul tema delle ambulanze e dei 118, siamo riusciti a fare in modo che in ospedale arrivassero meno pazienti positivi, proprio per tutelare gli ospedali, per fare in modo che gli ospedali fossero protetti, perché sapevamo bene che il rischio, quello che si è rivelato poi, che un grande numero di malati occupassero in poco tempo i posti letto ospedalieri.

Nel frattempo ci siamo organizzati attivando ospedali Covid, ma soprattutto attivando quella procedura: malattie

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

infettive, semintensiva polmonare, Terapie intensive che ci hanno permesso nella prima fase di essere indicati come la Regione che ha governato, che è riuscita a governare meglio il tema della pandemia. Nello stesso tempo sul territorio è (inc.). Ripeto tutta una serie di attività di controllo di contact tracing e di monitoraggio sull'andamento della pandemia che ci permetteva di avere in tempo reale la situazione del territorio.

Ricordo che con Azienda Zero avevamo fatto anche un programma che ci permetteva di capire previsioni dell'andamento della pandemia e siamo riusciti comunque a non superare mai il livello critico di occupazione dei posti letto nelle Terapie intensive, anche perché comunque, non ricordo, vado a memoria, 200 posti letto, 170, 180, 200 posti letto nelle nostre Terapie intensive erano sempre occupati da pazienti che non avevano problemi di Covid, perché comunque gli infarti sono continuati, gli ictus sono continuati e tutte quelle problematiche che portavano pazienti in Terapia intensiva. Quindi noi siamo riusciti a far fronte sia nelle Terapie intensive dei pazienti Covid, sia anche a mantenere comunque aperti i posti letto e reparti ospedalieri con le patologie non Covid. Quindi è stato un lavoro di grande sinergia di tutto il sistema sanitario veneto, sia dal punto di vista del territorio, ripeto, un grande valore è stato quello di avere comunque sempre investito sui Dipartimenti di prevenzione e un grande lavoro è stato fatto a livello regionale dalla dottoressa Russo con la sua squadra, con la sua struttura regionale, è sempre riuscita ad avere un controllo molto preciso dell'andamento epidemiologico della Regione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Quindi questo è stato il segreto della buona gestione nella prima ondata. Parlo della prima ondata perché è quella di cui mi sono sostanzialmente occupato; prima ondata che ha interessato le Regioni del Nord (Veneto, Lombardia, Piemonte, Emilia Romagna) e da ottobre in poi ondata che ha toccato l'intero Paese.

Poi, in corso d'opera, venivamo a conoscenza di ulteriori informazioni: ricordo, per esempio, che abbiamo imparato in corso d'opera, che questa era una patologia che provocava trombosi. In quel momento io ero anche il Presidente dell'AIFA e si è cercato disperatamente anche di trovare delle soluzioni terapeutiche innovative per poter affrontare, da un punto di vista della terapia farmacologica, qualche arma per poter arrivare, per potere dare possibilità ai clinici di curare questa patologia, al di là dell'ossigeno. Poi sono usciti farmaci antivirali, sono state sperimentate le procedure terapeutiche come il cortisone, come altri antiinfiammatori ed è stata una continua ricerca sia da parte del mondo clinico che del mondo scientifico di modelli nuovi per poter affrontare questa patologia, che allora era sconosciuta. Oggi questa di questa patologia sappiamo tutto o quasi tutto, allora sapevamo poco e veniva scoperto di giorno in giorno.

Quindi contact tracing sul territorio, monitoraggio epidemiologico, dati in tempo reale, gestione ospedaliera, protezione degli ospedali, protezione personale e poi l'altro tema è stato il Piano di sanità pubblica che è stato fatto per poter mettere in sicurezza l'RSA, l'altro grande pericolo era quello di far *(audio disturbato)* all'interno delle RSA.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ho percorso velocemente, insomma, i punti strategici con cui si è gestita la pandemia; da un punto di vista organizzativo, credo che l'aver costituito una catena di comando corta, per cui la task force regionale, la riunione che il Presidente faceva tutti i giorni con i Direttori generali, ricordo avere un'Azienda Zero e in quel momento non si trovavano mascherine, non si trovavano respiratori, non si trovava niente perché l'intero pianeta doveva comperare dispositivi medici. A un certo punto addirittura c'è stato un periodo che mancava l'ossigeno, c'è stato un periodo in cui mancavano i farmaci anche per le Terapie intensive. Uno dei valori aggiunti è stato quello di avere Azienda Zero che faceva acquisti a nome di tutte le aziende del Veneto, quindi una Regione di 5 milioni di abitanti e quindi Azienda Zero, si poneva anche sul mercato internazionale come un interlocutore che aveva le dimensioni di uno Stato. Anche questo è stato uno dei segreti per potere, in quel momento, garantire comunque la presenza di dispositivi medici in un momento dove erano assolutamente carenti, poi i tempi sono cambiati, il mercato è riuscito a produrre ossigeno, farmaci in maniera sufficiente, ma in quei mesi sono stati mesi difficili.

Presidente
Perfetto, grazie. Ci sono domande? Vicepresidente Cecchetto.

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Dottor Mantoan, benvenuto. Io le chiedo come prima domanda se ci può spiegare bene quella polemica che era uscita all'inizio con il professor Crisanti riguardo i tamponi agli

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

studenti che tornavano dalla Cina.

La seconda domanda è: che ruolo e che rapporto aveva lei col professor Crisanti?

La terza è: perché ad un certo punto è stato necessario un coordinamento delle microbiologie del Veneto nella persona del dottor Rigoli e chi ha deciso la sera stessa del primo caso, del 21 febbraio 2020 di fare i tamponi a tutti gli abitanti di Vo'?

Intanto questo, grazie.

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)

Il 10 febbraio i tamponi ai bambini, ai ragazzi, agli studenti. Anche lì contestualizziamo quello che è successo: 30 di gennaio costituiamo la task force, primi di febbraio, in assenza ancora di precise indicazioni c'erano delle indicazioni dell'OMS che ci stiamo preparando ad affrontare questa pandemia, per il momento sconosciuta, le indicazioni che c'erano a livello di OMS che i tamponi andavano fatti ai casi sintomatici. C'è un parere del Consiglio Superiore di Sanità in quel momento è chiaro che i casi sintomatici erano quelli che avevano la carica virale maggiore e che quindi determinavano la maggiore possibilità di trasmissione del virus.

Inoltre, in quel momento la capacità di effettuare tamponi molecolari (in quel momento c'erano solo tamponi molecolari; dopo sono usciti di antigenici, i sierologici, eccetera) era molto limitata, io conservo ancora una mail del Direttore sanitario dell'azienda ospedaliera di Padova, che diceva che in quel periodo l'azienda ospedaliera di Padova era in grado di processare 200 tamponi al giorno, rispetto poi ai

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1.000/2.000/3.000 tamponi che l'azienda ospedaliera di Padova, nei mesi successivi, riuscirà a tamponare.

Io credo che nel giro di un mese e mezzo in Veneto, adesso vado a memoria, ma io credo che siamo riusciti a tamponare anche 15.000 tamponi al giorno, tamponi molecolari; in quel momento la capacità era molto ridotta, in quel momento eravamo in attesa, stavamo costruendo dei protocolli perché l'obiettivo era pronta presa dei malati, capire da dove venivano le infezioni, come si propagava, come si sarebbe propagata l'infezione e la protezione degli ospedali.

Io leggo sul giornale, quindi non ho avuto nessuna richiesta da parte del professor Crisanti che dirigeva e dirige il laboratorio di riferimento Microbiologia di Padova, è sempre stato un laboratorio di riferimento da parte della Regione Veneto, non solo certamente per la pandemia, ma prima per tutta una serie di patologie di cui ci siamo occupati, dal (inc.), a tutti i virus, della West Nile, per la serie di infezioni che abbiamo studiato nel corso degli anni precedenti.

Il laboratorio di Microbiologia di Padova diretto, fino mi pare a ottobre del 2019, dal professor Palù, ha sempre avuto un finanziamento da parte della Regione Veneto dedicato per le finalità della Regione, quindi un finanziamento dedicato, vado a memoria, circa 250-300.000 euro l'anno, a fronte del quale venivano fatti degli esami su indicazione del Dipartimento di Prevenzione quello diretto dalla dottoressa Russo.

Leggo sul giornale che di questa iniziativa, di questo professor Crisanti, fino a quel momento io non ho mai resocontato del professor Crisanti, leggo sul giornale che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vuol fare tamponi agli studenti e alla comunità cinese. Io ho scritto una lettera garbata a lui, Direttore generale dell'ospedale di Padova e all'Assessore dicendo: "Scusi, Professore…" non so se ce l'avete questa lettera, immagino di sì, "Scusi, Professore da dove salta fuori…" il concetto della lettera era: da dove salta fuori questa iniziativa e secondo quali indicazioni di sanità pubblica, nazionale e internazionale si fa questo studio?

La risposta del professor Crisanti e quindi io non ho negato nulla, ho solo ricordato che i soldi di sanità pubblica vanno usati dalla Regione Veneto secondo le indicazioni di sanità pubblica; pertanto, se l'Università di Padova e il professor Crisanti voleva fare uno studio sugli studenti cinesi di ritorno dalla Cina o in andata in Cina, lo poteva fare, ma come studio e quindi con fondi a carico della ricerca e a carico dell'Università. Non certo con i soldi del fondo sanitario nazionale che erano dedicati e destinati a un Piano di Sanità Pubblica, che in quel momento – Piano elaborato dall'unità di crisi e dai vari Dipartimenti di prevenzione - non prevedeva i tamponi agli studenti cinesi.

Il professor Crisanti mi ha risposto che non c'era nessuna indicazione internazionale e che pertanto lui avrebbe effettuato questo punto; non c'è stata nessuna, almeno dal mio punto di vista, polemica.

In quel momento, le indicazioni internazionali, nazionali e regionali erano che i pochi tamponi disponibili dovevano essere utilizzati per fare i tamponi ai sintomatici e quindi, in un momento di razionalizzazione e di poche risorse, io raccomandai che venissero usati secondo le indicazioni, in quel momento, della scienza ufficiale.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Non ho fatto nessuna polemica e non ho neanche ricevuto una risposta polemica da parte del professor Crisanti. Poi, come sapete, questa cosa è stata rimarcata da qualche giornalista da qualche giornale, per me è finita lì e non ho più avuto nessun altro tipo di risposta.
L'altra domanda qual era, scusi?

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Che ruolo e che rapporto aveva con il professor Crisanti, perché a un certo punto è stato necessario un coordinamento delle microbiologie del Veneto nella persona del dottor Rigoli?

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Io personalmente non avevo né prima del 15 di febbraio né dopo nessun tipo di rapporto col professor Crisanti. Eventuali rapporti con il professor Crisanti in qualità di Direttore della Microbiologia li aveva la dottoressa Russo in quanto responsabile del Dipartimento di Prevenzione della Regione e responsabile anche del Piano attuativo di quei fondi che venivano dedicati e destinati al laboratorio di riferimento. Quindi io non avevo nessun rapporto con Crisanti, né prima né dopo.
Il coordinamento delle microbiologie si è reso necessario quando abbiamo capito che dovevamo implementare la capacità di produzione dei tamponi molecolari. In sede di Azienda Zero abbiamo fatto transitare un paio di ingegneri gestionali, ci hanno fatto un piano, hanno sentito le singole microbiologie. Abbiamo fatto un piano di potenziamento delle attrezzature al netto che il problema

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

era la ricerca dei reattivi, quindi abbiamo fatto un potenziamento, un acquisto di nuove attrezzature in tutte le microbiologie. Abbiamo anche fatto un piano di assunzione per potenziare anche il numero di tecnici, di dipendenti delle microbiologie. Questo fu fatto da Azienda Zero ed è tutto agli atti, per poter arrivare a processare alla fine, a un certo punto, non ricordo più quando, ma siamo arrivati a processare circa 12-15.000 tamponi al giorno.

La rete delle microbiologie. La rete delle microbiologie è stata una intuizione che abbiamo inserito nel primo Piano Socio-sanitario, quello del 2012, mi sembra, è stato approvato nel 2012. Credo in maniera lungimirante allora abbiamo inserito un'unità operativa complessa di microbiologia in ogni ospedale Hub. Abbiamo costituito la rete delle microbiologie, il dottor Rigoli, Direttore della Microbiologia di Treviso in questa costruzione di questa rete, ripeto, fatta ancora nel 2012, ci è stato vicino, ci ha dato un supporto. A un certo punto abbiamo avuto la necessità durante la pandemia certamente di coordinarci con le Microbiologie ed è stato naturalmente indicato il dottor Rigoli perché era anche la persona che da più tempo collaborava, ha sempre collaborato alla presente con la Regione Veneto, anche nella costruzione di questa rete delle Microbiologie.

Quindi era fondamentale da una parte avere gli ingegneri gestionali che facevano il piano di potenziamento delle microbiologie e dall'altra avere un microbiologo che ci desse un'indicazione e coordinasse i colleghi del Veneto perché poi il nostro obiettivo era che avendo messo una microbiologia in ogni Hub, ogni microbiologia dovesse essere

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

autosufficiente nel processare i tamponi provenienti da quella provincia.
Poi l'altra domanda era chi decise di fare i tamponi agli abitanti di Vo' il 21 di febbraio, giusto? Allora il 21 febbraio fino a ottobre è iniziata la pandemia in Veneto, quel giorno ci fu una riunione, io non ero presente perché ero a Roma, c'era un CdA di AIFA, quindi mi riferisce chi era presente che fu una riunione urgente indetta dal Presidente e risulta che fu il Presidente a dare indicazioni sia di chiudere l'ospedale di Schiavonia sia di fare i tamponi a tutti gli abitanti.
Il presidente Zaia…

Presidente
Grazie, Dottore.
Collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Buongiorno, dottor Mantoan. Io avrei bisogno di un chiarimento rispetto a quanto lei adesso ha appunto detto rispetto alla circolare ministeriale secondo cui non sarebbe stato giusto fare i tamponi alle persone rientranti dalla Cina, come appunto lei aveva appreso dagli articoli di giornale, invece veniva suggerito dall'Università di Padova.
Le chiedo di citarmi eventualmente dove nella circolare questo c'è scritto perché io invece ho letto una parte che dice esattamente il contrario. Quindi siccome non sono un tecnico non so se ho sbagliato io a comprenderla perché sulla definizione di caso al punto 2 viene identificata e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quindi impossibilità di essere appunto testata una persona che manifesta un decorso clinico insolito o inaspettato, soprattutto un deterioramento improvviso nonostante un trattamento adeguato senza tener conto del luogo di residenza o la storia di viaggio, anche sia stata identificata un'altra eziologia che non spiega pienamente la situazione clinica.
Quindi mi chiedo, io ho letto la lettera che poi lei ha inviato dove dice che la spesa non poteva essere inserita appunto nella spesa corrente, ovviamente come lei ha spiegato ora; ho letto e visto tutta la questione, però mi chiedo in base a questa circolare mi sembra che si sarebbe potuto fare. Quindi la domanda che mi chiedo è: tornasse indietro, manderebbe ancora quella lettera o farebbe un'altra scelta?

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Intanto se lei rilegge la circolare capirà che non è la fattispecie prevista per gli studenti della comunità cinese. Rilegga la circolare. La circolare fa riferimento ad una situazione clinica, non al fatto di essere o non essere cinesi, primo. Quindi in quel momento veniva privilegiata la situazione clinica, cioè si fanno i tamponi a chi ha dei sintomi anche se non sono direttamente riportabili al Covid. Anche se tu hai un raffreddore era consigliato fare il tampone. Quindi la guida era la situazione clinica.
Secondo, io personalmente non credo - cerco di pesare anche le parole - non credo che per una Regione come la nostra, dove l'organizzazione è stata portata alla massima efficienza, fosse accettabile di leggere sui giornali che si

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

faceva una ricerca. Quindi io credo che noi abbiamo sempre dato spazio a qualsiasi tipo di ricerca e lo dimostra il fatto che poi il presidente Zaia successivamente ai primi di marzo ha deliberato, ha finanziato completamente lo studio di Vo'.

Se il professor Crisanti voleva un'interlocuzione, l'interlocuzione era tecnica. Se voleva la faceva con me, se voleva la faceva con la dottoressa Russo, che era la sua diretta superiore proprio in quanto lui era ed è Direttore del laboratorio di riferimento. Quindi gli eventuali processi di ricerca scientifica o gli eventuali tentativi di intuizione di come poteva svilupparsi una patologia in quel momento sconosciuta, personalmente ritengo fosse stata una cosa più opportuna che ci venisse sottoposta da un punto di vista scientifico e non averla letta nei giornali e comunque non dovete leggere solo la mia lettera, dovete leggere anche la risposta del professor Crisanti che mi dà ragione e dice che non c'è nessuna indicazione. Quindi di cosa stiamo parlando? Primo. Secondo: ragioniamo per ipotesi. Mettiamo caso che fossero anche stati fatti i tamponi agli studenti cinesi, cosa cambiava?

Stamattina il professor Crisanti vi ha spiegato che ci ha messo un anno a capire che i sintomatici trasmettevano a… rispetto a fare 30 tamponi a studenti cinesi, rispetto al fatto che il 21 sarebbe scoppiata l'inizio della pandemia con tutta la processione che poi abbiamo avuto, cosa sarebbe cambiato?

Quindi di cosa stiamo parlando? Di niente.

Le ripeto legga bene la circolare che fa riferimento ad una situazione clinica, non al fatto che uno era o non era

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

cinese o di altri Paesi e le ritorno a dire: in un contesto scientifico si parla in contesti e in modalità scientifiche, molto probabilmente se il professor Crisanti ci veniva a spiegare che voleva fare una ricerca sulla comunità cinese, come il 4 di marzo il presidente Zaia gli ha finanziato, probabilmente li avremmo anche finanziato il 15 di febbraio.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Debbo precisare. Dottor Mantoan io la ringrazio della risposta. Io semplicemente le chiedevo se avrebbe fatto una scelta diversa - e qui mi permetto di fare un appunto – perché non mi interessa molto sapere del perché lei ha risposto così, se le ha dato fastidio o meno che non sia venuto da lei e abbia parlato con i giornali, non è questo il tema. Io sto in questa Commissione d'inchiesta, tra l'altro sempre con un atteggiamento che credo sia quello di provare davvero a capire cosa è successo. La mia domanda era se, nella sua posizione, all'epoca avrebbe fatto diversamente perché, per quello che ho capito io, la possibilità di testare in quel momento i rientranti dalla Cina, quindi non sto parlando solo degli studenti, ma i rientranti, e come oggi è stato detto, rispetto alla comunità cinese che rientrava, probabilmente, però questo è quello che penso io, poteva forse fare una minima differenza.
Quindi la mia domanda era solo per questo. La ringrazio della risposta.

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Io voglio rispondere… allora io cosa voleva fare il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

professore Crisanti non l'ho mica ancora capito, l'ho letto dai giornali. Voleva fare uno studio, voleva fare un progetto di ricerca, voleva testare i sintomatici cinesi, voleva testare gli studenti di ritorno? Non lo so. Io ho chiesto con una lettera… io nella lettera ho scritto: "Dimmi cosa vuoi fare e dimmi secondo quali indicazioni di sanità pubblica", non ho ricevuto risposta.
Quindi io non so mica ancora cosa volesse Crisanti con i cinesi.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie.
L'altra domanda era relativa, invece, nel suo periodo, appunto, di competenza se riesce a raccontare, rispetto all'uso dei tamponi rapidi negli ospedali, tema che stiamo appunto affrontando durante la Commissione, in particolare anche oggi, se riesce a dire o magari a inviarci il periodo in cui sono stati utilizzati i tamponi rapidi di prima generazione, di cui appunto stiamo parlando anche oggi all'interno delle strutture ospedaliere e RSA. Grazie.

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Credo che sia contenuto, adesso io vado a memoria, ma credo che sia contenuto nella relazione che vi ha dato la dottoressa Russo, però, quello che volevo, spero di riuscire a far capire, è questo: rispetto alla seconda ondata, dove molte cose erano chiare, durante la prima ondata sono apparsi sul mercato tutta una serie di altri test, test sierologici, test antigenici, test salivari, eccetera, eccetera, che erano una alternativa ai test molecolari.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Allora vorrei che fosse chiara una cosa: il test molecolare è il gold standard, non esiste niente di più preciso nel far diagnosi del test molecolare ma come ha dichiarato stamattina il professor Crisanti. Il test molecolare è così complesso, è così indaginoso, è così preciso che non è idoneo a essere usato per far screening; uso le sue parole: "Screening di comunità va bene l'antigenico".

Quindi, noi a un certo punto, avevamo due strade: o limitarci a fare x tamponi molecolari che le microbiologie del Veneto erano in grado di fare, con tutti i limiti del caso, cioè avevamo il limite delle macchine, il limite dei reagenti, il limite del personale, a un certo punto mi ricordo a Padova che… adesso c'è il dottor Flor forse potrà essere più preciso di me, a un certo punto le macchine erano talmente sotto pressione che se ne ruppero un paio e la microbiologia si fermò, quindi c'erano anche questi problemi.

Per cercare di aumentare la capacità, gli screening per mettere sotto controllo meglio le RSA, i nostri dipendenti, per fare screening di comunità, abbiamo utilizzato anche i test antigenici e anche i test sierologici.

Ovvio che i test antigenici sono stati presentati, adesso non mi ricordo più in quale mese, marzo sicuramente, per la prima volta ed erano sconosciuti, ma voi potete fare tutti i test che volete, ma certo che il test antigienico anche di ultima generazione ha una specificità più bassa del test molecolare che è il gold standard, ma il test molecolare non è idoneo a fare gli screening, non è idoneo a fare screening.

Quindi il combinato disposto di test molecolari, di test

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

antigenici e di test sierologici che abbiamo messo in atto durante la prima ondata, al netto certamente delle minori, qui sapere se erano 70, 80, 90 o 100 credo non sia fondamentale, ma certamente era un modo per cercare di ampliare il più possibile la capacità di intercettare il virus. Fossimo stati in grado di fare 100.000 test molecolari al giorno, è certo che avremmo, forse avremmo usato 300.000 test molecolari al giorno, ma non eravamo in grado di farlo in quel momento; non so adesso.
In quel momento credo che siamo arrivati a processarne 15.000 al giorno ma era insufficiente. Pensate dovevamo testare i guariti, le circolari di allora prevedevano anche due test, dovevamo monitorare tutti i nostri dipendenti, i pazienti che entravano, i pazienti delle RSA, i dipendenti delle RSA, perché nel Piano di Sanità Pubblica che abbiamo messo in piedi allora la nostra attenzione principale era proteggere, intercettare prima possibile l'espandersi del virus all'interno. Non è che noi abbiamo usato i test antigenici in alternativa ai test molecolari, ma li abbiamo usati in aggiunta ai test molecolari.

Presidente
Va bene. Collega Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Buongiorno, Direttore, ben ritrovato, grazie per la sua disponibilità.
Volevo ritornare sul tema del 21 febbraio 2020 e sul momento in cui lei ricordava prima, in unità di crisi con il presidente Zaia e la prevenzione, all'ULSS 6 fu fatta la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

prima decisione di sottoporre a tampone tutti gli abitanti e gli abitanti di Vo'. Poiché stamattina abbiamo sentito una ricostruzione che io ho trovato quantomeno altezzosa, perché penso che se non c'era la scelta fatta il 20 febbraio di sottoporre a tampone tutti gli abitanti di Vo' non si sarebbe neppure potuta fare la seconda scelta che è stata presa dopo dalla Regione a inizio marzo, con una delibera con cui ha finanziato - e lei lo ricordava prima - il secondo giro dei tamponi Vo', se non fosse stata fatta la prima scelta, neppure la seconda sarebbe potuta venire, quindi intanto mi chiedo: rispetto a questo, ci sono altre Regioni che, in base alla sua conoscenza, hanno adottato questo tipo di decisione?

Anche perché nella seduta del 21 febbraio e nel giorno successivo, il 22 febbraio, fu firmata dal presidente Zaia e dal ministro Speranza la prima ordinanza per il Comune di Vo', con tutte le restrizioni che ricordiamo e che do per conosciute. Volevo capire cosa pensa di questo e se ci sono altre realtà che hanno fatto scelte di questo tipo nell'imminenza dei primi casi e anche conoscere meglio il fatto avvenuto successivamente quando venne pubblicato il 30 giugno 2020 sulla rivista "Nature", dove è stata fatta una pubblicazione da parte del professor Crisanti con i nomi dei suoi collaboratori, di altri medici e ricercatori dell'Università di Padova, dove non veniva inserito nessuno dell'azienda USLL 6, che era l'azienda che a me consta, e le chiedo conferma, che sia stata l'azienda che ha fatto per primo il primo giro di tamponi di Vo'. Quindi capire come se questo corrisponde al vero e cosa abbiamo fatto come Regione, cosa avete fatto come direzione sanitaria.

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)

Io penso sia conosciuto da tutti che la reazione della Regione Veneto a una pandemia sconosciuta, sia stata nella prima fase una delle migliori risposte avvenute in Europa e questo è merito del sistema, *(audio disturbato).* È indubbio che il Presidente abbia affrontato, ripeto, fin dal primo momento, quella volta ripeto io ero a Roma *(audio disturbato),* attivò immediatamente la task force, poi da quel momento in poi abbiamo passato giorni e giorni e giorni sempre sul pezzo, coordinando la complessa macchina e, in conseguenza quella riunione, furono prese delle decisioni, in particolare quella di *chiudere* l'ospedale di Schiavonia e di fare i tamponi. Furono decisioni che la storia dice che furono prese dal Presidente.

Allora io, *(audio disturbato)* si poteva *(audio disturbato)* allora, come dico, uno dei grandi meriti del Veneto è stato il modello veneto: i Dipartimenti di prevenzione, gli ospedali, la catena corta, la cabina di regia, la task force, la riunione tutti i giorni con i Direttori generali, la presenza di Azienda Zero, eccetera, eccetera. Io a Crisanti devono dare un merito: il merito di Crisanti qual è? È stato l'unico che fin dall'inizio ha avuto questa intuizione che poi è stata dimostrata dallo studio di Vo' che anche gli asintomatici erano infettivi.

Fino allo studio di Vo', l'attenzione era portata esclusivamente sui sintomatici: quindi io devo riconoscere a lui che ha avuto questa intuizione, ha fatto questa ricerca finanziata dalla Regione Veneto… poi guardi, che abbia messo… è vero che i tamponi sono stati fatti parzialmente

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dal personale, credo, della ULSS 6, anzi sicuramente, che comunque l'azienda ospedaliera di Padova è un'azienda ospedaliera universitaria integrata e il professor Crisanti è un professore universitario convenzionato, quindi lavora in nome e per conto della Regione Veneto. Che poi abbia messo i nomi di Tizio, di Caio, non abbia messo in nome di Sempronio è una vicenda che personalmente non ho neanche seguito, io non so neanche che nomi siano stati messi.

Diciamo che sicuramente lo studio di Vo' fatto dalla Regione Veneto *ha messo in evidenza che è stato uno studio* su una comunità piccola, su un cluster, come ha detto stamattina il dottor Crisanti, ha permesso alla comunità scientifica di conoscere meglio un virus che si propagava perché alcune persone si ammalano di più, alcune persone si ammalano di meno, quindi hanno capito meglio l'interazione del virus-essere umano. Poi, da febbraio/marzo le notizie erano molto frammentarie.

Ecco io questo volevo dire. Io dò a ognuno i suoi meriti: al presidente Zaia di essersi messo a capo di un'organizzazione complessa regionale e di essersi impegnato in prima persona; al professor Crisanti di aver fatto il suo mestiere di ricercatore, di avere un'intuizione che è stata confermata da questo studio.

Presidente

Grazie, dottor Mantoan.

La sentiamo a tratti, non so se è la linea o forse il microfono, che ce l'ha troppo lontano. Riesce ad avvicinarlo?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Ecco mi sentite?

Presidente
È già meglio grazie.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Le volevo chiedere un'ulteriore precisazione, che comunque ha già trattato prima: quindi, dopo l'introduzione dei tamponi rapidi, la Regione Veneto ha ridotto il numero dei tamponi molecolari che faceva prima, la seconda: la Regione Veneto, ha mai negato qualche richiesta, ad esempio attrezzature o da altre fatte dal professor Crisanti in merito al potenziamento del proprio Dipartimento per il contrasto della pandemia? Poi, sempre sullo stesso filone: per aumentare la capacità di processare i tamponi molecolari, con un piano straordinario sono state acquistate attrezzature ed arruolato un gran numero di persone, ciò nonostante, molti laboratori, compreso quello di Padova, non riuscivano a rispettare i tempi di refertazione.
Refertare i tamponi dopo 5/6 giorni secondo lei era accettabile?

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Spero di non essere stato frainteso. Io non ho detto che la Regione Veneto ha ridotto la processazione dei test molecolari, ho detto che la Regione Veneto, dopo avere potenziato al massimo la capacità produttiva della microbiologie e Azienda Zero insieme, insieme con ingegneri gestionali ,insieme con microbiologo, abbiamo fatto un piano

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

straordinario di potenziamento, sia di attrezzature che di personale, per poter implementare la capacità di processare i tamponi molecolari, quindi noi non abbiamo diminuito; in aggiunta abbiamo anche prodotto i test sierologici e quelli antigienici, in aggiunta, in più, per cercare di aumentare la capacità di intercettazione del virus e per cercare di mettere in sicurezza le nostre strutture ospedaliere e i *(audio disturbato)*, questo avevo detto. Non ho detto che abbiamo ridotto il (inc.), abbiamo portato al massimo la capacità. Ma c'è un limite che era dettato dalle macchine, cioè la processazione del test molecolare è un test molto sofisticato che impegna macchine, mezzi e uomini. Nel sierologico è molto più semplice, ve lo ha spiegato stamattina il dottor Crisanti e ha anche detto, testuali parole, che "per lo screening di comunità vanno bene i test antigenici".

Abbiamo fatto questo piano straordinario. Mi risulta che addirittura l'Azienda ospedaliera di Padova, ma qui c'è Flor, ve lo spiegherà lui, è andata a comperare in Olanda non so quale pezzo di macchina che ha permesso di aumentare la capacità produttiva del test della Microbiologia di Padova. Poi c'è stato ad un certo punto un momento per cui il numero di tamponi che venivano portati, c'è stato il momento, adesso non mi ricordo più quale, sicuramente verso metà marzo sono cominciate delle difficoltà, dei ritardi, però è una questione fisiologica. Quando ti arrivano tanti tamponi da processare poi può anche succedere che… poi mi ricordo che c'era anche un problema se erano fatti di sabato, eccetera.

Da questo ne derivò anche il piano di potenziamento di tutte

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

le Microbiologie di cui vi ho accennato prima.
Non è stato esplicitato niente a nessuno tutto quello che abbiamo potuto racimolare dal mercato. Il problema è che in quei tempi il mercato internazionale cercava i reattivi, il mercato internazionale cercava i processatori, il mercato internazionale cercava i respiratori. Quindi rispetto a una produzione limitata c'era una richiesta smisurata.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie.
Un'ultima domanda, se è possibile, le volevo chiedere se, per le sue conoscenze, il laboratorio di Microbiologia di Padova retto dal professor Crisanti sequenziava il virus all'interno del laboratorio o lo inviava ad altri istituti, non so, all'Istituto Zooprofilattico fuori Regione? Ciò che le risulta, grazie.

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
A me risulta che il laboratorio di Padova avesse strumentazioni e professionalità in grado di sequenziare il virus, così come anche l'Istituto Zooprofilattico di Padova.
Non so dirle se questa attività venisse poi delegata o demandata ad altri istituti, però all'epoca a me risultava che ci fossero sia professionalità sia tecnologia in grado di farla.
Ripeto, quello era ed è ancora il laboratorio di riferimento, la Microbiologia regionale e nel corso di 10 anni abbiamo sempre posto grande attenzione a quel laboratorio, ripeto, dedicandogli un finanziamento a funzione annuale.

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 7 del 12 ottobre 2021

Presidente

Grazie, Dottore.

Passo la parola alla collega Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Ringrazio anch'io il dottor Mantoan per la disponibilità e la pazienza di oggi.

Devo dire che condivido con lei il fastidio che si prova quando le notizie anziché venirle a sapere nelle sedi opportune si apprendono dai giornali. Noi siamo un po' abituati, magari per lei è stato più traumatico. Lo dico a lei, ma per dirlo anche all'Ufficio di Presidenza, mi fa piacere che lei citi la relazione della dottoressa Russo. Il problema che lei ce l'ha e noi no perché non c'è ancora stata inviata, almeno a noi Consiglieri di minoranza della Commissione. Quindi approfitto di questo riferimento per sollecitare l'invio di questo documento.

Adesso io vorrei stare ovviamente sul tema della Commissione di Inchiesta che non è spiegateci bene cosa ha fatto di sbagliato il professor Crisanti perché purtroppo o per fortuna non era lui che governava i luoghi delle decisioni in questa Regione durante la pandemia e quindi siamo tutti molto interessati a sapere esattamente cosa ha fatto il professor Crisanti dal 1° di febbraio 2020 ad oggi. Credo che però ai Veneti interessi un po' di più capire come mai siamo stati costretti addirittura a proposito di informazioni sui giornali a costituire una Commissione di Inchiesta per avere determinate risposte.

Ora sulla questione dei tamponi di Vo', la dico così per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

riassumerla, di cui anche su questo stiamo parlando, dottor Mantoan, di una cosa che non riguarderebbe questa Commissione se non fosse che coinvolge il professor Crisanti. Quindi porti pazienza. Io credo che la domanda che le ha rivolto la consigliera Ostanel fosse appunto non finalizzata, come invece mi sembra di intuire molto spesso domande di altri Consiglieri, a capire se Crisanti aveva ragione o meno, ma a trovare tra di noi un maggior livello di serenità e anche di approfondimento possibile capire se qualcosa ci era sfuggito.

Ora io capisco quando lei ci spiega la sua posizione molto rigorosa di allora, a fronte della scarsità di risorse sia mediche che economiche, rispetto alla richiesta del professor Crisanti di tamponare ovviamente senza motivi collegati alla situazione clinica gli studenti rientranti dalla Cina. Devo dire che mi sembrava ad oggi, a posteriori, quindi diciamo con la facilità di giudicare ex post e quindi senza trovarsi nella complicazione di dover decidere rispetto a un fenomeno sconosciuto in un momento delicato, che la richiesta del professor Crisanti di eseguire tamponi sulla popolazione rientrante dalla Cina, Paese diciamo di origine di questo virus, era tanto comprensibile quanto la richiesta del presidente Zaia di tamponare tutta la popolazione di Vo' Euganeo. Anche in quel caso non c'era la situazione clinica dei fruitori del tampone a giustificare quell'azione, quindi diciamo che le situazioni erano più o meno simili, le richieste non in linea con la situazione clinica, come prevedeva la definizione di caso. Ad una si è detto di no e all'altra si è detto di sì. Certo, un conto è se ce lo chiede il professor Crisanti, un conto è se ce lo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

chiede il Presidente, però io credo che entrambe quelle iniziative andrebbero correttamente inserite dentro un racconto che non è finalizzato a capire o a giudicare chi è più bravo o chi è meno bravo, ma cosa è stato utile o cosa sarebbe stato utile fare.

Quindi la domanda che le aveva rivolto la consigliera Ostanel era questa, io mi permetto di riproporgliela. Oggi, con tutte quelle cose che sappiamo in più naturalmente, quindi la risposta è anche falsata dalla conoscenza che abbiamo acquisito, secondo lei avrebbe potuto avere un senso così come c'è stata l'intuizione utile che ha preso il presidente Zaia - siccome continuano a chiedere conferma di questo elemento, facciamo un applauso fortissimo al Presidente - ma secondo lei, lo chiedo a lei perché aveva il quadro più complessivo, l'effettuazione ad oggi, l'idea di provare a fare tamponi sulla popolazione al rientro dalla Cina anche asintomatica ex post avrebbe potuto fornire qualche elemento in più in quella fase dove elementi non ce n'erano? Questo glielo chiedo perché davvero è una risposta che io non ho. Mi interessa sapere il suo punto di vista.

Sul resto, siccome poi le sue responsabilità rispetto alla funzione per la quale l'audiamo oggi in realtà terminano nel momento in cui inizia formalmente il periodo di indagine di questa Commissione, non ho da rivolgerle domande specifiche su fatti avvenuti in un periodo in cui lei, ovviamente, non aveva responsabilità dirette in Regione del Veneto, però, faccio anche a lei, come agli altri, la solita domanda. Solo che fatta a lei vale un po' di più perché lei, invece, è stato protagonista della cosiddetta gestione della prima ondata, dove una serie di elementi in questa Regione hanno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

funzionato meglio rispetto alla seconda.
Allora, vorrei capire, per quello che è a sua conoscenza e per quello che le è dato sapere, cos'è cambiato nella gestione o nelle caratteristiche della pandemia, dell'epidemia in questa Regione, tra la prima ondata, che è quella che ha governato lei, che pure non ha governato direttamente, ma che comunque immagino abbia seguito con una certa attenzione.
Se ci può dunque aiutare dare il suo contributo a rispondere alle domande di questa Commissione, se ci dà il suo punto di vista.

Presidente
Può accendere il microfono, dottore, perché è spento?

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Mi sentite?

Presidente
Sì, la sentiamo. Grazie.

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Allora rimango su questa storia, su questa lettera dell'11 di febbraio che a quanto pare vi appassiona molto.
Primo: lo ribadisco, io non sono a conoscenza di una richiesta effettuata dal professor Crisanti di effettuare uno studio sugli studenti cinesi, in andata, in ritorno, sintomatici o asintomatici, non c'è stata nessuna richiesta. Ho letto sui giornali di una iniziativa che non era in linea con le direttive di allora e vi ricordo che nella dialettica

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Stato-Regioni, la Costituzione italiana ha le competenze esclusive allo Stato in tema di gestione sanitaria delle pandemie. Quindi la Regione Veneto, come nessun'altra Regione in Italia, aveva e ha la potestà di scostarsi dalle direttive nazionali e internazionali.

In quel momento le direttive nazionali e internazionali dicevano che i tamponi andavano fatti ai soggetti sintomatici o che avevano sintomi riconducibili. Quindi, ripeto, non c'è nessuna richiesta in tal senso.

A una mia lettera di spiegazioni la risposta è stata: ce l'avrete, immagino, non c'è nessuna (inc.). Per cui per me la cosa è finita lì. Non c'è stata una richiesta, né prima, né dopo, di uno studio.

Diverso è il caso dello studio chiesto dal professor Crisanti dopo la vicenda di Vo', studio - oggi vi ha spiegato essere stato uno studio importante - su una piccola comunità, perché anche questa è stata una cosa positiva: se il primo caso fosse successo a Padova, sarebbe stato un po' più difficile fare uno studio così completo. È successo in una comunità piccola che ha permesso di estrinsecare delle valutazioni su come il virus stava propagando e quando hai un'intuizione nella scienza l'intuizione va studiata, va sperimentata, va confrontata ed è quello che ha fatto Crisanti a Vo'; ci ha messo un anno, quello che ci ha messo, l'ha detto lui questa mattina e poi ha tratto delle conclusioni che sono state pubblicate in una rivista scientifica internazionale, la quale rivista scientifica internazionale, come tutte le riviste, prima di pubblicare uno studio, ne valuta l'attendibilità.

Questo è quello che succede nel mondo della scienza.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Quindi, ripeto, Crisanti l'11 febbraio non mi ha fatto nessuna richiesta, né a me, né a nessun altro. Quando ha fatto la richiesta di uno studio il Presidente e la Giunta gliel'ha finanziato e i tempi sono quelli di uno studio.

Per quanto riguarda l'intervento di Vo', quello è stato un intervento di sanità pubblica, non di ricerca, di sanità pubblica. Il presidente Zaia, in quanto Presidente della Regione era, è ed era responsabile della sanità della Regione, quindi aveva tutti gli elementi e i poteri per poter disporre di un tamponamento a tappeto di cittadini di Vo' perché si era in presenza di addirittura due casi.

Quindi sono due situazioni diverse: in una si sta parlando di uno studio, nell'altra si sta parlando di interventi di sanità pubblica. Punto.

Cosa è successo nella prima e nella seconda.

La seconda ondata è stata un'ondata che ha travolto l'Italia intera; ha travolto il Veneto, tutta l'Italia. La differenza tra la prima e la seconda ondata è stato che nella prima ondata ha toccato solo alcune Regioni, la seconda ondata ha toccato l'Italia intera; credo che è assolutamente scorretto valutare il lavoro fatto dagli altri, ma credo che comunque il lavoro che è stato fatto in Regione Veneto sia stato un lavoro eccellente anche nella seconda ondata e, sicuramente l'impatto non è stato certamente diverso, anzi, dalle altre Regioni.

La seconda ondata è stata devastante per l'Italia intera, siamo riusciti a bloccare questo virus grazie ai vaccini. Abbiamo cominciato a gennaio con le vaccinazioni e noi riusciamo a venir fuori da questa disgrazia grazie soprattutto all'intervento dei vaccini altrimenti la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

pandemia avrebbe causato danni ancora più gravi.

Presidente
Collega Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, dottor Mantoan per i chiarimenti, per essere qua con noi.
Lei giustamente diceva e affermava che si è dovuto intervenire per potenziare le microbiologie del Veneto.
Allora le chiedo: com'era la situazione prima e com'è adesso in termini anche di personale, perché da quello che lei diceva, appunto, sono state assunte delle persone e anche magari acquistato degli strumenti.
Poi, faceva riferimento al Piano Socio-sanitario, se non sbaglio, me lo confermi, del 2012, dove, appunto, veniva indicata la fattibilità per una rete delle microbiologie del Veneto. Ecco, io questo non l'ho trovato nel Piano del 2012, però chiedevo conferma a lei e se effettivamente è stata costituita questa rete e quando delle microbiologie; cosa molto importante soprattutto durante la pandemia.
Intanto mi fermerei qua per dopo, magari, fare un'altra domanda su altro. Grazie.

Presidente
Grazie collega. Lascio la parola al dottor Mantoan, casomai per quella che è la situazione attuale se vuole intervenire anche il dottor Flor, perché attualmente, chiaramente, sta seguendo lui. Grazie.

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)

Il nostro laboratorio di riferimento era *(audio disturbato),* nel Piano Socio-sanitario del 2012 abbiamo messo un'apicalità di microbiologia a ogni ospedale hub, questo ha costruito, ha messo le basi per la predisposizione della rete delle microbiologie.

È ovvio che prima della pandemia il lavoro delle microbiologie era un lavoro limitato. Le malattie infettive pensavamo fossero sparite, questo non nel Veneto, per tutta l'Italia se non Europa, perfino i posti letto di malattie infettive, i reparti di malattie infettive, anche lì ne avevamo previsto uno, ogni ospedale hub, i reparti di malattie infettive erano sostanzialmente vuoti, la stessa semi intensiva neurologica, era un livello di assistenza presente solo nei pochi ospedali del Veneto, perché anche le malattie infettive polmonari erano, questo lo dice l'epidemiologia, quasi sparite.

Il fatto di avere mantenuto le microbiologie, una funzione di apicalità negli ospedali Hub e le malattie infettive con funzioni di apicalità, sempre negli ospedali Hub, ricordo che abbiamo anche previsto in qualche ospedale spoke le malattie infettive, ricordo, per esempio Santorso, è stato sicuramente una cosa non giustificata dalla situazione epidemiologica, ma giustificata dal fatto di avere prefigurato una gamma di offerta completa nell'ambito degli ospedali del Veneto, ma soprattutto nell'ambito di quella riorganizzazione che occupata in quegli anni del concetto di ospedali hub e spoke.

Quindi noi in ogni ospedale Hub e nel Veneto son 7, abbiamo previsto tutte le alte specialità e poi alcune altissime

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

specialità le abbiamo messe nei due super Hub che sono Padova e Verona.

Quindi questa è storia scritta negli atti delle leggi regionali sui piani sanitari regionali e quindi, insomma, se vuole l'aiuto a trovare queste cose dentro il piano sanitario nel 2012.

Quindi anche le stesse microbiologie avevano un'attività, adesso mi pare che poi sentirete anche il dottor Rassu credo, che è il microbiologo di Vicenza vi potrà dire lui qual era l'attività prima delle microbiologie, *(audio disturbato)* microbiologie sia malattie infettive e la Terapia intensiva sono diventate la disciplina principe.

Abbiamo fatto questo piano adesso, io non so se il dottor Flor potrà dirvi a che punto è il piano di potenziamento delle microbiologie, come per esempio quello che le posso dire è che la Regione Veneto, rispetto al panorama nazionale, è la Regione che durante la pandemia ha fatto il maggior numero di assunzioni a tempo indeterminato, potenziando un po' tutta la rete ospedaliera, la rete infermieri. Io ricordo che quando c'ero io abbiamo attivato con Azienda Zero dei concorsi per assumere anche dei tecnici di laboratorio da mettere nelle microbiologie, da mettere tutta una serie anche di figure specialistiche tecniche.

Quindi questo quello che è stato fatto ed è stato deliberato ci sono atti, ci sono concorsi per cui è indubitabile, poi questa cosa è stata fatta da tutte le Regioni, non è un caso che poi, a un certo punto, qual è stato uno dei problemi conseguenti a questa massiccia assunzione di personale, in particolare il medico ed infermieristico, che a un certo punto alcune figure professionali non l'abbiamo più viste,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

più trovate e che abbiamo su talmente tanti infermieri in tutta Italia che abbiamo svuotato l'RSA creando problemi, quindi c'è un tema programma formativo delle professioni sanitarie è importante oggi in Italia.
Quindi la Regione Veneto nel 2020 ha provveduto certamente a fare una massiccia immissione di personale nel proprio bilancio.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Dottor Mantoan, parlava appunto di rete nel Piano Socio-sanitario appunto del 2012. Il fatto dell'apicalità è diversa dalla rete, ecco perché intendevo chiarire questo passaggio, cosa che poi nella pandemia una rete delle microbiologie effettivamente è fondamentale sarebbe stato ancor di più averla avuto magari…

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Non sarebbe stato possibile se non c'erano le apicalità.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
No, va bene, ma dico la rete è una cosa diversa dall'apicalità? Solo questo chiedevo chiarimenti, appunto perché la rete è un passo successivo nessun problema. Ecco, visto che ha citato la situazione degli ospedali sia nel suo primo intervento che anche adesso, se posso, allora, con la delibera 552 - e parlo della prima fase della pandemia quando appunto lei era in Veneto come Dirigente - avevamo 494 posti di Terapia intensiva, sono stati portati a 840, di cui 786, leggo semplicemente il piano, 786 negli ospedali pubblici, 54 negli ospedali privati, sempre posti di Terapia

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

intensiva e poi, a ottobre, nel momento in cui poi lei appunto ha preso un altro incarico nell'autunno, esattamente il 20 ottobre, questi posti di terapia intensiva son stati portati col piano di attuazione a 1.000. Durante la prima fase, appunto quando lei era qua in Veneto, questi 840 posti di Terapia intensiva erano completamente attivati negli ospedali ovviamente pubblici, perché il 99%/95% negli ospedali pubblici e soprattutto il personale per quanto riguarda le Terapie intensive era sufficiente? Parlo della prima fase della pandemia. Grazie.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Sull'ordine dei lavori. Lascio la parola alla Presidente della Commissione.

Presidente
Le chiedo di poter rispondere, magari restiamo sul discorso dei tamponi, del trattamento che così la prossima volta di rifacciamo la questione dell'ospedale, ecco solo per questo.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Se posso precisare una cosa, siccome che si parlava di accesso negli ospedali giustamente e del rafforzamento poi avrei anche un'altra domanda per quanto riguarda i medici di base sul territorio, questo dato, io lo ritengo importante proprio in questa fase qua.

Presidente
È importante però, se facciamo il tracciamento dopo questa in questa fase poi faremo anche questo tipo di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

approfondimenti, non è finito qui questo dicevo comunque, oltre a questo, do un'altra informazione di servizio, in modo che ci orientiamo. Noi dobbiamo chiudere per le 6 e mezza, nel senso che dopo ho già chiesto al segretario Valente, se potevamo chiudere invece che alle 6 alle 6 e mezza. Questo va bene, però abbiamo dei tempi legati chiaramente al personale.
Se il dottor Mantoan vuole rispondere siamo qua.

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Non ho capito rispondo sugli ospedali o no.

Presidente
Sì, se ha la risposta, le chiedo comunque di rispondere, la ringrazio, credo che ce l'abbia conoscendola non penso che lei non sappia rispondere ecco, grazie dottore.

Dott. Domenico MANTOAN (Direttore Generale AGENAS)
Gli 800 e rotti posti letto di Terapia intensiva: noi all'inizio della pandemia avevamo circa poco meno di 500 posti letto. Eravamo la Regione in Italia che, rispetto alla popolazione, aveva il più alto numero di letti in Terapia intensiva. La Lombardia, avendo il doppio dei nostri abitanti, aveva circa 700 posti letto.
Quindi noi, da questo punto di vista, anche lì ci siamo trovati meglio preparati rispetto ad altre situazioni. È ovvio che, come vi dicevo prima, su 500 letti di Terapia intensiva, 202 erano costantemente occupati da patologia non Covid, quindi, di fatto i letti liberi erano poco meno di 300, quindi siamo corsi ad attivare ulteriori (inc.) in

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

qualsiasi modo, quindi, attivando letti presenti, attivando letti presenti, attivando letti di sub intensiva. Quindi in sostanza gli 850 letti, quello che è insomma.

Adesso non ho sottomano la delibera, erano letti veri, attivati con personale. Tenete presente che per mettere gli anestesisti, per mettere i medici e gli infermieri abbiamo anche chiuso gli ospedali, per cui a un certo punto abbiamo anche trasferito gli infermieri, abbiamo trasferito competenze, abbiamo utilizzato anestesisti che prima erano magari sull'ambulanza o in pronto soccorso, eccetera.

È certo che quei posti letto erano letti di emergenza attivati in tutta fretta, ma erano letti con personale, con medici e con il respiratore, quindi erano 866 posti letto veri.

Poi sono stati portati a 1.000 perché nel frattempo sono partiti con dei lavori. Abbiamo sgomberato reparti per cui alla fine i letti sono stati portati a 1.000.

Mi sembra di poter dire che non sono mai stati utilizzati tutti per fortuna e quindi da questo punto di vista il Veneto ha sempre avuto un importante margine di sicurezza, nel senso che tutti i pazienti che hanno avuto bisogno di Terapia intensiva sono stati portati in Terapia intensiva. Non si è mai verificato che un paziente non sia stato portato in Terapia intensiva perché non c'era posto. Questo è successo e credo che sia stata una dei grandi… al di là delle attività di contact tracing sul territorio la gestione ospedaliera, quella filiera che abbiamo messo in piedi e sperimentato a Padova e poi utilizzato negli altri ospedali, a Padova mi riferisco a Malattie infettive, sub intensiva pneumologica e Terapia intensiva con tre Primari, Cattelan,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Vianello e il professore di Terapia intensiva – adesso non ricordo il nome anche se ho collaborato strettamente con lui – Navalesi, scusate. Quel modello di presa in carico dei pazienti è stato un modello vincente che poi lo abbiamo anche esportato in tutti gli altri ospedali. Quindi il segreto del Veneto è stato: grande efficienza ospedaliera e grande lavoro sul territorio di monitoraggio, contact tracing e di indagine.

Presidente

Grazie, dottor Mantoan.

Ringrazio anche la collega Bigon.

Adesso, se non ci sono altri interventi poi avremo successivamente, sono qua con noi anche chiaramente il dottor Flor, Rigoli e Rassu per le altre domande, passerei all'intervento del dottor Clementi che ringrazio perché è stato con noi questa mattina e anche oggi pomeriggio. Abbiamo ritardato due volte la sua audizione.

Come inizio ho chiesto anche al dottor Clementi se poteva in qualche modo… - se può spegnere un secondo, poi le do subito la parola - una panoramica sui sistemi di tracciamento adottati dall'inizio della pandemia ad oggi, quali sono stati in qualche modo i criteri anche utilizzati per le diverse tipologie di tamponi in Italia e nel resto del mondo e le evidenze scientifiche sui margini di errore dei tamponi rapidi nella loro evoluzione, quindi quello che in qualche modo avevamo chiesto anche al dottor Crisanti e al dottor Palù.

La ringrazio, dottor Clementi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)

Grazie a voi. Grazie dell'invito.

Mi dispiace ma io non sono riuscito ad eliminare alcuni impegni che avevo oggi, quindi sono stato nella scaletta che avevate preparato.

Ho ascoltato quasi tutto. Credo che posso aggiungere poco di specifico perché, essendo forse l'unico non veneto che partecipa a questa audizione, non ho vissuto alcune fasi di cui avete trattato oggi. Ho vissuto però il processo generale che in Italia ha portato via via a una maggiore consapevolezza nei confronti di questa infezione. È chiaro che molte cose le abbiamo apprese in itinere tutti noi, anche noi virologi più agés, più esperti e alcune cose le abbiamo affrontate sulla base delle nostre esperienze precedenti e delle nostre competenze, in particolare come è stato ampiamente detto oggi il Gold Standard diagnostico in questa infezione è il test molecolare. Il test molecolare non è in grado di darci quella rapidità di azione che in molti frangenti è richiesta, per esempio in tutti i casi in cui si voglia fare una valutazione di una popolazione che ha un basso livello di positività. Ad esempio chi sbarca con un aereo, ad esempio chi lavora in un ambito non a rischio.

Recentemente tuttavia, e ci sono dei lavori principalmente pubblicati sulla rivista Lancet… - se è possibile mandare del materiale successivamente all'audizione, ho sentito che in qualche caso l'avete prospettato, potrei mandarlo - …recentemente in alcuni studi è stata fatta un'interessante valutazione che è abbastanza in linea con quello che ha appena detto il dottor Mantoan. Sì può vedere il test

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

antigenico di ultima generazione, quello che è in grado di dare le migliori risposte in maniera integrata nei confronti del test molecolare. In che modo? Il test molecolare è il più sensibile, il più specifico, quello che è il migliore dal punto di vista diagnostico, ma ha alcuni difetti, tant'è che noi diciamo non esiste il test perfetto. Un difetto, è stato ricordato anche oggi, è quello di consentire una risposta sicura dopo un numero di giorni, soprattutto quando ci sono routine di grosse dimensioni, come abbiamo affrontato in tutti i laboratori importanti d'Italia, che a volte non affittano con quella che deve essere l'attività ad esempio di un pronto soccorso, ad esempio di valutazione di personale sanitario che è in situazione di rischio perché viene a contatto con soggetti infettanti. Quindi se è così deve essere affiancato il test molecolare da test che siano più rapidi. Quella che secondo me in maniera convincente è una valutazione che si sta facendo sempre più spesso è quella di gestire le due tipologie di test, se vogliamo chiamarli così, ma sono dei test che sono finalizzati allo stesso rilievo, in maniera coordinata, quindi affrontare i diversi problemi secondo una logica razionale di sfruttamento di quello che abbiamo in mano.

Non so se questo va incontro a quello che mi era stato richiesto. Io quello che adesso vedo è che questa prospettiva è stata fatta in maniera coerente attraverso alcuni passaggi della Regione Veneto, per quello che ho potuto vedere da esterno, da lontano.

Ho sentito tuttavia un accenno di polemica e anch'io ho letto un lavoro non lavoro a cui faceva riferimento il professor Giorgio Palù, che in pratica faceva una

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

valutazione iniziale del test molecolare verso un test antigenico, credo prodotto dalla ditta Abbott e successivamente, sulla base di alcune valutazioni dei risultati, i risultati che erano abbastanza scontati perché un test antigenico dia un tot per cento di minore possibilità di rilevazione, soprattutto nei casi che hanno un carico virale basso, è abbastanza scontato. Su questa base però sono state fatte delle valutazioni che non ho trovato molto coerenti, tant'è che questo lavoro depositato in un'area di utilizzo dei dati scientifici che non va incontro a una revisione, non è stato mai pubblicato, almeno a mia informazione, in una rivista scientifica peer review e penso che se fossi stato io il revisore avrei trovato delle differenze, ad esempio, sullo studio di sequenziamento che è stato eseguito su una sotto-popolazione dei campioni discordante e discordanti ma senza spiegare come è stata fatta questa selezione sulla base delle sequenze ottenute da virus isolati, quando si sa che i campioni nel passare dal campione biologico prelevato al paziente e all'isolato in colture cellulari, ci possono essere delle mutazioni che insorgono in quel momento.

In quarto luogo, sulla scelta dei geni, adesso non vorrei entrare troppo in questioni tecniche, ma, insomma, le considerazioni che seguivano a questo lavoro, abbastanza scontato per la prima parte, mi sembravano un po' tirate per i capelli e ne ho anche preso appunto proprio per questo motivo, perché riguardava anche un aspetto che stavamo valutando nel mio laboratorio. Per il resto io non, se non ci sono domande su questo argomento, questioni diverse da sollevare se nonché la attuale linea di condotta mi sembra

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

essere, in tutto il mondo occidentale, quella di far lavorare i test molecolari insieme ai test antigenici, utilizzando questo mix bene nelle singole situazioni in cui serva.

Presidente
Grazie, dottor Clementi.
Ha chiesto la parola il collega Piccinini.

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)
Grazie, Presidente. La ringrazio professor Clementi.
Una domanda: se è possibile, ci può dire qualcosa sull'isolamento del virus fatto da lei o dai suoi collaboratori?

prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)
Dunque, noi isoliamo il virus abitualmente, lo stiamo facendo anche in questo momento, non chiaramente su tutti i pazienti. L'obiettivo negli ultimi mesi è stato quello di disporre il laboratorio dei virus di diverse varianti, perché poi le utilizziamo per testare farmaci e anticorpi monoclonali e altre cose che ci possono interessare.
Noi abbiamo isolato un virus molto precocemente, non il primo virus della Lombardia, perché non avevamo accesso ai campioni di Codogno, però abbiamo isolato, appena ci è capitato un campione clinico, è abbastanza facile isolare questo virus. Era molto più difficile, ma ci siamo riusciti ugualmente, isolare quello del 2003 perché non ci sono stati casi italiani, ma c'è stato un caso di un ingegnere che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

lavorava a Saigon, che arrivava in aereo in Italia, a Malpensa, stava già male e abbiamo isolato quel virus.
I virus sono abbastanza simili, però il Sars-Cov-2 ha una capacità di diffusione notevolmente maggiore, tant'è che ha generato la pandemia che tutti abbiamo visto, quindi questo ha reso anche più facile isolare il virus.

Presidente
Ha chiesto di intervenire la collega Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie, professor Clementi e grazie per la disponibilità.
Sempre rimanendo su questo tema le vorrei chiedere qual è il tempo normalmente necessario per sequenziare un virus.

prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)
Per sequenziare un virus dipende dalla tecnica che si sceglie di seguire.
Il tempo è pochi giorni, il tempo tecnico. Poi c'è un tempo, invece, maggiore per l'interpretazione della sequenza.
Mi spiego meglio: le tecniche che oggi si usano, che sono quelle che vengono definite Next-Generation Sequencing, sono molto efficienti e sono soprattutto in grado di dirci non soltanto qual è la sequenza del virus, ma se nell'ambito che stiamo studiando, il virus si presenta in una popolazione diversa, esistono diverse infezioni virali, ad esempio quella da HIV, quella da virus dell'epatite C, in cui un paziente non è infettato dal virus sempre uguale, ma i virus cambiano in continuazione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Questo Sars-Cov-2 non cambia così velocemente come quelli che ho citato, però, diversamente a quanto si riteneva in un primo momento che non cambiasse mai, io ricordo che ho avuto, poi ho deciso di non andare più nelle trasmissioni televisive perché alla fine si andava a litigare, ho avuto uno scontro con un mio collega, non virologo, che diceva: "Questo virus non cambia". Dico: "Guarda, vedremo che cambierà". In effetti poi si è visto che forma queste varianti, anzi è proprio la variante che genera l'ondata successiva.

Noi siamo stati infettati in Italia già da una variante, da un virus diverso rispetto a quello che si era diffuso a Wuhan a cavallo tra il 2019 e il 2020. Poi, questa variante è stata soppiantata dalla cosiddetta variante inglese, poi la variante inglese è stata soppiantata da altre varianti provenienti dal Sudafrica e dal Brasile e, infine, è arrivata la famosa variante delta, che era la più diffusiva. Questo perché? Perché il virus forma delle varianti, poi il destino di una variante è quello di avere fortuna o meno, a seconda del vantaggio che conferisce all'infezione.

È chiaro che in questa infezione il vantaggio è costituito dalla capacità di replicare.

Quindi, è questo che, secondo me, era importante, oltre all'infezione, ma a livello nazionale, a che noi l'abbiamo capito, l'hanno capito prima di noi gli inglesi che avevano già implementato un sistema di sequenziamento nazionale molto ben finanziato dallo Stato e infatti hanno replicato le prime varianti nel loro ambito, però anche in Italia una parte dei laboratori più qualificati hanno investito in questo e hanno avuto dei risultati.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie. Un'ulteriore domanda che le vorrei chiedere è se ci sono altri studi internazionali sull'efficacia dei tamponi rapidi Abbott o comunque tamponi antigenici e magari cosa dicono i più corposi di questi studi.

prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)
Sì, ce ne sono molti, poi dipende da che cosa i singoli studi vogliono mettere in evidenza, perché spesso si pensa alla sensibilità come unico elemento di importanza per i tamponi rapidi, antigenici che vengono considerati meno sensibili.
Quindi, se riesco a passare da un 75%, a un 78% già dico canto vittoria perché lo considero un risultato positivo.
In realtà, quello che sempre più si sta vedendo non è tanto, certamente anche la…

Presidente
Dottor Clementi, mi scuso, penso ci siano gli auricolari che fanno tipo da riverbero, perché sentiamo un fruscio continuo, forse magari allontanando leggermente il microfono. Sì allontanare un pochino il microfono.

prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)
Ecco, mi sentite meglio adesso?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Sì, grazie.

prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)

Sottolineare la sensibilità è importante, ma ancora più importante, e questo è stato visto con l'esperienza, perché si è visto quali sono i grandi pregi, ma anche qualche limite dei test molecolari. I test molecolari sono impegnativi, sono lenti, sono costosi anche in termini di impiego su popolazioni ampie e quindi la valutazione combinata e il risultato complessivo che si ottiene dal combinato disposto delle due metodologie utilizzate insieme. Per esempio, in una popolazione a bassa incidenza di infezione, io utilizzerei quasi sempre in prima battuta un test antigenico, perché ho il risultato subito, rilevo gli infettati e posso tenere sotto controllo quello che è un andamento dell'infezione.

È chiaro che già in un ambiente ospedaliero, se soprattutto voglio monitorare il personale, devo avere a disposizione magari entrambi i test e far seguire al risultato eventualmente negativo per confermarlo oppure per non confermarlo con un test molecolare se ha ottenuto un risultato negativo con un test antigenico; quindi, a mio avviso è più importante, ma non soltanto a mio avviso, sto dicendo quello che leggo anche su alcuni lavori internazionali. Cito un lavoro di settembre uscito sul Lancet che arriva proprio a questa conclusione, cioè il combinato uso di entrambi i test porta a un risultato migliore, sia in termini di tempo perché, ad esempio, il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

test antigenico abbrevia tantissimo il tempo rispetto al test molecolare.
Io posso prendere le misure anche su un positivo misure di profilassi e di terapia molto prima e in termini di costi e di efficienza complessiva del sistema.

Presidente
La ringrazio. Ci sono altre domande, se non ci sono altre domande, passerei alle audizioni ringraziando chiaramente il dottor Clementi.

prof. Massimo CLEMENTI (Direttore laboratorio di Microbiologia e Virologia s. Raffaele Milano)
Grazie a voi.

Presidente
Grazie. Passerei al dottor Rigoli per una panoramica di quello che abbiamo già sentito oggi, quindi, insomma, in qualche modo può darsi anche un suo parere di quella che è l'organizzazione anche delle Microbiologie, della Microbiologia in Veneto e a Treviso. Grazie, dottor Rigoli.

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
Grazie, Presidente.
Cerco di raccontare proprio anche quello che è successo nell'organizzazione in modo da capire perché siamo arrivati a certi punti. Ricordo una cosa: noi siamo partiti in un periodo in cui il molecolare lo facevamo in alcuni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

laboratori, ma con una produttività bassissima.

Devo dire che ci sono dei punti fondamentali che dobbiamo tenere presente, che il laboratorio di Padova era il centro di riferimento ed è stato sempre il Centro di riferimento, non è mai cambiato nemmeno per la rete, perché nel momento in cui veniva validata la possibilità di fare il test molecolare, per quanto riguarda il Covid SARS-2 veniva mandato il controllo di qualità, cioè Padova mandava dei campioni, noi li mettevamo su: se il test era corretto, allora avevamo la possibilità di andare avanti. Questo era organizzato così.

Per quanto riguarda la questione del coordinamento delle Microbiologie, il lavoro che mi è stato affidato è più un lavoro come dire "manuale", nel senso che praticamente c'era in quel periodo da lottare per avere i reattivi, perché vi assicuro che non riuscivamo ad avere i reattivi e quindi dovevamo coordinare nelle microbiologia anche l'arrivo di questi reattivi e anche distribuirli in maniera equa, perché in altre Regioni, dove si è lasciato un po', non si è governata questa cosa, c'erano alcune ULSS che riuscivano a accaparrarsi i test e altre invece che rimanevano completamente senza. Quindi c'è stato un lavoro, diciamo così, di coordinamento, ma in questo senso.

Devo dire che una delle operazioni che abbiamo fatto subito, che ricordo, è quella in cui abbiamo messo, a differenza delle altre Regioni, il test molecolare rapido, quello a un'ora e avevamo messo proprio, e c'è ancora questo approccio qui, per fare in modo che il paziente che arrivava al pronto soccorso non fosse ricoverato nei reparti senza una diagnosi di infezione da Covid e, quindi, questo ci è

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

servito un attimo per ridurre le infezioni all'interno dell'ospedale. Perché vi ricordo che invece da altre parti c'era la necessità di fare il tampone molecolare, quello diciamo così, classico e quello classico in realtà richiedeva 7/8 ore: quindi il paziente doveva stare lì fermo e questo creava dei problemi.

Dopodiché che cosa è successo? È successo che noi abbiamo iniziato a rafforzare le Microbiologie perché ovviamente l'epidemia ha iniziato a salire e uno dei problemi che abbiamo avuto è quello della questione del rallentamento della refertazione, cioè avevamo un tale accumulo di tamponi che ci rallentava la refertazione. Per questo abbiamo fatto due cose: abbiamo fatto il rafforzamento delle Microbiologie in termini di strumentazione e in termini anche di personale, però dovete anche considerare una cosa che non è stata detta: quando si rafforza il personale, il personale è personale particolarmente formato, quindi ci sono dei mesi in cui arriva anche il nuovo assunto, ma bisogna formarlo per fare la biologia molecolare, perché ci sono delle procedure che sono, diciamo così, particolari ci vuole una particolare attenzione e l'expertise è importante.

Quindi noi abbiamo praticamente fatto tutto questo lavoro.

Vi ricordo che, per esempio anche la soluzione del pooling, ricordate che mettevamo cinque test in una provetta, mantenendo una sensibilità e una specificità buona, ma questo era dovuto non tanto al fatto perché avevamo i pochi macchinari o poco personale, ma perché avevamo pochi reattivi, cioè i reattivi erano veramente scarsi; dopodiché è iniziata la questione… andando rapidamente, dopo mi fate delle domande, ma scorro velocemente su questa cosa. A un

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

certo punto c'è stata la possibilità di lavorare con gli antigeni di prima generazione.

Allora ricordo che il primo antigene di prima generazione che era arrivato era l'SD-biosensor, che era un test coreano, ecco, ma un'altra cosa che vorrei ricordarvi, così, sempre per tenere conto, è che noi, quando abbiamo utilizzato i test, quando sono arrivati da noi, tutti i test erano marchiati CE-IVD. Vi ricordo con la direttiva 98/'79 che è stata recepita dall'ordinamento con il decreto legislativo del 2000 nostro, per cui quando arriva un test che è marchiato così, noi lo possiamo utilizzare, non è che dobbiamo approvarlo, perché questo è il punto ed è un passaggio che poche volte viene affrontato, perché tutte le centinaia di test diversi che noi abbiamo il laboratorio devono avere questa marchiatura e noi non è che li proviamo tutti, perché questo ci dà la sicurezza che possiamo, diciamo così, utilizzarlo.

Dopodiché, effettivamente sono venuti fuori dei lavori che mettevano in discussione il test antigenico come sensibilità e se vi ricordate ne era venuto fuori uno che pubblicato sul "Journal Clinical Virology" che era stato riportato da molti, che diceva che la sensibilità era bassissima, era inferiore al 40%. In realtà se voi andate a vedere questo lavoro, che ho tenuto qua e dopo magari fa parte di tutti i lavori che vi diamo, cosa avevano fatto? Perché bisogna andare a leggere bene questi lavori, loro avevano confrontato la biologia molecolare con i campioni di antigenici, ma avevano congelato le provette.

Allora che cosa succede? Succede che se si congela la provetta e si scongela l'antigene si rompe, si degrada,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quindi diventa prevalentemente negativo anche se dentro c'è il virus. Quindi questa è una cosa che abbiamo provato congelando e scongelando e abbiam visto che effettivamente succede questo. Porto questo esempio per dirvi la complessità sulla quale ci siamo trovati.

Dopodiché, diciamo così, abbiamo iniziato con gli antigeni di prima generazione e qui è successa anche un'altra interpretazione non corretta e vi assicuro che la colpa non è di nessuno, ma come giustamente ha detto il professor Clementi, noi man mano che andavamo avanti, si imparava perché questo virus non lo conosceva assolutamente nessuno.

Che cosa è successo? Cerco di rendere semplice questo passaggio qui, ma è essenziale capirlo. Oggi hanno fatto riferimento più volte a questo argomento.

Noi abbiamo detto che il CT, il ciclo di amplificazione, è in relazione alla carica virale. Più basso è il ciclo più virus ho perché mi bastano pochi cicli per avere la positività; più alti sono i cicli per rilevare la positività ovviamente meno è il virus. Come avete sentito stamattina sopra il 33 probabilmente sono pezzi di virus.

Che cosa è successo? È successo questo, che spesso è stata fatta la comparazione tra la biologia molecolare e i test antigenici senza tenere conto del ciclo perché a questo punto capite bene che se un ciclo è elevato e si va a 35 di ciclo quello è un pezzo di virus che non si replica, per cui se il test antigenico è negativo e la biologia molecolare positiva viene calcolato come falso negativo, ma in realtà clinicamente non fa dei danni. La discussione qui è di dire: ma quanti danni abbiamo fatto utilizzando questi test rapidi?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Un'altra cosa che va tenuta in conto, questo è un altro passaggio da memorizzare, è questa. Qui ho portato dei lavori, ma ce ne sono parecchi, per vedere se il virus effettivamente si replica o sono dei pezzi di virus, perché ovviamente se io faccio un tampone e mi viene negativo con l'antigienico e mi viene positivo invece col molecolare la cosa più importante è andare a vedere se questo virus vivo o è morto. Se è vivo allora vuol dire che è un falso negativo e faccio un danno, ma se è morto non faccio… perché ricordo che la biologia molecolare quando amplifica dà positività anche quando c'è un pezzo diciamo di RNA e il virus è morto.
Che cosa hanno fatto questi lavori? Questi lavori hanno dimostrato… semplicemente hanno preso i campioni, hanno fatto la biologia molecolare, hanno fatto l'antigienico e poi hanno preso i campioni e li hanno seminati, come avete sentito prima che fa il professor Clementi, li seminano in cultura. Se il virus è vivo cresce in cultura perché mette un semino, è vivo e cresce, se è morto non cresce in cultura. Inoltre per maggiore sicurezza, per vedere se il virus è vivo o morto veramente si è aggiunta un'altra indagine che si chiama ricerca dell'RNA sub genomico, che è l'RNA che è presente quando il virus si replica e quella ricerca è stata fatta con la biologia molecolare.
Cos'è che è emerso? È emerso che se noi andiamo a vedere e prendiamo i vari campioni, noi vediamo che dopo il decimo giorno dall'inizio della sintomatologia è presente solo, diciamo così, la ricerca della PCR normale mentre il culturale e il sub genomico è negativo.
Adesso la cosa è un po' magari complicata, però immaginate che dopo il decimo giorno il virus non si replica più.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Questo perché? Perché c'è un'altra variabile, diciamo così, che subentra nel confronto tra la biologia molecolare e l'antigene. Quindi abbiamo detto il CT… ma abbiamo detto anche il pezzo di virus e il virus se è vivo o se è morto. L'altra questione è questa… vi dico tutte le variabili perché non è semplice. L'altra variabile è questa, che il virus si moltiplica nel giro di poche ore e arriva da bassa carica a esponenziale. Quindi qualche volta è successo che abbiamo fatto il test antigenico che era negativo, il paziente dopo inizia a stare male, fa la biologia molecolare e diventa positivo e quella situazione viene calcolata come diciamo discrepanza di risultato. In realtà per avere la discrepanza del risultato bisogna fare l'antigene e in quel momento il molecolare e poi ripeterlo.

Siccome io penso che questo tipo di incontro serva per capire quello che è successo e anche per cercare di mettere in atto ulteriormente delle indagini che servano a queste pandemie, perché adesso abbiamo avuto questa, purtroppo potrebbe accadere fra anni, speriamo di no, però noi dobbiamo imparare il più possibile da quello che è successo per non sbagliare. Quindi praticamente per fare il confronto corretto bisogna fare questo tipo di valutazione e diciamo che nei lavori che sono venuti fuori, che mettiamo a disposizione, è venuto fuori che se noi stiamo attenti a questi parametri e li confrontiamo in maniera corretta allora vediamo che la sensibilità e la specificità del sistema, soprattutto la sensibilità è un sistema che è un sistema che è accettabile, che è utilizzabile per fare la diagnosi in caso di pandemia.

Poi c'è la questione delle varie generazioni. È arrivata la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

prima generazione, noi subito abbiamo lavorato per studiare la seconda, la terza generazione e la quarta generazione tanto che la quarta generazione, per dire, ad esempio a Treviso ha iniziato qualche mese fa e siamo già di routine. Qual è però il problema? Ve lo dico proprio tecnico qual è il problema di quelli della quarta generazione? Quarta generazione costano poco, sono più semplici, ma intanto devono andare in laboratorio e il grande vantaggio è che vanno sugli strumenti che sono nelle catene, però questi vanno centrifugati e quindi - vi dico i problemi tecnici che devono essere affrontati - le provette che venivano utilizzate per il tampone non entravano nelle centrifughe. Quindi abbiamo trovato, abbiamo dovuto lavorare in modo di organizzare le provette con dimensione per poter… e adesso credo, poi il dottor Rassu ci dirà il punto della situazione, ma credo che siamo assolutamente sulla buona strada perché poi questo ci permette di fare delle quantità più elevate.

Diciamo che qui ci sarebbero tante cose da dire, che ho sentito e che vorrei raccontarvi, però noi ci siamo organizzati in questo in questo modo qui. Per quanto riguarda la questione della rete della microbiologia, la verità è che noi abbiamo proprio lavorato in rete perché noi ci riunivamo una volta alla settimana per un certo periodo e ci confrontavamo, non c'era un… io coordinavo, ma coordinavo nel senso che mettevo assieme tutti quanti e raccoglievamo le idee, questo era fondamentale perché in un contesto come quello che abbiamo vissuto, c'era la necessità di raccogliere qualsiasi strategia per migliorare, tanto che poi, e secondo me è importante, noi abbiamo prodotto un

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

documento il 25 gennaio 2021 che è firmato da tutti i componenti della rete. Questo documento è firmato anche dalla dottoressa Rossi che lavora dal professor Crisanti. Premetto che, ripeto, e lo ripeto all'infinito che, comunque Padova è rimasto il centro di riferimento e, comunque, quando facevamo le riunioni, alle riunioni erano invitate tutte le Microbiologie e alle riunioni c'era la dottoressa Rossi. Praticamente questo è un documento che raccoglie le indicazioni di che cosa? Dell'OMS e dell'ESCMID, dei documenti europei che indicavano quando fare gli antigenici.

Inoltre, secondo me, è importante un documento che qua vi ho portato, che è la lettera che è stata firmata da tutte le società scientifiche in Italia, cioè sono sei società scientifiche che rappresentano i lavoratori di tutta Italia e a un certo punto qui che cosa si dice? Si dice: è noto - questo vale per tutti, ma compreso anche noi e lo ribadiamo e lo ripetiamo - che la biologia molecolare rimane il gold standard in assoluto.

Se noi abbiamo cercato delle alternative, le alternative le abbiamo cercate perché a un certo punto noi avevamo raggiunto veramente il massimo della produttività che potevamo ottenere nei nostri laboratori. È vero, prima sentivo, sono saltati degli strumenti, a Treviso ha preso fuoco uno strumento della biologia molecolare, perché gli strumenti della biologia molecolare non sono adatti, non sono nati per fare routine a elevata produttività, come ci siamo trovati a fare.

Per esempio, vi dico che a Treviso avevamo una produzione, prima della pandemia, di 3.700 test in biologia molecolare all'anno e ci siamo trovati a raggiungere punte di 4.000

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

test al giorno. Quindi ci siamo trovati in grande difficoltà.

Comunque la lettera, diciamo il documento firmato da tutte le società scientifiche dice: "È oggi noto come la sensibilità dei test antigenici sia inferiore rispetto ai test molecolari, considerato tuttora il gold standard della diagnosi. La sensibilità diagnostica appare inferiore in pazienti con bassa carica, mentre è sufficientemente alta in soggetti con alta carica virale, ovvero nelle fasi iniziali dell'infezione, quando la capacità di diffusione del virus è massima".

Quindi, questo perché, giustamente, noi dobbiamo capire se e quanti ne abbiamo persi di soggetti positivi ai quali noi abbiamo dato il test negativo con l'antigienico.

"Appare evidente, quindi, come la rapidità di risposta e la possibilità di applicazioni su grandi numeri siano i fattori determinanti per un'azione tempestiva ed efficace su larga scala, quando le azioni di screening sono mirate a identificare e isolare i principali diffusori di virus".

Quindi praticamente anche questo documento si concentra sul fatto di prendere in considerazione il fatto di utilizzare gli antigenici.

Noi abbiamo proposto nel documento quando usare gli antigenici, quando usare i molecolari, però quello che ribadisco è il fatto che noi non abbiamo abbassato la guardia sui molecolari, l'abbiamo sempre tenuta alta e abbiamo aggiunto gli antigenici e questo ci ha permesso, ovviamente, di poter screenare una popolazione più ampia.

Ecco, io mi fermerei qui e magari aspetto le domande.

Presidente

Grazie dottor Rigoli.

Ci sono domande?

Sì, collega Venturini.

Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)

Grazie, Presidente.

Intanto un ringraziamento al dottor Rigoli, perché come dice il presidente Zaia è sempre reperibile il laboratorio, quindi deve essere uno stakanovista.

Mi domandavo questo: quand'è che si arriverà ai test fai da te?

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)

Non sono più stakanovista come una volta, perché mi sono arrivati i segnali da sopra che forse è meglio rallentare un pochettino.

Per quanto riguarda i test io adesso occupo un'altra posizione, che è nell'ambito del sociale. Tuttavia, così seguo per interesse, ma poi il dottor Rassu magari può essere più utile; seguo quello che sta accadendo a livello europeo e quello che noi abbiamo, praticamente, visto è che in Germania e in Austria già utilizzano i fai da te.

Un'altra cosa che mi sono dimenticato di dire che però è importante. Tenete conto che il fai da te, che è il tampone, vi ricordate quello nasale, che si fanno cinque giri a livello di narice, questo ormai è prodotto da importanti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

aziende internazionali e se voi andate a vedere la sensibilità del metodo, vedete che stesso reagente, stessa saponetta di prima generazione ma, fatto a livello nasale, il test aumenta in sensibilità; questo probabilmente perché la concentrazione dell'antigienico presente nel naso probabilmente è alta.
Vi ricordo che per il molecolare, invece, bisogna andare nel retrofaringeo, dando un po' di disturbo al soggetto che viene fatto. Quindi spero che si affronti anche questo problema.

Presidente
Grazie, Dottore.
Collega Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, dottor Rigoli, non solo per la presenza ma anche per la pazienza, visto che, come noi, è qua da questa mattina.
Quindi le farò tre domande veloci, spero che siano veloci.
La prima è questa: sappiamo che - ne abbiamo parlato lungamente oggi - la Regione del Veneto fin dall'inizio di quella che potremo definire la seconda ondata, cioè dall'inizio di settembre da quando cioè, come ci hanno confermato oggi anche altri auditi, si era intuito che stava arrivando la seconda ondata, che avrebbe avuto impatti pesanti e che verosimilmente la possibilità di processare tutto con tamponi molecolari non sarebbe stata sufficiente, dicevo fin dall'inizio della seconda ondata la Regione del Veneto decide di investire una quantità ingente di risorse nell'acquisto di test rapidi e lo fa attraverso il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

meccanismo dell'affidamento diretto, in virtù sia delle procedure straordinarie garantite sia ad Azienda Zero che al Commissario straordinario per la salute, cioè il presidente Zaia, sia per l'urgenza della situazione.
Quindi, sulla base di tutte queste valutazioni, con alcuni atti formali di Azienda Zero, dicevamo, la Regione decide di ordinare e di conseguenza acquistare una quantità rilevante di tamponi rapidi dalla società Abbott che abbiamo audito precedentemente.
In una, ma in alcune di questi atti lei, come coordinatore delle unità operative di microbiologia dell'Azienda Sanitaria della Regione del Veneto, definisce idonei i test rapidi offerti dalla Abbott.
La domanda è sulla base di quali evidenze scientifiche, studi riscontri lei ha certificato l'idoneità di questi test e in riferimento a quali parametri?
Quindi questa è la prima domanda.

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
Posso rispondere?

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Come preferisce. Prego.

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
Rispondo alla prima.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Guardi la questione è questa: noi non abbiamo fatto dei test di idoneità perché, come dicevo prima, il test Abbott aveva la marcatura CE-IVD, quindi praticamente poteva essere utilizzato senza validarla, nessuno doveva validarlo, tanto meno, ecco, questa è un'altra cosa che posso dire, io non ho mai avuto la funzione di validare un test, magari provarlo, diciamo così, se era complicato, non era complicato, ma la validazione del test non potevo farla perché non avevamo neanche la possibilità e la struttura per farlo.

Tuttavia, e quindi questi sono test, tutti i test che abbiamo preso, questo va chiarito, sono tutti marcati CE-IVD, quindi praticamente per il mercato. Come si arriva qui? Forse le persone più idonee sono quelle che hanno fatto la parte burocratica-amministrativa dell'acquisto del test, però le posso rispondere questo: il test all'epoca noi avevamo la Sdbiosensor che costava 12 euro. In quel momento lì, tra l'altro, avevamo grande difficoltà di reperimento del materiale e davano pochi antigeni e c'era la difficoltà a reperirli.

La Abbott aveva, diciamo così, offerto a 4,50 euro, se ricordo bene. Quindi diciamo così: che la mia definizione era solamente che era idoneo, che li abbiamo approvati, ma li abbiamo approvati non per validare la sensibilità e la specificità. Contemporaneamente, però, devo dire questo: noi siamo andati a vedere i dati, perché vi devo dire questo che all'epoca, quando arrivavano al pronto soccorso, se vi ricordate, si facevano gli antigenici e la biologia molecolare, l'antigienico avevamo deciso questo e si è rilevato poi vincente perché, come avete sentito, è la strategia più giusta, nel senso che, se tu devi praticamente

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tenere là il paziente, se l'antigienico è negativo, tu hai una buonissima percentuale di possibilità che sia negativo e quindi si faceva in quell'epoca sia l'antigienico che il molecolare e lì noi non facevamo altro che andare a controllare i dati che prevenivano, che erano registrati dal pronto soccorso e lì abbiamo visto la sensibilità e la specificità del metodo, ma non è servito - questo è importante chiarirlo - per validare il sistema, perché non abbiamo validato perché la validazione è il marchio CE-IVD.

Presidente
Facciamo subito rapidamente per i tempi che ci siamo dati, la ringrazio.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Perché in realtà la delibera dice che i test rapidi sono risultati idonei sotto il profilo tecnico, come da nota protocollata numero… nel caso chiedo alla Presidenza che sia messo agli atti, se per lei va bene, di poterci essere trasmessa questa nota protocollo n. 1994/2020.

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
Sì la conosco.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Se lei è d'accordo noi chiediamo che sia acquisita, in modo che quindi lei, mi dice, mi ha appena confermato che abbiamo speso un 1.260.000 euro per l'acquisto di 280.000 test

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

antigenici di prima generazione a un prezzo competitivo, lei l'ha definito. Ovviamente nella delibera non ci sono i prezzi delle altre offerte ma c'è la conferma del prezzo che citava lei quindi a 4,50 euro e sulla base della disponibilità per questo prodotto del marchio CE-IVD. La seconda domanda…

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
No, scusi, Dottoressa, bisogna andare a vedere se perché io non ricordo, ma bisogna vedere gli atti dell'Azienda Zero che son stati non ricordo se fossero tutti Abbott, credo che non fossero tutti Abbott, però direi che possiamo recuperare tutti i dati.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Io non sto parlando del bando di gara, io sto parlando di affidamenti diretti.

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
Dottoressa, allora credo che non sia, ma lo vediamo, noi abbiamo praticamente fatto cercando di reperire il più possibile dal mercato, dalle varie ditte, perché le ditte non erano, non ce ne davano a sufficienza.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Ci sono una serie di delibere che riguardano, diciamo, il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

bando di gara, fatto da diversi…

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
Io quello che voglio dirle è questo che la parte diciamo amministrativa sì, io la conosco fino a un certo punto perché al di là di questa vicenda non ho seguito la parte di aggiudicazione.

Presidente
Teniamo magari la domanda per quando viene…

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Io volevo solo capire sulla base di quali elementi tecnici erano stati dichiarati idonei quei tamponi.
Poi una seconda domanda: nel novembre del 2020 lei annunciava la predisposizione sul mercato di un tampone "fai da te", quello provato direttamente in diretta televisiva dal Presidente. Volevo capire che fine ha fatto quella sperimentazione se è una metodologia diagnostica attualmente utilizzata, da chi è prodotto…

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
No, allora guardi. Dunque intanto nel frattempo che cosa è successo? È successo che questi prodotti sono più di uno perché uno è sicuramente la Siemens, che credo sia quello che utilizza forse la Germania in questo momento e l'altro

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

non ricordo Hotgen anche quello poi ha fatto la sua strada in Europa, in Italia non è passato perché, come lei sa, il "fai da te" non è stato praticamente accettato per una questione di tracciabilità del sistema.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Ma quindi rispetto a quella sperimentazione che avevate concluso nel 2020, quel tipo di impegno è rimasto lì.

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
È rimasto lì perché come sapete il Ministero…

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Perché lei capisce che ne siamo nel pieno della seconda ondata a contenere il virus, i contagi e abbiamo dei numeri di decessi molto rilevanti e i Dipartimenti di microbiologia sono impegnati nella sperimentazione di un test fai da te, che però da quello che lei ci dice in realtà…

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
No, Dottoressa, però ho capito la questione, allora il test è praticamente il test di prima generazione a saponetta che il "fai da te" era praticamente quello che poi è stato comunque accettato non fai da te, ma come test a livello nasale. Infatti, adesso c'è Abbott, Siemens, credo che siano moltissimi che invece utilizzano il nasale addirittura con

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

una maggiore sensibilità e questo ha portato dei grandi vantaggi perché ha aumentato la sensibilità, ma soprattutto in ambito di difficoltà, come nei bambini e come nei disabili, questo è un test che ci aiuta molto.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Quindi lei dice non si è realizzato come test fai da te, ma comunque è usato come applicazione.

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
E che tutt'oggi viene utilizzato.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Mi tolga una curiosità sono ignorante sul punto. Voi avete fatto questa sperimentazione eseguita dai Dipartimenti regionali e poi questo know-how che avete costruito com'è stato trasferito.

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
No, praticamente le ditte sono andate al Ministero perché loro è, cioè noi non abbiamo praticamente fatto altro che fare questi test qui, sono andati al Ministero e al Ministero c'è un, come si dice, un Ente, una parte dell'Istituto Superiore di Sanità che deve certificare il fai da te, perché ci sono ovviamente delle attenzioni particolari, come il test di gravidanza prendono quella via

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e sono andato lì.
Allora io poi non ho più seguito le cose e ci siamo ritrovati che in Germania, in Austria, questi sono andati avanti e sono andati avanti invece quello che è stato positivo è il fatto del tampone nasale in Italia, che non è un fai da te, ma è un testo che noi utilizziamo tutti i giorni.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Un'ultima domanda, mi scusi velocissima, perché ci hanno segnalato questa cosa e secondo me è opportuno sgombrare il campo da qualsiasi equivoco, lei ha avuto lei o direttamente o indirettamente, rapporti di natura commerciale, economica o scientifica con la ditta Abbott o altre che hanno segnalato io credo sia giusto fare chiarezza.

Dott. Roberto RIGOLI (Direttore dei Servizi Socio sanitari già Direttore Microbiologia ULSS 2 e coordinatore delle Microbiologie del Veneto)
Sì, è stato un articolo, infatti io non vedo l'ora che l'Amministratore delegato mandi praticamente tutte le indicazioni, perché non ho preso neanche un caffè da questa gente qui.

Presidente
Grazie, io la ringrazio, dottor Rigoli, passando la parola al dottor Rassu le chiedo solo se può anche inviarci come documento quello con le indicazioni da seguire per quanto riguarda anche i tamponi del 25 gennaio 2021. Passiamo al dottor Rassu chiedo, insomma, di farci una panoramica

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

secondo le audizioni che sono già pervenute, secondo ruolo che chiaramente ha lei all'interno della Regione, grazie dottor Rassu.

Dott. Mario RASSU (Direttore di Microbiologia di Vicenza)

Buongiorno Presidente.

Grazie a tutti voi. È stato detto molto, io vi parlo adesso una storia brevissima della situazione di Vicenza dell'inizio della pandemia, perché riflette quello che tutte le Microbiologie hanno vissuto nel tempo.

Faccio un rapidissimo… il 22 febbraio arrivano i primi tamponi, non abbiamo nulla, invio 10 campioni all'Istituto Superiore di Sanità il quale mi telefona e mi dice: "Guardi che lei si deve rivolgere a Padova come Centro di riferimento regionale". Mando 14 campioni a Padova e mandiamo due giorni dopo 10 campioni a Verona. Questa è stata l'unica cosa che ha fatto Vicenza nella prima fase della pandemia; dopodiché avevamo una macchina già utilizzata per le malattie sessualmente trasmesse, si chiama Nimbus e processava 40 campioni a seduta, per cui capendo che tutte le Microbiologie erano in difficoltà, Padova, già concentrata sulla situazione di Vo', ci siamo auto-attrezzati e siamo arrivati a processare 320 campioni al giorno. Quello che ha detto il dottor Rigoli, ma che hanno ribadito anche gli altri colleghi, è che però, oltre a questa, hanno un'altra macchina ce n'erano tre in Veneto, una era a Vicenza, una a Verona e l'altra era a Padova, mi ricordo e questo era in grado di processare molti più campioni ma non c'erano i reagenti. Vi ricordo che, dall'Azienda Zero, grazie all'organizzazione che è stata

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

istantanea, perché a marzo l'Azienda Zero già procedeva alla distribuzione dei reagenti, arrivava in una settimana 1.400 test molecolari per Roche: questa era la produttività massima per tutto il mese di marzo e fine marzo.

Questo era il massimo della capacità in biologia molecolare.

Questa situazione era pressoché analoga in tutte le microbiologie, quindi poche macchine, scarsezza di reagenti, ma soprattutto mancava il personale tecnico, ci attiviamo trasferendo del personale dal laboratorio e in questo modo, a maggio, proprio perché non c'erano altre possibilità di sviluppare test molecolari, abbiamo cominciato a fare i pool, il pool tradotti dicono che con 1.400 reagenti, potevamo arrivare a 7.000 campioni quindi con gli stessi agenti a 7.000 campioni. Dopodiché il sovraccarico delle macchine ha rotto la strumentazione, quindi siamo rimasti fermi due giorni e a questo punto la cosa è andata avanti con il massimo impegno h24, quindi in molecolare, ribadisco il golden standard.

Chiaramente la richiesta superava la possibilità di fare questo e quindi l'unica possibilità era mandare sempre in Azienda Zero la richiesta di reagente. Bene, a fine maggio l'azienda di Padova si procura un macchinario che appariva di grande interesse, per cui è arrivata una lettera al dottor Mantoan, una comunicazione il 21 ottobre dove diceva che in situazioni di emergenza ci si poteva appoggiare a Padova, per cui ha dato disposizioni a ogni USLL di mandare un certo numero di reagenti di campioni, pari a 3.850 giornalieri.

Quello che ha detto il professor Crisanti stamattina, che aveva 20 tecnici operativi nel ramo, due tecnici più uno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

part time, quindi questo vi dà il peso, la difficoltà che abbiamo vissuto noi nei laboratori Hub periferici rispetto a Padova, quindi mancanza di reagenti, ma soprattutto mancanza di personale qualificato, per cui abbiamo dovuto istruire ovviamente personale non adatto a questa tipologia di test e, come ha detto il dottor Rigoli, siamo passati da 22.000 test molecolari che erano la somma di patite HIV HCV, citomegalovirus a 266.000 tamponi molecolari e ovviamente quello che ha detto il dottor Mantoan lo ribadiscono e confermo: c'è stata la possibilità di avere personale tecnico specializzato e quindi man mano abbiamo aumentato i numeri.

Nella prima fase siamo passati in tutta la Regione da 1.372 tamponi dal 2 all'8 marzo a 3.915 a fine marzo, quindi alla fine da marzo 8.000 tamponi totali molecolari in tutta la Regione; siamo arrivati a dicembre, era il mese legato alla seconda pandemia di 27.000 tamponi molecolari.

Per quanto riguarda Vicenza, non abbiamo mai smesso di fare tamponi e vi dico nel 2020 abbiamo avuto 246.000 tamponi molecolari, siamo arrivati da gennaio a settembre 2021 a 271.842 tamponi molecolari.

Quindi il messaggio è: non abbiamo mai smesso di fare tamponi molecolari, siamo arrivati al massimo della produzione, dopodiché a settembre, per fortuna arriva una seconda macchina e le ditte produttrici che hanno un mercato mondiale hanno raddoppiato il numero di test, per cui il secondo strumento, Nimbus da 40 passa a processare 72 campioni a quel punto mancava tamponi. Se vi ricordate a un certo punto la ditta di Brescia manda i tamponi negli Stati Uniti c'era un blocco delle importazioni dei materiali

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

diagnostici dagli Stati Uniti, la ditta che fa il test molecolare in un'ora forniva 250 campioni ogni due settimane, quindi un numero assolutamente irrisorio, che serviva peraltro per portare in ospedale il paziente che faceva il tampone molecolare per l'ingresso.

Quindi c'è stata una grande difficoltà, si è presentata poi la carenza dei puntali, per cui le ditte produttrici di puntali sono due, credo che siano entrambe cinesi, hanno di fatto rallentata la produzione e la diffusione del mercato e questo è un problema che ancora oggi viviamo, siamo passati attraverso delle fasi sempre difficili, in cui comunque l'obiettivo per noi è stato di mantenere sempre la risposta entro le 24/48 ore, quando abbiamo mandato i tamponi a Padova, su indicazione della Regione, alcuni tamponi nelle case di riposo arrivavano processati molecolare dopo sei giorni, cioè fuori tempo massimo.

Questo è un altro dei motivi per cui, di fronte a un tempo di risposta di sei giorni di un tampone molecolare, che a questo punto diventa rischioso per il rischio di contagio, era meglio procedere con la esecuzione di tamponi antigenici ogni due giorni, cosa che è stata fatta; successivamente sono arrivati antigeni di seconda e terza generazione, per cui abbiamo provveduto a mettere in sicurezza tutta la rete per cui sono stati distribuiti, per esempio, in tutte le RSA, abbiamo fatto le istruzioni, i corsi a tutto il personale, per cui oggi direi che la situazione è assolutamente cambiata.

Una cosa vincente è stato il fatto di disporre di una rete e della distribuzione da parte di azienda Zero, ho sostituito il dottor Rigol da maggio di quest'anno la Regione Veneto ha

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

fatto alcune operazioni, ha fatto una richiesta sui tamponi di quarta generazione che abbiamo lasciato in un attimo in standby, perché nel frattempo abbiamo provveduto a rinforzare tutta la rete con i tamponi di terza generazione che sono più sensibili e specifici rispetto a quelli di prima.

Ovviamente abbiamo proceduto a mettere i test molecolari in tutti i pronti soccorsi della Regione, testa rapidi che rispondono al positivo in sette minuti, ma che gli Stati Uniti aveva bloccato per le esportazioni fino ai primi mesi di quest'anno. Quindi è un sistema in piena evoluzione in cui quello che è stato è stato un rincorrere una tipologia di reagenti sempre nuovi. Vi dico solo che per esempio in questo documento dell'Europa, della European Commission, ci sono 17 febbraio 2021 15 tipi di test antigenici riconosciuti e usati in tutta Europa. I test diagnostici sono arrivati addirittura a 952, quindi oltre al fatto di avere la difficoltà di inseguire un virus che ha le varianti ci siamo imbattuti nella difficoltà di scegliere i test migliori su 954 tipologie di test diagnostici con 56 tipi di test antigenici.

Voi capite che per gente che è sotto pressione h24 dall'inizio della pandemia non c'è chiaramente il tempo né di scrivere un lavoro scientifico come può fare un cattedratico e neanche di valutare queste tipologie di test. Quindi siamo stati guidati dal buonsenso, dal senso del risparmio dell'economia nell'interesse generale di arrivare a garantire la sicurezza prima di tutto per i pazienti e poi per tutti gli operatori sanitari.

Io mi fermo qua, scusate, e grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Grazie, Dottore.

Ci sono domande? Non ci sono domande.

La ringrazio, passiamo la parola al dottor Flor a cui chiedo anche magari di rispondere anche per quanto riguarda l'aspetto che prima mi pare avesse chiesto anche la collega Bigon, chiaramente per la parte che va oltre quello che è stato il mandato del dottor Mantoan. Grazie.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)

Grazie.

Io faccio solo tre minuti, poi lascio lo spazio alle domande perché non me le ricordo.

Tre minuti solo per dire che io ho colto due aspetti che oggi vale la pena sottolineare. Uno l'ha detto il professor Crisanti, che non si parla di piccoli numeri e di eccezioni, ma si parla di grandi numeri quando si parla di epidemia e che i singoli casi non contano nulla. La seconda cosa va detta dal dottor Mantoan che ha detto che bisogna contestualizzare.

Contestualizzare vuol dire che noi a marzo dell'anno scorso avevamo un unico laboratorio che potevamo fare tamponi, uno. Oggi ne abbiamo 14. Facevamo 200 tamponi al giorno, oggi ne facciamo 20.000, tra i 15 e i 20.000, non stiamo mai calati.

I dati dei malati, dei positivi, degli asintomatici, dei ricoverati, delle rianimazioni, dei morti, dei tamponi molecolari, e dei tamponi rapidi da un certo punto in poi sono tutti sul sito del Ministero. A chi ha parlato di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

artificiosamente modificato i dati io lo invito a vedere i dati codificati che sono depositati al Ministero e che sono stati comunicati quotidianamente dalla Regione Veneto, sintomatici e asintomatici, malati, ricoverati, assistiti a domicilio. La Regione Veneto dispone di 11 flussi informativi che li utilizza per gestire, per programmare e sa abbastanza quello che succede ogni giorno rispetto a tutte queste cose. Io ho un report che quotidianamente mi dice se i pazienti in assistenza domiciliare sono sintomatici o meno perché vengono contattati tutti i giorni o vengono contattati a seconda dei casi, ogni tre giorni, quattro giorni e alle scadenze prefissate.

Se siamo arrivati ad avere 100.000 persone isolate a domicilio e contattate per vedere lo stato di salute questo è il risultato del tracing. Si fa o non si fa, 100.000 persone sono state messe in isolamento perché è il risultato del lavoro di tracing.

L'andamento delle notifiche fatte al Ministero si può notare perché il Ministero i dati li pubblica giorno per giorno, le notifiche dei malati, le notifiche dei sintomatici e degli asintomatici. Certo che ci sono stati dei giorni con sottonotifica, ma sono stati tutti recuperati. Certo che ci sono dei giorni di sottonotifica dei tamponi, perché altrimenti non avremmo avuto un giorno che abbiamo notificato 41.000 tamponi. Non li abbiamo fatti. Erano sottonotifiche di 2, 3 giorni precedenti. Questo ci sta dentro l'epidemia. Questo ci sta, ma dire che i dati… guardate che non c'è possibilità. Il medico di medicina generale che fa un isolamento lo comunica direttamente, lo inserisco a sistema, un pronto soccorso che vede un malato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

lo inserisce a sistema, un paziente che risulta positivo a un tampone viene inserito a sistema. Non è che si può dire che non girano queste cose. Io ho fatto un tampone stamattina e mi è arrivato il Green Pass adesso. Queste cose non sono oggetto o possibili oggetto di manipolazione perché sono tutte cose che sono inserite a sistema.

L'ultima, l'ultimissima considerazione, noi stiamo qui a parlare di un anno fa e stiamo parlando del Mesozoico. Vi ricordo che tutto il Consiglio Scientifico, il Comitato Scientifico ha firmato una lettera, che io conoscevo perfettamente, che invocava una diversa distribuzione dei tamponi passando dal rapido al molecolare. Le disposizioni del Ministero non dicono si può, non si può, dicono alternativa. Questa è un'indicazione, questa è un'alternativa, quindi si può tranquillamente praticare l'alternativa quando si devono fare scelte atteso che molecolari di più non si possono fare.

Dico un'altra cosa, ha firmato un documento dove dice che il personale direttamente esposto sui malati fa il tampone ogni otto giorni e il resto ogni 20. Come sapete l'Italia è sotto sopra per il Green Pass, il tampone ogni 48 ore oggi. Noi parlavamo di tampone al personale che lavora negli ospedali ogni 20 giorni. A meno di un anno di distanza siamo qua a discutere di 48 ore per il Green Pass, 72 forse, no?

Questo è quello che è cambiato drammaticamente in questo anno, in questo anno e mezzo. Abbiamo acquisito un sacco di informazioni che non avevamo, abbiamo modificato e ritarato un sacco di cose.

Io credo che quando a dicembre 2019 vedevamo in televisione i Cinesi bardati come astronauti mai più ci saremmo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

aspettati quello che è accaduto qualche mese dopo e quello che è accaduto fino a oggi.
Mi fermo e lascio alle domande.

Presidente
Grazie, dottor Flor.
Ci sono delle domande?
Consigliera Camani e consigliera Ostanel.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Cercando di essere rapidi perché l'ora è tarda e confidando nella disponibilità del dottor Flor di continuare ad aiutare la Commissione nel lavoro di approfondimento.
Guardi, dottor Flor, sono molto d'accordo con lei quando ci invita a contestualizzare ciò che è avvenuto nell'ultimo anno e mezzo e lo diceva anche prima il dottor Rigoli, oggi possiamo fare delle valutazioni che un anno e mezzo fa forse era più complicato fare. Abbiamo però posto al centro della discussione di questa prima fase di attività della Commissione alcuni temi che non possono essere a mio giudizio liquidati con un non si poteva fare diversamente da così perché se fosse questo il punto di caduta tanto valeva non fare la Commissione.
Allora il dottor Rassu ci ha spiegato in maniera a me pare precisa come mai si è scelto operativamente prima il molecolare finché si poteva, poi gli antigenici e quant'altro. Noi questo lo abbiamo capito, nessuno mette in discussione la buona volontà e il tentativo di fare le cose con quello che c'era allora. C'è un problema però che noi stiamo ponendo agli auditi e dottor Flor a lei che oggi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

riveste la responsabilità diciamo collettiva. Noi diciamo di fronte al tenuto conto che non c'erano i reagenti, che c'erano solo quelli di prima generazione, di fronte a tutto quello che vuole contestualizziamo quanto vuole. Di fronte al Ministero della Salute che a fine ottobre ci dice che per il personale sanitario, per i contesti di fragilità, proprio per gli indici di affidabilità dei test rapidi di prima generazione è meglio fare - gliela leggo anch'io se vuole la parte rilevante di quella… - è meglio fare test molecolari. Malgrado questa indicazione del Ministero, malgrado una raccolta di dati del professor Crisanti, malgrado i dati dei contagi, dei decessi nelle RSA, dentro gli ospedali, tra il personale sanitario, noi non solo abbiamo continuato a fare i test rapidi di prima e di seconda generazione, ma abbiamo anche detto che - in qualche modo oggi abbiamo assistito a questo fenomeno - chi metteva in dubbio questa impostazione era messo sotto processo, all'angolo, alla berlina.

Io contestualizzo quanto vuole, dottor Flor, ma c'è un problema che a posteriori dobbiamo porci. Quando noi dicevamo che i contagi erano in maniera preoccupante in risalita in questa Regione e ci veniva spiegato che il merito era che facevamo tanti tamponi antigenici di prima generazione perché ne abbiamo comprati a milioni e noi provavamo ad aiutare una riflessione comune per dire: guardate, certo, facciamo anche tantissimi tamponi, perché siamo i più bravi, i migliori, ma nel frattempo la gente si ammala. Ce l'ha spiegato esattamente il dottor Palù, il professor Palù, oggi, quando ci ha detto che questo, non vorrei usare un termine sbagliato perché non sono un virologo, è un virus nosocomiale, cioè ci si ammala

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

principalmente in ospedale e nei contesti di fragilità e ce l'ha detto in parte anche il professor Crisanti, se noi teniamo come parametro l'occupazione o meno dei letti in ospedale è come un cane che si morde la coda, perché si arriva sempre in ritardo cioè ci si concentra, quindi contestualizziamo quanto si vuole, dottor Flor, però io penso che noi, con tutte le difficoltà e le differenze di opinione e di premesse che abbiamo in questa Commissione, stiamo arrivando ad alcuni nodi rilevanti e, quindi, le domande che le voglio fare sono, per quello che è di sua responsabilità diretta, nel senso che lei ha assunto l'incarico da un certo punto in poi, però, ritiene oggi, contestualizzando, che la scelta di utilizzare, dopo tutto quello che ci hanno detto il professor Crisanti, il professor Palù e gli altri auditi, la scelta di utilizzare praticamente in maniera quasi esclusiva i test rapidi di prima generazione per testare personale sanitario e pazienti di contesti a rischio, a posteriore contestualizzandole, sembra che sia stata la scelta corretta?

La seconda questione, perché lei l'ha citata, della questione asintomatici, come venivano registrati.

Guardi noi abbiamo audito i responsabili dei servizi informatici precedente e posteriore e ci hanno confermato che per un mese e mezzo c'è stata una sorta di blackout nell'inserimento dei dati, perché nella prima fase, ce l'hanno detto loro, non c'era un sistema informatico omogeneo per tutte le strutture sanitarie e c'erano sistemi difformi di registrazione, alcune ASL, tipo la 6 e tipo quella di Verona, acquisivano i dati su file Excel che poi venivano inviati al centro informatico di Azienda Zero, che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

li inseriva nel software che trasferiva i dati al Ministero della Salute.
Ora, nessuno mette in discussione. Non voglio neanche prendere in considerazione l'ipotesi che qualcuno volutamente abbia modificato i dati inseriti, perché sennò…

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Qualcuno ha detto questo?

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Io rispondo di quello che dico io, sa, solitamente.
Sennò non saremmo qui a discuterne con lei, saremmo in Procura no?
Al netto della buonafede è assumibile il fatto che qualcosa non abbia funzionato nella registrazione degli asintomatici, per quello che sa lei, perché io le riporto soltanto quello che è emerso nel corso delle audizioni dai Dirigenti dei servizi informatici.
Quindi le pongo le tre questioni che lei ha posto, ringraziandola per la disponibilità e sperando che possa nuovamente collaborare e contribuire ai lavori di questa Commissione.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Assolutamente sì.
Allora, sul discorso delle notifiche: l'andamento dei casi notificati al Ministero lo si può vedere giorno per giorno.
Ci può essere stato l'inghippo di questo tipo, per cui per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

un periodo non veniva, per cui due o tre USL avevano il programma informatico, però la progressione dei casi segnalati e denunciati regolarmente al Ministero è consultabile, c'è un foglietto, tutti i giorni il Ministero pubblica tutti i giorni una tabella di questo tipo dove ci sono tutti i dati che ogni Regione comunica e sono aggiornati al giorno prima.

Quindi la progressione dei casi segnalati è chiaramente visibile ed è di fatto derivante dalla somma dei casi dei positivi trovati, di quelli che sono messi in quarantena, di quelli che sono ricoverati, di quelli che sono i contatti sotto controllo.

Secondo tema: i tamponi, la scelta. Sì non ero io; è vero che non ero io, ma io non è che ero sulla luna, c'ero.

Il tema dei tamponi: i tamponi molecolari che abbiamo continuato a fare, secondo voi, a chi li facevamo? Non erano categorie prioritarie.

Le sanatorie prioritarie in assoluto sono citate nella circolare del Ministero a chi si fa il molecolare, a chi si deve fare; ci sono i casi sospetti sintomatici, i soggetti in quarantena, se compare sintomatologia, cioè ai malati.

Il contatto stretto di caso confermato, che vive frequenta e regolarmente soggetti fragili a rischio, di complicanze con soggetti, asintomatici che si devono ricoverare, ingresso in larghe comunità chiuse, all'ingresso.

Allora i tamponi molecolari li abbiamo continuato a fare tutti, di più e li abbiamo destinati ai casi prioritari.

Il personale sanitario che c'è fra questi, personale sanitario c'è, in contesti ad alto rischio, non il personale sanitario e personale sanitario in contesti ad alto rischio,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

malattie infettive, rianimazione Covid, ricoveri, soggetti a diretto contatto Covid, ma no il personale sanitario tout-court, perché quello è uno screening di popolazione sana.
In ogni caso dico bisogna definire e darsi priorità: i tamponi molecolari sono stati tutti fatti, tutti, non è stato calato uno e utilizzato su priorità che sono nella tabella del Ministero.

Presidente
Collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Allora io le faccio - intanto la ringrazio per essere qui di nuovo - una domanda di approfondimento rispetto a quello che diceva ora perché, appunto, risulta e risultava anche dalle dichiarazioni di tantissimi operatori sanitari, che negli ospedali, per un periodo che non ci è ancora dato sapere e quindi io le chiedo da quando a quando, oppure di farci pervenire le carte, sono stati utilizzati i tamponi rapidi per il controllo del personale sanitario e solo se risultavano positivi veniva fatto il molecolare di conferma.
Siccome questo è quello che dicono gli operatori che lavoravano negli ospedali e questo è diverso dalla tabella ministeriale che lei ha citato, è una procedura che era presente nel Piano di sanità pubblica regionale, che ha interpretato una circolare e altre Regioni hanno interpretato quella circolare in maniera diversa.
Allora, siccome c'è bisogno di capire, da quando a quando sono stati utilizzati io le chiedo: da quando a quando

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

abbiamo utilizzato nei nostri ospedali e RSA i tamponi rapidi per il controllo degli operatori sanitari.
Abbiamo capito che è stato fatto senza fare uno studio di approfondimento, perché si riteneva che bastasse così, però è stata interpretata una circolare in maniera diversa.
Quindi le chiedo da quando a quando e le chiedo se a distanza di tempo (perché sono passati dei mesi) abbiamo o lei ha fatto o qualcuno ha fatto una valutazione dell'impatto rispetto al contagio dentro le strutture ospedaliere, eventualmente dei decessi dentro le strutture ospedaliere e un paragone rispetto alle altre Regioni, perché, ammesso che magari avete scelto di fare i tamponi rapidi e, quindi, c'eravate voi, non io; ammesso che sia stata la scelta giusta: oggi avete fatto una valutazione dell'impatto in paragone rispetto ad altre Regioni? Avete in programma di farlo? Ed è possibile avere dei dati?
Poi, rispetto, invece, all'altro tema, appunto, che citavamo di sintomatici e asintomatici, quello che risulta dai verbali delle persone che abbiamo ascoltato finora, risulta un periodo di circa un mese e mezzo di difficoltà nell'imputazione dei dati per come dice lei, rispetto al fatto che c'erano moltissimi, risultano due verbali, perché me li rileggo ogni volta che vengo qui, delle dichiarazioni che dicono, da un lato, che sono stati dichiarati come asintomatici perché non riuscivano ad essere telefonati in tempo e, quindi, non sapendo se erano sintomatici o asintomatici per un periodo di default sono stati messi come asintomatici per poi essere richiamati in un periodo successivo e verificare quel codicing e quindi mettere a posto quel dato. Allora, se questo è quello che ho capito

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

essere quello che è successo, la domanda è: se questo ha influito sul famoso calcolo dell'RT, quindi sulla permanenza in zona gialla.
Queste sono le due domande su cui, appunto, si sta facendo un approfondimento. Quindi, se in qualche modo non riesce a rispondere ora le chiedo magari anche di avere i documenti o i dati la prossima volta o quando ci rivedremo.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Certo, questi sono dati che devono essere estrapolati perché non sono, cioè voglio dire il caso veniva comunque contato perché era un positivo al test. Quindi il caso veniva comunicato, non è che venivano sottodimensionati i casi, quello che voglio dire è che non c'è stato un blackout, ci sono state disfunzioni in due o tre aziende, che è cosa diversa dal blackout, quindi non è che si è chiuso, il flusso dei positivi ha continuato a segnalare solo questo aspetto, comunque facciamo una rilevazione dei dati e ve li diamo, il discorso del confronto con altre Regioni mi interessa molto, non cambierei con nessuna Regione italiana, questo è il confronto con qualunque Regione, non cambierei in base ai risultati, in base ai dati non cambierei con nessuna Regione italiana, torno a dire perché questa cosa, non riguarda me, ma la circolare del Ministero, parla di prima scelta e di alternativa non parla neanche di seconda scelta, dice alternativa o in alternativa, alternativa per me vuol dire o fai uno o fai l'altro, questo leggo.
Leggo anche che quel molecolare è solo per gli operatori nei settori ad alto rischio e non per il personale sanitario,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

beh, forse questo va ribadito per l'ennesima volta, il personale sanitario in contesti ad alto rischio, sì, ma non il personale sanitario. Guardate che ci sono ospedali interi, reparti interi che del Covid non ho mai visto uno e il rischio che c'è a stare in ospedale è lo stesso che corriamo quando andiamo in qualunque ambiente pubblico, quando prendiamo il tram autobus, quando prendiamo qualunque altra cosa, questo bisogna averlo chiaro, allora rifarebbe, non toccava a me, ricordo forse quello che ha detto stamattina Zaia non è stato ascoltato correttamente, che il Comitato Tecnico Scientifico ha valutato complessivamente tutto e ha liquidato questa soluzione, c'è anche il verbale.
I comitati aggiuntivi valutata tutta la situazione, perché è ovvio che viene fuori dov'è che si fanno prioritariamente molecolari che si stanno facendo si fanno prima sui malati, è stata portata al Comitato Scientifico la questione ed è stato discusso, io ho qui un resoconto che non mi sono inventato.

Presidente
Faremo una specifica. Prego, Ostanel, poi passo la parola ai colleghi Bigon e Zecchinato.

Elena OSTANEL (Veneto che Vogliamo)
La specifica riguarda il fatto che prima, quando ho chiesto se era stato fatto un approfondimento specifico dal Comitato, era stato detto di no sui tamponi rapidi, quindi magari riguarderò il verbale per capire e le chiedo appunto di farci pervenire il dato rispetto da quando a quando e in quali strutture ospedaliere e quindi anche in che quantità

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sono stati utilizzati i tamponi rapidi per il controllo degli operatori sanitari, perché ho letto bene le linee guida e non solo io ed è vero quello che lei cita, ma c'è scritto anche che si valuta in base all'andamento della pandemia, quindi dipende anche dal contesto in cui si è.
Sono molto interpretabili quelle linee guida, tanto che Regioni li hanno interpretato in maniera diversa e quindi anche di avere una valutazione rispetto alle morti e ai contagi dentro le strutture ospedaliere.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Anche in generale.

Elena OSTANEL (Veneto che Vogliamo)
Sì, immagino perché anch'io li ho visti, ci sono già i report, quindi voglio vedere anche i suoi, così li mettiamo a confronto e vediamo a che punto è la Regione del Veneto per contagi e morti nelle strutture sanitarie, quindi, se me ne fornisce volentieri li metterò a paragone.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Io ho i miei non ho quelli degli altri.

Elena OSTANEL (Veneto che Vogliamo)
Sa, ci sono anche degli Enti che lo fanno perché fanno sicurezza sul lavoro.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Io ho i dati della Regione Veneto, posso dare.

Elena OSTANEL (Veneto che Vogliamo)
Li vedremo e poi li valuteremo, l'altra questione, appunto, che le richiedo è anche appunto di avere una valutazione per struttura sanitaria dell'entità del contagio dentro le strutture sanitarie, eventualmente dei decessi, e anche rispetto al momento di difficoltà che si è avuto sui dati, se appunto è stato quel mese lì, se ci dice o ci fate avere, in quali ASL questo è accaduto di più, in quali meno, quindi avere anche un chiaro documento, perché io ricostruisco i verbali, ma i verbali alle volte dicono le cose diverse l'uno dall'altro, a seconda di chi audiamo, quindi vorrei davvero un documento, un'analisi di quel mese lì, dove mi si dica il bug nel sistema, quanto è durato, quali ASL faticavano a richiamare le persone quanto questo influito sulle RT, perché credo che sia un punto fondamentale perché un bando c'è stato, l'abbiamo raccolto grazie.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Non vorrei, ma siccome l'ho sentito io in questa sala la motivazione un certo periodo, in alcune, neanche in aziende intere ma distretti c'era un tale sovraccarico di pazienti in pressing che non si riusciva a garantire la chiamata entro il giorno, in due giorni, dato il numero di persone che c'erano da sorvegliare mi pare questo l'ho sentito qua dentro e mi pare che sia una cosa che è stata detta da chi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

era direttamente interessato. Non erano una cosa riportata. Poi sulle altre cose io ho dato i dati, li possiamo tirar fuori, posso dirvi che, ci sono ospedali e aziende, visto che citate le altre Regioni dove, in otto mesi, un professore ordinario che lavorava in un ospedale malattie infettive non ha fatto un tampone, vuole un confronto con altre Regioni?

Presidente
Chiediamo i dati così li farà avere, grazie e la collega Bigon ha chiesto di intervenire.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Sì, molto velocemente, una ringrazio il dottor Flor per essere qua e ovviamente attendiamo anche i dati che ha chiesto la collega.
Il Comitato Tecnico Scientifico il parere l'ha dato sull'aggiornamento del piano da quello che abbiamo capito stamattina quello di ottobre, non tanto sull'utilizzo di modalità perché appunto la domanda diretta se il piano pubblico indicava anche le modalità di utilizzo effettivamente il comitato è stato detto non si è espresso con parere su questo. Dopodiché, dottor Flor, crediamo che personale settore ad alto rischio, case di riposo, ospedali insomma, effettivamente siano ad alto rischio per la fragilità delle persone che ci sono all'interno sia un'interpretazione diversa, sicuramente, ma anche abbastanza chiara se letta da un punto di vista proprio obiettivo, perché la fragilità nelle case di riposo c'è dell'ospite, la fragilità dell'ospedale c'è nel paziente, perché sono tutte

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

persone a rischio, soprattutto perché - è una cosa che vedo tutti l'abbiamo capita – il Covid prendeva chi era più debole e quindi per età o per patologia e quindi ospedale e case di riposo effettivamente sono settori a rischio.
Ecco perché noi insistiamo su questo e vogliamo capire come mai sono stati utilizzati in che periodo e quale periodo da quando a quando ci sono dei tamponi di prima generazione che, appunto anche fosse, non erano sicuramente, come…

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
Io non è che mi sforzo di interpretare la circolare, però ci sono situazioni a rischio dove può accadere, ci sono situazioni dove già è malato. Mi pare di aver sentito oggi tutti dire che il molecolare a delle indicazioni molto precise, primo sui malati e sulla diagnosi poi sugli screening: se il ragionamento che è stato fatto anche in Comitato Tecnico Scientifico alla luce complessiva, i tamponi che abbiamo li utilizziamo prioritariamente per questo e questo vuol dire che prima andavano utilizzati per questo, questo e questo. Ricordo anche che tutti hanno evitato questa cosa che avevamo un sovraccarico di tampone, tale per cui la refertazione nuova 36 ore non a 48 neanche a 72.
Allora mi chiedo se dobbiamo ricaricare ulteriormente i tamponi molecolari, perché per farli si possono fare, ma le macchine più di quello non possono fare, non si può lavorare 24 ore perché non ha i reagenti. Ora, se più tamponi molecolari e di quelli che stavano facendo non riuscivamo a farne carichiamo di nuovo di tamponi molecolari, possiamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

farli, voleva dire non refertare livello, ma devono indire mandare in giro la gente in ospedale senza tampone, non col tampone rapido, senza perché girava cinque giorni senza referto, da evitare assolutamente. Guardate che l'ha posto come condizione la lettera del Comitato Scientifico: o refertati oltre 36 ore oppure si fa rapido. Noi non abbiamo fatto nient'altro che questo a 36 ore non refertava nessuno facevamo fatica a 48,
Quel carico di tamponi che avevamo non permetteva di garantire quello che si doveva quello che è stato chiesto.
Allora visto come venivano utilizzati, perché qui bisogna saperle le cose, dov'è che utilizzavamo 15, 17.000 tamponi al giorno? Non nello screening. Li utilizzavamo sui malati.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Ma fino a un certo punto negli ospedali, sì e anche nelle case di riposo.

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
In estate l'anno scorso non avevamo malati, non avevamo casi, non avevamo niente, potevamo fare il tampone a chiunque.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Nella prima fase di pandemia e soprattutto nella prima parte della seconda fase, ma le chiediamo appunto da quando sono stati perché noi abbiamo le informazioni da alcuni operatori interni, però sono stati utilizzati tamponi molecolari. Ad un certo punto…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)

Bisogna sapere. Nella prima fase, primissima fase facevamo pochissimi tamponi e a pochissime persone, facevamo il personale sanitario non in maniera omogenea fin quando non ci sono state le circolari regionali. C'è chi lo faceva, chi non lo faceva, chi lo faceva, solo quelli a rischio, chi li faceva a tutti. I primi mesi andavamo via con un numero di tamponi che non permetteva di fare il tampone a tutti e con che frequenza? Voi vi rendete conto che stiamo parlando di fare il molecolare ogni 20 giorni? Di questo si parla qui, il molecolare ogni 20 giorni? L'ha scritto il Comitato Tecnico Scientifico questo, ma di cosa stiamo qui… il molecolare ogni 20 giorni per chi lavora in ospedale? Otto giorni per chi lavora nei reparti diretto Covid e 20 giorni per chi lavora in ospedale. Lo facevamo ogni 20 giorni, lo refertavamo dopo cinque giorni, per cui avevamo gente…

Col senno di poi quello era dare garanzia o fare prevenzione? No. Meglio il rapido subito ogni quattro giorni, ogni tre giorni, assolutamente.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Se posso concludere l'intervento, molto velocemente.

Allora aspettiamo le indicazioni soprattutto appunto da quando è iniziato questo utilizzo nel mese di ottobre e novembre del 2020 e poi i dati che avevo chiesto sul potenziamento delle Microbiologie in relazione a personale, attività e mezzi. Grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Luciano FLOR (Direttore Generale Area Sanità e Sociale)
D'accordo.

Presidente
Grazie, Dottore.
Mi pare che non ci siano altre domande.
Io ringrazio il dottor Rassu, il dottor Rigoli, il dottor Saia, il dottor Flor per essere rimasti qui fino alla fine, da questa mattina i Commissari.
Auguro a tutti una buona serata e alla prossima volta. Anche a chi ci ha audito buona serata.

La seduta termina alle 18.48

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 8 del 26 ottobre 2021

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Audizione ai sensi dell'art. 54 del Regolamento con:
   - Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva. Ing. Paolo Fattori.
   - Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3. Dott. Paolo Rosi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 8 del 26 ottobre 2021

PRESENTI

Erika BALDIN (Movimento 5 Stelle)
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Fabrizio BORON (Zaia Presidente)
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)
Arturo LORENZONI (Gruppo Misto)
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)
Luciano SANDONA’ (Zaia Presidente)
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

ALTRI PRESENTI

Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile Segreteria della commissione speciale d’inchiesta)
Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 8 del 26 ottobre 2021

AUDITI

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Presiede

Francesca ZOTTIS

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 8 del 26 ottobre 2021

Sommario

Presidente..... 1
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 2
Presidente..... 7
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 8
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 8
Presidente..... 8
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 8
Presidente..... 8
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 8
Presidente..... 13
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 13
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 14
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 14
Presidente..... 16
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 16
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 17
Presidente..... 19
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 19
Presidente..... 21
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 21
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 24
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 25
Presidente..... 26
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 26
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 27
Presidente..... 27
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 27
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 28
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 28
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 28
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 29
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 29
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 30

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 8 del 26 ottobre 2021

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 30
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 31
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 32
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 32
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 33
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 33
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 33
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 34
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 34
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 34
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 34
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 34
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 35
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 36
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 36
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 36
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 36
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 36
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 37
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 37
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 37
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 37
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 37
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 38
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 38
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 38
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 38
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 38
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 38
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 39

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 8 del 26 ottobre 2021

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 39
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 39
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 39
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 39
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 41
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 41
Presidente..... 42
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 42
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 42
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 44
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 45
Presidente..... 45
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 45
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 47
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 47
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 47
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 47
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 48
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 48
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 48
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 48
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 48
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 49
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 49
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 49
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 49
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 49
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 50
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 50
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 50
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 50
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 51

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 8 del 26 ottobre 2021

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 51
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 51
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 53
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 53
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 53
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 53
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 54
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 54
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 54
Presidente..... 54
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 54
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 55
Presidente..... 56
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 56
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 57
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 57
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 57
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 57
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 57
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 57
Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)..... 58
Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)..... 60
Presidente..... 61
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 61
Presidente..... 61
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 61
Presidente..... 61
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 62
Presidente..... 62
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 62
Presidente..... 63
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 64
Presidente..... 65
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 66
Presidente..... 67
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 67

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 8 del 26 ottobre 2021

Presidente..... 67

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 8 del 26 ottobre 2021

La Seduta inizia alle ore 10.46

Presidente

Iniziamo. Buongiorno a tutti. Un grazie a chi oggi è qui con noi, quindi all'ingegner Paolo Fattori e al dottor Paolo Rosi e a chi è in collegamento.

Inizierei con l'approvazione del verbale della seduta precedente.

Chi è favorevole? Contrari? Astenuti? Il verbale è approvato all'unanimità.

Adesso, tornando a ringraziarli, inizierei, l'audizione ponendo alcuni temi.

Ricordo che l'ingegner Paolo Fattori è Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera e Finalità Collettiva e poi il dottor Paolo Rosi, Direttore del Dipartimento Regionale SUEM 118 e UOC 118 ULSS 3.

Ad entrambi chiediamo quali siano e se possono farci anche un breve excursus su delle leggi statali, ministeriali che hanno definito l'organizzazione sanitaria legata al Covid-19, protocolli e direttive regionali che hanno acquisito le leggi statali ed eventuali scelte regionali (prima e seconda ondata), differenze. Quali gli aspetti qualificanti e utili ad una gestione ottimale della pandemia e quali più critici nell'organizzazione ospedaliera: area non critica, critica, Terapia intensiva e gestione attività ordinarie.

A queste, che sono alcuni punti che avevamo inviato, anche come Ufficio di Presidenza, ci sono alcuni quesiti, da parte di alcuni Consiglieri della minoranza, che vi pongo all'inizio dell'audizione, in modo poi da iniziare eventualmente e approfondire.

Se esistano analisi retroattive sulla gestione della

pandemia, isolamento casi e focolai ospedalieri; numero di terapie intensive esistenti per ULSS prima dell'inizio della pandemia, divise per intensive e sub-intensive; aggiornamento del numero durante la pandemia, con dati relativi degli aumenti, sempre divisi in intensive e sub-intensive, tipo: numero di personale dedicato, report delle singole ULSS in merito all'occupazione delle terapie intensive e comunicazione inviata dal Ministero per il contagio dei numeri delle terapie intensive, a valere sul calcolo della RTI.

È evidente che si tratta di dati puntuali, quindi eventualmente su quello, poi, vi chiedo se è possibile avere la documentazione, perché credo che una relazione possa anche essere sempre molto parziale rispetto a quello che poi sono i dati stessi e, chiaramente, anche magari ci vuole del tempo per elaborarli tutti.

Nel ringraziarvi io passerei immediatamente la parola, se siete d'accordo, all'ingegner Paolo Fattori per una relazione, per quanto di sua competenza.

Grazie, ingegnere.

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)

Buongiorno. In relazione al potenziamento dei posti letto ospedalieri, nel periodo marzo - dicembre 2020, iniziamo con una prima circolare del Ministero della Salute, arrivata in data 29 febbraio 2020, in cui la circolare richiede di identificare una o più strutture/stabilimenti da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da Covid-19, cosiddetti: Covid Hospital.

Chiede altresì di individuare ogni struttura ospedaliera,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

postazioni isolate, che consentono l'osservazione di pazienti ventilati, intensivi, con sospetta infezione da SARS-CoV-2, in attesa del risultato definitivo dei test diagnostici eseguiti. La creazione di terapie intensive a corte, con separazione fisica da altre unità di Terapia intensiva, presenti in ospedale, destinate al ricovero e trattamento dei pazienti affetti da Covid-19. La previsione di ampliare la capacità di ogni struttura, mediante l'attivazione di posti letto in area critica, attualmente non funzionanti e/o a procedere a una rimodulazione delle attività programmate.

Il giorno dopo è arrivata un'altra circolare, in cui ha dato delle informazioni ancora più precise e ha richiesto che sia attivato a livello regionale (quindi il 1° marzo) nel minor tempo possibile un incremento delle disponibilità dei posti letto come segue: del 50% dei posti letto di Terapia intensiva e del 100% del numero di posti letto in unità operative di numerologia e in unità operative di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio. Ancora, richiedeva l'identificazione di una o più strutture/stabilimenti ospedalieri da dedicare alla gestione esclusiva dei pazienti affetti da Covid. Quindi i presìdi ospedalieri Covid-19.

L'unità di crisi della Regione Veneto, in data 13 marzo ha approvato il Piano di emergenza che prevede: l'attivazione di 311 posti letto aggiuntivi, rispetto ai 494 del 1° marzo 2020, per complessivi 825 posti di letti di Terapia intensiva. L'attivazione di 298 posti letto aggiuntivi, rispetto agli 85 attuali al 1° marzo 2020, per complessivi 383 posti letto di terapia semintensiva. L'individuazione di 1612 posti letto aggiuntivi, rispetto ai 165 attuali al 1°

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

marzo 2020, da dedicarsi alle malattie infettive. L'individuazione di 11 strutture da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da Covid. Individuazione di cinque strutture ex ospedali per la degenza post-acuta, per complessivi 740 posti e l'individuazione di 110 posti letto in strutture intermedie.

Il Piano è stato attuato e da marzo la Regione Veneto ha comunicato il numero di 825 posti letto di Terapia intensiva al Ministero della salute, nel monitoraggio giornaliero Covid-19, rilevazione giornaliera posti letto attivati.

A seguito di questo provvedimento, la Regione Veneto ha proceduto, anticipando alcuni provvedimenti, che poi sarebbero stati provvedimenti ministeriali, quindi con delibera di Giunta regionale n. 552 del 05 maggio 2020 è stato approvato il Piano emergenziale ospedaliero di preparazione a risposta ad eventi epidemici, con contestuale potenziamento e disponibilità di posti letto, così riassumibili: posti letto di Terapia intensiva totale: 840 posti letto, dei quali 559 schede di programmazione ospedaliera, 191 aggiuntivi di attivazione CREU, 90 convertibili in fase emergenziale, totale: 840.

Posti letto di pneumologia semintensiva: 663, dei quali 281 sono schede di programmazione ospedaliera, 382 convertibili in fase emergenziale, totale 663.

1085 posti letti da dedicare all'emergenza di malattie infettive, dei quali 144 da programmazione ospedaliera, 941 convertibili in fase emergenziale

Quindi, complessivamente la delibera di Giunta regionale 552, del 05 maggio individua, complessivamente, 840 posti letto di Terapia intensiva, 663 di semi-intensiva nell'area pneumologica e medica, 1085 letti da dedicarsi alle malattie

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

infettive.

Individua 13 strutture da dedicare alla gestione esclusiva del paziente affetto da Covid-19.

Come ho detto, anticipato di qualche giorno il decreto legge del 19 maggio 2020, n. 34: misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19 e le relative linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera emergenza, dove, per la Regione Veneto, si prevede di rendere strutturali ulteriori 211 posti letto di Terapia intensiva, aggiuntivi rispetto ai 494 esistenti al 1° marzo 2020 e 343 posti letto di terapia semintensiva, dei quali il 50% riconvertibili in Terapia intensiva.

Il DL 34 individua pertanto 705 posti letto di Terapia intensiva e almeno 172 posti letto di semintensiva, convertibili in intensiva, dove per convertibili si intendono dotate delle necessarie strumentazioni di ventilazione e di monitoraggio, per complessivi 872 posti.

Con la delibera 782, del 16 giugno 2020, la Regione Veneto ha, oltre ad aggiornare i requisiti strutturali delle terapie intensive e semi-intensive, ha individuato i presìdi ospedalieri dove realizzare 211 posti letti di Terapia intensiva e 343 di semi-intensiva, dei quali 176 convertibili in intensiva.

Con deliberazione di Giunta Regione Veneto, n. 1103, del 06 agosto 2020, emergenza Covid-19, Piano emergenziale per l'autunno 2020, è stato approvato il Piano emergenziale, al fine di individuare le misure per una risposta efficace in caso di aggravamento della situazione sanitaria, a causa della diffusione del virus nei mesi autunnali ed invernali.

Il Piano nella DGR n. 1103 prevede 840 posti letto di Terapia intensiva, dei quali 494 erano i posti letto attivi all'1 marzo 2021, 16 i posti letto di adeguamento alla programmazione nella DGR n. 614, 43 i posti letto aggiuntivi previsti dalla DGR n. 552, 76 i posti letto riconvertibili dal blocco operatorio. Totale: 840 posti letto. Il numero è comprensivo di posti letto di Terapia intensiva previste in strutture ospedaliere private.

Posti letto di terapia semintensiva e semintensiva convertibili in intensiva complessivi 607, dei quali 176 riconvertibili in Terapia intensiva, 167 previsti dalla DGR n. 782 e 264 previsti dalla DGR n. 552. A questi si devono aggiungere i posti di semintensiva previsti dalla DGR n. 552 delle strutture private pari a 56. Quindi, il valore complessivo dei posti di terapia semintensiva è pari a 663, come previsto dalla DGR n. 552.

Complessivamente la DGR n. 1103 del 6 agosto 2020 individua 1.016 posti letto di Terapia intensiva, compresi 176 convertibili, e 487 posti di terapia semintensiva nell'area pneumologica e medica.

Il Piano Emergenza Covid-19, Piano emergenziale per l'autunno 2020, riporta le attività necessarie per l'attuazione del Piano entro l'autunno del 2020. A pagina 25 sono indicate le attività e le tempistiche per la realizzazione dei posti letto di Terapia intensiva e semintensiva. In particolare, su questo elemento è opportuno menzionare che la competenza e la realizzazione di 211 posti letto di Terapia intensiva e di 343 posti di semintensiva sono, ai sensi del DL n. 34, del Commissario straordinario.

Al fine di potere, comunque, fronteggiare l'arrivo di una nuova ondata in autunno-inverno, il Piano prevede che la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Regione sviluppi un Piano di contingenza (Contingency Plan) che garantisca adeguati posti letto di Terapia intensiva e semintensiva, indipendentemente dall'attività del Commissario straordinario.

Le attività sviluppate dalle Aziende sanitarie della Regione Veneto e le forniture da parte del Commissario nel periodo agosto-ottobre 2020 hanno consentito, in data 22/10/2020, all'Unità di crisi della Regione Veneto di approvare l'aggiornamento del Piano di emergenza autunno, che relativamente ai posti di Terapia intensiva e semintensiva identifica 522 posti attivati da programmazione, 191 posti letto attrezzati a disposizione del CREU, 111 posti letto attivabili da conversione dei gruppi operatori, 176 posti attivabili da conversione dei semintensivi. Totale posti da dedicare all'emergenza: 1.000.

Il documento, oltre a identificare i complessivi posti letto di Terapia intensiva a disposizione, definisce le fasi di rischio e le corrispondenti riorganizzazioni ospedaliere. Pertanto, in relazione alle prescrizioni previste dal DL n. 34/2020 di realizzare complessivamente almeno 872 posti letto di Terapia intensiva, comprese le semintensive convertibili, la Regione Veneto ha realizzato 1.000 posti letto di Terapia intensiva complessive, comprese le semintensive convertibili, con un incremento del 14,67% rispetto a quanto prescritto almeno da raggiungere per il DL n. 34/2020.

Con questa mia relazione penso di aver risposto alle domande.

Presidente

Va bene. Intanto la ringraziamo. Poi i colleghi faranno le

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

loro domande.

Adesso lascerei la parola al dottor Rosi sempre sugli argomenti definiti all'inizio, dopodiché lascerei la parola ai colleghi.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Per rispondere alle domande relative a come poi sono stati attivati e utilizzati questi posti…

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Mi scusi, Presidente, vorrei intervenire sull'ordine dei lavori.

Presidente

Prego.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Se possiamo avere la relazione scritta del dottor Fattori, perché è complicato seguire i numeri. Per carità, sono le stesse cose che ci aveva detto in Quinta Commissione, però avere la relazione scritta ci aiuterebbe.

Presidente

Assolutamente sì. La ringrazio.

Prego, dottor Rosi.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Ovviamente anch'io citerò dei numeri, quindi è scontato che successivamente vi forniremo quello che vi diciamo, perché

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

capisco che sia difficile anche interpretarli.

Per quanto riguarda le terapie intensive, i numeri che vi ha riferito l'ingegner Fattori sono quelli relativi ai posti letto attrezzati come posti letto di Terapia intensiva. Questi letti attrezzati ovviamente non sono stati tutti attivati contemporaneamente, ma sono stati oggetto di un'attivazione progressiva, man mano che procedeva l'evoluzione della pandemia.

È stato istituito un coordinamento regionale, che faceva affidamento su un monitoraggio in tempo reale dell'occupazione di posti letto, quindi noi sapevamo in ogni momento quanti pazienti erano degenti in ogni singola Terapia intensiva, divisi in pazienti Covid e pazienti non Covid, e di conseguenza a livello regionale venivano impartite le disposizioni relative all'aumento progressivo dei posti. Questo per manutenere continuamente un margine di posti liberi da poter utilizzare nei giorni successivi. I picchi maggiori li abbiamo avuti nella prima fase della pandemia, quindi parliamo di aprile 2020, quando siamo arrivati ad avere 697 posti attivi, e per attivi intendo con il personale assegnato e operativo sul letto, e comunque conservavamo un margine di oltre 100 letti liberi, non occupati, quindi pronti. Abbiamo ricoverato un massimo di 356 pazienti Covid e occupato un massimo di 524 posti. Questo in fase 1.

Abbiamo assistito poi a una discesa progressiva, che è iniziata sostanzialmente il 31 marzo, che ha portato a un calo continuo fino a luglio, quando avevamo un paziente Covid in tutto. Poi l'occupazione è risalita a partire da agosto 2020, quando abbiamo cominciato ad avere una decina di posti occupati, e questa fase ha avuto il suo picco l'1

gennaio 2021, quando abbiamo raggiunto un massimo di 427 pazienti affetti da Covid e un'occupazione complessiva di 663 posti letto, su un totale di 702 attivi. Quindi, qui il margine si è ridotto a una cinquantina di posti disponibili. Calcolate che nel periodo clou, quindi quello del mese di dicembre 2020, siamo arrivati ad avere anche 40 accessi al giorno di pazienti Covid, che ovviamente non vuol dire 40 letti occupati in più perché, essendo una crescita che durava da alcuni mesi, c'erano anche le uscite che parzialmente compensavano le entrate. Quindi, il monitoraggio ci consentiva anche di fare delle proiezioni sulle occupazioni.

A proposito delle proiezioni, tali proiezioni hanno cominciato a diventare attendibili verso la fine dello scorso anno, perché prima non c'era nessun dato che ci consentisse di capire. Quello che vi posso dire è che, quando abbiamo iniziato a muoverci, quindi verso la fine di marzo 2020, la previsione era che potessimo arrivare a 1.100 ricoverati per Covid. Questa previsione, per fortuna, poi è stata smentita, perché ovviamente sono subentrate anche altre (inc.). Poi questa previsione è andata aggiustandosi. Diciamo che, però, la possibilità di avere intorno a 600 pazienti Covid era un'ipotesi non del tutto remota. Quindi, se sommiamo circa 200-250 pazienti ricoverati per altre patologie, si arriva intorno a una previsione di occupazione che sfiora i 900 letti.

Questo per come è stata gestita dal punto di vista dinamico. Nelle diverse Aziende gli interventi fatti sono stati diversi. Abbiamo ovviamente attivato tutti i 190 posti cosiddetti CREU, che sono i posti in condizioni di stand-by, che sono completamente allestiti, e sono stabilmente

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

allestiti.

Anche adesso che non sono più operativi quindi sono presenti e hanno tutte le attrezzature necessarie. Siamo andati anche ad occupare alcuni blocchi operatori, in particolare negli ospedali Covid.

Gli ospedali Covid hanno quindi interrotto completamente l'attività, i blocchi operatori sono stati parzialmente riconvertiti in posti di Terapia intensiva, ed il personale che svolgeva l'attività di sala operatoria è stato poi trasferito a gestire questi posti letto. Questo è avvenuto a Vittorio Veneto, a Dolo, a Santorso, a Schiavonia, eccetera.

Negli altri ospedali si è comunque arrivati a una riduzione dell'attività programmata per liberare personale e aumentare i posti Letto.

Per quanto riguarda i numeri ve li ha già detti l'ingegner Fattori, se poi ci sono ulteriori specificazioni, andiamo poi a vedere eventualmente ULSS per ULSS. Questo però grosso modo è come abbiamo gestito.

Un'unica cosa: volevo dirvi che per allestire i posti letto erano necessari tre elementi: uno erano gli ambienti, perché i posti letto andavano messi in ambienti che avessero determinate caratteristiche di ricambio d'aria, di forniture di gas medicinali e di continuità elettrica, cosa che non tutti i reparti ospedalieri sono in grado di gestire.

Secondo: era necessario avere tutte le attrezzature, quindi ventilatori, monitor, pompe da infusione, letti dedicati di tipo specifico che consentissero anche le manovre di pronazione.

Terza cosa era il personale da assegnare, e il personale è stato reclutato, come vi dicevo, prevalentemente dalle sale operatorie, ma anche andando a recuperare personale che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

lavorava in altre unità operative, ma che aveva una precedente esperienza di Terapia intensiva, dai servizi di emergenza, al pronto soccorso, quindi persone che comunque avevano già una formazione di base e che hanno avuto un refresh delle nozioni.

Ultima cosa, un dettaglio che mi ero dimenticato prima: l'occupazione è stata gestita in maniera dinamica, nel senso che anche nella seconda fase abbiamo cercato di evitare il più possibile di andare a chiudere ospedali. Quindi, finché era possibile, si sono utilizzati, come previsto per altre attività ministeriale, i posti letto isolati.

C'è quindi la possibilità di mantenere i pazienti comunque diffusi in tutti gli ospedali, però, ovviamente, laddove ci sono le caratteristiche per mantenere l'isolamento ed evitare la contaminazione degli altri. Poi, quando questa fase è terminata, perché questi posti erano esauriti, allora si è passati all'isolamento di coorte. Questo voleva dire dedicare un'intera Terapia intensiva, quindi un openspace a più pazienti, tutti affetti da Covid.

Questo ha voluto dire una modulazione continua per arrivare poi alla fine al modello Covid Hospital, dove sapevamo che la maggior parte erano concentrati.

L'attivazione progressiva di posti letto, quindi, ha rispettato questa logica, cercando di dilazionare il più possibile l'interruzione delle attività elettive, mantenendole anche in quelli che sarebbero poi diventati Covid Hospital.

Poi, ovviamente, nella fase di picco siamo passati invece all'attivazione completa di questi ospedali, come previsto dalla fase 4 delle normative dei piani regionali che sono stati approvati in autunno.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Io mi fermerei qui, perché è più facile, eventualmente, rispondere a dei quesiti.

Presidente

Grazie, dottor Rosi.

Passo la parola, visto che l'ha chiesta, al Segretario Brescacin. Poi, se c'è qualche altro Commissario che vuole intervenire, me lo richiede. Collega Ostanel e collega Bigon.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Grazie e buongiorno all'ingegner Fattori e al dottor Rosi.

Vi ringrazio per il lavoro che avete fatto dall'anno scorso sino a oggi, che è stato sicuramente importante e caratterizzato da elementi di incertezza, di necessaria flessibilità, di tempestività, nel dover prendere decisioni e poi anche attuarle. Innanzitutto, quindi, grazie, per quello che avete fatto, almeno a nome mio personale. Volevo fare due domande subito, poi ne avrò anche altre. Le faccio indistintamente, chi ritiene potrà rispondere.

Prima: i posti letto riconvertibili, allestiti nelle sale operatorie, erano posti letto di fortuna, o si trattava di veri e propri posti letto di Terapia intensiva dotati di tutte le strumentazioni necessarie? Seconda: è mai successo in Regione Veneto di dover scegliere quali pazienti ricoverare in Terapia intensiva, perché non c'era la disponibilità di posti letto? Ci sono stati pazienti che non hanno potuto essere ricoverati in Terapia intensiva, anche se ne avrebbero avuto necessità?

Queste sono le prime due domande per me importanti.

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)

Sulla prima rispondo io. Non escludo che nella fase di marzo, quando mancavano le forniture, mancavano i ventilatori, mancavano attrezzature, si è andati a esaminare le caratteristiche delle sale operatorie dal punto di vista anche dei ventilatori della sala operatoria, proprio in extrema ratio, per poter dare il servizio ai pazienti. Questo per fortuna non è avvenuto, nel senso che i ventilatori sono arrivati, sono arrivati in tempo; pertanto, l'attrezzamento e l'allestimento dei posti letto di Terapia intensiva all'interno dei blocchi operatori erano come le apparecchiature e le attrezzature della Terapia intensiva.

Erano posti chiaramente di Terapia intensiva, addirittura in locali dal punto di vista impiantistico e strutturale migliori di una Terapia intensiva.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Completando questa parte, vi confermo che nessun paziente è mai stato collegato ad un ventilatore della sala operatoria: il che comunque non è un delitto, perché la Lombardia, per esempio ha ampiamente utilizzato tutti i ventilatori che aveva a disposizione. Non so se ricordate che in certi periodi erano usciti anche degli studi, da parte di qualcuno, che collegava due pazienti allo stesso ventilatore, cercando di fare di tutto. Noi non abbiamo mai avuto questa necessità, perché l'arrivo dei nuovi ventilatori ci ha consentito di ventilare tutti i pazienti con ventilatori dedicati. Il ventilatore dedicato fa la differenza quando il paziente va sostanzialmente "svezzato"

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dal ventilatore, quindi consente delle metodiche molto più raffinate di quelli da sala operatoria.

Se è da mantenere in vita qualcuno quindi si può usare anche quello di sala operatoria, ed è stato usato in molti Paesi del mondo. Noi però abbiamo sempre parlato di posti letto veri e completamente attrezzati, del tutto equivalenti a quelli stabili che abbiamo nelle terapie intensive, anche se si trovavano in locali che non erano destinati a questo ma che, come ha detto l'ingegner Fattori, hanno caratteristiche prestazionali addirittura superiori a quelli dei reparti di Terapia intensiva dal punto di vista dei ricambi d'aria e della sicurezza dell'ambiente.

Per quanto riguarda invece l'eventuale selezione di pazienti da ammettere in Terapia intensiva, tutti i pazienti che avevano necessità di Terapia intensiva sono stati ricoverati in Terapia intensiva. Aggiungerei che sono stati ricoverati in Veneto in Terapia intensiva, perché vi ricordo che in quel periodo molte Regioni hanno chiesto il supporto di altre. Anche noi abbiamo fornito supporto alla Lombardia per accogliere certi pazienti, e addirittura, pazienti della Lombardia sono andati a finire in Germania.

Noi siamo riusciti a gestirli tutti all'interno, non ci sono stati pazienti che non sono stati ricoverati in Terapia intensiva per mancanza di posti letto, questo grazie anche al supporto di una rete di trasporti che ci ha consentito di spostarli all'interno della regione.

Approfitto per concludere, perché era nata all'inizio qualche polemica su un documento sull'appropriatezza dei ricoveri in Terapia intensiva. Per chiarire bene: in Terapia intensiva ci va chi può giovarsi della Terapia intensiva, quindi chi ha prospettive di essere salvato. Per certi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

pazienti grandi anziani non c'è un'indicazione di Terapia intensiva, perché ricoverarli vorrebbe dire condannarli a morte. Loro quindi hanno più possibilità di sopravvivere se sottoposti a terapie subintensive, che evitino di sottoporli a trattamenti dai quali noi sappiamo non potrebbero poi essere più staccati e quindi non potrebbero sopravvivere.
Il documento che era stato elaborato dai rianimatori quindi era un documento di questo tipo, che specificava bene l'appropriatezza del ricovero.
Ovviamente, voi capite bene che un paziente tumorale in fase terminale è giusto che muoia nel suo letto e non attaccato a dei macchinari e lontano dai familiari. Quindi la Terapia intensiva serve a chi ha possibilità di uscirne. Purtroppo noi sappiamo che alcuni questa possibilità non ce l'hanno, ma questo avviene anche in condizioni ordinarie. Ribadisco, tutti quelli che avevano questa possibilità, un posto letto di Terapia intensiva in Veneto, l'hanno avuta.

Presidente
Faccio terminare le domande alla Segretaria Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Non le termino ma vado avanti con le mie domande.
L'ingegner Fattori, credo, sia più di competenza.
Prima ci ha parlato - e mi scuso se non sarò precisissima, spero che riesca, comunque, a comprendere la mia domanda - del Piano di emergenza, quello di marzo 2020, parlo all'inizio, quindi ci ha spiegato quello che la Regione ha fatto, quello che ha programmato e quello che ha messo in atto.
Volevo capire bene questo come è stato fatto e in quanto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tempo e anche rispetto al DL 34, che lei ha citato prima, che deve essere di maggio 2020, quindi, come la Regione ha risposto, oppure se aveva già risposto in anticipo, mettendo già in atto l'attività sin da prima, che poi è stata richiesta dal Ministero.

La stessa domanda la rifarei per la parte autunnale del 2020, perché ha parlato dell'attività fatta nei mesi di luglio, di agosto 2020, ma il DPCM mi pare che era un DPCM arrivato verso ottobre-novembre e, quindi, anche in questo caso, come la Regione si è programmata e come la programmazione e l'attuazione della Regione, poi, ha dato risposta alle indicazioni ministeriali, rispetto al programma d'autunno.

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)

Il primo piano emergenziale, quello di marzo, fondamentalmente è stato adottato dall'unità di crisi il 13 marzo e al 25 marzo abbiamo raggiunto l'obiettivo degli 825 posti. Quantomeno su tre parametri fondamentali. Erano i ventilatori, i monitor e i letti. Dopodiché le pompe siringhe, ovvero il numero di pompe per paziente, quelle potevano un po' variare, però gli 825 posti letto li abbiamo raggiunti entro marzo, lavorando fondamentalmente ogni giorno in relazione alle forniture che arrivavano, in relazione, quindi, a quei ventilatori che arrivavano, quei monitor che arrivavano e le esigenze che vi era di attrezzare le terapie intensive, che sapeva il dottor Rosi, dove vi era bisogno di aumentarne la capacità, venivano distribuiti e, quindi, sono stati 12 giorni in cui ogni giorno si è attivato e ci si è impegnati ad attivare questi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

posti letto di Terapia intensiva.

Dopodiché, chiaramente, a maggio abbiamo assestato la cosa, con la delibera 552, quindi, dove sono stati inseriti anche gli altri posti di programmazione.

Per quanto concerne la 552: la 552 anticipa, come ho detto prima, il DL 34, mantenendo sempre, comunque, un margine superiore a quanto previsto dal DL 34, che abbiamo visto è un margine del 15%, perché per la nostra analisi, che ha detto prima il dottor Rosi, un po' più di margine è opportuno averlo. Poi, nei mesi di agosto - settembre, si è proceduto a un'analisi azienda per azienda, proprio per verificare la reale esistenza di questi posti.

Il Piano d'autunno nasce da questa attività.

Come ho detto, nel DL 34 la competenza per la realizzazione è del Commissario. Il Commissario ha iniziato a muoversi, dal punto di vista della realizzazione di posti letto di Terapia intensiva e semi-intensiva, a settembre – ottobre. I bandi sono usciti a ottobre - novembre.

Se noi avessimo aspettato il Commissario per i posti letto, non avremmo passato l'autunno e l'inverno, perché? Perché lui aveva una macchina e anche perché i lavori edili comportano tempistiche.

Pertanto, è stato fatto un piano di contingenza che prevede, comunque, la realizzazione di questi posti letto; posti letto che non dovevano andare nella stessa area dove, eventualmente, il Commissario poi avrebbe dovuto intervenire, proprio per garantire i posti letto. Quindi quello è stato l'assestamento tra la 1103 e il Piano d'autunno, quindi dei 1016 posti letto si arriva in 1000, perché i 1000 sono effettivamente realizzabili.

Addirittura i 176 posti letto di semi-intensiva

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

riconvertibile, quelli è stato possibile attivarli, a seguito delle forniture di 150 ventilatori, da parte del Commissario, che sono avvenuti nel mese di ottobre.
Quindi a fine ottobre noi avevamo le forniture e le attrezzature per attivare i 1000 posti letto previsti.

Presidente
Grazie.
Collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Grazie per le informazioni aggiuntive di oggi.
Io avevo visto e riletto i verbali della Commissione del 04 maggio, quindi vedo la conferma, insomma, dei dati che avevate detto, ovviamente, in quella sede. Però, appunto, rileggendo anche i verbali, anche dai virgolettati del dottor Rosi e oggi avete aggiunto delle cose, quindi vi chiedo un parere, i 1000 posti letto, quelli effettivamente attivabili, che devono essere attivati secondo il Ministero entro le 48 ore, per essere realmente attivabili, potevano essere attivati nel momento in cui noi spostavamo il personale sui 1.000 posti di Terapia intensiva. Nel senso che, già a dicembre 2019 la Regione Veneto certificava che c'era una carenza di, ad esempio, anestesisti, parlava di 148 anestesisti e, di conseguenza, leggendo anche i verbali e cercando di capire meglio, i 1000 posti letto effettivamente attivabili, sarebbero stati attivati in uno scenario che viene descritto proprio da voi stessi, uno scenario nell'ipotesi di non arrivarci mai. Nel senso che, se avessimo dovuto effettivamente garantire i 1000 posti,

non avremmo più potuto garantire quei 200 - 250 pazienti che entrano in Terapia intensiva per altre patologie. Questa è la prima domanda: cioè se avevate elaborato un'analisi, appunto, di costi - benefici, nel momento in cui avete dato questo 1000 come attivabile. Se nel caso fossimo arrivati a 1000 noi non avremmo potuto dare posto alle persone non in Terapia intensiva per Covid.

Capite bene perché faccio la domanda, nel senso che - e questa è un'opinione politica - pensare di avere 1000 posti attivabili, ma togliendo il personale, cioè mettendo tutto il personale sul Covid, è uno scenario praticamente irrealizzabile, perché sappiamo che in quel periodo avevamo, comunque, altre patologie. Quindi vi chiedo se è stata fatta una analisi di costi - benefici, perché è vero che erano attivabili, come avete detto voi, ma bisogna anche poi capire se la scelta è stata quella corretta di attivarne così tanti.

L'altra questione, invece, rispetto a un approfondimento su come venivano raccolti i dati, cioè se venivano dati dalle ULSS, del Veneto a voi, come unità centrale, poi comunicati al Ministero; quindi capire qual era il processo di comunicazione dei dati, quindi come veniva valutato il fatto che la Terapia intensiva fosse attivabile e giusta, come voi avete detto, in termini di cura.

L'altra domanda, invece, è come il Ministero ha valutato i numeri, al contrario, cioè il Ministero ha fatto una valutazione o ha fatto - passatemi il termine – un sopralluogo, non so, un monitoraggio sulle varie Regioni, quindi non solo in Veneto, dell'aumento dei posti di Terapia intensiva? Basta. Queste tre domande qua.

No, scusate, l'ultima. A partire dalla carenza del

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

personale, che era stata certificata nel 2019, quant'è - questa anche non oggi, ma in futuro - il numero di personale poi reclutato con specialità di anestesista. Grazie.

Presidente

Chi vuole rispondere?

Dottor Rosi.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Comincio io, poi l'ingegner Fattori terminerà

Primo aspetto: noi abbiamo valutato in 200 posti letto di Terapia intensiva, la base al di sotto della quale non si poteva scendere per le patologie non Covid Quindi si è partiti da questo aspetto.

I 200 posti andavano garantiti sempre e comunque, perché sono quella base che fa riferimento a patologie acute, emorragia cerebrale piuttosto che il problema respiratorio, problema cardiaco, i trapianti. Comunque diciamo le attività emergenziali.

Questo è un dato che poi si è confermato, perché il numero più basso che abbiamo avuto è 192, nella fase iniziale di marzo, quindi lo zoccolo di 200 letti per garantire le altre patologie è sempre stato computato come non intaccabile da pazienti Covid. Quindi, i posti Covid erano 800, di fatto, mentre i 200 sono per altri. Vanno ovviamente a contare 1.000 letti in tutto, perché il Ministero non ci chiede di fare distinzione fra letti Covid e letti generali.

Per quanto riguarda il personale, noi abbiamo sempre fatto un calcolo che doveva mantenere le attività di emergenza, il che vuol dire comprendere i punti nascita, almeno uno per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ogni ULSS, e comprendere l'attività di pronto soccorso e di emergenza specialistica (neurochirurgia, cardiochirurgia, trauma) centralizzata negli ospedali hub. Quindi, c'era un ridisegno della rete. Voi sapete che oggi di punti nascita ce ne sono molti che hanno anche un numero di parti relativamente bassi, per esempio l'ULSS 3 ha cinque punti nascita. Quindi, nel disegno si è considerato di mantenere uno o, al massimo, due di questi punti nascita, concentrando l'attività sulle Aziende.

Dobbiamo, però, considerare l'organico che avevamo degli anestesisti. Abbiamo fatto un calcolo sulle presenze e avevamo, quando è stato fatto il primo disegno, 926 anestesisti dipendenti, come da dati che poi siamo andati a verificare, anche se il numero può variare di una decina di unità, però quello è l'ordine, e abbiamo un acquisto di prestazioni stabile, che avviene anche al di fuori dell'emergenza Covid, che porta l'organico intorno alle 1.000 unità. In più, c'è un notevole numero di contratti libero-professionali. Quindi, anche considerato di non arrivare a forme ulteriori di reclutamento, che in realtà poi ci sono state, perché ci sono stati molti contratti LP in più, per gestire i 1.000 posti letto avevamo una necessità di 666 anestesisti e per gestire le altre attività di circa 300. Quindi, alla fine il conto tornava. Anche qui vi dico numeri che poi evidentemente andrete meglio a verificare sulla carta. Comunque, quello che vi dico è che alla fine il numero corrispondeva. Quindi, con quei numeri degli anestesisti disponibili, con un regime di acquisto di prestazioni, che peraltro è una prassi consolidata e costante, non è una novità per il Covid, e con il ricorso a contratti professionali già esistenti, già con quelli la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

copertura era garantita, mantenendo l'attività emergenziale. Tenete anche presente che normalmente, quando si fa il calcolo degli FTE per vedere il numero di anestesisti e infermieri, diciamo che un'ipotesi di lavorare 36 ore per 52 settimane, che sono 1.800 e rotte ore, si vanno a scontare circa 400 ore, che sono quelle ovviamente legate alle ferie, ma poi ci sono le assenze per formazione, per comandi, per malattia. Quindi, in un periodo di crisi ovviamente andremmo a ragionare a ferie sospese, di conseguenza questo numero sarebbe ulteriormente aumentato, perché il numero di test equivalenti FTE in realtà non è quello su cui abbiamo fatto il calcolo, ma quello reale avrebbe più numeri.

Per quanto riguarda i reclutamenti, poiché non voglio dirvi numeri a caso, vado a guardare il dato preciso. Nel 2020 sono stati assunti 107 medici. Tenete presente, però, che abbiamo avuto anche delle cessazioni, quindi alla fine l'organico è aumentato solo di 44 unità. Siamo ricorsi a prestazioni extra orario non quantificate e a prestazioni aggiuntive. Sono stati assunti per attività Covid 32 medici a contratto e sono stati attivati 77 contratti libero-professionali di anestesia e rianimazione. Adesso qui è difficile dire, perché non posso moltiplicare 77 per 38 ore, in quanto è possibile che alcuni abbiano fatto meno. Comunque, il numero è di 77 contratti su circa 500 complessivi dedicati agli anestesisti. Quindi, sono 500 medici, di cui 77 anestesisti. C'è tuttora un altro bando aperto, perché la carenza al momento stimata sull'organico teorico è di circa 130 unità in questo momento, di cui circa un centinaio andiamo a sopperire con i progetti. Scusi? Ad oggi è intorno al centinaio di medici carenti, che è una carenza storica. Anzi, forse in questo momento è un pochino

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

più bassa di quand'era all'inizio, che era oltre 130, che poi è quella a cui si va a supplire in parte con contratti LP e in parte con l'acquisto di prestazioni.

Per quanto riguarda i dati utilizzati da noi per monitorare l'andamento e, quindi, decidere la progressiva attivazione di posti aggiuntivi, questi venivano generati direttamente da chi li produceva. Quindi, dagli anestesisti che gestivano le terapie intensive veniva aggiornato in tempo reale il dato dell'occupazione. C'erano due strumenti. Questo è lo strumento in tempo reale, aggiornato ventiquattr'ore su ventiquattro. Poi, lo stesso dato lo confrontavamo con la raccolta dati che, invece, viene dal SIAVR, ovverosia dalla raccolta dati dove confluiscono tutti i tamponi, tutti i ricoveri, e lì dentro confluiscono anche i ricoveri di Terapia intensiva, che era il dato che è stato utilizzato dalla Direzione per inviare i dati al Ministero. Però, c'era un continuo confronto tra questi due perché, ovviamente, i due dati andavano in parallelo. È chiaro che in Terapia intensiva si poteva avere un aumento a mezzogiorno e una diminuzione alle sette di sera. Il loro dato, invece, è rilevato sulle ventiquattr'ore, quindi poteva esserci qualche unità di differenza. Però, è sempre risultato sostanzialmente allineato. Quindi, il dato che arrivava alla Direzione tramite il monitoraggio era identico a quello che vedevamo noi con il monitoraggio diverso delle terapie intensive.

Paolo, comunque, ne sa sicuramente di più.

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)

Per quanto concerne il valore dell'occupazione di posti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

letto di Terapia intensiva, veniva raccolto dalle singole Aziende e poi mandato in modo centralizzato al Ministero.

Per quanto concerne il tasso, quindi l'incidenza di occupazione, quella fondamentalmente è un indicatore che era già definito nel decreto ministeriale del 30 aprile 2020. Quindi, la percentuale di occupazione, quindi il 30% di occupazione di posti di Terapia intensiva, è un monitoraggio che nasce da aprile 2020 e che è sempre stato definito al fine di vedere l'occupazione e, quindi, l'incidenza dell'occupazione dei pazienti all'interno delle strutture ospedaliere. Lo stesso poi è stato utilizzato nel DPCM del 3 novembre 2020, che è uno dei parametri che determina le zone. Quindi, non incide sul calcolo della RT, ma poteva essere considerato all'interno dei parametri per assegnare i colori alle zone, quindi zone gialle, arancioni o rosse.

Dal punto di vista dell'occupazione, nel periodo della seconda ondata, quindi nel mese di dicembre, inferiore ai 300, quindi inferiore del 30% fino al 5 dicembre 2020. Il 6 dicembre 2020 è arrivato a 301, quindi superato il 30%, e noi eravamo in zona gialla.

Siamo diventati zona rossa con l'occupazione di 346 posti letto, quindi il 35; siamo diventati zona rossa il 24 dicembre. Se quindi vi fosse un collegamento diretto superiore al 30%, cambio di zona, gli elementi, i numeri non sembrano dimostrare questo. Era quindi uno dei tanti elementi che facevano parte, per assegnare le zone, ma non era quello il discrimine.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Mi ero dimenticato prima: mi aveva chiesto se ci sono

sopralluoghi del Ministero. L'unico sopralluogo mi risulta in un ospedale dove c'era stata una segnalazione; in realtà, il Ministero ha trovato due letti di Terapia intensiva in più rispetto a quelli che avevamo programmato noi.

Invece, i sopralluoghi li abbiamo fatti noi, perché nel mese di agosto siamo andati in ogni ospedale e abbiamo visto fisicamente dove andavano messi questi letti.

Col piano d'autunno, ogni ULSS ha dovuto mandare un prospetto di ogni singolo letto di quello che avevamo assegnato, corredato della piantina e della crocetta dove quel letto andava messo. Fisicamente quindi sono stati individuati gli spazi.

Le attrezzature sapevamo che c'erano perché ovviamente l'ingegner Fattori sapeva cosa aveva mandato a chi, e i locali, comunque, sono stati verificati. L'esistenza del letto fisico, quindi, e la possibilità di installare quelli non stabili è stata ampiamente verificata.

Presidente

Collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie per le risposte.

Volevo chiedere al dottor Fattori se può ripetere, perché l'ho perso, quello che ha detto rispetto al fatto che questo dato non avrebbe inciso sul calcolo dell'RT. Siccome anche, ad esempio, quando parliamo di sintomatici e asintomatici ci è stato detto che non conta sul calcolo del RT, sto cercando di capire che cosa conta allora nel calcolo del RT, se mi può dare una spiegazione del perché non incide.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Non è di mia competenza e non vorrei sbagliarmi, però nel calcolo dell'RT incidono i positivi e i contatti, fondamentalmente. Il tasso di occupazione delle terapie intensive incideva invece nell'assegnazione del colore, non nel calcolo dell'RT.

L'RT era uno dei parametri che insieme ad altri parametri poteva aiutare a decidere l'assegnazione dei colori. Questo ha avuto vari passaggi, scusatemi se dico cose non corrette, ma non sono di mia competenza.

All'inizio si guardavano vari parametri; poi a un certo punto si è andati ad esaminare solo l'RT e adesso si è ritornati ad esaminare, mi sembra, l'incidenza di occupazione. Ma l'incidenza dell'occupazione non entra nel calcolo della formula dell'RT.

Presidente

Ok, grazie.

Avevano chiesto di intervenire la collega Bigon, il collega Zecchinato e la collega Camani. Grazie.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Grazie, Presidente, grazie al dottor Fattori e al dottor Rosi per essere qui, anche oggi, a rispondere alle nostre richieste e comunque a darci dei chiarimenti.

Sulla base di quanto è stato detto sinora, quindi, confermate che, ad esempio, tutte le richieste che provenivano dalle case di riposo, per quanto riguarda i ricoveri, in caso di necessità non vedevano comunque rispediti, o ritornavano alle case di riposo, ma venivano

ricoverati e messi in Terapia intensiva? Questa è la conferma che date sul fatto che nessuno, appunto, è stato non accolto nelle terapie intensive, se ce ne fosse stata necessità? Questa è la conferma che volevo chiedere prima di tutto.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Sì. Mi permetto di evidenziare: che ne avessero l'indicazione. È chiaro cioè che veniva ricoverato chi aveva bisogno di essere ricoverato.
Il problema che noi abbiamo dovuto gestire, e che secondo me è stato gestito in maniera corretta, è stato quello di attribuire al corretto setting assistenziale ciascun paziente. Quindi, come sono stati lasciati a casa pazienti anche con ossigenoterapia, allo stesso modo sono stati ricoverati tutti quelli che avevano necessità di ricovero e che potevano giovarsi del ricovero.
Non è che avere il Covid vuol dire automaticamente andare in Terapia intensiva.
L'appropriatezza del ricovero è fondamentale. Tutti quelli per cui era appropriato sono stati ricoverati.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Condivido, dottore, assolutamente.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
La scelta di non ospdalizzarne alcuni è stata proprio per evitare delle conseguenze anche a loro, per cui, la collocazione corretta del paziente a casa era quella

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

migliore anche per lui.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Ma sulla base di quello che lei adesso ha detto, l'anziano che proveniva dalle case di riposo, premesso che nelle case di riposo, come lei sa, non venivano fatte delle valutazioni perché di fatto non c'erano i medici, non ci sono i medici, nel momento in cui venivano portati al pronto soccorso perché stavano male, lei quindi conferma che venivano comunque ricoverati, come tutti gli altri, e che non tornavano dopo valutazioni: voglio solo conferma di questo.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Guardate: è chiaro che qualcuno è tornato in casa di riposo. È tornato in casa di riposo perché non aveva bisogno di stare in ospedale, perché il suo livello di saturazione o grado di estensione della polmonite era compatibile ancora con la degenza in casa di riposo. Oppure, alcuni sono anche tornati in casa di riposo perché non c'era più niente da fare. I malati sono sempre morti, e il posto dove morire non è obbligatoriamente l'ospedale.

Il malato che quindi non aveva più nessuna possibilità, l'ultracentenario pluripatologico può anche darsi che sia stato mandato a morire in casa di riposo piuttosto che in ospedale, perché comunque non avrebbe potuto giovarsi delle cure ospedaliere.

Ora, in alcuni pazienti l'astensione dalle cure è l'atteggiamento più appropriato possibile. Tenete presente che in molti procrastinare la morte è solo un'inutile tortura. È chiaro che non vi dico "nessuno è stato rimandato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in casa di riposo"; è stato rimandato in casa di riposo chi non aveva bisogno di stare in ospedale.
Nessuno che aveva bisogno di stare in ospedale è stato rimandato in casa di riposo.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Io parto da un presupposto, però è una considerazione mia, che sicuramente non sono medico, e capisco quello che lei ha detto: parto dal presupposto che tutti hanno diritto, indipendentemente da tutto, di essere curati, ma ho capito benissimo.
Un'altra questione: sappiamo, come giustamente diceva il dottor Fattori che il numero di terapie intensive incideva non tanto sull'RT, ma evidentemente sulle restrizioni, quindi sui colori che venivano assegnati alle Regioni e che sulla base di questi colori c'erano delle restrizioni maggiori o minori.
Se il DM n. 34, come dicevamo prima, prevedeva dei posti letto di Terapia intensiva inferiori del 14% rispetto a quello che poi nel piano emergenziale dell'ottobre la Regione Veneto inviava al Ministero, e quindi di 1.000 posti letto di Terapia intensiva, tra cui ovviamente sappiamo, come ha detto lei, che 300 erano attivabili ma non attivati; sulla base di queste indicazioni, perché la Regione Veneto ha predisposto ed inviato a Roma questo piano?

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)
La dimensione è stata definita prima dal dottor Rosi. Chiaramente, il DM dà dei valori minimi da applicare.
Ricordo altresì che in data 4 novembre anche il commissario

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

straordinario, facendo un'analisi delle consegne che ci aveva dato, chiedeva che aggiornassimo i 1.000 posti letto di Terapia intensiva, questo per evidenziare la capacità e per essere pronti ad affrontare una situazione di crisi di cui ancora non si sapevano i numeri.
I 1.000 posti letto di Terapia intensiva quindi sono stati definiti in relazione all'esigenza, ad una previsione di occupazione e alla capacità che noi potevamo dare come struttura sanitaria.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Completo anch'io.
Mi lasci fare una specificazione rispetto alla domanda precedente: il diritto alle cure è stato rispettato per tutti. Volendo proprio dirlo in due parole secche, a nessuno è stato rifiutato quello di cui aveva bisogno, questo ve lo garantisco perché ci siamo mossi apposta.
Quanto al discorso dei 1.000, il ve l'ho detto prima: avevamo una prospettiva di occupazione che poteva arrivare ad 800 pazienti Covid, 200 famiglie. È stato un incubo, per alcune settimane, veder crescere il numero di pazienti e non sapere dove saremmo andati a finire.
Quindi, quell'obiettivo ci siamo posti, guardando anche quello che succedeva in altre Regioni. Sapete che siamo stati un po' sfalsati rispetto alla Lombardia e quindi avevamo quell'osservatorio, che era un osservatorio che ci dava notizie catastrofiche. Per un certo periodo veramente io non sapevo se ne saremmo usciti. Poi ci siamo trovati in una condizione di tranquillità, ma ci siamo trovati quando avevamo la certezza di poter attivare quei letti. Non

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sapevamo che non avremmo avuto necessità di utilizzarli. In più, come vi dicevo, ricevevamo continuamente richieste da altre Regioni che non riuscivano più a far fronte alle loro disponibilità. Quindi, l'obiettivo che ci siamo dati era quello di non trovarci nella loro condizione, perché, francamente, mandare pazienti in Germania non è solo scomodo, è anche mostruosamente rischioso, perché non è un viaggetto da fare in business class. Qualcuno rischia di restarci per la strada.

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)
Integro anch'io, tenendo presente che, oltre a questo piano, continuamente si elaboravano ulteriori piani. Nella seconda ondata, il Piemonte ha anticipato rispetto a noi di un mese il massimo dei ricoveri. Guardando quindi le altre Regioni, noi cercavamo continuamente ulteriori possibilità di spremere ulteriormente la struttura ospedaliera, perché non sapevamo come l'avremmo poi, dal punto di vista strutturale, gestita. Dal punto di vista strutturale, o c'è la programmazione o è difficile rincorrerla dopo, perché le forniture non ci sono, perché le strutture non ci sono. Quindi, o si lavora di programmazione quando la situazione pandemica lo permette, oppure è un rincorrere con difficoltà.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Sì, per concludere, a un certo punto avevamo anche aziende che si sono offerte di attivare più letti di Terapia intensiva di quelli che avevamo programmato, a cui abbiamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

detto no perché sapevamo che a quel punto il personale sarebbe stata una necessità che non avremmo potuto affrontare. Quindi, non è che abbiamo detto prendiamo tutto quello che veniva, tranquillamente a Padova ci stavano altri 100 letti senza nessunissimo problema. Non li abbiamo attivati perché non sarebbe stato corretto dire che avremmo potuto gestirli.
Ricordate che anche in Lombardia in Terapia intensiva hanno lavorato internisti, hanno lavorato figure completamente diverse, quindi, se avessimo dovuto utilizzare il sistema che hanno utilizzato loro, il personale ce l'avremmo avuto probabilmente per 1500 letti, con la logica di mettere anche non specialisti recuperati dalla dermatologia o da altre strutture.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Se posso continuare, sempre - dopo magari parleremo un attimo del personale – sui posti letto di Terapia intensiva, a un certo punto lei, dottor Rosi, diceva che c'erano occupati 663 posti su 702 attivati. Sì, fa presente 663 su 702 attivati, il dottor Rosi, infatti. Questi 663 lei intende Covid… È una richiesta. Oppure comprensivi della…?

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Comprensivi.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Okay. Quindi, i 702 attivati sono quelli complessivi…

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Sono quelli complessivi.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Che comprendono anche i 200 no Covid, evidentemente.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Esatto.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Okay. Sulla base di questo, siccome la Regione Veneto comunque ha attivato questi 702 posti di Terapia intensiva, nel piano dell'ottobre 2020 avete attivato il piano indicando appunto + 300 posti attivabili, riconvertibili, per 1000 posti, di cui 54, se non sbaglio, nel privato (posti letto di Terapia intensiva).
Ecco, siccome giustamente in quella delibera, la 782, si individuavano le strutture dove c'erano questi posti di Terapia intensiva da occupare per i pazienti Covid, io vi chiederei, vorrei capire chi ha individuato questi posti, soprattutto nel convenzionato. Come mai 90%, 95%, sulle strutture pubbliche e così pochi posti nelle strutture convenzionate private? Chi ha deciso e se ci sono state delle convenzioni, degli accordi, questo volevo capire.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Intanto dobbiamo parlare di accreditati, quindi di strutture che hanno fatto il percorso per gestire determinate attività

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

assistenziali. Intanto, quindi, la struttura deve avere un accreditamento per fare anche attività di Terapia intensiva.
La seconda cosa è che siamo andati a individuarli laddove c'era questa competenza, perché chi non fa Terapia intensiva – e sono la maggior parte del privato – non può certo cominciare da un giorno all'altro ad attuare queste attività. Quindi, erano concentrati negli ospedali che hanno già attività di Terapia intensiva, principalmente Negrar, Peschiera e Porto Viro, poi qualche altro letto dove c'erano terapie intensive post-operatorie.
Il motivo è che strutture private che non hanno nessuna attività di Terapia intensiva non potevano essere utilizzate per gestire questi pazienti. Piuttosto, come è stato fatto in provincia di Verona, siamo andati a reclutare il personale da loro, quindi abbiamo chiesto al privato, che ha sospeso anche lui tutta l'attività elettiva, perché l'attività di elezione quando è stata sospesa è stata sospesa anche nelle strutture accreditate, quindi il personale è stato reclutato all'interno dell'azienda ospedaliera, però non era possibile attivare altri letti nel privato.
Già abbiamo spuntato molto per arrivare a quei 54.

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)
Teniamo presente anche l'incidenza del privato in Regione Veneto, che sui 494 posti di partenza il privato incide per 40 circa, quindi anche il privato non è così grosso, strutturato per poter scaricare questa attività.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Oltretutto parliamo di un privato che è molto poco rappresentato nella rete degli ospedali per acuti, perché è quella poi che fa fronte… Gli ospedali per acuti, dove afferiscono pazienti tramite il 118 in Veneto sono un numero veramente limitatissimo.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Noi sappiamo perfettamente che queste sono a carico del pubblico perché sono onerose come…

Al di là di questo, però, ad esempio nell'USL/9 che voi avete citato a Verona, il 50% dei posti letto sono del privato come percentuale su 2000 posti. Nelle schede del 2019 il 50% sono privati. Al di là…

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Per rispondere dovrei andare a guardare le schede, ma non è materia mia.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Si fidi, nel senso…

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Sulle terapie intensive glielo posso dire quanti letti ha il privato e quanti ne ha il pubblico, ma sulle schede di dotazione no.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Per quanto riguarda invece il personale, lei diceva – e magari me lo conferma – che 926 erano anestesisti dipendenti al 01 marzo 2020, nel Veneto. Ne approfitto perché ha i dati, per cui…
Comunque vado avanti, intanto. Dunque, 926 diceva che sono anestesisti dipendenti al 01 marzo 2020, poi ci sono stati degli acquisti di prestazioni, dei contratti, liberi professionisti eccetera, abbiamo aumentato circa di 100 unità.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Sì, il mio calcolo è 1020.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Esatto.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Senza i contratti LP.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Esatto.
In un passaggio precedente, nella sua relazione, lei diceva che comunque il personale impiegato… quindi queste 1000 persone sono state impiegate in questi 663 posti occupati, perché il massimo erano 663 occupati, di Terapia intensiva, per cui avevamo questo personale. Giusto?

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
No, li abbiamo occupati per tutte le attività che richiedevano la presenza del rianimatore.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
A un certo punto c'erano 663 posti letto occupati su 702 di Terapia intensiva, per cui questo personale, al massimo, aveva avuto questo…

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
No, questo personale faceva anche le sale operatorie, punti nascita…

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Certo, certo, ma noi parliamo di Covid.
I 663 comprendono i 200 di Terapia intensiva no Covid e ovviamente tutto quello che… ci mancherebbe. Questo è il personale. Lei diceva prima che tanto era stato comunque spostato dagli altri reparti, perché di fatto non era sufficiente, giusto?

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Sì.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
E che comunque il personale portato in questi reparti, semintensiva e anestesia, da altri reparti, comunque erano persone, sanitari che già avevano avuto delle precedenti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

esperienze. Non erano proprio… me lo conferma?
La domanda è questa…

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Parla degli infermieri in questo momento?
Gli infermieri, dice?

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
No, parlo di medici e infermieri. La domanda è: quindi confermate che non è vero che son stati fatti corsi di otto ore per formare il personale? Perché…

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Adesso ho capito dove vuole arrivare. Eccola qua.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Ho fatto un po' la premessa.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Non riuscivo a seguirla. Adesso ho capito la domanda.
Chiariamo bene la cosa. Parliamo di medici che hanno trovato nelle Terapie intensive: erano tutti specialisti in anestesia e rianimazione a differenza di quello che è avvenuto in altre Regioni. Noi abbia impiegato solo anestesisti e rianimatori che non hanno fatto nessun tipo di corso perché la loro specialità comprende questa cosa.
Per quanto riguarda, sempre parlando di Terapie intensive, infermieri: quelli che avevano pregressa esperienza e che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sono ritornati magari dopo 10 anni, hanno avuto sicuramente un periodo di affiancamento o di formazione per poter capire cosa era cambiato. Solo il fatto che fossero cambiate le attrezzature e i monitoraggi, eccetera, quindi non sono stati buttati lì la mattina stessa al lavoro.

Altro discorso riguarda gli ambiti non intensivi, dove è stata fatta un'operazione per poter svolgere, anche in ambito non intensivo, cioè quindi di degenza ordinaria, determinate attività di assistenza ventilatoria avanzata, come la CPAP con il casco.

La CPAP con il casco è una cosa estremamente semplice da posizionare perché va messo questo casco, è un casco tenuta e poi il paziente respira sostanzialmente in un'area che ha una pressione di quella atmosferica.

Il corso che è stato pensato, con tanto di supporti audiovisivi, era destinato a questo personale, cioè a personale che, in degenza ordinaria, doveva gestire delle metodiche che fino al giorno prima non aveva mai svolto, ovviamente con la supervisione poi degli pneumologi e dei rianimatori. Non è che a questi abbiam dato i caschi e gli abbiamo detto: "Arrangiatevi". Però, per non occupare posti di degenza sub-intensiva, dove era necessario fare metodiche di ventilazione che richiedessero macchinari quindi più avanzati, con pazienti che potevano benissimo stare in un letto ordinario, quindi non avevano bisogno di un apporto di una struttura anche tecnologica, allora lì si è fatta, come è stato fatto in tutte le regioni d'Italia, una formazione molto breve, ma perché molto semplice è il dispositivo da utilizzare.

Questo però non riguarda assolutamente le cure intensive, riguarda le cure ordinarie.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Per ordinarie intende le semi-intensive anche col casco? Solo per precisare perché, insomma, è giusto.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Se dovessimo andare a guardare quello che si faceva vent'anni fa nei reparti di medicina, scopriremo che c'era gente che stava in medicina per fare un intramuscolo. La medicina sta evolvendo. Il Covid ha sicuramente dato una spinta importante a estendere certe metodiche, che una volta si facevano addirittura solo in Terapia intensiva, anche al reparto ordinario.

Quindi, l'obiettivo, che peraltro è riconosciuto anche nelle delibere regionali, è quello di arrivare ad avere stabilmente nei reparti di medicina capacità assistenziali molto avanzate che arrivano utilizzare metodiche che oggi sono di sub-intensiva, ma che lo sono perché non è mai stata intrapresa questa strada.

Quindi il Covid ci ha portato, per esempio, a fare la ventilazione non invasiva nelle sub-intensive, cosa che fino al giorno prima non esisteva. Però questa non è una necessità che abbiamo fatto virtù, è un passo indispensabile perché l'ospedale sta andando in questa direzione e non ha senso tenere pazienti che vanno al bar in ospedale. Mentre i reparti di medicina devono fornire terapie più evolute.

Quindi dire che il casco è uno strumento da sub-intensiva: sì, no, cioè dipende da come si sta lavorando in quel reparto. In certe Medicine era già in uso da tempo. Quello è il gold standard e lì dobbiamo andarci. Ci siamo andati un

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

po' più in fretta. L'importante non è tanto l'uso dello strumento, ma è: 1) sapere quando usarlo, 2) sapere quando è ora di smettere perché bisogna passare a una metodica superiore. Questo richiede il fatto che queste attività siano svolte in stretto collegamento poi con gli specialisti, che è quello che abbiamo sempre cercato di garantire.

Presidente
Grazie. C'era il collega Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Buongiorno. Grazie. Innanzitutto ringrazio il dottor Rossi e l'ingegner Fattori per la presenza e per l'illustrazione, insomma molto accurata che hanno fatto finora.
Io volevo chiedere, proprio in merito a quest'ultimo tema sulle semintensive di cui ha già dato un dato ancora all'inizio l'ingegner Fattori, intanto come sono nate le dotazioni che hanno appunto e come sono state utilizzate, cioè se poteva esplicitare un po' meglio questa parte legata alle semintensive. Grazie.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
A partire della parte clinica, poi l'ingegnere Fattori vi spiegherà la dotazione tecnologica.
Intanto c'è da dire che noi eravamo piuttosto in ritardo sulle sub-intensive, non tanto per volontà della Regione quanto perché poi su queste cose qui a volte ci sono gelosie tra specialisti e all'inizio - l'abbiamo già visto con la Neonatologia - sono percorsi nei quali magari qualcuno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ritiene di volerci tenere il suo passo cappello e quindi mettere qualche ostacolo poi all'evoluzione.

Siamo partiti da una situazione di Terapie sub-intensive direi quasi un po' clandestina, nel senso che non erano in programmazione, però c'erano un sacco di specialisti, soprattutto pneumologi o anche i medici d'urgenza, che nelle loro aree gestivano anche ventilazione non invasiva anche molto complessa.

La differenza sostanziale tra il paziente che va in Terapia intensiva è quello che sta in terapia sub-intensiva, è l'invasività della manovra. Quindi il paziente da Terapia intensiva ha il tubo in trachea, attraverso il quale lo si ventila con dei ventilatori che hanno certe pressioni; in Terapia sub-intensiva si usano sostanzialmente o maschere o caschi e quindi questi ventilatori respirano insieme al paziente: mentre quella che è in Terapia intensiva è una ventilazione sostitutiva di quella del paziente, in Terapia sub-intensiva il ventilatore aiuta il paziente a respirare. Quindi il paziente deve essere in grado di avere un'attività respiratoria propria che poi viene supportata. Questa è la differenza sostanziale.

Vi posso dire che attualmente stiamo consolidando quello che è stato conquistato con questa attività. Chiaramente adesso i letti attivi non sono tutti quelli previsti per il Covid, però i letti di sub-intensiva ormai sono presenti in ogni struttura dove c'è una Pneumologia e in questo momento stiamo cercando di renderli stabili anche nelle medicine in modo che ci siano due aspetti: quella pneumologica è orientata principalmente all'assistenza ventilatoria. Quelli delle medicine saranno orientati anche a pazienti particolarmente complessi, che richiedono cure molto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sofisticate, ma che magari non hanno bisogno della ventilazione, perché sono anche questi che oggi vanno in Terapia intensiva. Magari hanno uno shock settico o comunque una condizione metabolica complessa che richiede un'assistenza complessa, somministrazione di farmaci in maniera molto precisa e quindi con l'uso di pompe, di infusione, eccetera: a tutti questi pazienti oggi stiamo trovando queste collocazioni che ci consentono di dare respiro alle Terapie intensive anche in uscita, perché molti pazienti in questo modo possono uscire prima dalla Terapia intensiva perché trovano un ambiente ad alta assistenza, anche non intensiva.

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)

Dal punto di vista strutturale-impiantistico è stato un upgrade dell'area di degenza. Un upgrade che ha permesso di sviluppare… come ha detto il dottor Rosi, gli standard strutturali impiantistici della semintensiva non erano definiti. Noi abbiamo individuate la semintensiva nella 552 su delle linee guida che avevamo definito durante il mese di marzo, che poi li abbiamo tradotti in requisiti impiantistici e di attrezzamento proprio nella 782.

Quindi, dal punto di vista chiaramente strutturale, si parla di distanza di degenza, però con il monitor, degenze con un ventilatore ogni due posti letto, degenze con caschi CPAP, degenze con pompe di infusione, alti flussi. Esaminavamo gli alti flussi: un'altra attività enorme che è stata fatta durante il Covid è stato il potenziamento dei serbatoi, il raddoppio dei serbatoi di gas. Avevamo un uso, specialmente nell'area, appunto, non critica, nelle semi-intensive,

impressionante di consumo di ossigeno proprio per le tipologie di cure che abbiamo fatto e quindi è stato un raddoppio delle infrastrutture, un potenziamento degli ospedali dell'area medica. Il grosso delle semintensive previste nel piano di marzo… anzi, le semi-intensive sono state raggiunte entro fine marzo; dopodiché con la 782, quindi con ulteriori finanziamenti derivanti dal DL 34, si sta mettendo mano dal punto di vista strutturale all'interno dei muri per adeguarli, quindi prima abbiamo corso a sistemarli dal punto di vista del trattamento (quindi opere non invasive) e adesso con il DL 34, quindi con l'attività del Commissario, che poi ha delegato a soggetti attuatori le ULSS di cui la Regione fa il monitoraggio, stiamo entrando anche nei muri per apportare quelle migliorie. Facciamo quest'area medica immunologica, quindi quest'area di degenza, a un livello superiore. Livello superiore che si mette a metà strada tra la degenza base ed esigenza delle Terapie intensive.
Questa è una nuova tipologia di degenza molto più di prestazione.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Grazie.

Presidente
Grazie collega.
Consigliera Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Alcune domande per capire meglio io, non che non siate stati ovviamente molto utili nei dati che ci avete

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dato. Anzi, grazie che siete arrivati già con una quantità di informazioni tale da consentire alla discussione di poter entrare nel merito.

Intanto alcune richieste non da soddisfare immediatamente, magari da trasferire alla Presidenza: se è possibile avere l'andamento quotidiano, giorno per giorno, del numero dei posti occupati e il numero dei posti attivi delle Terapie intensive in modo da collegare un po' l'andamento di quella curva con quella delle altre.

La prima domanda è - lo diceva in parte anche la consigliera Bigon -: c'è stato il momento di picco, se non ho capito male, dottor Rosi, in cui su 702 posti attivi ne avevamo occupati 663. Cito questo esempio perché è il dato che lei ci ha dato. Quindi avevamo ancora 50 posti liberi. Ma ad esempio, in un contesto come questo, noi sappiamo che abbiamo 50 posti liberi, sappiamo anche dove sono i 50 posti liberi? A noi interesserebbe, proprio per questo le chiedevo posti attivi e posti occupati, l'andamento giornaliero e anche il monitoraggio giornaliero dei territori perché sicuramente ci saranno stati territori dove… sicuramente, potrebbe essere che ci siano stati dei territori in cui l'indice di disponibilità di posti era più in difficoltà che altri. Non credo, ma magari sì, se vediamo i numeri, che quei 50 posti fossero distribuiti equamente in tutto il territorio regionale.

Seconda domanda: esattamente, questo è proprio un elemento che non conosco quindi magari riuscite ad essere più precisi di me: il dato preciso che ci chiedeva il Ministero in riferimento alla quantità di posti attivabili, quando è stato inviato? Quando è stato modificato? E se ci fate avere la definizione precisa, nel senso che vorrei capire il 30%

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sulla base di cosa viene calcolato, perché quei famosi 200 di plafond di pazienti in Terapia intensiva per ragioni non Covid, in che modo viene calcolato oppure no.
Non so se si è capita la domanda?

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Io le posso dire che fino a marzo 2020 non vi era una ricognizione da parte del Ministero; da marzo fino al 3 novembre sono stati comunicato 825 posti; dal 4 novembre 1.000.
Questo dato è riferito alla disponibilità complessiva di posti letto di Terapia intensiva, non quella di posti letto dedicati al Covid. Il dato che veniva chiesto era questo, anche perché sennò, in certi momenti avremmo dovuto dichiarare uno perché non avevamo neanche un paziente.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Però il parametro soglia era questo famoso 30% di occupazione delle…

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Sì. In realtà l'unica definizione che è arrivata è arrivata il mese scorso con l'ultima richiesta, in cui si è precisato che per "attivabili" vuol dire attivabili entro 24/48 ore.
Prima non c'era questa definizione.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Quindi voi contavate di poter arrivare a 1.000 e 1.000 avete dichiarato.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Né io né l'ingegner Fattori. Non è che decidevamo noi i numeri.
Noi abbiamo detto: possiamo attivarne 1.000.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Bene. Ma il Ministero diceva: fino a quando l'occupazione di questi posti attivabili - e adesso sappiamo esattamente cosa si intendeva - sta sotto il 30% si può stare, a condizione che anche gli altri parametri lo consentono, in una zona gialla, mi pare fosse. Giusto? Questo 30% come era calcolato?

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)
Il 30% è dato dal valore che trasmettiamo dei pazienti Covid ogni giorno al Ministero, che sono quelli che trovate nel report, nell'open data della Protezione civile.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Però noi in quei 1.000 posti letto, attivi o attivabili, ci mettiamo anche pazienti non Covid. È giusto?

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)
Per quello che ho messo 30% e non di più. Per dire che c'è margine. Penso, ma non sono io l'esperto.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Poi è chiaro che questa domanda, per avere una risposta più precisa, dovete rivolgerla a chi si è occupato di seguire questa cosa con il Ministero, però alcune cose ve le posso dire con certezza. La prima è che il tasso di occupazione si riferisce al totale dei posti letto, Covid e non Covid, perché il tasso d'occupazione, nel momento in cui io ho due pazienti Covid anche sui miei letti ordinari è dell'1%: quindi il tasso si riferisce al numero di pazienti Covid sul totale posti letto attivabili. Disponibili diciamo.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Quindi i pazienti che erano in Terapia intensiva per altre ragioni non venivano conteggiati nei posti occupati. Giusto?

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Chiariamo una cosa: normalmente, in una giornata pre-Covid, il tasso di occupazione dei posti della Terapia intensiva è del 95%, cioè noi viaggiamo, quando ci va bene, con il 5% i posti letto liberi in condizioni ordinarie. Non è che metà letti sono liberi.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

È giusto: cioè ne avevamo 494, quindi lei mi dice…

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Che sono quotidianamente occupati, quindi il tasso di occupazione globale delle Terapie intensive è sempre intorno

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

al 95%, non si va sotto. È chiaro che il 30% è riferito a che parte di questi sono Covid.
Per quanto riguarda come viene generato il valore, la comunicazione del numero dei posti letto è una comunicazione puntuale, fatta quando è stata chiesta al Ministero. Non viene poi aggiornata nel corso del tempo…

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Se non a seguito di delibere di Giunta, quelle che lei ci ha ricordato.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Esatto. Invece il numero degli occupati viene registrato, come diceva l'ingegnere Fattori, quotidianamente dai dati del sistema di bio-sorveglianza che, come vi dicevo prima, è sovrapponibile al dato il monitoraggio in tempo reale che noi abbiamo: quindi i due dati collimano. Può esserci un errore di due posti letto, tre occupati perché magari quel dato lì è meno aggiornato o il nostro è più aggiornato.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Quindi, scusi, il dato sull'occupazione, voi sapevate quando era occupato e anche per quale ragione, cioè se Covid o non Covid, giusto?

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Sì. In realtà al Ministero vengono inviati solo i Covid, però sono generati in automatico. Non è che c'è uno che dice: "Oggi quanto gli diamo? 27". Il dato è quello che esce

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dal monitoraggio, non è un dato che può essere influenzato dall'operatore.

Invece mi chiedeva prima se c'erano differenze tra i posti. In realtà no, nel senso che il numero di letti è distribuito proporzionalmente alla popolazione e comunque alcuni pazienti li abbiamo dovuti spostare tra un ULSS e l'altra. Però, essendo come dicevo prima, in una situazione in cui eravamo arrivati a 30-50 accessi al giorno, era facile che qualche ospedale avesse un picco superiore agli altri. Poi però lo ridistribuivamo, per cui il paziente che magari da Padova andava a Dolo la mattina dopo ritornava a Padova.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Lei dice: statisticamente…

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Abbiamo avuto una scarsa mobilità. Credo che abbia interessato sì e no il 5% dei pazienti quello di dover andare in una Provincia che non era la sua. Lo abbiamo fatto di più in fase poi di dismissione di poter appoggiare su strutture, magari non intensive, pazienti per poter liberare il posto letto di Terapia intensiva. Quindi un po' di spostamenti li abbiamo fatti, ma non per carenze strutturali di una zona ma proprio per gestire i picchi che non erano gestibili diversamente.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Mi sembra abbastanza chiaro. Una domanda e una considerazione. Lei ci ha detto che si è lavorato per arrivare a questi 1.000 perché si era ipotizzata una

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

previsione che avrebbe potuto addirittura arrivare all'occupazione di 800 posti calcolando i 200 che mediamente vengono, diciamo con l'attività ordinaria, occupati da patologie diverse dal Covid ma che chiedono una Terapia intensiva, siete arrivati a 1.000. Premesso che la quantificazione dei 200 è un po' sottodimensionata rispetto a quello che lei ci ha detto prima e cioè che mediamente il 95% delle Terapie intensive sono occupati, perché il 95% di 494 è ben più di 200. Però, a parte questa valutazione che si lega alla domanda che faceva anche la consigliera Bigon all'inizio, cioè con che metodo venivano garantiti gli accessi alle Terapie intensive.

Ma a parte questo, non ritiene che questo impianto sia leggermente rovesciato rispetto a quello che dovrebbe o avrebbe dovuto essere l'impostazione con la quale abbiamo affrontato quei mesi? Cioè voi ci state dicendo che la Regione del Veneto aveva messo in conto una previsione realmente catastrofica di arrivare addirittura all'occupazione di 800 posti di Terapia intensiva nel momento più alto della curva. Se io ho in mano previsioni che mi dicono che se andiamo avanti così potrei arrivare addirittura ad avere 800 persone ricoverate in Terapia intensiva, prima di costruire più posti di Terapia intensiva forse mi dovrei occupare di come evitare che le persone arrivino in Terapia intensiva, soprattutto rispetto a quello che ci ha detto il professor Palù, che il Covid è una malattia nosocomiale, cioè che durante il lockdown, ma in generale di fronte anche a un comportamento responsabile dei cittadini, si può limitare nella diffusione, nella socialità, mentre i luoghi dove davvero non si può fermare la diffusione del contagio sono gli ospedali e le case di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

riposo.

Quindi noi abbiamo costruito, anche in riferimento alla risposta sanitaria, un impianto che ci consentiva probabilmente di trovare posti per tutti in Terapia intensiva abbandonando completamente invece il presidio prima. Ecco perché dicevo che è un ragionamento al rovescio: noi siamo partiti dallo scenario catastrofico. Chiedo se invece questo ragionamento avrebbe potuto essere fatto diversamente. È una domanda retorica, naturalmente.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

Beh, però io invece le rispondo sul serio, anche in maniera non retorica.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Nel senso che la mia è una domanda dove già si rivendica la mia…

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

La risposta è un pochino diversa, adesso gliela dico.

C'è solo una precisazione: quando io parlo di 200 letti indispensabili, per completare tutta la visione, dovete anche sapere che il 60% dei ricoveri in Terapia intensiva sono postoperatori.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Quindi dice: avendo sospeso l'attività operatoria…

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Esatto. Noi a marzo, quando proprio avevamo sigillato gli ospedali, siamo arrivati ad avere 160 pazienti ordinari, quindi…

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Questa è una spiegazione. Le faccio l'ultima domanda che non c'entra nulla con le cose che ci siamo detti, così poi non la interrompo più. Se è possibile avere un dettaglio sulle risorse economiche che sono arrivate in Regione e con le quali avete finanziato queste attività di ampliamento: le risorse del Commissario straordinario, le risorse del Governo ed eventualmente, se ce ne sono state, anche le risorse regionali. Non ve lo chiedo adesso naturalmente, se ce lo fate avere come dato.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Credo che neanche a noi lo posso chiedere. Magari non so se può fare… Penso che sia il dottor Flor che dovrà poi…

Presidente
Sì, facciamo arrivare una richiesta a chi di competenza. Grazie.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Io ho questo vantaggio che non mi devo occupare di vile denaro, quindi, per fortuna non mi chiedono i soldi per curare i pazienti, i soldi li mette qualcun altro.

Io capisco la sua domanda retorica, però sinceramente c'è un po' di senno di poi nella domanda perché il calcolo che dicevo io è stato fatto in pieno lockdown, perché quando noi avevamo quelle previsioni, l'Italia era completamente bloccata e io ricordo che andavo a fare riunioni a Padova per fare questi calcoli e per strada non c'è nessuno. Quindi eravamo già in pieno lockdown, ma non sapevamo ancora quali sarebbero stati gli effetti del lockdown, perché a posteriori lo sappiamo tutti che il lockdown ha funzionato, ma quando abbiamo fatto questi conti e avevamo quelle previsioni e avevamo quegli accessi, eravamo in lockdown. Quindi i numeri, è vero, dopo, andandoli ad analizzare, possono anche dire: non abbiamo mai utilizzato quei posti; ma in quella fase lì la visione che avevamo era un'altra, non era quella che possiamo avere adesso di quel momento e, quindi, no la mia conclusione è che c'era quell'esigenza e, quindi, se mi rifaccio a quella domanda, non posso non collocarmi nel momento in cui quella risposta è stata data, perché farsela dopo, da un'altra posizione, ovviamente, la risposta, si basa su degli elementi che allora non c'erano.

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)

Anche dal punto di vista strutturale, come ho detto prima, ovvia programmazione o abbiamo delle scorte o nel momento in cui servono non siamo preparati. Adesso si sta sviluppando il piano pandemico, il PlanFlu, dove bisognerà mantenerli questi posti, questi posti bisognerà mantenerli e gestirli, perché? Perché esaminando anche altri scenari, altre Regioni, altre situazioni, noi siamo arrivati a un massimo di 3000 ricoverati, ci sono state Regioni che sono arrivate

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

a 5600. Per abitante ogni 100000, glielo dico, noi 62,9, altre Regioni 129, ogni 100000 abitanti.
In questo scenario o (inc.) anche noi l'infrastruttura pronta o non ce le abbiamo.

Presidente
Scusi un secondo, Consigliere, se magari ha delle domande, se lo dice al collega però. Non essendo della Commissione. Sennò si scardina tutto. Grazie.
Collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Visto che prima la collega Camani chiedeva anche l'invio dei dati con le date di occupazione dei letti di Terapia intensiva, era una richiesta che volevo fare anch'io, perché io ho bisogno di un ulteriore chiarimento, dopo quello che ho sentito, su questo 30%, magari se non è oggi, farlo pervenire.
Se noi siamo arrivati a 663 posti occupati su 702, capiamo bene che il tasso di occupazione era in quel momento altissimo. Questo 30%, voi avete detto, il Ministero non ha ben chiarito cosa voleva dire, almeno mi sembra di aver capito, io credo debba essere contato solo i pazienti Covid, nel senso che altrimenti, in situazione normale, noi abbiamo circa - diceva il dottor Rosi - il 90% di terapie occupate, ammesso che, facendo un rapido calcolo, 4,94 che avevamo inizialmente, se pensiamo a 200, è 50% il tasso di occupazione, in vita normale delle terapie intensive.
Quindi questo 30 avrei bisogno di capire meglio: 1) come si calcola, perché, capite bene che, anch'io non voglio fare

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

domande retoriche, però l'idea di non aver dato come dato, diciamo, questo 8,25, che era quello inizialmente comunicato, ma un 1000 cambia di molto il fatto che noi… cioè può cambiare di molto?

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)
Di cinque giorni per l'esattezza.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Ecco, è il motivo per cui chiedo…

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)
Scusi, ricordiamo che il DL 34 prevede 8, 72 (Ministero), no 8,25; 8,25 è il dato iniziale, poi il DL 34 ha richiesto di arrivare a 872. Da 862 a 1000 cambia di cinque giorni.
Però i 5 giorni…

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Posso finire?

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)
Sì, scusi.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Il motivo della mia domanda è avere un grafico, un dato, che ci permetta di comprendere l'andamento temporale giorno per giorno, appunto, dell'occupazione, compreso poi il tasso di occupazione letti, che andava comunicato al Ministero,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

perché in quel momento 5 giorni, tra gialla o rossa o arancione, cambiava la vita di tantissime persone, sapendo anche che i dati arrivavano tendenzialmente in ritardo per il calcolo dell'RT e che, quindi, in qualche modo, quei 5 giorni potevano cambiare.

Allora, io credo che il ragionamento che noi possiamo fare è solo cercando di comprendere se nella fase temporale storica, giorno per giorno, noi abbiamo esagerato a dare i dati. Ammesso che sia stato, credo che sia stato così, perché si voleva avere il massimo di potenziale possibile per le terapie intensive, è ovvio. Però, ovviamente, io l'ho detto anche nella mia domanda iniziale, cioè se noi sapevamo che per attivarne 1000 dovevamo tendenzialmente chiudere tutti gli ospedali, perché tutto il personale doveva andare lì, è ovvio che è uno scenario catastrofico come lei, dottor Rosi, lo aveva descritto anche nella Commissione del 04 di maggio: catastrofico, apocalittico, speravamo di non arrivarci mai.

Se 1000 erano attivabili, spostando tutto il personale che avevamo sulle terapie intensive, è ovvio che è uno scenario davvero apocalittico e, quindi, la mia domanda è: a) ricevere questo calendario storico che ci permette di analizzare meglio i dati che ci state dando e b) capire, se fossimo arrivati a 1000 occupati, che si potevano attivare, se io avevo un infarto e dovevo andare in Terapia intensiva, c'era spazio sì o no? Grazie.

Dott. Paolo ROSI (Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 Ulss 3)

I dati, ovviamente, ve li diamo, perché sono dati che abbiamo registrato giorno per giorno e la differenza è

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

questa.

Adesso può esserci una lievissima differenza con la bio-sorveglianza, però il 14 novembre noi avevamo il 26% e il 20 novembre era al 30%, quindi la differenza, direi è tale da che saremmo stati piuttosto sciocchi a fare i letti in più per guadagnare cinque giorni. Mi sembra che supporre che noi abbiamo fatto questa operazione per guadagnare cinque giorni di zona gialla, saremmo stati dei veri dilettanti, eh!

Il resto, io ribadisco che nel calcolo dei 1000 erano compresi proprio la base dei 200 e i 200 sono quelli che, in una condizione di blocco totale dell'attività elettiva, chiaramente è una cosa che non è che noi abbiamo ipotizzato di far durare un mese, ma per 10 - 15 giorni poteva stare in piedi. In quella condizione noi ci siamo garantiti 200 letti per le emergenze: i 200 letti erano lo zoccolo calcolato sulle emergenze che, appunto, più gli 800 stimati, fa 1000. Ma veramente, guardate, che nessuno di noi quando si è fatto questo numero sapeva che sarebbe diventato un parametro da utilizzare. È stato fatto un numero perché era un numero che ragionevolmente potevamo essere in grado di affrontare, ma magari anche pensando che forse poteva anche non bastare e che avremmo dovuto andare in cerca di mandare i pazienti fuori dal Veneto.

Gli scenari sono stati anche nei quali mettevamo i pazienti ricoverati su delle brandine in strutture chiuse, cioè oltre agli scenari formalizzati, ci sono una serie di scenari che sono stati oggetto di brainstorming fra di noi, in cui abbiamo detto: se queste soglie le superiamo, che succede? Non è che ci siamo fermati lì. L'origine è dettata da possibili necessità assistenziali. Questa è l'unica cosa che ci ha spinto in quella direzione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ing. Paolo FATTORI (Direttore della Direzione Edilizia Ospedaliera a Finalità Collettiva)

Ripeto anch'io, per quanto riguarda le colorazioni, le colorazioni della Regione, il DPCM è del 03 novembre. Noi 1016 posti sono la matchatura di due provvedimenti, la 782 e la 552, quindi il DL 34, che ha inserito le semintensive, riconvertibili in intensiva. Anche nel fabbisogno che abbiamo chiesto al Commissario di ventilatori, perché i ventilatori non potevano essere acquistati, venivano dati dal Commissario, vi è l'attrezzamento delle semintensive riconvertibili, perché le intensive le avevamo preparate, ed eravamo a posto; le intensive riconvertibili, quindi con un ventilatore da intensiva per ogni posto letto, è stato richiesto nelle forniture di agosto. A settembre - ottobre il Commissario, come ho detto prima, ha mandato i ventilatori. A quel punto ha chiesto che aggiornassimo anche noi la nostra disponibilità di posti letto, perché avevamo le semi-intensive riconvertibili attrezzate, con i ventilatori che aveva fornito. Quindi abbiamo la comunicazione del 04 novembre in cui Arcuri ci comunica: "Aggiornate il valore che avete inserito al Ministero". Quindi così è nato. Dopodiché che il valore sia stato oggetto delle analisi per dare il colore, un valore che era monitorato da aprile prima che partisse appunto la decisione di dare i colori alle Regioni, noi non l'abbiamo considerato questo, nel senso che la nostra programmazione andava in quella strada (quindi 840 posti letto di Terapia intensiva) e col DL 34 è stata inserita la semintensiva convertibile in intensiva. Ecco la nascita dei 1.016 ancora in agosto, poi verificata sul campo da me e dal dottor Rossi a fine ottobre

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

(perché quando sono arrivati i ventilatori per le semi-intensive convertibili era entro fine ottobre), a quel punto avevamo raggiunto i 1.000 posti e dovevamo comunicare i 1.000 posti.

Presidente
Consigliere Zecchinato, poi c'è qualcun altro che vuole intervenire?

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Mi ha già risposto il dottor Rosi.

Presidente
Perfetto. C'è qualcun altro che vuole intervenire? No. Ha chiesto di intervenire la consigliera segretario Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Volevo ringraziare intanto i due dirigenti qui presenti. Poi devo dire comunque che a livello personale mi dispiace che ci sia sempre questo modo di intervenire, con questo venticello un po' insinuante sempre, di fronte a professionisti che sin da subito si sono espressi in modo chiaro anche con numeri.
Puoi chiedere di intervenire quanto vuoi sull'ordine dei lavori, però non posso esimermi da non dirlo perché, come ho ringraziato all'inizio per il lavoro che hanno fatto, a me dispiace che poi l'atteggiamento sia questo.

Presidente
Collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie, Presidente.

Mi scuso col dottor Fattori e il dottor Rossi per questo scambio, ma volevo dire alla consigliera Brescacin che in nessuna delle mie domande c'è stato - parlo per me e non parlo per altri - allusione sulla qualità del vostro lavoro. Credo sia importante, visto che anche il 4 maggio insomma eravate qui di fronte e le domande sono state fatte puntualmente, credo che l'ultima domanda rispetto al tema temporale dei dati sia rilevante, non tanto perché bisogna capire se avete guadagnato o meno cinque giorni, non è assolutamente il mio obiettivo. È capire l'impatto che in quel periodo i dati potevano avere sull'accesso alle Terapie intensive.

La consigliera Brescacin ogni volta in questa Commissione sente nelle domande che almeno io pongo o la minoranza fa delle questioni che non ci sono. Io mi attengo ai dati, ho citato il verbale della scorsa volta e quindi le mie domande sono domande di contenuto e tecnica e credo che lo abbiate capito e compreso perché mi avete risposto e vi ringrazio davvero per la collaborazione.

Grazie.

Presidente

Certo. Consigliera Scatto.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)

Grazie e ringrazio il dottor Rosi e il dottor Fattori.

Solo per dire che non è tanto il fatto dei tecnicismi, che poi fanno parte anche della gestione di questa Commissione d'inchiesta, ma semplicemente, quello che dispiace a me

personalmente è questo: è che fin dalla prima volta in cui si è iniziato a parlare in quest'Aula di pandemia, mi pare fosse maggio, forse è il in modo di porsi che non è consono a questo tipo di Commissione d'inchiesta semplicemente perché non è un tema inquisitorio. Credo che sia stato un problema che ha toccato tutti, nessuno escluso, tutti. Invece mi sembra che invece di cercare di capire che cosa è successo e di fare una storia che possa servire anche per un post, qui si cerchi di trovare a tutti i costi dei colpevoli. Invece di prendere atto che è stato che è stato fatto tutto quello che era un professionalmente e umanamente possibile fare in una situazione come quella vissuta, che ci ha colto di sorpresa tutti, professionisti, non professionisti, sani malati, tutti, l'universo mondo, vorrei dire, invece di cercare… per carità, è legittimo cercare di capire l'andamento. Infatti la Commissione d'inchiesta riguarda l'andamento. Ma il cercare di trovare un colpevole tra persone che hanno dato anche la propria vita in molti casi per portare il proprio apporto e che hanno fatto notte e giorno tutto l'umanamente possibile mi sembra un po' esagerato e purtroppo mi sembra che questo sia il tema di questa... non il tema, lo stato d'animo che ci vede ogni volta in questa Commissione e per questo mi dispiaccio e mi dispiaccio molto.

Presidente

Hanno chiesto di intervenire la consigliera Camani e la consigliera Bigon. Dirò qualcosa anch'io alla fine, dopodiché credo che proprio questo scambio non sia degno di professionisti che abbiamo qui e che chiamiamo al netto delle, penso, idee diverse che ci possono essere. Alla fine

dirò quello che penso.

Consigliera Camani e poi consigliera Bigon.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Grazie, Presidente.

Io devo dire che mi sono chiesta più volte se il rimprovero finale che subiamo ogni volta in questa Commissione sia dovuto al fatto che avete voluto la Commissione pubblica e quindi è sempre utile chiudere con un bello spot in favore di diretta oppure se è invece un ordine che i Consiglieri di maggioranza hanno da chi, invece preoccupato dell'andamento di questa Commissione. Quindi dopo che abbiamo discusso, in maniera peraltro molto civile, mi sembra, il dottor Fattore e il dottor Rosi ci hanno fornito dati, hanno risposto alle domande, mi è sembrato che abbiamo fatto dei passi avanti rispetto al quadro. Quindi il fatto di voler ogni volta rimproverarci mi sembra più, ripeto, o la volontà di visibilità o alla fine, dopo tante sedute che si concludono così, sembra quasi un tentativo di intimidazione. Cioè: cari Consiglieri di minoranza, non fate troppe domande perché tanto sappiamo già che in questa Regione è andato tutto bene. Che è una tesi, consigliera Scatto, assolutamente legittima, ma che va discussa e dimostrata all'interno di questa Commissione.

A me fa piacere che i Consiglieri di maggioranza abbiano già tutte le informazioni per poter assolvere da qualsiasi responsabilità la Regione del Veneto sulla gestione del Covid. Se queste fossero state patrimonio di tutti, probabilmente non avremmo neanche avuto la necessità di fare una Commissione d'inchiesta.

Ora lo dico a lei, Presidente, come appunto Consigliere che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

deve anche ordinare e garantire i lavori di questo organismo. Questa è la Commissione che è chiamata a fare un'indagine e le indagini si fanno facendo delle domande. Mi sembra normale. Peraltro io spero che nessuno di noi, non solo la consigliera Ostanel, sia stata maleducata nel porre le domande. Certamente sono stati cortesi e precisi e ci hanno risposto, però guardate a me, ormai ci siamo anche un po' abituati a questa sceneggiata finale e ve lo dico così, magari ci risparmiamo un po' di fatica, non siamo soggetti ad intimidazione.

Quindi, se vogliamo che ogni Commissione finisca così, perché così vi danno… sto finendo di parlare, io non l'ho interrotta. Dovrebbe sapere come ci si comporta dentro un'Aula perché ha più esperienza di me.

Quindi, se vi va bene fare così, ci diamo come regola di ingaggio di questa Commissione che alla fine bisogna fare l'intervento perché ce lo chiede chi ci guarda da fuori; altrimenti, se siamo maleducati, Presidente, lei ovviamente ha tutto non solo il diritto, ma anche il dovere di riprenderci. Che sia però chiaro che noi, finché questa Commissione ci sarà, qua dentro faremo le domande alle quali nessuno ci ha risposto, né prima, né tantomeno durante la gestione della pandemia.

Mi dispiace che non siate abituati a questa cosa, cioè ad avere qualcuno che fa delle domande. In democrazia si fa così. Confido nella vostra capacità di rassegnazione sul punto.

Presidente

Consigliera Bigon; dopo ha chiesto la consigliera Scatto, dopodiché però io chiudo e chiudo io. Consigliera Scatto, ha

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

rinunciato all'intervento per ora la consigliera Bigon, quindi se vuole intervenire?

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)

A me piace essere chiara. La consigliera Camani ha fatto delle affermazioni veramente offensive perché qui di ordini non c'è nessuno che li prende: casomai è un altro il Partito che prende ordini. Okay? Il nostro assolutamente non prende ordini da nessuno.

Per quanto riguarda un problema di visibilità, mi creda, consigliera Camani, che non ho bisogno di una Commissione d'inchiesta per avere visibilità, per me non è una cosa strumentale, per me si tratta di venire a rispondere e di ascoltare semplicemente quello che ci viene… Questo è il compito della Commissione di inchiesta.

Quindi non ci sono ordini da parte di nessuno.

Sul fatto della pubblicità, lei ha detto prima: "Forse perché è pubblica e allora dovete avere la visibilità". Questo è quello che pensate voi della Commissione, perché vi ricordo che questa Commissione, che è stata voluta e accettata dalla maggioranza, proprio con lo spirito di dire: sediamoci attorno a un tavolo e cerchiamo di capire che cosa è successo. Poi, alla fine, però, sempre con molta onestà intellettuale, non è che quando ci vengono forniti dati dobbiamo sempre andare a dire: "No, ma effettivamente" con addirittura oggi mi è toccato sentire le domande retoriche.

Quanto alle intimidazioni, affermazione fatta da lei poc'anzi, qua non c'è nessuno che vuole intimidire nessuno. E questo è chiaro e le deve essere molto chiaro.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Consigliera Bigon, voleva intervenire?

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Grazie, Presidente.

Io ruberò un secondo, perché penso veramente che davanti a persone che, di fatto, sono anche non politici e, quindi, hanno altre funzioni, credo che stiamo distogliendo qualcosa.

Certo è che la Commissione l'abbiamo voluta perché è la richiesta del Veneto, vogliamo capire cosa è successo e il numero di morti in Veneto, maggiore rispetto al resto d'Italia.

Questa è la domanda. Qua siamo per questo.

Io ho visto, invece, nella scorsa Commissione - io non parlo mai e non cerco mai di essere pesante né con le colleghe, soprattutto, e tanto meno offensiva - però la settimana scorsa, o l'ultima Commissione ho sentito toni veramente brutti e negativi nei confronti di coloro che noi abbiamo chiesto di partecipare in Commissione. Per cui io chiedo, veramente, di evitare questi atteggiamenti, che sono nocivi per la politica, evidentemente, per il Veneto soprattutto, e non fanno bene sicuramente a nessuno. Però, ecco, io credo di non rientrare tra quelle che offendono, sicuramente, per carattere ma, non ci si permetta più di dire che non possiamo parlare, perché siamo qua per rappresentare i cittadini anche noi, al pari vostro.

Grazie.

Presidente

Grazie. Io mi scuso con i due professionisti, nel senso che,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ribadisco, secondo me, poi certi scambi possiamo farli ed è più che legittimo farli. Dopodiché i professionisti vengono qua per rispondere alle domande tecniche o alle domande politiche, se sono chiaramente con incarichi politici.

Aggiungo semplicemente che, a questo punto, sarà giustamente mia cura essere più severa nel momento in cui ci sono toni che non vanno nel rispetto - e ringrazio (inc.) che mi ha richiesto la collega Camani, - di chi è qui seduto di fronte. Penso che se si è voluta la Commissione d'inchiesta, si è voluta proprio per cercare di comprendere quello che sia successo, da una parte e accettata dall'altra, vuol dire che, in teoria, dobbiamo un trovare un minimo di punto di unione sul comprendere cosa significhi capire ciò che è successo.

Quindi, penso che le domande di per sé siano legittime, nel momento in cui non sono legittime, non sono appropriate abbiamo già cominciato la scorsa volta a richiedere di farle in un momento in cui questo diventa appropriato.

Anche oggi, giustamente, il dottor Rosi, a un certo punto ha detto: non è di mia competenza. Sarà cura di chiedere a chi di competenza, quindi al dottor Flor o a chi segue la parte più di natura amministrativa, quello che non è di competenza del dottor Rosi, che credo che, invece, oggi, entrambi abbiano dimostrato di essere stati, perlomeno, molto puntuali nelle risposte date.

Dopodiché ognuno fa le analisi che deve fare.

Quindi io chiudo solo nel ringraziarli, nell'auspicio che non ci siano più questi scambi, legittimi, all'interno della Commissione. A questo punto cercherò di essere io più dura nel momento in cui non c'è il rispetto dei professionisti, perché se vogliamo le risposte, è chiaro che le risposte si

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

hanno nel momento ci si rispetta. Se ci sono stati dei momenti di tensione, ci sono stati da parte anche di entrambe le componenti, quindi non credo che ci sia niente da insegnare a nessuno, tanto meno da parte mia.

La seduta termina alle ore 12.46

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 9 del 18 novembre 2021

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Audizione ai sensi dell'art. 54 del Regolamento:
   - Ex Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti". Dott. Adriano Rasi Caldogno.
   - Direttore Generale AULSS n. 2 "Marca Trevigiana". Dott. Francesco Benazzi.
   - Direttore Generale AULSS n. 5 "Polesana". Dott.ssa Patrizia Simionato.
   - Ex Direttore Generale AULSS n. 5 "Polesana". Dottor Fernando Antonio Compostella.

4. Proroga attività Commissione (DACR n. 52 dell'8 giugno 2021)

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 9 del 18 novembre 2021

PRESENTI

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Tomas PICCININI (Lista Veneta Autonomia)
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

ALTRI PRESENTI

(in modalità presenza)

Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile Segreteria della commissione speciale d’inchiesta)
Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Direttore Generale AULSS n. 5 “Polesana”)
Dott. Fernando Antonio COMPOSTELLA (ex Direttore Generale AULSS n. 5 “Polesana”)

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 9 del 18 novembre 2021

ALTRI PRESENTI

(in modalità telematica)

Manuela LANZARIN (Assessore regionale alla Sanità, Programmazione socio sanitaria e Servizi sociali)

Dott. Adriano RASI CALDOGNO (ex Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")

Dott. Francesco BENAZZI (Direttore Generale AULSS n. 2 "Marca Trevigiana")

Presiede

Francesca ZOTTIS

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 9 del 18 novembre 2021

Sommario

Presidente..... 5
Dott. Adriano RASI CALDOGNO (ex Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")..... 6
Presidente..... 6
Dott. Adriano RASI CALDOGNO (ex Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")..... 6
Presidente..... 18
Dott. Adriano RASI CALDOGNO (ex Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")..... 18
Presidente..... 18
Dott. Francesco BENAZZI (Direttore Generale AULSS n. 2 "Marca Trevigiana")..... 18
Presidente..... 34
Dott. Francesco BENAZZI (Direttore Generale AULSS n. 2 "Marca Trevigiana")..... 34
Presidente..... 34
Dott. Fernando Antonio COMPOSTELLA (ex Direttore Generale AULSS n. 5 "Polesana")..... 35
Presidente..... 49
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Direttore Generale AULSS n. 5 "Polesana")..... 49
Presidente..... 52
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 52
Presidente..... 54

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 9 del 18 novembre 2021

La seduta inizia alle 14.16

Presidente

Buongiorno a tutti. Ringrazio chi è presente qui, ringrazio chi andremo ad audire, chi è collegato, quindi l'ex Direttore generale dell'AULSS 1, Rasi Caldogno, il Direttore generale dell'AULSS 2, Benazzi e l'attuale Direttrice dell'AULSS 5, Patrizia Simionato, e l'ex Direttore generale dell'AULSS 5, Antonio Compostella.

Ringrazio sia chi è presente sia chi è collegato e ringrazio chiaramente i Consiglieri e chi ci sta ascoltando da casa.

Per partire, diamo l'approvazione al verbale della seduta precedente.

Chi è a favore? Chi si astiene? Contrari? È stato votato all'unanimità.

Procediamo quindi con le prime audizioni. Ricordo che al termine della Commissione, come ultimo punto, c'è la votazione della proroga delle attività della Commissione stessa.

Ringraziando, inizierei con il dottor Rasi Caldogno.

Vi avevamo inviato alcune domande in merito a quelle che sono le informazioni che vorremmo raccogliere oggi, quindi ne faccio una breve sintesi per chi ci sta ascoltando: quella che è stata un po' la differenza tra la prima e la seconda ondata, in termini anche di direttive regionali; quelli che sono stati i protocolli della gestione Covid tra realtà ospedaliere e territoriali nella prima ondata e nella seconda ondata; quali sono in qualche modo gli aspetti sia qualificanti, utili anche nella gestione della pandemia e quali invece i nodi maggiormente critici e anche le maggiori difficoltà, visto anche quello che stiamo vedendo in questa potenziale nuova ondata, di quelle che sono le attività ordinarie; le azioni che in qualche modo sono state messe in atto sulla base chiaramente delle analisi precedente, quindi, anche se ci sono state delle attività anche predittive, in qualche modo e

le criticità nell'attività di trattamento e dei tamponi.
Adesso lascerei la parola al dottor Rasi Caldogno, che ringrazio per la collaborazione e per quello che ha fatto durante il suo mandato. Grazie. Lascio la parola a lei, Dottore.

Dott. Adriano RASI CALDOGNO (ex Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
Buongiorno a tutti voi, signori Consiglieri.
Inizierei con una breve disamina della situazione alla luce dei punti che sono appena stati anche ricordati dal Presidente della Commissione stessa.
Premessa anche doverosa: io, con la fine del febbraio scorso, ho terminato il mio compito, prima come Direttore generale e poi come Commissario straordinario, nella gestione dell'ULSS Dolomiti e quindi le informazioni da marzo in poi sono assolutamente e soltanto quelle desumibili dalla stampa. Da marzo mi sono interessato…

Presidente
Direttore, avevamo audito l'altra volta la direttrice Carraro, quindi, l'attività post rispetto al suo mandato avevamo avuto modo di approfondirla due audizioni fa. La ringrazio.

Dott. Adriano RASI CALDOGNO (ex Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
Certo. Una premessa metodologica, a mio avviso, doverosa è che naturalmente, tutti gli atti e tutte le scelte vanno necessariamente contestualizzati rispetto a quello che era la situazione concreta che via via si è vissuta nel 2020 rispetto a questa pandemia e anche tutto lo sviluppo.
Qui vengono citate le direttive regionali della prima e della seconda ondata: in verità, tutta l'impostazione e l'alveo anche di

tipo giuridico-istituzionale nel quale si è operato trae origine da una delibera del Consiglio dei Ministri che, a sua volta, ha avuto impulso da parte dei provvedimenti dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (inc.) una delibera del 31 gennaio dell’anno scorso. Una delibera che sostanzialmente attivava per sei mesi uno stato di emergenza; in verità accennava a un potenziale pericolo, sostanzialmente, rispetto a una pandemia che si era sviluppata in alcune aree della Cina.

A seguire, come credo sia, ahimè, noto a tutti noi, si sono susseguiti poi tutta una serie di provvedimenti, che hanno accompagnato la fortissima accelerazione che gli eventi hanno avuto da fine febbraio dell’anno scorso. Questo, in particolare, con una serie di DPCM, che credo siano rimasti un po’ nella memoria di tutti come strumento utilizzato, che riguardavano la gestione di tutta questa emergenza nell’alveo della legislazione della Protezione civile.

Diciamo che l’impostazione generale di tutti i provvedimenti a valle e anche i ruoli stessi che il Governo affidò a ciascuno, per la gestione di questa emergenza pandemica, soprattutto nelle prime battute, aveva veramente avuto un impatto dirompente sulla sanità in primis, ma, subito dopo, come credo tutti ricordiamo bene, ha avuto un impatto notevolissimo sulla società e sull’economia, con dei provvedimenti che non hanno precedenti in tutta la storia della Repubblica.

In particolare con i DPCM e anche con una serie di ordinanze, sempre di Protezione civile, dell’inizio di marzo, sono stati identificati i ruoli e le funzioni di ogni anello della catena, a cominciare dal Ministero della Salute, per passare poi alla struttura, al Dipartimento della Protezione civile a livello centrale e alle figure anche a livello istituzionale e a livello regionale. Infatti in ciascuna Regione veniva individuato il Presidente della Regione stessa o della Provincia autonoma che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

agiva in qualità di Commissario delegato della Protezione civile.

Noi, naturalmente, come ente operativo sul territorio, come unità locale e socio-sanitaria, eravamo tra le tante strutture che, a diverso titolo, venivamo incaricate di svolgere tutta una serie di funzioni, però partendo sempre da queste direttive di natura nazionale, emanate sia dalla struttura di Protezione civile, che da parte del Ministero della Salute, sia da parte del Ministro, come DM, sia anche da parte delle strutture dipartimentali e delle Direzioni generali, che producevano via via tutta una serie di provvedimenti.

Tra questi, ad esempio – ma lo cito proprio anche per dire quale ventaglio di competenze si dispiegarono in quella fase – vi era il compito dei Prefetti, che venivano individuati come la struttura incaricata, come l'ente incaricato di raccogliere le informazioni e il monitoraggio della situazione, per poi riferire sia al Governo nazionale che ai Presidenti di Regione, in qualità di commissari incaricati da parte della Protezione civile.

Ricordo ancora che, proprio in quei giorni, tra fine febbraio e i primi di marzo, venne nominato il dottor Arcuri come Commissario straordinario delegato alla gestione di tutta una serie di funzioni proprio legate all'emergenza pandemica.

Quindi, nella prima fase si ebbe una situazione, se vogliamo, anche piuttosto complessa rispetto anche alle direttive che via via venivano adottate. Da un lato questa pandemia per molti aspetti era un'esperienza sconosciuta e quindi, direi quasi giorno per giorno, venivano introdotte delle novità e sulla base di queste novità sia a livello nazionale che poi a livello regionale venivano adottate delle direttive per consentire la gestione dell'emergenza stessa.

Dall'altro lato ricordiamo tutti, credo, un periodo - almeno io lo dico anche come esperienza personale - per molti aspetti veramente angosciante perché ci trovavamo di fronte a una situazione con una

crescita esponenziale dei contagi, ma soprattutto delle persone che si rivolgevano alle nostre strutture ospedaliere per essere ricoverate a volte con dei sintomi talvolta anche molto significativi, con una progressione veramente impressionante di ricoveri e con anche una prospettiva che non si sapeva bene quando avrebbe potuto arrivare a un momento di assestamento. Ricordo a tutti quella dizione del famoso plateau, cioè quell’altopiano, diciamo, sul quale poi tutti si aspettavano, si attendevano che la pandemia in qualche modo si attestasse per poi arrivare a una diminuzione.

Tutto questo, naturalmente, in un contesto anche, lo ricordiamo, credo, tutti, di una fortissima mancanza di tutta una serie di ausili di tutti i tipi, dispositivi di protezione individuale, dalle mascherine alle tute, ai guanti e così via, che di volta in volta erano carenti e per i quali assolutamente c’era una lotta da parte di tutti per riuscire a trovare sul mercato una risposta.

A tale proposito credo che sia giusto da parte mia anche evidenziare il ruolo assolutamente positivo operato da Azienda Zero come centrale unica di acquisti che ci ha dato veramente una grande mano per riuscire a muoverci in un contesto assolutamente ostile e difficile, soprattutto nei primi mesi della pandemia, per riuscire a procurarci dei dispositivi di protezione proprio per dare il doveroso supporto di sicurezza al nostro personale e non solo.

Poi ricordo anche che in quel periodo da parte della Regione, ma direi in qualità anche di attuatori di questa filiera, che parte dal Ministero da un lato e dalla Protezione civile dall’altro, vi furono alcune delibere regionali da un lato e anche numerosi provvedimenti circolari, provvedimenti da parte delle strutture regionali per dare degli indirizzi sui quali muoverci in quella fase veramente molto difficile e molto complicata.

Ricordo peraltro - e qui è anche un elemento credo che

doverosamente dal mio punto di vista va citato perché ci ha accompagnato per tutta l'emergenza e quindi per mesi e mesi e mesi - un appuntamento direi quotidiano con il Presidente in qualità anche di Commissario della Protezione civile assieme all'assessore Lanzarin, all'Assessore della Protezione Civile e ai dirigenti regionali interessati, un appuntamento quotidiano in teleconferenza per fare il punto della situazione e per dare in presa diretta delle indicazioni sulla base delle quali poi ci saremmo attivati a livello locale.

Ricordo anche che, proprio all'inizio del mese di marzo, abbiamo attivato anche a livello interno aziendale le strutture e i momenti di coordinamento, che erano già previsti nella nostra organizzazione regionale della sanità, in particolare il Comitato aziendale per l'emergenza in sanità pubblica (CESP), organo presente all'interno di ogni Azienda sanitaria, che quasi quotidianamente si riuniva per avere delle informazioni e per dare poi tutta una serie di input operativi. Questo avveniva in un contesto che era di grande difficoltà e di enorme preoccupazione, anche perché non si vedeva l'alba di tutto questo.

In sintesi, nella famosa prima ondata, anche proprio per dare dei numeri e per contestualizzare un po' il tutto – cito alcuni dati dei pochi di cui ho la disponibilità, moltissimo altro è stato raccolto ed è negli archivi dell'Azienda – il picco si ebbe il 25 aprile 2020 – parlo dell'AULSS "Dolomiti", beninteso – con 724 positivi. Per darvi anche un ordine di grandezza, il 14 dicembre 2020, che non son sicuro nemmeno che sia proprio il momento di picco per quanto riguarda i positivi, abbiamo avuto 5.105 positivi in Provincia di Belluno, mentre il 9 novembre 2021, che è l'ultimo dato che ho compulsato in queste ore, avevamo 90 positivi. Questo anche per dare le proporzioni e l'impatto delle diverse ondate.

Un elemento che fin da subito è balzato all'attenzione, che peraltro era uno degli elementi di massima preoccupazione, è stato

il tema dei ricoveri in Terapia intensiva e dei ricoveri in area non critica, perché chiaramente una delle massime preoccupazioni era che gli ospedali fossero in grado di accogliere le persone che necessitavano di cure in queste situazioni fortemente critiche, senza avere assolutamente un'idea di quando potesse fermarsi questa ondata dirompente di domanda di sanità. Ebbene, nella prima ondata abbiamo avuto un picco nelle Terapie intensive di 10 ricoveri il 29 marzo 2020, nella seconda ondata – cito dei dati, ma con beneficio d'inventario per i motivi che ho detto prima – abbiamo avuto un picco di 15 ricoveri il 27 novembre. In verità, dato che non ho sottomano tutta la serie storica, si è arrivati quasi a saturare i posti letto disponibili in quei giorni.

Invece, è impressionante la differenza del numero dei ricoveri in area non critica, e cioè in Pneumo, in Malattie infettive e poi via via in Medicina Interna e in Geriatria, con 94 ricoveri al massimo il 27 aprile. A metà dicembre c'erano oltre 140 in area non critica, oltre 60 ricoverati negli ospedali di comunità.

Se mi consentite un accenno: nell'esperienza che è stata fatta sia nella prima che nella seconda ondata abbiamo potuto sperimentare l'importanza dei posti letto da dedicare ai malati Covid negli ospedali di comunità, con un'intensità assistenziale di livello medio-basso e, nello stesso tempo, però, per pazienti che non erano nelle condizioni di poter essere riavviati o al domicilio oppure nelle case di riposo.

È stato un elemento molto importante quello dei posti-letto in ospedale di comunità, sui quali poi ci siamo concentrati in particolare nella seconda metà dell'anno, durante l'autunno scorso, nella seconda ondata, proprio perché abbiamo visto che le degenze di pazienti Covid, soprattutto anziani e grandi anziani che avevano già anche superato la fase acuta, non erano in condizioni, ancora, di un rientro al domicilio per tutta una serie di motivi. Gli ospedali di comunità hanno quindi svolto un'azione

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

veramente significativa e rilevante.

Un altro tema da tenere in considerazione, su cui tantissimo si è parlato e discusso è quello, sostanzialmente, della funzione dei dipartimenti di prevenzione: in particolare, la funzione dei dipartimenti di prevenzione per quanto riguarda la gestione della diagnostica, quindi il grande tema dei tamponi, sui quali assolutamente credo abbiate già anche avuto modo di sentire vari interlocutori che hanno gestito con vari ruoli e a vari livelli la questione. Da un lato quindi la gestione dei tamponi; dall’altro, la gestione dell’isolamento, quindi dal contact tracing all’emanazione di disposizioni di varia natura per limitare il contagio, per finire poi a questo nuovo ruolo rispetto al quale, nel periodo della mia responsabilità direzionale ho avuto modo di partecipare all’impostazione della campagna vaccinale che è diventata, adesso, oltre ai due temi di cui abbiamo appena parlato, il grande asset che poi è stato gestito tutto quest’anno da parte dei Dipartimenti di prevenzione.

Questo mi consente anche di toccare un elemento, a mio avviso, di rilievo che, penso, vi fa toccare con mano anche quelli che sono stati l’impegno e le difficoltà operative in questa pandemia. Ovvero, ci siamo trovati, sostanzialmente, i primi di marzo del 2020 con una struttura che era veramente molto, molto asciutta: quella del Dipartimento di prevenzione, che era dedicata soprattutto a una gestione di tipo ordinario che riguardava sicuramente la gestione di tutta la partita vaccinale, il controllo sanitario di numerose tipologie di attività, la veterinaria e così via, per non parlare poi di tutti gli aspetti legati alla medicina legale, alle patenti, alle invalidità e via discorrendo. Era una struttura che aveva una forte connotazione di tipo quasi routinario da un lato e, dall’altro, anche con un organico che non era certamente sovrabbondante.

Bene. Ci siamo ritrovati, nel giro di poche settimane, ad attivare

una struttura che è partita da pochissime unità all'inizio di marzo ed è arrivata ad avere oltre 110 persone a maggio, quindi è stata veramente una progressione quasi da scenario bellico per quanto riguarda la crescita sia per quanto riguarda l'organico, sia anche per quanto riguarda un'intelaiatura organizzativa che è stata via via messa in essere in tutto quel periodo.

Da allora il Dipartimento prevenzione continua a viaggiare su un organico che è veramente cospicuo ed è diventato uno dei Dipartimenti di maggior importanza e impatto dell'Azienda sanitaria.

Torniamo un po' a uno dei temi che so essere stato di interesse e, come credo abbiamo visto tutti, oggetto di dibattito e talvolta anche di polemiche, più o meno giustificate: il tema dei tamponi. Ricordo, a tale proposito, che, proprio per questo sforzo di contestualizzare ogni informazione, ci siamo ritrovati nella prima fase con una media di produzione di circa 300-400 tamponi molecolari al giorno nell'AULSS o, meglio, con la possibilità di svolgere circa 400 tamponi al massimo al giorno.

Di questi meno di 300 erano processati nell'unità operativa dell'AULSS "Dolomiti" stessa e una quota parte veniva, invece, via via smistata sia al Policlinico di Padova, all'Azienda ospedaliera di Padova, sia anche, poi, in una seconda fase, all'AULSS n. 2 di Treviso, dove il laboratorio era diretto dal dottor Rigoli.

Per un breve periodo, nella fase iniziale, nella quale eravamo in grado di fare sì e no 120-150 tamponi al giorno con le nostre forze, ricordo che era un problema un po' per tutte le aziende sanitarie, ma direi che era un problema quasi mondiale e scontavamo, da un lato, la difficoltà ad avere le attrezzature per poter svolgere proprio l'attività di analisi e di refertazione e, dall'altro, c'era il grandissimo problema della difficoltà della rarefazione dei famosi reagenti perché, senza questi, naturalmente era impossibile riuscire a refertare i tamponi stessi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Pertanto, ritornando un po' a noi, siamo passati da circa 300-400 tamponi al giorno nella fase di massimo picco della prima ondata, a circa 1.100 molecolare, più circa 1.300 antigenici processati ogni giorno nella seconda fase. Parlo di metà dicembre del 2020. Tutti i giorni. Per cui vedete che c'è stato un balzo veramente molto importante, un potenziamento enorme a riguardo. Adesso mi riferiscono che attualmente vengono processati circa 1.000 molecolari al giorno più circa 2.500 antigenici, con oscillazioni quotidiane… tanto per avere un ordine delle idee: circa 2.500 antigenici dalle strutture dell'ULSS e circa 2.000 processati nelle farmacie.

Vedete che parliamo proprio di ordini di grandezza ben diversi rispetto a tutto questo.

Questi flash e questi dati sono anche per darvi l'idea di come sia andato via via crescendo il numero e anche l'intensità delle attività, per non parlare poi - ma questo è un capitolo che mi ha visto presente solo per le prime battute - dell'avvio della campagna vaccinale con tutte le incertezze del primo mese e mezzo rispetto alla disponibilità dei lotti di vaccino.

Se mi permettete una digressione: diciamo che è veramente impressionante come nel giro di pochi mesi si sia passati da questa grande penuria che abbiamo sperimentato all'inizio e di una forte pressione da parte di tutti gli ambienti, di tantissimi ambienti, per una corsa alla vaccinazione che poi si è trasformata in questi ultimi mesi invece in innumerevoli sollecitazioni che sono state rivolte da più soggetti proprio per spingere le persone verso la vaccinazione stessa.

Questa naturalmente è anche una delle chiavi di lettura per capire come la situazione, soprattutto tra la seconda ondata e la situazione attuale, sia radicalmente diversa. Adesso ci sono i vaccini che svolgono egregiamente la loro funzione sui grandissimi numeri e hanno ridotto in maniera drastica la diffusione della

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

pandemia per quanto riguarda in particolare l'accesso alle strutture sanitarie e alle strutture ospedaliere da un lato; dall'altro esistono, ormai da alcuni mesi, dei farmaci che hanno dato una buona prova finalmente di efficacia, che sono gli anticorpi monoclonali, che consentono anche qui, se somministrati nelle fasi appropriate, identificate dai medici curanti, permettono di avere delle ottime probabilità di successo nella terapia.

Ebbene, l'anno scorso praticamente i vaccini erano delle notizie soltanto e un'attesa, direi, anche messianica di questo rimedio da un lato, e, dall'altro, ricorderete anche tutti di come fossero state anche proposte un'infinità di diverse terapie che però, per un verso o per un altro, non riuscivano mai a uscire da una fortissima sperimentalità e quindi avevano bassa affidabilità rispetto a un utilizzo massivo ed efficace dei farmaci stessi.

Questo naturalmente fa vedere in maniera totalmente diversa l'evoluzione della pandemia stessa.

Cosa dire degli altri aspetti e, credo, anche delle finalità della vostra Commissione e, credo, anche per capire cosa possa essere in qualche modo desunto dall'esperienza fatta per riuscire a gestire al meglio anche scenari futuri di tipo pandemico?

Un primo tema, ma mi pare che ormai sia metabolizzato da tutti, è che naturalmente bisogna essere preparati a delle evenienze che molto spesso non vengono assolutamente prese in considerazione. Ricordo a me stesso, ma ricordo direi un po' a tutti, che fino al gennaio del 2020 l'ipotesi di una pandemia era, credo, l'ultimo dei pensieri presenti nella mente anche di chi avrebbe dovuto forse occuparsene come soggetti deputati anche alla sanità di tutto il nostro Paese. Parlo del livello nazionale. Tant'è che sappiamo tutti anche delle vicissitudini del Piano pandemico nazionale che non era esistente.

In secondo luogo la necessità di fare scorta - come è anche nella

cultura di chi si occupa di emergenze e di situazioni estreme, come può essere tutto l'apparato della difesa - quello di avere una cultura anche di attivazione importante di scorte, che sono sicuramente un costo, che per molti anni naturalmente sono state tenute anche un po' in secondo piano per le esigenze fortissime di risparmio che traevano poi l'input proprio dalle direttive anche di tipo nazionale di contenimento drastico dei costi della sanità. Da ultimo la necessità, a mio avviso, vista ormai da spettatore, anche di soppesare molto bene alcune scelte rispetto anche alle professionalità e alla creazione delle professionalità necessarie per far funzionare il sistema della sanità.

Noi - e qui parlo come ex gestore dell'AULSS "Dolomiti" - avevamo purtroppo sperimentato già da alcuni anni una difficoltà molto forte nel reperire in particolare medici specialisti perché, com'è noto, le aree di montagna o comunque le aree non legate ai grossi centri attrattori, come possono essere i policlinici, molto spesso scontano questa difficoltà a reperire professionalità disposte a lavorare nei nostri ospedali e nelle nostre strutture territoriali. Bene. L'arrivo di questa pandemia ha messo in evidenza, senza nessun pelo, proprio la criticità incredibile nel reperire le risorse professionali e purtroppo, da quello anche che sento e vedo, la situazione si sta di giorno in giorno rendendo sempre più critica anche nel reperire medici disposti a operare. A questo punto però non solo medici, ma anche infermieri, operatori socio-sanitari e questo credo che sia un tema assolutamente centrale. Lo era già qualche anno fa, ma adesso diventa anche proprio drammatico perché abbiamo un bell'investire nel potenziare le strutture fisiche, nel potenziare le attrezzature, nel creare delle reti sul territorio, ma la sanità senza un forte apporto professionale nei diversi livelli non va veramente da nessuna parte.

Ricordo, anche qui, che la cultura e la visione, che non sto certo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

io a sindacare, che si erano affermate nel decennio scorso, di ridurre, ottenere, ottimizzare e razionalizzare le spese hanno portato ai minimi storici delle borse di studio per gli specializzandi negli anni 2014 e 2015, con meno di 5.000 borse a livello nazionale disponibili, e i risultati si stanno vedendo adesso con una rarefazione incredibile dei giovani specializzati e specializzandi in grado di entrare nel sistema. Ricordo, peraltro, che tanto è reale questa preoccupazione che proprio il Ministero, pochi mesi fa, ha portato addirittura, mi pare, a oltre 15.000 le borse. Dopo averle portate a 9.000 o 10.000 l'anno scorso, quest'anno sono più di 15.000 le borse a disposizione proprio per gli specializzandi. Questa è la conferma, da sola, dell'enorme criticità che stiamo vivendo.

Adesso stiamo toccando con mano anche la difficoltà che noi abbiamo già sperimentato l'anno scorso nel reperimento di infermieri e di OSS. Questa è una difficoltà fortissima soprattutto per le case di riposo, che naturalmente ha innescato una guerra tra poveri per accaparrarsi queste professionalità.

Credo che già da ora una forte riflessione anche sulle motivazioni sia professionali che economiche a favore di queste categorie debba essere fatta, perché ne va assolutamente della vita del sistema sanitario nazionale, con riflessi per tutti i soggetti.

Forse mi sono dilungato, forse mi sono fatto trascinare un po' dal racconto di questo periodo pandemico, che indubbiamente, anche come esperienza di tipo professionale e personale, è stato un periodo senza precedenti nella mia vita, che per molti aspetti ha anche cambiato il mio modo di vedere tante cose. Ma credo che questa mia esperienza sia un po' condivisa da tutti. Mi auguro che il lavoro che state facendo e che andrete a fare possa portare a una visione condivisa di percorsi che a tutti i livelli, a livello nazionale, a livello regionale e a livello locale, devono essere intrapresi, perché, se vogliamo salvare il sistema sanitario

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nazionale pubblico, è necessaria una continua attenzione in quanto è un meccanismo assolutamente delicato e fragile, per i motivi che abbiamo detto prima, e sarebbe veramente una gravissima perdita che perdesse ancora colpi.
Grazie per l'attenzione. Sono a vostra disposizione.

Presidente
La ringrazio, dottor Rasi Caldogno.
Ci sono domande da parte dei Commissari? No. È stato molto chiaro. La ringraziamo e le auguriamo una buona giornata. Arrivederci.

Dott. Adriano RASI CALDOGNO (ex Direttore Generale AULSS n. 1 "Dolomiti")
Grazie a voi e buon lavoro. Arrivederci.

Presidente
Grazie.
Adesso procederei con l'audizione del dottor Benazzi, che vedo collegato e che ringrazio.
Le domande di interesse, per aprire, sono quelle che le abbiamo illustrato all'inizio. Le lascerei quindi immediatamente la parola per darci un focus rispetto al suo osservatorio e rispetto al territorio che lei, in questo momento, ma anche durante tutto il periodo della prima e seconda ondata, ha diretto. Grazie, dottore.

Dott. Francesco BENAZZI (Direttore Generale AULSS n. 2 "Marca Trevigiana")
Grazie.
Buongiorno Presidente. Buongiorno Consiglieri.
Siccome le domande sono molto articolate cercherò di andare per punti, in modo molto pedissequo, al fine di evitare dispersioni.
Per quanto riguarda la prima domanda, gestione pandemia e

direttive, partirei da questo presupposto: abbiamo sostanzialmente la normativa nazionale che ha i suoi pilastri. Prima ondata, decreto legge 23/2/2020, il DPCM 43/2020 e il decreto-legge 19/5/2020, n. 34.

Nella seconda ondata la normativa nazionale si focalizza soprattutto nel decreto-legge 34/2020. Prima ondata: in Regione Veneto, provvida subito, la Giunta regionale emana subito una deliberazione, la n. 344 del 17 marzo 2020, che per noi è stata un pilastro, l'approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia di Covid-19. Interventi urgenti in sanità pubblica". Noi allora cosa abbiamo fatto? In primis, proprio per agganciarci a questa normativa regionale, abbiamo trasmesso alla Regione il piano aziendale di attuazione del DGR n. 344; poi abbiamo predisposto il Piano di sanità pubblica per le valutazioni del rischio nelle strutture residenziali. Questo è stato molto importante perché a seguito di questa DGR poi c'è stata la nota n. 138002 del 30/3/2020 dove la Regione ci chiede la valutazione del rischio clinico per ogni struttura residenziale.

Qui è stato fatto un lavoro portante, dalla task force che noi abbiamo creato, direzione dottor Moretto, con una delibera. Sostanzialmente, questo gruppo di lavoro è entrato all'interno di centri e servizi, è andato a vedere sostanzialmente sul fronte della capacità ricettiva se c'erano delle stanze dedicate all'isolamento delle persone Covid-positive. Poi se erano, ovviamente, rispettati i dispositivi e il distanziamento sociale. Sono stati valutati i percorsi e soprattutto è stata valutata anche la disponibilità dei disinfettati e la disponibilità, come dicevo, di DPI.

La cosa fondamentale è che dopo, grazie a questo, abbiamo dato delle indicazioni alle strutture, alle RSA (inc.) servizi nei confronti degli ospiti e dei lavoratori. Tant'è che in questo caso abbiamo ovviamente dato delle disposizioni relativamente

all'accoglimento dei nuovi utenti in struttura, degli utenti che sono già stati accolti e che potevano diventare positivi, a come veniva isolato il paziente asintomatico e poi anche come ovviamente venivano fatti i tamponi. Come diceva giustamente il dottor Rasi Caldogno, in quel periodo era difficile reperire non tanto i tamponi quanto i reagenti.

Poi, dicevo, abbiamo individuato la task force, abbiamo fatto una delibera sempre rispetto a questa DGR, dove abbiamo attivato la reperibilità telefonica giornaliera, dalle 8 alle 20 di uno specialista geriatra e di uno specialista infettivologo, in malattie infettive, per i centri e i servizi per le consulenze necessarie.

Il medico e il geriatra andavano all'interno del Centro Servizi e lo stesso faceva il medico in malattie infettive. Abbiamo sostanzialmente individuato l'unità operativa di cure primarie che doveva gestire, insieme alle USCA, nel territorio le visite domiciliari ai pazienti che erano risultati positivi, ovviamente, paucisintomatici o sintomatici. Abbiamo attivato il CESP, il Comitato d'Emergenza Sanità Pubblica a livello aziendale, e abbiamo iniziato ovviamente anche coi Covid-point.

C'è stata poi la riorganizzazione dell'attività ospedaliera, ma ne parlo poi, perché è importante anche specificarlo, soprattutto nella seconda ondata. Abbiamo ovviamente predisposto posti letto per pazienti Covid presso strutture dedicate, pubbliche e accreditate, in accordo con le indicazioni che ci venivano date nelle riunioni che ha citato anche il dottor Rasi, che sono quelle che facevamo con il Presidente della Regione, l'Assessore, i colleghi Direttori e il Direttore della Sanità pubblica.

Noi avevamo individuato in questo periodo - chiamiamolo così - della prima ondata, come strutture intermedie, quindi come ospedali di comunità, quello di Vedelago, aperto il 12/3/2020 e chiuso il 29/5/2020, dove sostanzialmente sono stati trattate 89

persone. L'ospedale di comunità di Vittorio Veneto, invece, è ancora attivo oggi, sostanzialmente, in misura minore come numero di persone, però dal 23/3/2020, quando è stato attivato, ad oggi abbiamo 568 persone che sono state prese all'interno.

L'altra cosa è l'ospedale di comunità dell'ULSS di via Scarpa, che è iniziato il 15/11/2020, quindi con la seconda ondata, e si è chiuso il 20/5/2021 con 430 ospiti.

È stato importante avere queste strutture territoriali per cercare di arginare pazienti che potevano essere difficilmente gestiti a domicilio, perché ancora non avevamo gli anticorpi monoclonali, ma sicuramente erano gestibili all'interno delle strutture con bassa e media intensità di cura.

Nella seconda ondata c'è stato questo spartiacque che è stata la DGR 782 del 16/6/2020 "Attuazione misure in materia di sanità", dove sempre più la Regione dice: "Abbiamo tante persone positive nel territorio, quindi ULSS, mi raccomando, attivate delle attività".

In base anche all'articolo 8 del decreto legge 14/2020, cosa è stato fatto? Abbiamo aumentato il numero dei medici delle USCA e siamo arrivati a 70 medici che effettuavano gli accessi a domicilio, congiunti con un infermiere professionale dell'ADI o anche con un medico di Medicina generale che era disponibile a fare questo.

Abbiamo attivato tre COT, cioè Centrali Operative Territoriali, per la gestione della transizione quale punto di raccordo, sostanzialmente, tra le macrostrutture ospedale e le strutture territoriali di cui dicevamo prima, cioè gli ospedali di comunità oppure l'assistenza domiciliare, quindi in accordo anche con il Dipartimento di Prevenzione.

Poi è stato fatto un piano di potenziamento del Dipartimento di Prevenzione, come vedremo quando parleremo di personale. Come diceva il dottor Rasi, i Dipartimenti di Prevenzione avevano

soprattutto le vaccinazioni, avevano le patenti, la medicina legale, eccetera, eccetera, ma questa pandemia ha sconvolto completamente questa visione, come ha fatto anche con le Malattie infettive. Ricordo a tutti che le Malattie infettive erano nate per gestire l'AIDS, l'HIV; poi si erano un po' svuotate perché effettivamente avevano qualche tubercolosi o qualche malattia rara, ma poi, grazie alla pandemia, sono esplose. Difatti abbiamo visto che sono state fondamentali in questo tipo di assetto organizzativo.

Abbiamo fatto il piano di riorganizzazione ospedaliera – vado al volo chiaramente perché altrimenti vi tedio – dove sostanzialmente abbiamo utilizzato l'ospedale hub di Ca' Foncello, con posti letto dedicati alla rianimazione centrale, con 29 posti letto organizzati nelle aree di rianimazione centrale, 6 utilizzando le sale operatorie, altri 8 nella Neurochirurgia e 10 nell'area della Cardiochirurgia, perché ricordo che sostanzialmente c'era un periodo in cui tutte le attività erano bloccate.

Abbiamo messo 20 posti letto in Pneumologia e 30 posti letto in Malattie infettive, mentre, per quanto riguarda Medicina, si è creata un'area di 50 posti letto.

Per quanto riguarda l'ospedale di Oderzo, la Terapia intensiva è passata da 5 a 8 posti letto, allocato nel gruppo operatorio, e anche in questo caso ricordo che erano chiuse tutte le attività per il Covid.

L'ospedale di Montebelluna ha attivato la Terapia intensiva con 6 posti letto in rianimazione centrale e 4 nel gruppo operatorio, con 12 posti letto di Pneumologia e 39 posti letto di Covid praticamente.

All'ospedale di Conegliano 11 posti letto in Rianimazione centrale e 26 posti letto come Covid.

L'ospedale di Vittorio Veneto proprio dal piano era stato indicato come ospedale Covid, per cui erano stati sostanzialmente attivati

diversi posti letto, sia di Terapia intensiva, 8 posti letto nell'area chirurgica, trasformando le sale operatorie in Terapia intensiva, 20 posti letto di semi-intensiva e naturalmente oltre 160 posti letto per quanto riguarda le Malattie infettive, compresi i 30 posti letto all'interno di questi ospedali di comunità. Si era sostanzialmente creato anche dal punto di vista strutturale un tipo di intervento di questo tipo.

Per quanto riguarda invece - vado con ordine - la seconda domanda, quali sono i protocolli? Noi abbiamo adottato diverse linee guida e protocolli aziendali con grande flessibilità nell'adottarli perché li abbiamo un po' pianificati in base al setting assistenziale, soprattutto in linea con i rapidi mutamenti e aggiornamenti che sono arrivati dalla Regione, dal Ministero e anche ovviamente dal CTS, perché hanno seguito anche le migliori evidenze scientifiche in progress. Abbiamo fatto il protocollo per l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, DPI, nella gestione di casi sospetti da Coronavirus a febbraio 2020, rinnovato a giugno, a settembre 2020 e a maggio 2021; la gestione clinica organizzativa delle aree di degenza a marzo 2020 e rinnovato ad ottobre 2020; gestione operativa sospetti Covid-19 a settembre 2020; gestione varchi accesso strutture sanitarie, Azienda AULSS 2 a giugno 2020; gestione delle salme, decessi in ospedale e in territorio della persona Covid-19 positivi a settembre 2020; gestione emergenza Covid-19 nelle RSA a settembre 2020; gestione percorsi pazienti Covid positivi, Area internistica, Area emergenza, Area riabilitativa, Area servizi, Area chirurgica e ODC a novembre 2020; gestione del ricovero di bambini Covid positivi in ambito di AULSS 2, Area Vasta, a novembre 2020; gestione degli operatori SARS-CoV-2 positivi a gennaio 2021; presa in carico del paziente Covid positivo alla dimissione ospedaliera a gennaio 2021. Più altri due o tre protocolli territoriali che riguardavano le cure domiciliari.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Questi erano i protocolli in linea di massima che abbiamo attivato.

Nella terza domanda, gli aspetti utili e qualificanti quali sono stati? Beh, credo, è stato citato anche dal collega, il dottor Rasi, ci sono state queste importantissime riunioni giornaliere - o addirittura anche due volte al giorno - che facevamo con il presidente Zaia, l'assessore Lanzarin, il Direttore Generale della Sanità, i colleghi Direttori e soprattutto anche i Direttori delle varie Aree della Regione Veneto, da Azienda Zero all'Area Sanità, che ci hanno aiutato effettivamente a mettere in barra dritta, come si suol dire, il percorso. Questo poi scaturiva ovviamente anche in una catena di comando che abbiamo anche noi, un'AULSS accorciata, in modo da consentire un rapido flusso di informazioni a tutti i vertici dell'Azienda, ai Direttori delle Unità operative coinvolti e a tutto il personale, a seconda delle varie criticità. Questo è stato raggiunto ovviamente attraverso riunioni che avevamo con frequenza quotidiana e qualche volta anche due volte, a seconda ovviamente dell'andamento dell'epidemia, che era il CESP dove ci trovavamo per fare.

Queste comunicazioni che mandavamo, che erano delle scelte strategiche a cascata e organizzative a livello dell'Azienda, poi venivano portate a livello delle singole Unità operative, sempre in riunioni quotidiane che venivano fatte nei reparti, nelle Unità operative dai primari e dalle coordinatrici. Ovviamente su ognuna di queste indicazioni venivano fatti dei protocolli, fatti a lettera dalla Direzione medica e operativa o addirittura da comunicazioni scritte in modo tale che tutte le parti potessero quotidianamente avere queste indicazioni.

È stato dato ampio spazio quindi alla comunicazione a tutti i livelli attraverso riunioni periodiche con i primari e con i coordinatori, come dicevo, ma soprattutto anche con le organizzazioni sindacali, con i sindacati dei pensionati e i

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

direttori/presidenti di certi servizi. Abbiamo voluto, proprio in un momento così difficile, chiaramente che ci fosse un livello costante di corretta informazione e di coinvolgimento sia del nostro personale, ma anche di chi ovviamente subiva questa pandemia, perché naturalmente prestazioni non se ne potevano fare o comunque erano limitate e quindi era giusto che anche la categoria dei pensionati sapesse la situazione e ci desse una mano per far diffondere queste cose.

È stato emesso in atto un sistema di grading, di trasferimento di pazienti a seconda dell'intensità di cura e dell'evoluzione della malattia, come dicevamo, dove i pazienti Covid-19 passavano, a seconda dell'aggravamento, dalle strutture infettivologiche a quelle pneumologiche, fino ad arrivare poi, ovviamente, o alla Terapia intensiva, purtroppo, oppure a essere dimessi dall'ospedale.

È stata creata una rete importante tra ospedale e strutture territoriali per allocare sempre il paziente nel miglior setting assistenziale possibile e, quando possibile, curato a domicilio. Per questo abbiamo attivato gli ospedali di comunità e abbiamo attivato la rete territoriale, anche con i Sindaci, perché avevamo incontri continui e costanti, sempre in via telematica, anche con i Sindaci.

È stata data grande importanza - ed è stata la vera forza anche per motivare il personale - alla creazione di gruppi multidisciplinari per la gestione del Covid. È stato importante perché si è imparato - e forse succedeva un po' meno prima - a lavorare in rete e a lavorare insieme. Spesso e volentieri ognuno di noi è autoreferenziale, mentre in questo caso questo ci ha aiutato molto ed è stato molto positivo.

In ogni struttura sono stati identificati percorsi per una gestione sicura del Covid. In ogni struttura ospedaliera, in ogni struttura distrettuale sul territorio sono stati fatti percorsi

intraospedalieri ed extraospedalieri, dove si sono individuate le difficoltà e sono state messe per iscritto.

Un fattore importantissimo è stato l'uso su larga scala di tamponi, che ha consentito di avere, soprattutto nel periodo – poi ne parleremo – dopo la carenza degli stessi, un quadro costantemente aggiornato della situazione epidemiologica locale e di isolare in tempo reale i positivi, evitando così di fare insorgere focolai. È stato utile soprattutto nei reparti. Noi partiamo purtroppo dal 24 ottobre con un caso positivo all'interno di geriatria che ci ha complicato la vita, perché chiaramente è partito in ospedale e abbiamo dovuto isolare. Naturalmente ringrazio dell'impegno il dottor Rigoli, perché il suo sostegno è stato grandissimo, notte e giorno, insieme a tutti i nostri collaboratori, per fare in modo, e ci siamo riusciti, di bloccare queste positività che si erano create all'interno di Geriatria.

La rapidità nel prendere le decisioni è stata fondamentale nella gestione delle criticità. È stato semplificato dall'avere una catena di comando corto. Portiamo un esempio che è quello di Treviso, della signora ricoverata a febbraio: la decisione di notificare la positività è stata presa immediatamente. Ricordo che la signora era una signora conosciuta, che era entrata per altri problemi, aveva patologie diverse, tra cui uno scompenso cardiaco, la sera prima di essere dimessa parte la febbre. Si pensava fosse un'influenza, poi, visto che avevamo avuto Vo e soprattutto il discorso di Wuhan, dove le indicazioni del Ministero erano solo febbre e chi arrivava dalla Cina, il dottor Rigoli dice: "Facciamo un tampone per essere sicuri". Così abbiamo scoperto la positività: la velocità di chiudere il reparto, di mettere tutti in quarantena e soprattutto di fare tamponi è stata la vera risorsa.

La flessibilità organizzativa è stata fondamentale. Durante ogni ondata della pandemia si sono riorganizzati gli ospedali con

grande rapidità, si sono chiusi i reparti e riconvertiti, il personale è stato riallocato, le sale operatorie sono state trasformate in terapie intensive. Tutto veniva deciso, ovviamente, su indicazioni del CESP, veniva tradotto e messo in opera.

L'altra cosa importante è stata l'autonomia organizzativa, che ha favorito la possibilità a tutti i livelli di gestirsi. Nelle decisioni del CESP coinvolgevamo tutti, con il passaggio delle consegne a un operatore, che così sapeva cosa dire al collega in base a quello che era avvenuto durante la serata. Devo ringraziare il personale perché c'è stata una grande duttilità a convertirsi con grande sensibilità a seconda delle esigenze o a seconda della diffusione del Covid.

L'altro aspetto fondamentale è stato quello di imparare a lavorare con le videoconferenze, dove si potevano avere più persone messe in gioco e, quindi, avere la possibilità di diffondere la comunicazione in modo più provvido.

Gli aspetti critici quali sono stati? Come sappiamo, il 31/12/2019 la Commissione sanitaria di Wuhan, poi trasportata all'OMS, segnala all'OMS un caso sospetto di polmonite da eziologia ignota.

Le indicazioni erano, come diceva giustamente il dottor Rasi, storia di viaggi a Wuhan, di 14 giorni precedente l'insorgenza della sintomatologia o contatto stretto con qualcuno che o aveva lavorato al mercato ortofrutticolo di Wuhan, cosa improbabile, o con qualcuno che veniva dalla Cina.

È chiaro quindi che per noi questa carenza scarsa di informazioni sul virus è stato veramente un problema grandissimo. Al momento dell'insorgenza del "caso primo", chiamiamolo così, 1, l'indicazione che era arrivata era di ricercare il virus, come vi dicevo, su chi arrivava dalla Cina. Era quindi impossibile e improbabile pensare che una signora che era stata a casa con la badante fosse il "caso 1" che poi ha scatenato la chiusura della Geriatria.

Si è parlato poi di carenza di dispositivi di protezione individuale e dei test, causa la carenza di reagenti. L'altra cosa importante, poi lo vedremo quando parleremo di tamponi, ma non di poco, è che le strutture che siamo andati ad adeguare, poi con Arcuri sono arrivati anche i lavori, eccetera… Abbiamo dovuto correre per adeguare gli impianti. Una cosa che assolutamente ci ha sconvolto la vita è che queste persone erano affamate d'aria. Noi che eravamo abituati a 10 litri al minuto, massimo 70 litri al minuto, siamo passati a 600 litri al minuto.

Abbiamo quindi dovuto fronteggiare l'emergenza lavorando sugli impianti con i pazienti dentro. Questa è stata l'altra cosa importante.

Quali sono state le maggiori difficoltà riscontrate dall'inizio della pandemia? Anche qui, come aveva citato il dottor Rasi, all'inizio, e tuttora oggi, purtroppo, le difficoltà sono la carenza del personale, in particolare gli specialisti. Noi abbiamo avuto specialisti e poi qualcuno di questi si è anche ammalato, perché in prima linea si è ammalato, in particolare pneumologi e interventisti, quindi nelle Terapie intensive non avevamo, come oggi non li abbiamo, specialisti. Sappiamo tutti delle Scuole di specialità – non torno su quello che ha già detto ampiamente e giustamente il dottor Rasi - che purtroppo non ci sono e non si trovano.

Abbiamo quindi dovuto ovviamente inventarci, come abbiamo fatto per Montebelluna, come abbiamo fatto anche per Treviso. Abbiamo dovuto utilizzare i neonatologi, in qualche caso, che sono abituati a fare Terapia intensiva con i piccoli, a supporto, vista la numerosità di casi di persone che erano ovviamente, in Terapia intensiva.

Altra cosa: chiaramente, con la chiusura, ma anche con questa prima/seconda ondata importante, abbiamo dovuto dirottare molto personale dalle attività ordinarie. Lo dico: abbiamo continuato a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

farlo perché gli oncologici, le urgenze, le (inc.) dal punto di vista della specialistica, e materno-infantile abbiamo continuato a farlo. Abbiamo però dovuto dirottare diverse persone, riducendo, di conseguenza, l'attività chirurgica e continuando a seguire i pazienti Covid. Anche questo è stato importante.

Poi, lo devo dire, c'erano la stanchezza e il burnout del personale, tanto che siamo stati costretti ad attivare, e lo abbiamo fatto volentieri, un gruppo di psicologi a sostegno proprio del nostro personale.

Adesso stiamo utilizzando questo gruppo anche per il sostegno del long Covid, cioè delle persone che escono dal Covid e che hanno bisogno di essere supportate.

La sospensione dei medici, del personale e degli infermieri no-vax, è un fenomeno più recente e ovviamente va a ricadere sui soliti, i vaccinati, che devono lavorare. Si è anche rilevata, perché spesso il personale ce lo ha detto, la scarsa compliance dell'utenza. Alla prima ondata erano tutti eroi, nella seconda ondata, purtroppo, questa è la differenza, sono spariti gli eroi e sono iniziate le attribuzioni di qualche altra cosa.

Quanto poi alle prestazioni arretrate, sempre parlando della terza ondata, avevamo iniziato, dopo la seconda, a recuperarle. Oggi siamo arrivati a 15.000, le abbiamo abbattute. Mi auguro che grazie anche, ovviamente, ai finanziamenti della Regione Veneto, noi riusciremo ad arrivare se non a dicembre, a gennaio, ad abbattere queste; poi, dei 7.800 interventi chirurgici ne abbiamo già fatti 3.500, però questo chiaramente è un peso che resta.

L'altro tema riguarda le azioni messe in atto in materia di personale: anche qui sostanzialmente, durante la pandemia, l'emergenza, il ruolo fondamentale è stato svolto dalle risorse umane.

Data la necessita di maggiore assistenza ai pazienti, dovuta alla complessità delle patologie, la turnistica ovviamente l'abbiamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dovuta cambiare: le ferie, per un lungo periodo, sono state sospese e si è subito pensato al potenziamento del personale attraverso avvisi pubblici per il tempo determinato, libere professioni, assunzione degli specializzandi degli ultimi anni, grazie al decreto legge 35/2019. Sono stati richiamati anche operatori in pensione e sono stati pubblicati tanti concorsi da Azienda Zero per l'assunzione di personale, sia medico che del comparto.

Azienda Zero ha fatto un grande lavoro, ma purtroppo poi il risultato è che non abbiamo specialisti, però il lavoro sicuramente è stato fatto e poi lo citerò anche. I bandi, la cui durata, l'intervallo di tempo era molto breve, hanno permesso di assumere, in brevissimo tempo, nuovo personale.

Per quanto riguarda il personale del comparto, soprattutto nel primo periodo, la carenza è stata recuperata dalle unità operative che sono state chiuse. I minuti di assistenza, in base alla DGRV del 6/10/2014, sono stati modificati sulla base dell'intensità di cura dei nuovi reparti. Faccio un esempio: la Pneumologia, che prima aveva 195 minuti di assistenza al giorno per paziente, è passata, causa Covid, a 350 minuti di assistenza al giorno per paziente.

Poi ovviamente l'altra cosa fondamentale è stata la formazione degli operatori, perché ci trovavamo persone che mai avrebbero affrontato questo, quindi abbiamo fatto tanta formazione, soprattutto ai giovani meno esperti, quelli che venivano assunti, spiegando loro anche cos'era lo skill mix, cioè l'utilizzo di più professionisti per il lavoro che era strutturato in équipe. Infatti era importante cominciare sempre di più a lavorare in équipe e in base anche al livello di competenza.

Inoltre, ovviamente – lo ripeto perché è importante – l'attività di operatori è stata supportata da attività di sostegno psicologico, formazione sulla vestizione e svestizione per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

garantire la sicurezza degli operatori, tramite SPP (Servizio, Protezione e Prevenzione).

Abbiamo fatto, come dicevo, 20 FAD, abbiamo attivato lo screening agli operatori in base alle disponibilità di tamponi, la campagna di screening a tutti gli operatori con cadenze poi prestabilite in base al piano di sanità pubblica, che la Regione aveva mandato, ogni dieci giorni. Abbiamo attivato nuove modalità di visita del paziente per ridurre l'esposizione degli operatori.

La gestione dei reparti era strutturata in gruppi di lavoro del personale infermieristico, supervisionato da un team leader sempre, che doveva seguire il discorso del burnout, ma anche diventava punto di riferimento sia per il personale del comparto, che per il personale medico. Poi ovviamente, come dicevo, le comunicazioni di reparto.

Nel periodo di emergenza Covid, dall'1/3/2020 ad oggi, i medici che sono stati assunti sono stati 261, 31 a tempo indeterminato e 132 e tra tempo determinato, specializzandi e libera professione.

Gli infermieri sono stati 578; legati all'esigenza Covid quelli di turno sono stati 105 a tempo indeterminato, 58 libera professione o Co.co.co.

I tecnici di laboratorio sono stati 11 a tempo determinato e 3 a tempo indeterminato. Gli OSS 371, legati all'esigenza del Covid sono stati 76 a tempo indeterminato e 35 a tempo determinato. Perché abbiamo numeri diversi? Perché ovviamente avevamo i pensionamenti e la gente in malattia, eccetera.

I tecnici di Radiologia sono stati 3, gli assistenti sanitari sono stati 20 a tempo indeterminato e 17 a tempo determinato.

Le ostetriche sono state 3 a tempo determinato.

Abbiamo avuto un potenziamento delle risorse umane importanti.

Per quanto riguarda i concorsi, tra noi e Azienda Zero, per infermieri sono stati fatti due concorsi importanti di Azienda Zero e cinque avvisi dell'AULSS 2. Per i tecnici di radiologia,

due concorsi dell'Azienda Zero e tre avvisi dell'ULSS 2. Per i tecnici di laboratorio, due concorsi di Azienda Zero e tre avvisi dell'ULSS 2. Per i tecnici della prevenzione, un concorso di Azienza Zero e un avviso dell'ULSS 2. Per gli assistenti sanitari un concorso di Azienda Zero e quattro avvisi dell'AULSS 2, più dopo i medici. Infatti sono stati fatti praticamente in base alla specialità una serie infinita di concorsi, lo devo dire, perché Anatomia patologica; un concorso di Azienda Zero; Anestesia e rianimazione: due concorsi di Azienda Zero, tre avvisi da parte nostra; Cardiologia: due di Azienda Zero, cinque avvisi dall'AULSS. Per dire un po' e citare le cose. Igiene pubblica: un concorso di Azienda Zero e due avvisi pubblici noi; Medicina interna: due concorsi di Azienda Zero e quattro avvisi nostri.

Abbiamo cercato ovviamente di dare delle risposte più veloci possibili tenendo conto purtroppo di questa carenza importante del personale che chiaramente ha colpito tutte le AULSS, ma credo tutti a livello nazionale.

L'altra domanda, la criticità del tracciamento dei tamponi e la criticità ovviamente nel contact tracing. Anche qui cerco di essere veloce. Noi il primo caso lo abbiamo avuto il 25/2/2020 col caso della signora in Geriatria. Noi dal 25/2/2021 al 30/4/2021 abbiamo fatto 31.000 tamponi solo molecolari. La media di tamponi al giorno era di 1.000 tamponi circa. Da aprile sono iniziati a mancare i reattivi e per cui abbiamo ridotto un po' ovviamente questo numero, ma non per carenza nostra, ma perché effettivamente era impossibile fare i tamponi. Poi dall'1/5/2020 al 31/7/2020 sono stati fatti 90.000 tamponi solo molecolari, una media di tamponi al giorno di 1.500. Da maggio 2020 lo screening degli ospiti e dipendenti RSA e territorio ogni 20 giorni, lo screening operatori ogni 20 giorni. Dal primo maggio ovviamente si mandava anche una quota di tamponi a Padova e Treviso mandava circa 250 tamponi al giorno fino a giugno e poi li abbiamo eseguiti tutti a

Treviso.

Il numero di tamponi eseguiti dall'1/8/2020 al 31/10/2020 è 115.000 tamponi molecolari, più 123.000 tamponi antigenici. Abbiamo attivati i Covid Point da fine agosto, dapprima presso gli ospedali in tre distretti e poi sono stati spostati all'esterno perché abbiamo fatto chiaramente i Covid Point esterni. La media di tamponi giornalieri era di 1.600 tamponi al giorno. Lo screening degli operatori sanitari delle RSA è stato riportato a 30 giorni e poi sono stati ripresi ovviamente i tempi in base al piano di Sanità pubblica.

La cosa positiva che si può dire è che i numeri dei tamponi positivi refertati entro un giorno dall'AULSS 2 è stato del 92% entro un giorno ed entro cinque giorni il resto. Quindi abbiamo sostanzialmente un numero che si può dire che insieme all'Azienda di Verona è quello che ha risposto soprattutto in prima giornata.

Per quanto riguarda il contact tracing, nella prima ondata non si poteva chiamare contact tracing per un motivo molto semplice: ancora non era stato definito dal Piano della sanità pubblica. Noi avevamo 15 operatori che sostanzialmente rispondevano in caso ci fossero delle positività, ma avevamo soprattutto 32 addetti alla sorveglianza perché erano quelli che telefonavano ai quarantenati ogni due giorni. Altri 14 ne avevamo per le certificazioni e la gestione dei dati. Non c'era ancora un'informatizzazione così stretta come è avvenuta dopo, ma subito Azienda Zero si è attivata. Inoltre dava una mano anche qui per i contatti.

Diciamo che noi alla fine siamo partiti con i contatti in modo preciso e puntuale a ottobre 2020, dove sostanzialmente facevamo e avevamo 6.889 casi positivi, per salire a novembre 2020 a 17.241, per poi arrivare nel pieno della seconda ondata, dicembre 2020, a 22.378, calando poi a gennaio 2021 a 10.890, per un totale complessivo in quel periodo di 88.566 positivi e per chiaramente presa in carico di 177.364 persone. Nel periodo clou di dicembre

2020 avevamo preso in carico 38.198 persone. La media della presa in carico da zero a un giorno – questo è un dato che posso poi fornire – è stata dell'85%, mentre il restante 15% da due a tre giorni. È stata messa in campo una capacità di monitoraggio importante, tenendo conto che con la seconda ondata era difficile. Però, siamo arrivati ad avere 71 persone dedicate solo al contact tracing.

Questo mi premeva dire. Se ci sono domande, sono a disposizione. Spero di avervi informato adeguatamente e di essere stato abbastanza veloce nell'esporre.

Grazie.

Presidente

Grazie, dottore Benazzi.

Ci sono domande o interventi? Qualcuno ha qualche domanda da fare? No.

La ringraziamo, dottor Benazzi. Chiaramente, se vuole rimanere collegato, ci fa piacere. Arrivederci e buon lavoro.

Dott. Francesco BENAZZI (Direttore Generale AULSS n. 2 "Marca Trevigiana")

Vi ringrazio.

Presidente

Grazie a lei.

Passiamo adesso all'ex direttore generale dell'AULSS n. 5 "Polesana", dottor Fernando Antonio Compostella, e all'attuale direttrice generale dell'AULSS stessa, dottoressa Patrizia Simionato, che ringrazio per la disponibilità e anche per la presenza fisica qui con noi. Darei a voi immediatamente la parola. Non so se vuole iniziare l'ex direttore anche per una memoria storica rispetto a quella che è stata la situazione della prima

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ondata e della seconda ondata. Comunque, vedete voi. Grazie mille.

Dott. Fernando Antonio COMPOSTELLA (ex Direttore Generale AULSS n. 5 "Polesana")

Buon pomeriggio. Grazie, Presidente.

Sia il dottor Rasi Caldogno che il dottor Benazzi hanno già detto diverse cose, quindi cercherei, pur seguendo la scaletta dei temi che ci avete dato, di focalizzare anche qualche altro aspetto per non essere ripetitivo.

Faccio una premessa. Come ha già accennato il dottor Rasi Caldogno, questa pandemia ha evidenziato il tema di una certa fragilità dei sistemi sanitari occidentali, tutti quanti improntati da anni oramai sul tema dell'efficienza diagnostico-terapeutica più che sulla prevenzione. È bastata una pandemia per mostrarci che dobbiamo rivedere alcuni assetti organizzativi, il che compete, ovviamente, anche ai programmatori e ai decisori su scala nazionale e regionale.

La gestione della pandemia e le direttive regionali durante la prima e la seconda ondata, e le differenze. Il dottor Rasi Caldogno e il dottor Benazzi ne hanno citate alcune dal punto di vista dei termini. Io direi in maniera più sintetica che c'è stato sia dal punto di vista nazionale che dal punto di vista regionale, nonché poi a livello aziendale, un filo conduttore continuo e unico tra prima e seconda ondata. Le prime direttive su scala nazionale, nonché poi regionale, sono state prevalentemente incentrate immediatamente sul tema della diagnostica e del tracciamento. Quindi le prime indicazioni davano indicazioni operative soprattutto su quelle tematiche. Poi, si è aggiunto il tema della sicurezza degli operatori e, quindi, l'utilizzo dei tamponi, le tempistiche per quanto riguarda i range temporali relativi agli screening con i tamponi sugli operatori, sicurezza degli operatori e delle strutture, ospedali e RSA, case di riposo.

Più o meno coeve sono state anche tutta una serie di indicazioni relativamente agli aspetti logistici e organizzativi, quindi come gestire gli isolamenti, come gestire poi la grande e importante disposizione a livello regionale; l'attivazione dei cosiddetti ospedali Covid è stata una scelta vincente; gli aspetti relativi alla riorganizzazione delle attività sanitarie all'interno degli ospedali, con la riduzione delle attività ordinarie; è stato già detto che non sono state toccate le urgenze, e tutta la tematica relativa all'oncologia, le cosiddette prestazioni "B", quelle considerate necessarie ed eseguibili in tempi rapidi.

Infine, poi, si è arrivati al blocco, al tema delle vaccinazioni, alla fine dell'anno scorso, inizio di quest'anno. Queste aree tematiche e le disposizioni si sono andate via via affinando, man mano anche che maturava l'esperienza a livello nazionale, come a livello regionale, come anche a livello aziendale.

È chiaro che a livello aziendale ci si muoveva nel solco di quelle che erano le disposizioni nazionali e regionali, aggiungendo qualcosa in ragione anche delle caratteristiche orografiche, sociali e demografiche anche del Polesine.

Per quanto riguarda invece il secondo tema, è indubbio, riguardo ancora il primo punto, che queste direttive sono state particolarmente importanti, non foss'altro che per avere modalità di approccio comuni. Emerge già dalla relazione del dottor Rasi e da quella del dottor Benazzi che a livello delle singole Aziende le modalità di approccio sono state simili e questo è stato molto importante, anche a fronte di quelle che erano le aspettative dell'opinione pubblica: vedere comportamenti omogenei nei vari territori, anziché difformi.

Per quanto riguarda il secondo punto, quello relativo ai protocolli di gestione del Covid, quindi quando sono stati fatti i primi protocolli per la realtà ospedaliera e territoriale anche a livello aziendale, ancor prima che venissero emanati i primi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

protocolli nazionali e poi regionali, quando si è incominciata ad avere notizia di quanto accadeva a Wuhan, ed era dicembre 2019, inizi di gennaio 2020, periodo che corrispondeva al Capodanno cinese e poi un po' più avanti, visto che in Polesine c'è una discreta, non grandissima, comunità cinese, soprattutto in alcuni paesi, ancor prima delle prime indicazioni nazionali e regionali, con il Servizio Igiene del Dipartimento di prevenzione e con le Malattie infettive avevamo elaborato un primo protocollo che puntava sulla collaborazione dei Sindaci e delle scuole, perché segnalassero l'arrivo, il rientro delle famiglie o degli studenti che erano andati in Cina per il Capodanno cinese.

Sono state diverse le segnalazioni che abbiamo ricevuto. Su queste segnalazioni, poi, noi intercettavamo le famiglie, le contattavamo e chiedevamo, su base assolutamente volontaria, perché, ripeto, non c'erano indicazioni formali a livello nazionale o regionale, la loro disponibilità ad un isolamento volontario, con piena collaborazione.

Sono state parecchie le famiglie e le persone contattate, c'è stata piena collaborazione.

È servito a qualcosa? Forse qualcosa, certamente anche questo ha aiutato in quelli che sono stati poi i numeri e l'andamento della pandemia a livello polesano.

Poi è chiaro che, per quanto riguarda i principali temi oggetto dell'attenzione aziendale, fermo restando che anche noi, fin da subito, abbiamo attivato quello che inizialmente abbiamo chiamato "gruppo di lavoro", poi abbiamo seguito le indicazioni, anche dal punto di vista della nominazione, dei protocolli e delle disposizioni regionali. Si è attivato immediatamente un gruppo di lavoro che comprendeva il Dipartimento di Prevenzione, le Malattie infettive, la Medicina di laboratorio e ovviamente la Direzione strategica aziendale, fin da subito, per gestire e applicare, a livello aziendale, le indicazioni operative e quanto serviva.

Devo anche dire che il 22 febbraio, mi pare, c'è stato il primo caso a livello regionale, quello di Vo' e il 24, il 25 e il 26 avevamo organizzato, ancora in presenza, un incontro con tutte le case di riposo, proprio per ragionare con loro sulle prime disposizioni e prime indicazioni organizzative in tema di sicurezza. Il 24 con le case di riposo, il 25 con i medici di Medicina generale e il 26 con i Sindaci, giusto per incominciare a ragionare su quelle che erano azioni da compiere o attenzioni da avere, sia dal punto di vista dell'Azienda, sia anche su scala territoriale.

Sono partiti, come è già stato detto, anche gli appuntamenti, inizialmente più rarefatti e poi quotidiani, con la Regione, i primi in presenza nella sede della Protezione civile a Marghera, poi, ovviamente, in videoconferenza. Anche questo è stato particolarmente importante per poter ragionare quotidianamente e quindi in tempo reale su come evolvevano le cose e quali azioni eventualmente intraprendere, decidendole, da parte della Regione, anche durante la stessa videoconferenza.

Poi ovviamente si sono sviluppati tutti i percorsi intraospedalieri di contrasto alla pandemia, quindi, come dicevo, inizialmente l'organizzazione per l'attività diagnostica e di tracciamento, su cui poi entrerò un attimo più nel dettaglio; poi c'è stato tutto il tema della sicurezza e quindi i percorsi intraospedalieri, pulito/sporco, l'organizzazione degli spazi e delle attività all'interno dell'ospedale e all'interno della RSA.

Per quanto riguarda le RSA, è stato, fin da subito, attivato un gruppo di lavoro composto da varie figure dell'Azienda che collaboravano con i Direttori delle case di riposo e che si recavano in loco, nelle singole case di riposo, per confrontare con loro quelle che erano le problematiche e anche per portare quell'esperienza che, come abbiamo visto, era carente relativamente, ad esempio, ai protocolli di isolamento.

Vi potrà sembrare strano, ma nelle case di riposo il concetto di isolamento, così come va inteso da un punto di vista tecnico, non era ben comprensibile, perché si doveva spostare una persona in una stanza e lasciarla lì da sola, anche se non era in quel momento positiva o quant'altro. Ma non entro nel dettaglio.

È stata una collaborazione importante, con piena disponibilità da parte delle case di riposo.

Come dicevo, c'era poi anche tutto il tema dell'organizzazione dell'attività all'interno degli ospedali, l'organizzazione dell'ospedale Covid; nel caso del Polesine, è stato utilizzato l'ospedale di Trecenta, che si prestava anche dal punto di vista delle caratteristiche strutturali e logistiche a questa attività. Tutte le degenze dei pazienti positivi sono state gestite presso l'Ospedale di Trecenta con un'Area medica Covid, un'Area di semi-intensiva respiratoria e questa è stata un'arma vincente importantissima. Fin da subito, grazie alla collaborazione della Pneumologia e alla qualità dei suoi professionisti, è stato organizzato un reparto di semi-intensiva respiratoria che ha permesso di gestire le situazioni anche critiche prima che vi fosse la necessità magari del trasferimento in Terapia intensiva, quindi non andando ad occupare immediatamente i letti di Terapia intensiva. Poi sempre a Trecenta sono stati attivati col concetto a fisarmonica i letti di Terapia intensiva utilizzando la Terapia intensiva, le sale operatorie, altre aree e ampliando i letti via via che ce n'era bisogno fino a un potenziale nel primo periodo di 26 letti che potevano essere attivati.

Va detto, tra parentesi, che tutto questo è stato reso possibile anche perché, grazie ad Azienda Zero e alle altre strutture della Regione, si sono incominciati a reperire ventilatori, letti da Terapia intensiva e quindi sono arrivati e potevamo quindi mano a mano andare ad attivare i vari letti. Di fatto non ci siamo mai trovati - a differenza dell'aspetto legato ai tamponi, alla

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

processazione, ai reagenti, eccetera - per quanto riguarda attrezzature di alta tecnologia fortunatamente non c'è mai stata una situazione di carenza perché fin da subito si è incominciato a fornire questi fondamentali e preziosissimi presìdi.

Per quanto riguarda gli ambiti di intervento direi che non sto qui a entrare proprio nel dettaglio, che è anche molto tecnico, fino ad arrivare per quanto riguarda i protocolli e poi alla fase finale dell'anno scorso, inizio di quest'anno, fino alla fine di febbraio, quando poi ho lasciato l'incarico, con il tema dell'organizzazione della campagna di vaccinazione. Date le caratteristiche particolari del Polesine, che, al di là dell'incipit poetico della terra tra i due fiumi, ha caratteristiche orografiche abbastanza particolari e una dispersione dal punto di vista urbanistico che è unica nel territorio veneto o simile a quella della Provincia di Belluno, rispetto, ad esempio, alle indicazioni regionali che prevedevano inizialmente di un massimo di 4, 5 centri di vaccinazione sul territorio sui quali concentrare le attività, noi ne abbiamo organizzati alcuni in più con alternanza di attività nell'arco dei giorni alla settimana proprio per ridurre al minimo quello che era il disagio del movimento, degli spostamenti della popolazione.

Gli aspetti qualificanti e utili a una gestione ottimale della pandemia e quelli più critici. È già stato detto e lo risottolineo, l'avvio fin dall'inizio a livello aziendale di un gruppo di lavoro costituito, come dicevo, dalla Direzione strategica e da tutte le Aree che più direttamente avevano competenza sulla tematica, tutte le Unità operative, quindi un gruppo di lavoro che si radunava quotidianamente e quindi ogni mattina nello studio del Direttore Generale c'era questa riunione per analizzare i dati del giorno prima.

In fase iniziale, i dati venivano raccolti con carta e penna chiaramente, poi si è sviluppato e affinato anche un sistema di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

controllo e di gestione più evoluto, per cui tutti i dati che potevamo raccogliere e sulla scorta di quelli aggiornare quotidianamente l'attività. È servito tantissimo, proprio per caratterizzare una modalità di gestione unitaria a livello aziendale della gestione della pandemia, fare in modo che le informazioni fossero univoche, cioè chi usciva da quell'incontro poteva dare ai suoi collaboratori un'informazione che era uguale per tutti: per cui l'infettivologo, come il Dipartimento di Prevenzione, come il laboratorista potevano dare informazioni che erano univoche e chiare per tutti.

Sapete che i dati della pandemia in Polesine sono stati interessanti e anche con percentuali di incidenza e di indice di positività sempre inferiori rispetto a tutte le altre Province del Veneto, un po' per le caratteristiche geografiche e sociali del territorio, un po' anche, credo, per l'organizzazione che ci siamo dati, nel senso che, oltre alla gestione unitaria a livello aziendale – questi risultati sono stati anche oggetto di una pubblicazione internazionale – c'è stata la strettissima collaborazione che fin da subito si è instaurata con la Prefettura, con i Sindaci, ovviamente con le Forze dell'ordine, con il volontariato, nonché con l'ambito regionale. Questo certamente è stato un punto di forza.

Un altro punto di forza è stato quello di investire fin da subito sull'attività diagnostica, pur con tutti i limiti, che a brevissimo citerò, e sul contact tracing. Io non sono un medico igienista – la mia specialità è anestesia e rianimazione – ma capivo io e ancor più i collaboratori del dipartimento di prevenzione che in assenza di altri strumenti, perché stavamo affrontando qualcosa di improvviso e di non noto da letteratura scientifica, quindi una situazione per tutti nuova, l'elemento su cui si poteva contare era quello di cercare di individuare il più rapidamente possibile le persone positive, di portarle via dalla

strada e di metterle in isolamento. Fin da subito abbiamo cercato di investire molto su questa attività, che ha dato frutti importanti. Anche questo è stato uno degli elementi e dei risultati che sono stati raggiunti nel territorio polesano.

Un altro punto di forza, pur con tutte le difficoltà, che adesso citerò, che sono state le stesse citate dal dottor Rasi Caldogno e dal dottor Benazzi, nella fase iniziale, è stato quello che, anche per i numeri del Polesine, l'attività diagnostica ha retto abbastanza per riuscire a individuare rapidamente e poi attivare subito il contact tracing e l'attività di isolamento. Diagnostica rapida e isolamento hanno funzionato nella prima fase. Ha funzionato, come dicevo, quella catena a livello territoriale, in particolare con il volontariato e con i Sindaci, per cui tutti si collaborava a quell'obiettivo, che era l'unica arma di cui si disponeva in quella fase iniziale, che era quella di individuare le positività e isolarle, compreso, proprio per le caratteristiche, che i Consiglieri del Polesine conoscono bene, di una popolazione talvolta anche molto isolata, frazioni anche molto isolate, compresa la possibilità, per le persone che venivano poste in isolamento, di avere un aiuto.

Scusatemi se divago, pochi secondi: ricordo il caso di una famiglia, positivi il marito e la moglie, sordomuti, con un figlio sordomuto. È un esempio, per carità, tre persone: ma se non ci fosse stata quella catena che si è messa in moto immediatamente, grazie ai Sindaci e alle organizzazioni del volontariato di ogni paese, queste tre persone sarebbero rimaste totalmente non in isolamento a scopo anti-Covid, ma totalmente isolate socialmente dal resto del mondo.

Questi gli elementi di forza. Questi stessi elementi sono stati poi alla base del buon avvio della campagna di vaccinazione, un clima di collaborazione, di organizzazione stretta che hanno portato anche ad avviare una campagna di vaccinazione in maniera

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

buona, fin da subito.

Le criticità sono le stesse che hanno citato i miei allora colleghi, prima fra tutte, nella fase iniziale, la carenza di disponibilità di dispositivi di protezione e di reagenti, soprattutto.

Parlando di tamponi, tutte le aziende hanno un laboratorio di clinica medica. Tutte le aziende potevano essere in grado di processare un certo numero di tamponi. La carenza non era nella disponibilità dei tamponi, vale a dire il bastoncino, il cotton fioc nella provetta con il suo gel. I problemi all'inizio erano due: la capacità di processazione e la disponibilità dei reagenti.

Vi cito un aspetto: già proprio nella prima fase della pandemia è arrivata a noi, come credo a tutte le aziende del Veneto, una nota della 3M-BASF, una multinazionale enorme tedesca, che produce dispositivi di protezione e reagenti, che ci ha scritto che non avrebbe più fornito nessun dispositivo, nessun reagente, perché tutta la loro produzione veniva destinata al mercato interno. Così poi ha fatto Roche e hanno fatto anche le altre. Il problema quindi non era solo quello di organizzarsi per l'attività di processazione dei tamponi. Eseguire i tamponi non era un problema; potevamo eseguirne finché volevamo; il problema, il collo di imbuto stava nella capacità di processazione.

Inizialmente noi avevamo una capacità di processazione intorno ai 3-400 tamponi al giorno, gravitavamo su Padova, come quasi tutte le altre Aziende, solo che ovviamente Padova, dovendo rispondere ai bisogni di tutti, ha inevitabilmente allungato i tempi di risposta.

Siamo riusciti, in tempi abbastanza rapidi, a riconvertire un'attrezzatura di laboratorio per la PCR, per la ricerca delle catene polimeriche, che è il sistema che sta alla base del tampone molecolare, e a riconvertire, dicevo, un'attrezzatura che avevamo a Trecenta in maniera un po' artigianale, che ci ha permesso, una

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

volta che da Padova i tempi di risposta diventavano di sei, sette, otto, nove giorni, vanificando quello che era di fatto il valore dell'esecuzione del tampone, e siamo riusciti ad arrivare fino ad una capacità quotidiana di esecuzione/processazione dai 500 ai 700 tamponi molecolari/die, che ci ha permesso di affrontare la situazione.

Questa però è stata certamente la criticità più importante.

Per quanto riguarda i dispositivi di protezione, non c'è mai stata una vera carenza, perché, pur nelle difficoltà, Azienda Zero ha sempre mantenuto un canale, un flusso di rifornimento dei dispositivi; in particolare erano meno disponibili e meno numerose alcune tipologie, come, per esempio, i grembiuli, le maschere facciali FFP2 e FFP3, però non c'è mai stata una vera carenza, ma c'era la necessità di un utilizzo molto oculato.

Da qui, ad esempio, anche tutti i protocolli interni per il corretto utilizzo dei dispositivi di protezione.

Diciamo che, tra le criticità, ci metterei anche il fatto che, con la Medicina generale, la collaborazione è stata discreta, anche se poteva essere migliore e una mano ce l'hanno data poi i ragazzi che sono stati arruolati nelle USCA, che hanno sopperito anche a quelli che sono state alcuni limiti organizzativi che si sono autoimposti i colleghi della Medicina generale.

Le difficoltà credo di averle già citate. È chiaro che la difficoltà principale è stata quella di andare a riconvertire un luogo, come l'ospedale, ad esempio, che era il luogo simbolo di quell'efficienza diagnostica e terapeutica che ho citato all'inizio, ad alta tecnologia, dove improvvisamente dovevamo incominciare ad attivare varchi di accesso, a mantenere i distanziamenti, a evitare che le persone sì radunassero davanti agli ambulatori e poi il tema della riduzione dell'attività ordinaria. Certamente questa è stata la maggiore difficoltà, anche da un punto di vista mediatico, se vogliamo, con il territorio e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

con la popolazione.

L'attività di relazione con il territorio è stata gestita anche attraverso i periodici incontri, inizialmente in presenza e poi tutti in videoconferenza, con tutte le figure titolate, quindi la Conferenza dei Sindaci, i sindacati, i medici di Medicina generale e ovviamente i rapporti con la Prefettura erano quotidiani. C'è stata un'attività di informazione che non è mai venuta meno e poi abbiamo anche attivato un incontro quasi quotidiano con la popolazione, tramite Facebook, quindi una specie di bollettino quotidiano sull'andamento per la popolazione, che ci serviva anche per dare non solo i numeri di come andavano le cose, ma anche informazioni sui comportamenti. Tutto ha aiutato.

Vorrei sottolineare che, grazie alla disponibilità e alla flessibilità di tutto il personale dell'Azienda, da quello amministrativo al personale sanitario, OSS, infermieri e medici, si è potuta mettere in campo una flessibilità, che ha permesso di tamponare anche situazioni potenzialmente molto critiche: c'è stata la disponibilità, da parte dei medici, a riconvertirsi dalla loro attività quotidiana di elezione a supporto alle attività legate al Covid, come anche del personale infermieristico.

Non occorre che vi spieghi qual era il fabbisogno di personale medico e infermieristico per quanto riguarda la Terapia intensiva Covid, anche perché i turni non erano certo gli stessi dell'attività ordinaria di Terapia intensiva in rapporto alle condizioni in cui dovevano operare, quindi c'è stata grande disponibilità, grande flessibilità, al di là delle incentivazioni economiche, e questo è stato un altro elemento molto importante.

Per quanto riguarda le azioni messe in atto in materia di personale, le difficoltà sono già state citate, cioè la scarsa disponibilità di parecchie figure specialistiche. Noi abbiamo attivato tutti quei meccanismi, quelli, chiamiamoli, più ordinari, che vale a dire i concorsi gestiti da Azienda Zero con le

richieste che venivano periodicamente inoltrate ad Azienda Zero, a tutte quelle altre possibilità, grazie anche a normative attuali e speciali del momento, che abbiamo messo in atto, tutte le possibilità di reclutamento per quanto riguarda personale medico, infermieristico, operatori socio-sanitari e anche personale amministrativo da dedicare all'attività del contact tracing in particolare.

Come hanno già citato gli altri ex colleghi, anche l'attività del contact tracing è andata via via ampliandosi proprio grazie anche a queste possibilità.

La risposta ovviamente rispetto all'esigenza era la metà delle disponibilità necessarie quando andava bene, però, ripeto, grazie a queste assunzioni ordinarie e straordinarie e grazie anche ad una flessibilità interna e a riorganizzazioni interne, quindi spostando personale soprattutto infermieristico dalle aree in cui si era ridotta l'attività alle aree di degenza Covid e di diagnostica, cioè esecuzione dei tamponi, siamo riusciti a far fronte alla situazione e a mantenere comunque anche un'attività ordinaria, oltre alla gestione dell'urgenza e dell'emergenza, alla gestione dei pazienti oncologici e delle (inc.) a mantenere anche un minimo di attività ordinaria, quella che era consentita.

Difatti da un punto di vista anche epidemiologico abbiamo visto che non ci sono stati aumenti di incidenza di mortalità legati a patologie trascurate nel corso del 2020.

Per quanto riguarda il tracciamento e i tamponi. Del tracciamento ho già detto, si è investito sin da subito su questo cruciale aspetto e ha dato, come dicevo, i suoi frutti. Per quanto riguarda l'attività dei tamponi, oltre a quello che ho citato prima, quindi le difficoltà iniziali, la riorganizzazione del laboratorio, poi è sfociata anche in una riorganizzazione strutturale andando a realizzare anche un ampliamento dell'area di laboratorio e concentrando su Rovigo tutta l'attività di diagnostica di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

laboratorio, quindi centralizzando per avere economie di scala, ma soprattutto anche una funzionalità maggiore e arrivando a quella potenzialità, alla possibilità di processare fino a 700 tamponi al giorno. Quindi le problematiche all'inizio sono state quelle che ho già citato, simili a tutte le altre aziende.

Per me fondamentale è stata la possibilità di disporre dei tamponi antigenici. Io lo premetto come medico, ma anche come Direttore generale, sono stato e sono un convinto fautore dell'utilità del tampone antigenico e in particolare dei tamponi di seconda generazione in poi fino alla terza generazione. Hanno permesso veramente di cambiare molte cose quando li abbiamo avuti a disposizione. Cerco di spiegarmi nella maniera più semplice possibile.

I tamponi antigenici di prima generazione. In Azienda Zero, quando sono arrivati i primi tamponi che abbiamo incominciato a utilizzare erano già di seconda generazione. I tamponi di prima generazione sono stati utilizzati quasi sperimentalmente dal dottor Rigoli più per testarli che non su scala ampia. Cerco di spiegarmi in maniera semplicissima. Se pensate ad una casa di riposo, quando abbiamo iniziato ad eseguire lo screening quotidianamente, quindi ospiti e operatori tutti i giorni a eseguire il test, se pensate che la capacità di processazione del laboratorio di Rovigo era di massimo 700 tamponi molecolari al giorno, quindi processazione di 700 tamponi molecolari al giorno, e se pensate che una sola casa di riposo tra ospiti e operatori aveva 400, 500 o 600 persone, voi capite che, se noi avessimo puntato solo sul tampone molecolare, avrebbe significato eseguire oggi il tampone e avere la risposta dopo quattro o cinque giorni, avendo un periodo grigio di cinque giorni nei quali non sapevo nulla della condizione dell'ospite o dell'operatore. Poter abbinare al tampone molecolare, che si è continuato a eseguire periodicamente secondo i protocolli definiti, che sono anche

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

variati nel tempo, quindi continuare a eseguire quotidianamente presso le case di riposo, come anche nei reparti ospedalieri, uno screening con i tamponi antigenici, a eseguirli quotidianamente o con una frequenza di ogni due o tre giorni, a seconda del momento e delle situazioni, significava sia avere una efficacia, vale a dire la percentuale di corretta diagnosi che ha un tampone, per quanto riguarda la seconda generazione – cito la letteratura scientifica – intorno al 94-95%, con la terza generazione addirittura al 98-99%, contro il 99,5-99,7% del tampone molecolare. Il fatto di poterli utilizzare quotidianamente mi permetteva di individuare statisticamente e in maniera certamente più rapida possibili situazioni di positività. Quindi, per regole statistiche che sono ostiche anche per me e sono proprie dei ricercatori e degli igienisti, se l'utilizzo di un tampone molecolare, teoricamente affidabile al 99,7-99,8%, con una latenza di risposta di 72 ore, porta la sua efficacia al 90%, un tampone antigenico, con una efficacia del 95-97%, eseguito quotidianamente mi porta la sua efficacia prossima a quel 99% del tampone molecolare.

Quando li abbiamo avuti a disposizione, li abbiamo utilizzati in maniera assolutamente intensiva, insieme al tampone molecolare: non ha mai sostituito il tampone molecolare, ma ha affiancato il tampone molecolare, che veniva mantenuto come test di primo approccio per la diagnosi dei casi sospetti oppure, quando c'era una situazione di positività, veniva sempre confermata poi con il tampone antigenico e veniva testata anche con il tampone molecolare.

Siamo passati da circa 200 tamponi antigenici al giorno nel periodo che va dal 5 ottobre al 22 a migliaia di tamponi antigenici che sono stati poi effettuati.

Il dato che ha fornito la dottoressa Simionato: dal primo dicembre al 31 dicembre 2020 i tamponi eseguiti sono stati quasi 34.000,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vale a dire quasi 2.400 al giorno, e una buona fetta di questi era ovviamente rappresentata da tamponi antigenici.

In parole povere, noi riuscivamo ad avere un monitoraggio adeguato di quelle che erano le caratteristiche del nostro territorio e della nostra popolazione, con la fortuna che ovviamente non era una popolazione particolarmente densa come altre Province, ma siamo riusciti a mantenere, anche nella seconda ondata partita nell'autunno del 2020, l'Azienda ULSS 5 è riuscita a mantenere dei valori di incidenza e di indice di positività, quindi l'incidenza, il numero di positivi sul totale della popolazione e l'indice di positività, il numero dei positivi sul totale delle persone che avevano eseguito il tampone, i più bassi del Veneto.

Io terminerei qui. Se avete poi delle domande.

Presidente

Se vuole intervenire la dottoressa Simionato.

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Direttore Generale AULSS n. 5 "Polesana")

Buonasera, intanto e grazie per l'invito.

Su incarico del Direttore generale, come sapete, dal 1° marzo di quest'anno, ovviamente ho proseguito nell'attività svolta dal dottor Compostella, che ringrazio, perché ho trovato veramente un'Azienda molto, molto organizzata.

Ho trovato anche un'Azienda e un territorio, soprattutto, molto collaborativo, soprattutto con le Istituzioni locali, con la Prefettura, con i Sindaci, eccetera.

Quali sono state le prime relazioni, i primi adempimenti, e come ci siamo organizzati? Ovviamente, arrivando a marzo, come Direzione abbiamo organizzato l'attività vaccinale. Poi abbiamo seguito l'applicazione del decreto legge n. 44, con tutti i dipendenti non vaccinati, quindi la sospensione, eccetera. Abbiamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ben curato l'aspetto del Green Pass e del tracciamento.

Il 19 marzo, primo adempimento, abbiamo creato un gruppo di lavoro permanente, un gruppo di lavoro multidisciplinare, composto da un medico di igiene di sanità pubblica, dopodiché da un infermiere, da un ingegnere, da amministrativi, infermieri, eccetera. Un gruppo multidisciplinare, quindi, formato da una decina di persone, che però in maniera permanente hanno seguito tutti gli aspetti e stanno seguendo tutti gli aspetti organizzativi della campagna vaccinale.

Competenza del gruppo è quella di organizzare e di coordinare tutta l'attività, di coordinare tutti gli attori coinvolti nella campagna vaccinale, quindi dal personale dipendente, ai medici di Medicina generale, ai farmacisti, ai volontari e di curare inoltre tutto quanto l'aspetto riguardante l'inserimento dei dati, la trasmissione dei dati, tutto l'aspetto logistico anche della vaccinazione, che non è banale.

Come diceva il dottor Compostella prima, considerate le caratteristiche territoriali del Polesine, già il numero dei centri di vaccinazione era superiore rispetto a quello previsto dalla delibera di Giunta regionale. I centri di vaccinazione previsti, infatti, che mi sono trovata a marzo erano sette.

Sempre a marzo, però, ne abbiam previsti altri due, attivandone uno ad Occhiobello e uno a Rosolina: questo per garantire proprio una copertura in tutto quanto ha avuto il territorio e una presenza, quindi, degli operatori sanitari per la vaccinazione, nel territorio.

Ovviamente i nove centri vaccinali rimanevano aperti e sono ad oggi aperti comunque a fisarmonica e non tutti quanti assieme. Questo però ha consentito di essere presenti, dicevo, nel territorio e siamo anche molto concentrati ed impegnati nelle vaccinazioni a domicilio, cioè nel garantire la vaccinazione a domicilio soprattutto per le persone anziane.

Infatti, come sapete, il Polesine si caratterizza per aver avuto un indice molto alto di persone anziane e pertanto quei distretti socio-sanitari a domicilio hanno garantito un numero molto significativo di vaccinazioni.

Per farla breve, quindi, ci siamo organizzati garantendo la vaccinazione negli ospedali, la vaccinazione, come dicevo, a domicilio e abbiamo garantito poi una sicuramente buona attività di vaccinazione nelle RSA, sia per tutti gli ospiti, che per gli operatori. Questo l’aveva già fatto il dottor Compostella, quindi la precedente amministrazione, nel senso che, nella fase iniziale della vaccinazione, sapete che i vaccini scarseggiavano, però l’attenzione da parte della Direzione è stata proprio verso le case di riposo, quindi verso le persone anziane e maggiormente fragili.

Abbiamo continuato così fino a quando poi hanno iniziato ad arrivare le vaccinazioni e quindi ci siamo impegnati per garantire veramente un numero consistente di somministrazioni, raggiungendo anche 2.700 vaccinazioni al giorno.

Ecco che allora, ad oggi, tutta questa attività che abbiamo svolto garantisce una copertura percentuale del 99,8% per gli over 80, per i 70-79 anni il 95%, per i 60-69 il 92%, per i 50-59 l’87%, per i 40-49 l’83,4%, per i 30-39 l’81,1%, per i 20-29 84,8% e per i 12-19 anni il 77,1%. Questi sono i dati del bollettino odierno.

Sicuramente la popolazione ha risposto bene, sicuramente l’organizzazione data e sviluppata successivamente ha aiutato e quindi praticamente possiamo dire che veramente la provincia del Polesine si è distinta in termini positivi per quanto riguarda la vaccinazione.

Alla data del 18 novembre le dosi somministrate sono 380.405 e abbiamo somministrato, nell’ambito di queste dosi, 14.936 terze dosi, esattamente il 32,4% degli eleggibili. Ad oggi siamo impegnati in questo.

Sempre ritornando ai primi giorni di marzo e all'attività di vaccinazione, ci tengo anche a dire che, in attesa del portale regionale informatizzato, noi abbiamo fatto gli inviti direttamente con la collaborazione dei Sindaci: abbiamo invitato, quindi, tramite le Amministrazione locali, le persone alla vaccinazione.

Praticamente parlavo dei risultati della campagna vaccinale.

Per quanto riguarda le vaccinazioni, ovviamente, queste hanno comportato un utilizzo straordinario di risorse e infatti i medici vaccinatori, Co.Co.Co., liberi professionisti, medici acquisiti tramite agenzie ne abbiamo praticamente un buon numero, come pure anche specializzandi e liberi professionisti.

Abbiamo praticamente attualmente 42 unità di infermieri impegnate e 68 medici, proprio per questo tipo di attività e ora siamo impegnati, come dicevo, nelle terze dosi.

Siamo impegnati molto nell'aspetto, poi, come sapete e come ha già detto il dottor Compostella, del tracciamento, che sicuramente è molto importante, con tutta la tracciabilità dei positivi e praticamente l'attività destinata a presidiare, ove possibile, le situazioni di positività. Quindi siamo impegnati anche nel tracciamento.

Io direi che, se avete domande…

Presidente

Grazie, Dottoressa.

Ci sono domande? Consigliera Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Grazie, Presidente.

Grazie a tutti gli auditi e ai dirigenti che sono stati qua e che effettivamente hanno dato delle informazioni importanti ed utili, che noi ovviamente abbiamo ascoltate e capite. Soprattutto sono

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anche simili nel dire che effettivamente voi siete stati messi nelle condizioni di poter lavorare con degli strumenti che vi sono stati dati. Quindi si è parlato di attività di reperibilità delle USCA nel pieno delle loro funzioni - e leggo le vostre - predisposti letti appositi per Covid, ovviamente strutture intermedie, collegamento, fatti a seguito della delibera 782, aumentate subito l'individuazione, come Piano anche di sanità, di prevenzione, delle persone positive e quindi messa in isolamento e tolte appunto dalla strada. Protocolli adottati, piani di sanità pubblica ovviamente applicati nel pieno delle loro norme, delle loro indicazioni, carenza di personale, ma comunque è stato assunto.

Queste sono informazioni sicuramente importanti, anche con dati che avete dato e che noi sicuramente esamineremo, però noi abbiamo anche una situazione che ci viene data da altri numeri e da numeri che noi riteniamo importanti, che sono quelli dei decessi. Sono i numeri delle Terapie intensive e sono le lamentele anche di abbandono da parte delle case di riposo che sono state distrutte per decessi e per i mancati accessi, personale che è stato spostato e che effettivamente ha avuto molta difficoltà nell'adempiere con turnazioni molto, molto pesanti. Sanità pubblica intendo, evidentemente. USCA che sono state attivate nel 50% della possibilità perché erano previste e finanziate molte di più.

Sulla base di tutte queste informazioni che noi abbiamo e anche ovviamente di quelle che voi avete dato, noi però in vista di queste Commissioni avevamo chiesto di fornirci dei dati da parte del direttore Flor e da parte della Russo, dati che non sono ancora pervenuti. Per cui noi non abbiamo fatto domande, non ne facciamo nemmeno ora, esamineremo quello che è stato detto e attendiamo questi dati che anche noi, come voi, dobbiamo essere nelle condizioni di poter lavorare a difesa del nostro territorio.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Grazie.

Presidente

Ci sono altre domande? No?

Vedo che sono ancora collegati il dottor Benazzi e l’assessore Lanzarin: li ringrazio per la presenza e per essere stati con noi fino alla fine.

Ringrazio chiaramente il dottor Compostella, la dottoressa Simionato per essere venuti fino a qui e averci dedicato del tempo anche in presenza e per le informazioni che ci sono state fornite durante questa giornata. Auguro a loro chiaramente un buon lavoro e una buona prosecuzione della loro attività.

Per i Commissari vi chiedo un attimo di fermarvi altri due minuti perché abbiamo un altro punto all’ordine del giorno che era il punto n. 4: “Proroga attività Commissione”.

Visti gli impegni anche di questi mesi, ma soprattutto del mese di dicembre legati al Consiglio, chiaramente, perché nel mese di dicembre soprattutto saremo impegnati con il bilancio, la proposta è quella di fare una proroga per permettere comunque la conclusione dei lavori della Commissione nel miglior modo possibile, sia in termini di audizioni verso chi manca - penso anche ai Direttori generali non ancora auditi - e verso le forze sociali che chiaramente sono state coinvolte dalla pandemia e anche per permettere poi un’elaborazione di quelli che sono i dati che ci vengono forniti e quindi la relazione finale e il supporto degli uffici chiaramente in questo senso.

La proposta è quella, visto l’atto che avevamo votato in Consiglio che prevedeva al massimo una proroga di altri sei mesi per quanto riguarda la Commissione e la votazione in Commissione a maggioranza semplice, di effettuare per i motivi sopra detti questa proroga per sei mesi e quindi fino all’8 di giugno… - controlliamo la data, per favore – sì, dal 30 novembre fino all’8

di…

Se posso avere la data precisa, così siamo precisi nella comunicazione anche in Commissione. Grazie.

Il 30 novembre era la data di scadenza dell’attuale Commissione, che era stata votata l’8 giugno 2021 dal Consiglio regionale, e quindi la proposta è quella di fare una proroga di ulteriori sei mesi rispetto al 30 novembre.

Metto in votazione la proposta. Favorevoli? Contrari? Astenuti? Okay. Un voto contrario della consigliera Scatto, mentre tutti gli altri favorevoli.

A maggioranza semplice, passa la proposta di proroga di ulteriori sei mesi.

Ringrazio i Commissari. Verrete convocati a domicilio.

Grazie a tutti.

La Seduta termina alle ore 16.37

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 10 del 24 febbraio 2022

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Audizione, ai sensi dell’art. 54 del Regolamento, con:

- Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea", Dott. Paolo Fortuna;
- Ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea", Dott. Domenico Scibetta;
- Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana", Dott. Carlo Bramezza;
- Ex Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana", Dott. Bortolo Simoni;
- Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica", Dott.ssa Maria Giuseppina Bonavina;
- Ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica", Dott. Giovanni Pavesi;
- Direttore Generale AULSS n. 9 "Scaligera", Dott. Pietro Girardi;
- Direttore Generale Azienda Ospedale Università Padova, Dott. Giuseppe Dal Ben;
- Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, Dott. Callisto Bravi.

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 10 del 24 febbraio 2022

PRESENTI

Erika BALDIN (Movimento 5 Stelle)

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)

Elisa VENTURINI (Forza Italia - Berlusconi - Autonomia per il Veneto)

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

ALTRI PRESENTI

(in modalità presenza)

dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile Segreteria della commissione speciale d'inchiesta)
dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)

ALTRI PRESENTI

(in modalità telematica)

Manuela LANZARIN (Assessore regionale alla Sanità, Programmazione socio sanitaria e Servizi sociali)
Dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")
Dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")
dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana")

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 10 del 24 febbraio 2022

dott. Antonio DI CAPRIO (Direttore Sanitario AULSS n. 7 "Pedemontana")
dott.ssa Alessandra CORÒ (Direttore dei Servizi Socio Sanitari AULSS n. 7 "Pedemontana")
dott. Liviano VIANELLO (Direttore Dipartimento di Prevenzione AULSS n. 7 "Pedemontana")
dott. Antonio STANO (Direttore SIAN e referente per le vaccinazioni AULSS n. 7 "Pedemontana")
dott. Antonio ANTICO (Direttore Laboratorio Analisi AULSS n. 7 "Pedemontana")
dott.ssa Marilena GALEAZZO (Dirigente delle Professioni Sanitarie AULSS n. 7 "Pedemontana")
dott.ssa Michela CONTE (Direttore Amministrativo AULSS n. 7 "Pedemontana")
dott. Lorenzo BULEGATO (Direttore SISP AULSS n. 7 "Pedemontana")
dott. Bortolo SIMONI (ex Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana")
dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
dott. Pietro GIRARDI (Direttore Generale AULSS n. 9 "Scaligera")
dott. Giuseppe DAL BEN (Direttore Generale Azienda Ospedale Università Padova)
dott. Callisto BRAVI (Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona)

Presiede
Francesca ZOTTIS

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 10 del 24 febbraio 2022

Sommario

Presidente..... 1
dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 3
Presidente..... 3
dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 3
Presidente..... 3
dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 4
Presidente..... 4
dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 4
Presidente..... 10
dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 10
Presidente..... 11
dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 11
Presidente..... 11
dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 11
dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 12
Presidente..... 12
dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 12
Presidente..... 12
dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 13
dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea"..... 21
dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 22
Presidente..... 23
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 23
dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 27
Presidente..... 27
dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 27
Presidente..... 30
dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 30
dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")..... 30

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 10 del 24 febbraio 2022

dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 “Euganea”)..... 30
dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 “Euganea”)..... 31
dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 “Euganea”)..... 33
Presidente..... 33
dott. Bortolo SIMONI (ex Direttore Generale AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 34
Presidente..... 41
dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 42
Presidente..... 42
dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 42
Presidente..... 42
dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 43
dott. Antonio DI CAPRIO (Direttore Sanitario AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 43
dott. Liviano VIANELLO (Direttore Dipartimento di Prevenzione AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 49
dott.ssa Alessandra CORÒ (Direttore dei Servizi Socio Sanitari AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 52
dott. Antonio DI CAPRIO (Direttore Sanitario AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 53
dott.ssa Alessandra CORÒ (Direttore dei Servizi Socio Sanitari AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 54
dott. Antonio DI CAPRIO (Direttore Sanitario AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 55
dott.ssa Marilena GALEAZZO (Dirigente delle Professioni Sanitarie AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 58
Presidente..... 58
dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 58
Presidente..... 58
dott.ssa Marilena GALEAZZO (Dirigente delle Professioni Sanitarie AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 58
dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 60
dott. Antonio ANTICO (Direttore Laboratorio Analisi AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 60
dott. Antonio DI CAPRIO (Direttore Sanitario AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 63
dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 “Pedemontana”)..... 64

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 10 del 24 febbraio 2022

Presidente..... 64
dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 65
Presidente..... 65
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 65
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 65
Presidente..... 65
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 65
Presidente..... 66
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 66
Presidente..... 66
dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 66
Presidente..... 75
dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 76
Presidente..... 76
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 76
Presidente..... 76
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 76
dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 76
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 76
Presidente..... 76
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 77
Presidente..... 77
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 77
Presidente..... 77
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 77
Presidente..... 77
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 77
Presidente..... 78
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 78
Presidente..... 78

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 10 del 24 febbraio 2022

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 78
Presidente..... 78
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 78
Presidente..... 78
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 79
Presidente..... 79
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 79
Presidente..... 79
dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 79
Presidente..... 79
dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 79
Presidente..... 79
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 80
Presidente..... 80
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 80
Presidente..... 80
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 80
Presidente..... 80
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 80
Presidente..... 80
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 81
Presidente..... 84
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 84
Presidente..... 84
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 85
Presidente..... 86
dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)..... 86
Presidente..... 86
dott. Pietro GIRARDI (Direttore Generale AULSS n. 9 “Scaligera”)..... 86
Presidente..... 86

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 10 del 24 febbraio 2022

dott. Pietro GIRARDI (Direttore Generale AULSS n. 9 “Scaligera”)..... 87
Presidente..... 87
dott. Pietro GIRARDI (Direttore Generale AULSS n. 9 “Scaligera”)..... 87
Presidente..... 91
dott. Giuseppe DAL BEN (Direttore Generale Azienda Ospedale Università Padova)..... 92
Presidente..... 97
dott. Callisto BRAVI (Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona)..... 97
Presidente..... 99
dott. Callisto BRAVI (Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona)..... 99
Presidente..... 109
dott. Callisto BRAVI (Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona)..... 110
Presidente..... 110
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 110
Presidente..... 112
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)..... 112
Presidente..... 113
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 113
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)..... 114
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 114
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)..... 114
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 114
Presidente..... 116
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 116
Presidente..... 116
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 116
Presidente..... 116
Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)..... 117
Presidente..... 117
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)..... 118
Presidente..... 119

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 10 del 24 febbraio 2022

La Seduta inizia alle ore 14.19

Presidente

2)	Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

Iniziamo la seduta odierna della Commissione Covid. Come inizio andiamo a votare il verbale della seduta precedente. Chi è a favore? Astenuti? Contrari? Il verbale è stato approvato.

3)	Audizione ai sensi dell'art. 54 del Regolamento con: - Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea". Dott. Paolo Fortuna; - Ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea". Dott. Domenico Scibetta; - Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana". Dott. Carlo Bramezza; - Ex Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana". Dott. Bortolo Simoni; - Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica". Dott.ssa Maria Giuseppina Bonavina; Ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica". Dott. Giovanni Pavesi;

	- Direttore Generale AULSS n. 9 "Scaligera". Dott. Pietro Girardi; - Direttore Generale Azienda Ospedale Università Padova. Dott. Giuseppe Dal Ben; - Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona. Dott. Callisto Bravi.

Adesso iniziamo con la prima audizione.
È collegato il dottor Paolo Fortuna, Direttore generale dell'AULSS 6 Euganea. Poi ci sarà il Direttore generale Scibetta, Bramezza per quanto riguarda l'AULSS 7, Simoni, sempre per quanto riguarda l'AULSS 7. Il dottor Bramezza era avvenuto la scorsa volta per l'AULSS 4. La dottoressa Bonavina per l'AULSS 8, per l'AULSS 9 Scaligera Pietro Girardi. Per l'Azienda Ospedale Università di Padova il dottor Giuseppe Dal Ben e per l'azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona Callisto Bravi.
Io vi ringrazio di essere collegati qui con noi e a questo punto darei immediatamente la parola al Direttore generale dell'AULSS 6 Euganea, dottor Paolo Fortuna. Ricordiamo che gli argomenti che avevamo chiesto in qualche modo di trattare ai Direttori erano quelli della gestione della pandemia, direttive regionali prima e seconda ondata, le differenti, i protocolli messi in atto per la gestione Covid, quando sono stati fatti prima i protocolli per le realtà ospedaliere e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

territoriali, quali, secondo voi, chiaramente, sono state gli elementi di criticità e invece quali potrebbero essere gli elementi qualificanti nella gestione ottimale della pandemia, quali le maggiori difficoltà riscontrate dall'inizio della pandemia nella gestione delle attività ordinarie e le azioni messe in atto in materia di personale e quali siano state le criticità nella gestione del personale, distinguendo, se possibile, per la figura professionale e le criticità per quanto riguarda l'attività di tracciamento dei tamponi.
Ringrazio e cedo subito la parola al dottor Fortuna.

dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")
Mi sentite?

Presidente
Sì, la sentiamo bene, grazie.

dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")
Siccome non ho sentito delle mie parole, penso di parlare col Presidente della Commissione.

Presidente
Sì, sono io, grazie, dottoressa Zottis. Sono presenti con me i commissari, non tutti, una parte dei commissari della Commissione Covid: il Segretario della Commissione Brescacin e adesso stanno arrivando anche la vicepresidente Cecchetto insieme alle colleghe Camani, Ostanel, Venturini e poi c'è il collega Zecchinato, con la collega Francesca Scatto e anche il collega Piccinini. Grazie.

dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")

Grazie, Presidente.

Prima di partire, volevo contestualizzare il fatto di cui siete ovviamente a conoscenza. Io, come Direttore generale, sono subentrato 1° marzo 2021 e quindi tutta la parte precedente è stata praticamente gestita dal Direttore generale di allora, il dottor Scibetta, che ho qui di fianco e che è stato invitato e volevo chiedere appunto se c'era la possibilità di interagire insieme per preservare praticamente quanto è stato chiesto nella vostra lettera.

Ricordo anche che io allora ero il Direttore socio-sanitario dell'azienda, dove era appunto Direttore generale di questa azienda allora il dottor Scibetta e avevo già rappresentato in altra Commissione tutto l'accadimento relativo alle case di riposo dal 22 febbraio praticamente fino al marzo del 2021, quindi prima e seconda ondata, come si erano appunto verificate un po' le cose.

Ovviamente se ci sono necessità di ripetere alcuni passaggi relativi alle case di riposo, quelli li conosco chiaramente bene proprio per competenza e ho qui la documentazione che appunto avevo allora presentato ancora a inizio anno scorso.

Presidente

Per interagire va benissimo. Sulle case di riposo, le chiedo solo se può magari di fare una sintesi perché di quella Commissione la Presidente ero sempre io, c'era anche la presidente Brescacin però i commissari sono diversi perché si trattava della Commissione nello scorso mandato. Grazie.

dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")

Parto un attimo su questo per chiudere l'argomento. È chiaro

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che la prima e la seconda ondata, come cornice, come cotesto complessivo, sono state molto diverse ovviamente fra di loro: la prima ondata, da un punto di vista diciamo sociale, è stata un'ondata tra virgolette legata anche alla imprevedibilità p poca prevedibilità di questa espansione in Italia della pandemia e questo ha determinato in quella fase, dove inizialmente, se vi ricordate, c'erano difficoltà di reperimento appunto dei dispositivi di protezione individuale, di tamponi, comunque, erano irreperibili, si facevano praticamente tamponi molecolari, questo contesto, agganciato a un lockdown totale nel territorio, aveva determinato stia punto un coinvolgimento delle case di riposo, ma limitato proprio anche dal fatto che era tutto chiuso. C'è stata allora, senza poi entrare nel merito, se lei ricorda, l'avevo appunto già rappresentato e approfondito, c'è stato il coinvolgimento, in particolar modo, in quel periodo delle case di riposo della bassa padovana, in particolar modo di Merlara.

Su questo ambito noi eravamo appunto intervenuti già da subito praticamente dando delle disposizioni sicuramente nuove per un'organizzazione di case di riposo volte più verso un'organizzazione sociale sanitaria, finalizzate alla compartimentazione delle strutture e della struttura nella fattispecie, il blocco degli ingressi e anche la creazione di un meccanismo di astanteria praticamente per gli ingressi nelle strutture.

In particolar modo appunto a Merlara.

Al di là poi dell'organizzazione interna, siamo intervenuti, se mi ricordo bene, mi pare in quella di Galzignano, e comunque di alcune altre case di riposo della bassa Padovana, siamo intervenuti sempre attraverso il medico coordinatore, con il responsabile delle cure primarie e il Direttore di Distretto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

a monitorare la situazione relativa appunto a questa organizzazione basic che ho detto poc'anzi, in particolar modo della compartimentazione.

Abbiamo fornito appunto anche i dispositivi di protezione individuale. Era il periodo in cui bisognava insegnare comunque anche alle case di riposo, al personale, anche se queste era una competenza del loro medico competente, comunque siamo intervenuti anche noi per facilitare la cosa e appunto insegnare loro anche l'utilizzo corretto. Questo praticamente ha consentito comunque la gestione delle persone anche se ahimè il Covid, eravamo appunto in una fase iniziale, ha colpito duramente quella struttura.

Abbiamo sempre verificato gli elementi basali di un'assistenza sanitaria, e l'ho detto anche l'altra volta, all'interno delle case di riposo intendendo basale quale? Al di là degli standard perché c'era un problema di operatori e quindi anche di gestione, comunque, di rispetto degli standard più che di gestione, che comunque ci fosse una garanzia nella filiera sanitaria. I medici che appunto si prendessero cura delle persone, quindi visite più impostazione terapeutica; gli infermieri, che dovevano comunque appunto garantire la somministrazione dei farmaci, ma anche alcuni indicatori indiretti quali l'idratazione, l'alimentazione e anche le piaghe da decubito, perché vuol dire appunto che le persone che venivano immobilizzate perché con questi indicatori indirettamente si sapeva appunto se la struttura teneva con gli OSS, con gli operatori di rete assistenza.

Valutando appunto questi elementi che sono sempre stati monitorati praticamente agli inizi quasi tutti i giorni dal Direttore di Distretto, della filiera distrettuale, si è potuto gestire le persone all'interno della casa di riposo, a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

parte alcuni che sono stati ricoverati.

Non erano già allora avvenuti casi di non ricovero per mancanza di posti letto in ospedale: cioè la scelta era quella chiaramente di ricoverare laddove la saturimetria di ossigeno o comunque le condizioni erano tali per cui non era più possibile gestire presso la casa di riposo.

Questo è quello che è avvenuto allora. È stato un periodo chiaramente molto difficile perché si stava impostando l'organizzazione futura delle case di riposo, all'interno delle quali, appunto, vivevano molti soggetti non autosufficienti, con gravi problemi di natura sanitaria.

È la fase di impostazione. Arriviamo poi a una praticamente di alleggerimento durante l'estate. Adesso chiaramente faccio sintesi anche se questa servirà per dopo. Una fase di alleggerimento durante l'estate che ha consentito i nostri servizi, insieme sempre con le case di riposo, a fare una profonda depressione organizzativa relativa appunto a come gestire un'eventuale ulteriore ondata. Ulteriore ondata che si è verificata poi in autunno. Tra l'altro questa pianificazione è stata comunque sempre anche rappresentata non solo ai Direttori delle case di riposo, ma in maniera cadenzata anche la Conferenza dei Sindaci, i Sindaci o le Presidenze appunto delle Conferenze dei Sindaci.

Come dicevo appunto, l'ondata si è riverificata nell'autunno, durante la quale non c'è stato un immediato lockdown, c'è stata l'apertura delle scuole, c'è stata una progressione e sappiamo appunto che poi sono intervenute anche le zone, la zona verde, arancione e rossa… gialla, anzi, scusate, non verde. Queste condizioni di cornice hanno purtroppo re-interessato le case di riposo, non attraverso gli inserimenti di anziani, perché, in relazione poi anche alle indicazioni nazionali e regionali,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quindi ovviamente nostre, che venivano puntualmente poi notificate alle case di riposo, vigeva appunto la regola dell'astanteria, del tampone prima, si faceva il tampone prima dell'ingresso in astanteria e dopo 14 giorni. Questo è quello che mi ricordo. Perché in quell'ondata, in realtà, l'infezione è stata di fatto introdotta attraverso gli operatori. E questo lo ricordo a ottobre/novembre come un elemento di fortissima criticità, che ha interessato molte proprio per questo veicolo importante legato ai comportamenti sociali che erano appunto a monte. Stavo dicendo appunto che questo veicolo ha determinato una diffusione dell'infezione in molte case di riposo del centro, cioè dell'area di Padova e dell'Alta Padovana.

È stata un po' più risparmiata la Bassa probabilmente era già stata investita nella prima ondata. Lì durante questo periodo, quindi parlo della seconda ondata, abbiamo avuto forti criticità in alcune case di riposo. Mi ricordo in particolar modo di Padova, in Casa Maria Bambina, Parco del Sole, dove c'è stato un forte problema legato anche proprio alla positivizzazione di molti operatori, che ci ha indotto allora di intervenire addirittura direttamente noi con il nostro personale, per garantire un'organizzazione, quella che richiamavo prima, base per gestire praticamente le persone al loro interno.

Aggiungo che, se nella prima ondata ci eravamo già attivati attraverso il Direttore di distretto, ma anche la direzione strategica, per cercare comunque cooperative di supporto da proporre alle case di riposo, ai direttori di case di riposo che, ricordo, sono ente autonomo, per recuperare personale, nella seconda ondata, accanto a questa ricerca attiva, in cui ci siamo attivati direttamente anche noi, addirittura nella

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

chiamata e nell'indirizzamento, in alcune case di riposo siamo interventi anche con personale nostro, per quel tanto che serviva praticamente per garantire la negativizzazione degli operatori e, di conseguenza, poi il ripristino dell'attività normale.

Tutto questo è stato gestito anche attraverso l'azione molto importante sia del Dipartimento di Prevenzione, sia dei medici coordinatori e del nostro (inc.) di sanità pubblica, che abbiamo costituito già all'inizio della pandemia e che ha consentito praticamente la verifica e il monitoraggio, insieme ai direttori di SERT, in tutte le riposo.

Non c'era il vaccino fino a fine dicembre, quindi c'è stata una gestione passiva – passatemi il termine – nei confronti del vaccino, che appunto è consistita sempre nell'insistere molto per la compartimentazione delle case di riposo, nel rispetto di questo, con tutte le regole di vestizione, svestizione e quant'altro, con regole di accesso all'interno della casa di riposo da parte degli anziani e anche degli operatori allora, perché dopo sono stati sempre tamponati, e con la chiusura di nuovi ingressi, laddove la casa di riposo era palesemente positiva.

Questi sono stati gli elementi importante all'interno delle case di riposo.

Ci sono stati tanti decessi all'interno delle strutture, legati proprio alle condizioni di cui purtroppo soffrivano gli anziani, ovviamente sofferenti di polipatologie importanti, per cui comunque anche un'infezione virale avrebbe contribuito, come è successo, a portare verso l'aggravamento della situazione; ma c'è sempre stata comunque anche - questo ci tengo a sottolinearlo - una fortissima intesa in direzione strategica, ma anche fra servizi, sul fatto che il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

trasferimento verso l'unità ospedaliera dovesse sempre essere garantito laddove prescritto.

Quindi non abbiamo rilevato, neanche durante la seconda ondata, anche nelle fasi acute della seconda ondata, problemi ostativi di trasferimento verso l'ospedale di persone che ne avevano bisogno. Sono state gestite, all'interno delle RSA, dove la filiera medico, infermiere e OSS, comunque garantiva l'assistenza adeguata alle persone.

Questa è un po' la panoramica relativa alle case di riposo. Non so se ci sono domande, altrimenti vado avanti.

Presidente

Vada pure avanti, grazie.

dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")

In questo contesto ritorno sempre alla cornice, cioè a quello che è successo da un punto di vista socio ambientale nella prima fase, rispetto alla seconda, quindi nella fase di lockdown, chiusura completa, poca conoscenza ovviamente anche del virus. Si è partiti già da gennaio comunque con una serie di passaggi e di disposizioni che comunque dopo si sono susseguite a ritmo incalzante dopo il 22 febbraio, mentre nella seconda ondata la maggiore libertà socio ambientale, cioè al di fuori dei servizi, ha fatto ovviamente la parte da leone, sia per quanto riguarda la positivizzazione di operatori, questo ovviamente anche nell'ambito sanitario, sia ovviamente anche positivizzazione nell'ambito dei cittadini complessivamente, tenendo conto che poi con questa positivizzazione una quota parte di questa sicuramente e statisticamente, lo si sa, era ricoverabile e quindi passibile sia di terapia ordinaria che non di terapia intensiva. Quindi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

il picco che c'è stato anche nella seconda ondata è stato proprio legato fortemente a questo nesso causale con dei comportamenti sociali molto ben chiari, sostanzialmente, che si sono appunto verificati.
Sulla seconda ondata, in coda, quando è stato introdotto il vaccino, lì si è verificato comunque poi l'effetto positivo della vaccinazione e, come sapete - comunque abbiamo i grafici anche che lo dimostrano, ma li ha fatti anche Azienda Zero - lo si è visto benissimo nelle case di riposo e qui appunto la mortalità praticamente si è appiattita, praticamente non ci sono stati più morti, decessi da quando è stata introdotta la vaccinazione.
Potrei dare la parola anche a Domenico Scibetta.

Presidente
Va benissimo, grazie.

dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")
Dopo ci muoviamo insieme perché abbiamo la lista di tutti i provvedimenti che sono stati fatti a livello governativo, regionale e aziendale, sia come Piano di Sanità pubblica, come DVR, come DUVRI. Tutto quello che è stato fatto l'abbiamo praticamente elencato ed è agli atti. Quindi se poi servono, al di là dei radicali, li possiamo anche raccogliere e inviare.

Presidente
Sì perfetto, se ce li invia la ringrazio.

dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")
Va bene.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")

Grazie, Paolo. Buon pomeriggio a tutti.

Rispetto a quello che ha detto il dottor Fortuna, posso aggiungere qualche elemento rispetto a come abbiamo vissuto quel 2020. Noi abbiamo avuto il privilegio di avere i primi casi di Covid nel Veneto, ricorderete i due casi a Schiavonia il 21 febbraio che era un venerdì delle Ceneri quando grosso modo alle tre del pomeriggio arriva la notizia del riscontro di positività dentro l'Ospedale Covid. È chiaro che lì partì immediatamente tutta una macchina, peraltro già predisposta, e ricordo che dopo qualche ora si riuniva nelle stanze di questo Palazzo il Comitato di emergenza regionale presieduto dal Presidente Zaia. In quelle ore furono prese le prime decisioni importanti, intanto quello di chiudere e cinturare l'ospedale di Schiavonia perché non avevamo contezza di fronte…

Presidente

Si avvicini al microfono perché non la sentiamo.

Provi.

dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")

Mi sente meglio?

Presidente

Sì, adesso la sentiamo meglio. Grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")

Dicevo le prime decisioni di quella sera del 21 febbraio furono quelle di chiudere l'ospedale di Schiavonia, ogni ingresso e uscita, intanto per avere contezza di quanto fosse eventualmente diffuso all'interno dell'ospedale il Coronavirus. Fu deciso, sempre quella sera, quel 21 febbraio, il Comitato di crisi e con il Presidente si decise di sottoporre a tampone tutti gli abitanti di Vo' Euganeo perché essendo entrambi i casi positivi provenienti da Vo' è chiaro che forse bisognava in quel momento orientare l'attenzione a Vo'.

Mi ricordo che mi fu chiesto quanti abitanti avesse Vo', poco più di 3.000, e se fossimo in grado di fare i tamponi a tutti. Era un venerdì sera, domenica mattina, 30 ore dopo, il Dipartimento Prevenzione della nostra AULSS, con la collaborazione del Sindaco, con le strutture messe a disposizione, la Protezione civile, eccetera, cominciammo a sottoporre - e lo finimmo nel giro di una giornata - tutti i residenti di Vo' a tampone. Questa è l'overture di quello che fu l'inizio della pandemia.

Poi si sono succeduti una serie di provvedimenti, provvedimenti di natura organizzativa, provvedimenti che discendevano peraltro da quella che era la regia sui comportamenti che le ULSS, i Direttori generali dovessero tenere, che è stato un elemento di forza, da una forte regia regionale. Ricordo, ma è ormai noto, cosa acquisita, che tutte le mattine, che tutti i santi giorni, compresi i festivi, i Direttori Generali si trovavano con l'unità di crisi regionale, con il Presidente, con gli Assessori, con la Protezione civile per concordare e concertare, alla base dei

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dati che arrivavano dal flusso di informazioni che arrivavano, quali fossero le misure più adeguate. Da lì né discesero poi formalmente i provvedimenti regionali sulla base dei quali noi poi adeguavano i nostri comportamenti aziendali.

Ne ricorderò solo alcuni, ripeto, sin dalla prima ora. Addirittura quando è scattato l'allarme sul Coronavirus, alcuni provvedimenti aziendali e sensibilizzati dalla Regione erano addirittura antecedenti i primi casi di Coronavirus. La sensibilizzazione, per dire: il 29 gennaio davamo istruzioni operative alle strutture ospedaliere, ai Distretti e ai medici di medicina generale circa le procedure da adottare per la gestione e la sorveglianza di quelli che allora venivano chiamati casi di polmonite del nuovo Coronavirus, rispetto a quanto il servizio sanità pubblica aveva predisposto in attuazione alle circolari ministeriali e regionali.

Il 31 gennaio aggiornavamo il modello organizzativo del Comitato aziendale per la prevenzione e controllo delle infezioni, quindi ci preparavamo, riaffilando le armi, ci preparavamo a qualcosa che in quel momento ancora non c'era, ma potevamo ipotizzare arrivasse.

Il 5 febbraio rinnovavamo con nostra deliberazione il Comitato per l'emergenza di sanità pubblica e il Gruppo operativo a risposta rapida, che era un lupo previsto dalle normative regionali in caso di emergenze e che noi già il 5 febbraio avevamo predisposto, acceso e scaldato i motori.

Poi il 7 febbraio, poi arriva il 21 febbraio in cui è successo quello che vi ho appena raccontato. Da lì è stata tutta una rimodulazione organizzativa sia per quanto riguarda le valutazioni del rischio degli ospedali, sia per quanto riguarda l'organizzazione ospedaliera: Schiavonia individuato come un ospedale Covid, perché, essendo un ospedale

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ultramoderno, aveva tutti i requisiti strutturali e funzionali affinché si potesse gestire focolai di malattie contagiose e diffusive. Penso per esempio a tutte le stanze isolabili; gli impianti di Schiavonia sono selezionabili per ogni gruppo di posti letto; gli alti flussi di ossigeno che poteva richiedere. Schiavonia perché era un ospedale che aveva tutta la condizione che erano necessarie dal punto di vista tecnologico.

Poi si sono succeduti i piani di sanità pubblica, che man mano che evolveva la pandemia, rimodulavano le misure di sanità pubblica sul territorio a livello ospedaliero. Per quanto riguarda il livello ospedaliero, fino ad arrivare alla 552 nel maggio del 2020, che pianificava, programmava i posti letto sia di terapia intensiva, che di semi intensiva, che di cosiddette malattie infettive, dove poter collocare i pazienti, arrivando a quel numero programmatorio poi con i successivi atti di programmazione ospedaliera, di cui ce ne furono due nel corso della seconda ondata in agosto: il piano di autunno del 6 agosto 2020 e l'aggiornamento del piano di autunno del 22 ottobre 2020.

Questo sono pietre miliari che hanno un po' scandito quella che è stata l'evoluzione dell'organizzazione ospedaliera, fermo restando che, come dicevo prima, il fatto che noi ci trovassimo tutte le mattine, compresi i giorni festivi, Natale, Capodanno, senza limitazioni di sorta, faceva in modo che la nostra organizzazione fosse flessibile. Questo anche per quanto riguarda - cito un esempio - il coordinamento rispetto all'acquisizione dei dispositivi di protezione individuale della prima ondata: se non ci fosse stata Azienda Zero, che in qualche modo in quel momento faceva da regia e da redistribuzione dei dispositivi di protezione individuale, forse ci sarebbe stata, da parte di ogni ULSS, una corsa

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

all'accaparramento con inefficienze anche distributive.

Io mi sono trovato nelle condizioni che, quando si profilava la carenza di dispositivi di protezione individuale, grazie a questo coordinamento, mi correvano in soccorso i colleghi delle ULSS con un'opera di redistribuzione che avveniva, ripeto, giornalmente. Questo ci ha assicurato di garantire quello che serviva, anche nei momenti di grande praticità e penso alla prima ondata pandemica, quindi febbraio e marzo, e poi l'adeguamento delle misure di protezione del personale.

Cito solo un dato: quando noi sottoponemmo a uno screening tutto il personale che era all'interno dell'ospedale di Schiavonia, presenti i due primi casi positivi, nessuno del personale si era contagiato in quel momento. Questa mi pare che sia la dimostrazione di come l'organizzazione, da un punto di vista di prevenzione dei contagi, eccetera, reggesse sin dai primi passi della pandemia: nessuno si è contagiato all'interno, nessuno era contagiato all'interno, nonostante fossero presenti i due cittadini di Vo' positivi al coronavirus.

Proseguo dicendo quali sono i punti di forza, sempre per il personale, e aggiungo un dato a quello che sottolineava il dottor Fortuna: noi abbiamo fatto tutti, non solo nella ULSS Euganea, un enorme sforzo di acquisizione di personale e di solo personale dedicato al Covid l'ULSS Euganea dal 21 febbraio 2020 al 31 dicembre 2020 ha arruolato 381 persone, nonostante fosse difficile, come è a tutti noti, e sia difficile ancora oggi arruolare certe figure professionali. Non dimentichiamo che noi partivamo da una carenza cronica di anestesisti, per un problema di programmazione nazionale sulla scuola di specialità, ma comunque la condizione oggettiva era che partivamo con una difficoltà già a reperire alcuni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

professionisti importanti.

Nel corso del 2020 l'Euganea ha acquisito ed ha assegnato alla gestione del Covid – parlo sia di ospedale che di territorio - 381 persone di più e di queste 381 persone in più - lo sottolineo, come grande punto di forza - c'erano 118 medici USCA, che è stato un altro grandissimo punto di forza del modello di gestione della pandemia. I 118 medici USCA, aggiunti a quelli che già avevamo di cure primarie nel territorio, si sono aggiunti nel territorio per gestire una pandemia, che significa intercettare precocemente i sintomi, gestire a domicilio con gli strumenti che si avevano allora. Certo, non si avevano le vaccinazioni, quindi gestione a domicilio, intercettazione precoce dei possibili eventi e quindi trasferimento in ospedale, 118 medici di USCA. Il punto di forza è stata questa filiera per intensità di cura che partiva dal territorio, che andava negli ospedali, nei reparti di Medicina, diciamo, di Malattie infettive, per cui avere un altro cuscino intermedio, questa è stata un'altra grande invenzione programmatoria, le terapie sub intensive che, nel momento in cui i pazienti si aggravavano nei reparti cosiddetti di Malattie infettive di medicina, operavano una sorta di cuscino, di garanzia nei confronti della rianimazione. Quindi c'era un percorso di progressione fino ad arrivare alle rianimazioni per poi ritornare nel percorso inverso e arrivare negli Ospedali di Comunità, altro tassello importante.

Gli ospedali di comunità, nella AULSS "Euganea", prima ondata, due ospedali di comunità attivati, nella seconda ondata da due sono diventati cinque ospedali di comunità attivati. Quindi questa filiera per intensità di cura che partiva… mi segnala, mi fa notare il dottor Fortuna che tra prima e seconda ondata abbiamo triplicato i letti di ospedale di comunità perché

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

avevamo già il modello pronto. Quindi cinque ospedali di comunità in un percorso di intensità di cura che partiva dalla casa del paziente, la Medicina, la terapia sub intensiva, la rianimazione e il percorso inverso per chi non aveva la sfortuna di soccombere nonostante le cure che si facevano. Questo è stato un punto di forza.

Punti di debolezza, certo, la difficoltà di reperire il personale, non tutto quello che avremmo voluto nella prima data, nonostante noi avessimo tutte le autorizzazioni necessarie e anche la capacità economica per potere fare, però siamo riusciti, l'AULSS "Euganea", a prendere 381 figure professionali, più di questo… ma 381 ci hanno garantito i risultati che abbiamo avuto.

Qual è la differenza tra prima e seconda ondata? Poi magari mi fermo se eventualmente ci sono domande. Nella prima ondata avevamo tutti paura, siamo stati chiusi a casa e abbiamo impedito al virus di fare il suo mestiere, che è quello di contagiare uomo-uomo. Ricorderemo tutti l'estate del 2020 quando, con un senso liberatorio, ci siamo tutti scatenati come se il virus non esistesse più. Riaprono le scuole, pochissimi casi di tamponi positivi, ma già a ottobre erano 50 scuole a Padova con casi positivi. È stato un crescendo fino ad arrivare a novembre, l'ondata cresceva, ma non c'era più la… - non so come definirlo - …il timore, la paura perché, ricordo alcune testate giornalistiche, il 9 di novembre a tutta pagina riportavano la foto delle piazze, dei centri di aggregazione, dei lungo fiumi e lungo canali dove sembrava che il virus non esistesse più.

L'8 novembre era una bellissima domenica di sole e le piazze della città erano piene di gente che tra spritz e… era come se negli ospedali non stesse succedendo nulla. Questa è stata

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

la differenza fondamentale. Se mentre - vi do un dato - mentre a ottobre i positivi su tutti i tamponi erano il 2%, esattamente un mese dopo, rilevazione del 4 novembre, la percentuale di positivi sui tamponi fatti era pari al 19,2%. Quindi si parte dal 2 al 19% di quella che è stata l'ondata tsunami della seconda ondata. Poi l'Ikea. Tutti sanno che per un buco normativo l'Ikea non rientrava fra i centri commerciali e tutti andavamo all'Ikea a novembre, come tutti andavano all'outlet di San Donà, tanto per citarne altri.

Diciamo che quello che ha determinato questa ondata tsunami senza che si potesse porre argini è stata quella sorta di oblio collettivo, come per dire: il problema del virus, dai, dopo l'estate, tutti al mare, ce ne siamo dimenticati. Questo è stato sicuramente un elemento importante.

Vi cito un altro esempio per capire cosa è successo nella Provincia di Padova, che, tra l'altro, è stata una delle Province più messe a dura prova. Il quadro di novembre: in tutta la Provincia di Padova si censivano 7.000 grosso modo casi positivi. Il 24 dicembre dello stesso anno, cioè poco più di un mese e mezzo dopo, i positivi erano quasi 20.000, da 7.000 a 20.000 positivi.

Non c'è contact tracing che tenga, perché se è vero come è vero che a ogni caso di positivo ci sono minimo-minimo cinque contatti, ma c'è chi dice anche 15, se noi moltiplichiamo i 20.000 casi positivi di Padova di Natale del 2020 per 15, fate voi cosa significa e come era largamente diffuso e non ci sarebbe stato nessuno scienziato del contact tracing che avrebbe potuto arginare questa marea montante. Mentre gli ospedali venivano messi a dura prova. Ma nonostante questo Padova ha raggiunto il quarto livello rispetto ai 5 che il piano di ottobre regionale aveva delineato. È arrivata al

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quarto livello e, nonostante questa grande ventata, gli ospedali non hanno mai raggiunto la saturazione dei posti letto che erano stati predisposti secondo i piani ospedalieri (inc.).

Per quanto riguarda, e finisco, la valutazione del rischio per quanto riguarda i nostri dipendenti: in quell'anno sono state aggiornate sei volte con documenti ufficiali le valutazioni del rischio: rispetto alla tipologia di attività, al reparto, al livello epidemiologico di contagio, alla contagiosità o meno.

Dimenticato un particolare: ricordate che non riuscivamo a capire come mai ci fosse un contagio così dilagante, che forse non era solo giustificabile dai comportamenti un po' così di piena e totale libertà. "Il Corriere del Veneto" titolava: "Una manciata di multe non ferma un weekend di gite e spritz". Una manciata di multe, perché anche qua ci sarebbe forse da capire. Una manciata di multe di fronte a comportamenti che gridavano scandalo e vendetta.

C'era un altro elemento da dire: oltre ai comportamenti poi si scopre che quella che correva per le vie e per le piazze era una variante del virus, che era arrivata in Veneto e in Italia un po' in ritardo rispetto ad altri Paesi europei. Ricordiamo tutti le cartine di quel Natale rispetto a Paesi europei tutto era rosso e l'Italia non lo era ancora, fin quanto la variante Delta, più contagiosa della prima di n volte, poi è arrivata l'Omega, che rendevano comprensibile questo tipo di picco. Ma nonostante il picco si è tenuto alla grande botta, con un grande sacrificio di tutto il personale sanitario che da eroi è passato poi a non so cosa. Non abbiamo bisogno di eroi, però poi sono stati, seconda e terza ondata, quarta puntata, da eroi sono diventati non so cosa, certamente non più eroi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Comunque, riaggiornamento della valutazione dei rischi sei volte, ospedale di comunità, eccetera, quindi si piega la seconda ondata, per arrivare poi a quella che è la terza e poi la quarta.

Questo è un po' lo scenario e le cose che ho detto sono state costellate da una serie di documenti regionali o nazionali, indicazioni ministeriali e regionali, che recepivano e che innovavano in alcune parti i piani di sanità pubblica e che, quindi, noi conoscevamo in presa diventa prima ancora che quel giorno venissero approvati e venivano trasmessi direttamente alle ULSS con indicazioni operative. A ogni riunione con l'unità di crisi regionale seguiva, almeno per quanto riguarda la UlSS Euganea, ma penso anche gli altri colleghi, una riunione di direzione strategica, dove si trasmettevano quelle che erano le novità dell'ultima ora e le indicazioni che stavano per arrivare alla Regione, in maniera da essere pienamente operativi.

dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea"

E anche alle 18 di ogni giorno con i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci: questo era un altro incontro che si faceva praticamente proprio per coinvolgere tutta la comunità, dato che comunque si trattava sia di agire sui comportamenti sociali, quindi sull'utilizzo dei DPI, del distanziamento, delle mascherine, sia anche di avere la consapevolezza di quello che stava succedendo negli ospedali e ovviamente anche nelle reti territoriali, quindi ospedali di comunità e case di riposo.

Approfitto per dire anche un'altra cosa - parliamo in tandem – cioè che, se nella prima ondata di epidemia in realtà appunto è stato fortemente coinvolto, come Covid hospital, l'ospedale

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di Schiavonia, nella seconda ondata, anche per i numeri, in realtà c'è stata praticamente un'equa distribuzione sia sulle terapie intensive, sia sulle terapie ordinarie dei pazienti, tant'è vero che i grafici di occupazione sono sovrapponibili. Questo è un altro elemento aggiuntivo che serve per dire che comunque è stato tutto il territorio, tutta la provincia ad essere coinvolta in questa emergenza legata fondamentalmente alla seconda ondata praticamente e, lo risottolineo, anche con queste comunicazioni costanti con i Presidenti delle Conferenze dei Sindaci, se non addirittura con la Conferenza dei Sindaci, che veniva aggiornata praticamente sulla situazione in maniera cadenzata.

dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")

Io direi che di elementi ne abbiamo forniti forse anche molti e quindi dicevo, per concludere, che tutto quello che è stato descritto in maniera narrativa trova ovviamente riscontro in una costellazione di documenti aziendali ben precisi, ma conoscete già i regionali e i nazionali, che traducevano e aggiungevano, anche attraverso le indicazioni del direttore sanitario.

Ecco, un altro elemento è che la squadra vincente non era solo fatta di sanitari, ma ci sono stati i medici competenti, i responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, chi valutava il rischio, gli ingegneri gestionali: è stato un coordinamento di tutta una serie di iniziative che ha fatto sì che poi affrontassimo la seconda ondata sapendo, con l'esperienza della prima, come affrontarla al meglio e gestirla e l'abbiamo superata.

Io mi fermo qua e chiedo se ci sono domande o altre questioni.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Grazie. Ha chiesto di intervenire la consigliera Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Grazie, Presidente. Ringrazio ovviamente i Direttori generali per la ricostruzione puntuale di ciò che è avvenuto.

Non entrerò nel merito di quanto è stato detto in riferimento alla casa di riposo di Merlara perché non è l'oggetto dell'interesse di questa Commissione, però, affinché almeno rimanga agli atti, dico che sappiamo che in quella casa di riposo, in quel territorio, in quella fase della pandemia le cose non sono andate proprio benissimo, come ci sono state descritte.

Proverò, invece, a chiedere, se è possibile, quattro approfondimenti su questioni che sono state toccate nelle due relazioni iniziali.

La prima è la questione che riguarda l'ospedale di Schiavonia. Ora, abbiamo tutti presente, più o meno in maniera chiara, lo stato emergenziale nel quale ci siamo e soprattutto vi siete trovati, della difficoltà di assumere una decisione così scomoda, diciamo così, tanto che quando l'ospedale di Schiavonia è stato per la prima volta dichiarato Covid hospital abbiamo condiviso la scelta non scontata di tentare l'isolamento del virus anche all'interno dei presìdi ospedalieri. Concordo che probabilmente in quella prima fase sia stata una scelta che ha anche aiutato nella capacità di contenimento della diffusione del virus quando ancora magari non c'erano tutte le informazioni di cui poi nel tempo abbiamo potuto disporre. Allo stesso tempo però, proprio perché, come avete confermato voi, l'ospedale di Schiavonia è una struttura

moderna, costruita su moduli che possono essere anche gestiti in maniera autonoma, ovviamente è un tema che in parte esula dalla Commissione d'inchiesta ma è oggetto della discussione di queste settimane, probabilmente se allora per oggi avessimo ipotizzato, soprattutto in riferimento alla seconda e alle successive ondate, un impiego della struttura di Schiavonia non ad esclusiva finalità pazienti Covid, ma aprendo a una modalità anche mista, proprio per questa capacità di essere modulata quella struttura, forse avremmo risparmiato qualche difficoltà dei cittadini di quel territorio.

Seconda domanda, rispetto alla seconda ondata mi pare di aver capito che una delle ragioni che individuate per spiegarci la diffusione massiva dei contagi è sostanzialmente il fatto che le persone erano meno preoccupate, meno spaventate e dunque andavano in giro a fare festa, mi pare che sia stato detto, ed è sicuramente un pezzo del problema, indubbiamente. Volevo sapere, secondo il vostro osservatorio, se a vostro giudizio la scelta di utilizzare determinati tipi di tampone rispetto ad altri, in particolar modo per quanto riguarda il personale sanitario, possa aver anche questa ragione contribuito all'aumento della diffusione dei contagi.

Vi chiedo se, a vostro giudizio, proprio perché c'era questo sentimento di leggerezza maggiore rispetto all'ondata precedente, a vostro giudizio delle restrizioni più decise in quel periodo, e quindi novembre, dicembre, avrebbero potuto contribuire ad evitare il disastro a cui poi abbiamo assistito? Lo dico perché noi lo chiedevamo e chi aveva la responsabilità di governare la Regione in quei mesi ci diceva che bisognava tenere tutto aperto perché non c'era bisogno di chiudere.

Terzo tema, siccome il Direttore ha proprio parlato del periodo novembre, dicembre 2020 come il periodo in cui iniziava

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

seriamente ad essere preoccupato, anzi lei ha addirittura detto a novembre perché appunto vedeva, immagino, con più elementi di noi le proiezioni rispetto all'andamento dei contagi, lei già in quella fase ha detto si capiva già che il virus non era contenibile o non veniva contenuto e dunque iniziava ad essere preoccupato. Quindi volevo sapere se secondo lei conferma che già a novembre del 2020 i dati dei contagi erano preoccupanti. Lo dico perché nel frattempo qualcuno ci spiegava che non erano tanti i contagi, erano invece tanti i tamponi che facevamo. Questo veniva dichiarato a dicembre 2020 dal Presidente Zaia. Invece volevo capire se secondo lei già in quella fase il numero di contagi, se ci conferma quello che ha detto prima in realtà, cioè che il numero di contagi era preoccupante.

Terza domanda che riguarda ovviamente e direttamente l'AULSS 6. I primi di novembre c'è stata una fase di invio dati sbagliati ai Sindaci molto serio, che ha anche generato una protesta significativa dei Primi Cittadini. Nel corso di queste audizioni, delle indagini che con la Commissione d'inchiesta stiamo conducendo ormai da diversi mesi, sembrerebbe che quell'invio, anzi quel mancato invio, quell'invio di dati non aggiornati, mettiamola così, almeno è quello che abbiamo intuito dalle parole della dottoressa Russo perché siamo ancora in attesa dei documenti ufficiali, la dottoressa Russo ci aveva parlato di un problema di natura informatica che si sarebbe verificato appunto tra fine ottobre e primi di novembre, questo è il periodo indicativo. Siccome tra le due AULSS coinvolte in maniera prioritaria da questo disagio informatico, una delle due era anche la AULSS 6, volevo capire se quei fatti riportati dai giornali in quel periodo e denunciati anche con un po' di fastidio dai Sindaci, possono

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

essere collegati a quel disguido informatico di cui ci ha parlato la dottoressa Russo e altrimenti, se non è così, per quale ragione avvenne quell'errore?

Ultima domanda e vado a chiudere. Abbiamo ascoltato con interesse il resoconto degli ultimi due anni di un'attività, la vostra e quella delle persone che insieme a voi hanno gestito questa fase, due anni molto complicati, che hanno sicuramente impegnato tutte le energie possibili. Questa Commissione si pone l'obiettivo di verificare se, durante in particolar modo la seconda ondata, ci sia stato qualcosa di diverso rispetto all'ondata precedente che ci possa aiutare a spiegarci come mai non tanto il numero dei contagi, non tanto il numero dei ricoveri, ma soprattutto il numero dei decessi durante quella seconda ondata è stato particolarmente rilevante. Nel senso che, se tutto è andato benissimo, come pare intuire dalla relazione che ci avete gentilmente proposto oggi, mi è rimasta questa domanda rispetto al vostro racconto, cioè se è andato tutto benissimo come mai nella seconda ondata, anche nell'AULSS 6, i dati relativi ai decessi sono stati così rilevanti calcolando e considerando che una serie di disagi e di difficoltà che avevamo avuto sì nella prima ondata, il Direttore, non a caso e giustamente faceva riferimento, ad esempio, alla mancanza dei dispositivi di protezione, che oggi sembra una cosa incredibile, ma che durante la prima ondata tutti ricordiamo con una certa drammaticità. La domanda è appunto: se voi vi siete fatti un'idea di cosa sia successo durante la seconda ondata che possa aiutare i lavori di questa Commissione a rispondere a questo quesito? Grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")

Provo a rispondere a qualche domanda io.

Presidente

Rispondete pure, grazie.

dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")

Provo a qualche domanda a rispondere io. Intanto le certezze. Sul discorso dei comportamenti, ricordiamoci, ma non ricordiamolo, lo sappiamo tutti, che i metodi più efficaci per contrastare la diffusione di una pandemia sono mascherine e distanziamento sociale e quindi la libertà del singolo di seguire o meno. Tant'è vero che tu usi tutti in casa, lockdown, il virus è stato prontamente piegato.

Sui comportamenti di quello scorcio di autunno del 2020 vorrei precisare che non sono io ad averli scoperti o stigmatizzati, perché basta ripercorrere le rassegne stampa di quei giorni che riportano le foto, non si vedono, ma vi mostro le foto di come i comportamenti hanno condizionato la diffusione, perché se viene meno il distanziamento sociale e l'uso della mascherina è chiaro che il virus che fa il suo mestiere. Questo è un dato certo cosa è successo nella seconda ondata.

Cosa è successo rispetto alle morti? Questa seconda ondata ha interessato in misura più o meno forte non solo il Veneto, ma direi che l'Europa un la stessa violenza e veemenza anche in termini di mortalità. Cosa sia diverso o sia stato diverso dal punto di vista clinico per il virus sono la persona meno adatta per dare una risposta perché gli scienziati su questo si sono lungamente espressi, quindi non sono in grado di aggiungere un

elemento del perché a questa diffusione enorme corrisponda…

Per i dispositivi di protezione individuale, ho precisato che nella prima ondata c'era una difficile reperibilità dei dispositivi, ma ripeto che sono stati sempre garantiti, pur in mezzo a mille difficoltà e grazie anche a quel meccanismo che dicevo prima di coordinamento negli acquisti e distribuzione e di redistribuzione dei dispositivi individuali. Questo ha fatto sì che sicuramente in AULSS Euganea, ma sono sicuro anche in altre ULSS, questi dispositivi di protezione individuale non siano mancati, perché mancanza significa non avere a disposizione, mentre diverso è dire che siano difficilmente reperibili, ma comunque li abbiamo reperiti, in mezzo a mille difficoltà.

Tamponi sì, tamponi no. Io ricordo un documento che, se non è nelle vostre disponibilità, potremmo anche fornirvi, che è del 25 gennaio 2021, sottoscritto da tutti i responsabili delle reti delle microbiologie del Veneto, riguardo ai temi dell'utilizzo dei tamponi, le tipologie, eccetera. È articolato molto bene, è di pagine e ha un approccio molto più scientifico di quello che potrei avere io.

Sicuramente nell'utilizzo delle tipologie dei tamponi, noi abbiamo fatto il conto di un progressivo adeguamento rispetto all'evoluzione dei tamponi, di prima generazione, seconda e terza, antigenici, che sempre più hanno affinato la loro capacità diagnostica e, dall'altro lato, ovviamente montando enormemente la marea dei positivi, è chiaro che lì prevaleva anche un criterio importante, che era la tempestività nel dare una risposta e quindi la limitazione rispetto alla complessiva produzione dei tamponi molecolari, ancorché la capacità produttiva della Regione Veneto e anche dalla ULSS Euganea sia aumentata enormemente.

Io ricordo che siamo partiti - parlo del laboratorio della ULSS Euganea – da una capacità di processare 150-200 tamponi, fino a arrivare a 1.100, quindi un moltiplicatore per dieci, anche se poi ci si scontra con i limiti dovuti alle processazione, macchine, eccetera.

Allora è chiaro che dipende dal combinato disposto degli strumenti che abbiamo a disposizione, tra l'altro, sulla scorta di quanto l'Istituto Superiore della Sanità continuava a produrre nei documenti, nel senso che non è che la mattina ci si diceva: "Usa questo", ma c'è stato un preciso rigore metodologico epidemiologico nell'utilizzo dei tamponi, tenuto conto che i tamponi antigenici rapidi forniscono, proprio perché rapidi, una misura molto precisa, ma nel momento in cui si sono profilati i positivi o qualche focolaio di positivo, è chiaro che intervenivano i tamponi molecolari.

Quindi è un gioco complesso l'utilizzo dei tamponi e quindi va visto rispetto a tante determinanti: l'evoluzione, la tempestività, di quanto è cresciuta la capacità produttiva nostra in quell'anno, la necessità di essere tempestivi di fronte a una marea montante di positivi.

Io ho cominciato a preoccuparmi il 21 febbraio e non ha mai smesso di preoccuparmi e ancora oggi, che non sono più Direttore generale, continuo a essere preoccupato, per cui non è che ci sia stato un periodo di preoccupazione e un altro no: ci abbiamo perduto anche il sonno su queste cose.

Siamo sempre stati preoccupati e i numeri relativi alla seconda ondata, con l'incremento rapido di ottobre, novembre e dicembre, sono i report di Azienda Zero, riportati tra l'altro da tutti i quotidiani in maniera molto previste e pedante: tutti i giorni ci si alzava e il quotidiano riportava oggi più meno, tot posti letto, eccetera. Quindi sono elementi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

oggettivi che già allora erano reperibili sulle pagine dei giornali, oltre che quotidianamente dai report di Azienda Zero che venivano diffusi a tutta la stampa e a tutti quanti.
Non so se abbiamo perso la linea.

Presidente
No, ci siamo, vi sentiamo.

dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")
Questa è la situazione per come ve l'ho… non so se c'erano altre domande.

dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")
Sulla compartimentazione.

dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")
A proposito di Schiavonia, non Schiavonia, devo dire che la seconda ondata con il piano di ottobre negli ospedali tutti gli ospedali sono stati interessati da reparti Covid, da Ospedale di Comunità Covid. Nella seconda ondata, forti anche dell'esperienza della prima, dell'affinamento della programmazione, da una ricognizione capillare, pedissequa di tutti gli ospedali, eccetera, per quanto riguarda l'AULSS "Euganea" io ricordo che erano coinvolti nella gestione di pazienti Covid l'ospedale di Cittadella, l'ospedale di Camposampiero, l'ospedale di Piove di Sacco, l'ospedale di… questo perché si voleva anche garantire una attività residua. A Schiavonia non è mai venuta meno una parte di attività neanche durante la prima ondata perché la Direzione regionale

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ha prescritto che a Schiavonia, ospedale Covid chiuso, non si fermassero le attività del reparto oncologico e altre attività, il materno-infantile, psichiatria - adesso vado a memoria - la dialisi, quindi alcune attività fondamentali salvavita venivano, anche nella prima fase, con l'ospedale Covid di Schiavonia garantite.

Nella seconda ondata tutti gli ospedali sono stati interessati alla gestione di ospedali Covid. È chiaro che la sospensione e la restrizione rispetto alle attività ritenute differibili in quel momento - teniamo presente che la linea oncologica è stata sempre salvaguardata, l'emergenza e l'urgenza - tutta una serie di attività, anche quelle ultra specialiste di cui parlerà il collega dell'Azienda Ospedale di Padova, sono state salvaguardate. Nella seconda ondata non è stato solo Schiavonia, sono stati tutti gli ospedali coinvolti in questo tipo di gestione della pandemia.

dott. Paolo FORTUNA (Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")

Se posso aggiungere una cosa per quanto riguarda Schiavonia, la compartimentazione. Al di là ovviamente del momento di emergenza dove bisognava dare una risposta e il dottor Scibetta ha ben chiarito che la scelta dell'ospedale era legata ad una scelta generale appunto infrastrutturale. Il ragionamento della compartimentazione nasce comunque anche dal fatto che in quarta ondata, cioè con quest'ultima ondata, grazie anche al vaccino, c'è stato anche un interessamento rispetto alla seconda, rispetto alla prima appunto molto più basso degli ospedali e in questo caso anche di Schiavonia perché accanto a tutte le attività, di cui parlava prima il dottor Scibetta, abbiamo mantenuto anche il poliambulatorio aperto. Anche la persona che si recava in Pronto Soccorso non veniva mai mandata

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

indietro, anche se era non affetta da Covid, questo perché comunque le linee materno-infantile, l'Onco-chirurgia erano garantite.

Vedendo appunto i numeri si è ragionato a quel punto sul fatto ma perché non possiamo pensare a una compartimentazione legata in realtà a un cambiamento dei flussi d'aria che possa consentire, non solamente per il Covid, senza pensare a un ospedale di Schiavonia Covid hospital, ma semplicemente pensando alla necessità di avere una struttura comunque che sia perfettibile da un punto di vista di accoglimento di malati infetti in generale, soprattutto per via respiratoria, di fare appunto questo tipo di upgrade dell'ospedale. Questo upgrade non è che possa essere fatto sempre, perché siccome si mette mano alla ventilazione, non si può fare né d'inverno, cioè autunno/inverno, né di fatto neanche in estate perché serve rispettivamente il riscaldamento e il raffrescamento. Bisogna individuare un momento adeguato per poterlo fare, in un momento, tra l'altro, anche di pressione pandemica sostenibile, perché altrimenti, cosa che non si è verificata a mio parere appunto nel primo anno tra prima e seconda ondata. Di fatto non era appunto una cosa sostenibile. Adesso questa la stiamo strutturando, posto che ovviamente si resta sempre dentro la programmazione di posti letto appunto dell'ospedale. Ovviamente, poi, diventa anche necessario acquisire quella dotazione organica che ci serve per garantire appunto questi posti.

Si sta lavorando in questo senso, però è chiaro che oggi, parlo di post quarta ondata, siamo in una fase di declino, si fanno dei ragionamenti molto diversi perché il vaccino ovviamente ha fatto proprio la parte del leone anche per influenzare, per orientare meglio anche una programmazione futura.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dott. Domenico SCIBETTA (ex Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea")

Posso aggiungere un'ultima cosa? perché mentre il dottor Fortuna precisava, io ho trovato un passo molto interessante, tornando sul discorso dei testi di Igiene di (inc.).

Sempre il documento del 25 gennaio 2021 dei responsabili delle microbiologie - vi leggo sono quattro righe – dice che il documento emanato dal Ministero della Salute, che ha come oggetto "Aggiornamento della definizione Covid-19, strategie di testing" indica l'ambito di utilizzo dei test rapidi di prima e seconda generazione in particolare nelle attività di contact tracing per testare contatti asintomatici con esposizione ad alto rischio o nelle attività di screening di comunità per motivi di sanità pubblica. Esempio: ambito scolastico, luoghi di lavoro, eccetera.

Il documento stesso chiarisce che: "Il rischio di non rilevare tutti i casi o di risultati falsi negativi è bilanciato dalla tempestività dei risultati e dalla possibilità di effettuare test periodici" e quindi questo è stato uno dei principi cardine quando mi riferivo anche ai documenti ministeriali sull'utilizzo in combinata dei test antigenici e dei test molecolari.

Io avrei finito.

Presidente

Grazie, Direttore.

Ci sono domande? No, le chiedo allora se può mandarci quel documento. Lei ha citato il 25, se non sbaglio, gennaio 2021.

Perfetto. Grazie mille, buona giornata e buon lavoro.

Adesso sono collegati il Direttore precedente per quanto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

riguarda l'AULSS 7, Bortolo Simoni, e il Direttore attuale dell'AULSS 7, Carlo Bramezza.

Io lascerei intervenire loro. Gli argomenti erano quelli citati all'inizio e quindi un po' quello che era l'aspetto chiaramente dei protocolli di gestione, la gestione della pandemia, ma anche quelli che sono stati un po' gli elementi sia di difficoltà sia di quella che potrebbe essere una gestione ottimale della pandemia e quindi anche gli elementi di criticità e soprattutto quello che sono anche stati gli elementi di qualche modo riorganizzazione per quanto riguarda il personale. Grazie.

Buongiorno dottore. Iniziamo magari dal precedente Direttore, il dottor Bortolo Simoni che ringrazio.

dott. Bortolo SIMONI (ex Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana")

Buongiorno a tutti.

Io ero commissario della AULSS n. 7: sono stato commissario dal 1° novembre 2018 fino al 28 febbraio 2021, quindi ho gestito sostanzialmente la fase 1 e la fase 2 della pandemia da Covid.

Io ho ascoltato quello che ha detto Padova e anche gli altri. Mi pare che sia stato detto già molto. Io cercherei di fare alcuni flash di quello che ritengo essere stato un po' specifico per la AULSS n. 7 rispetto alle altre aziende perché ci sono dei punti cardine che vanno ricordati dal mio punto di vista.

In premessa, volevo dire che, come in tutte le aziende, anche noi abbiamo tracciato tutti gli atti ministeriali, gli atti regionali e gli atti aziendali e abbiamo creato un dossier Covid aziendale, che io ho lasciato e che è negli atti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dell'azienda; quando me ne sono andato, ovviamente non ho portato via nemmeno una carta e quindi tutto è rimasto a disposizione dell'azienda.

In questo dossier sono tracciate tutte le attività e le date che cerco di andare un po' a elencare per aree: parlo, per esempio, della gestione dei posti letto ospedalieri distinti per terapia intensiva, semintensiva e ordinaria e i posti letto aggiuntivi che abbiamo creato anche noi, come Padova, in ospedali di comunità, vuoi a gestione diretta, vedasi Marostica, attraverso la conversione di strutture che già avevamo, vuoi in partnership con i privati in case di riposo, sia nel Distretto 1 di Bassano che nel Distretto 2 di Thiene Schio.

Altrettanto in questo dossier sono elencate tutte le attività di sorveglianza del personale che riguardano dapprima, ovviamente, la questione dei tamponi e quindi l'utilizzo dei test rapidi all'inizio e poi dei test via via più sofisticati, man mano che evolvevano le disponibilità, e i riscontri delle positività e le gestioni di quello che facevamo sul personale.

Poi c'è stata la creazione delle aree Covid dedicate e voi sapete che Santorso è "gemello" di Schiavonia, perché è stato individuato dalla Regione sin dalla prima ondata come ospedale Covid, ma preciso anch'io che nella AULSS n. 7 sostanzialmente i ricoveri sono avvenuti in tutti e tre gli ospedali, principalmente a Santorso che ha raggiunto un picco di oltre 150 pazienti, quando arrivò ad attivare in progressione cinque aree Covid, dalla 1, dalla ex SOAP inizialmente, alla area Covid 2, 3, 4 e 5, andando praticamente a ridurre tutta l'area medica e tutte le terapie intensive, fino a diventare, a un certo punto, ospedale Covid dedicato.

Ma anche Bassano ha avuto un'area Covid e poi una seconda,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quindi due aree Covid allocate a Bassano, e anche Asiago purtroppo, a causa di un cluster avvenuto tra il personale dell'ospedale, divenne di fatto ospedale Covid chiuso ai ricoveri esterni per un periodo, perché ci fu questo cluster e quindi avevamo praticamente pazienti ricoverati in tutti e tre gli ospedali.

Nella 7 il Covid è arrivato con un po' di ritardo rispetto alle altre aree, tanto che ricordo bene che il primo deceduto fu un paziente che veniva da Castelfranco, quindi trasportatoci dalla ULSS di Treviso, ricoverato nella nostra rianimazione e deceduto dopo due-tre giorni; era praticamente un paziente positivo non residente deceduto nella rianimazione di Bassano.

Questo mi dà lo spunto per ricordare che tutto è sempre avvenuto sotto una regia regionale. Non eravamo abituati, prima del Covid, alle videoconferenze oppure ai bollettini periodici, ma il Covid ci ha cambiato completamente tutte le abitudini e abbiamo iniziato a fare giornalmente, come è stato detto, prima con il dottor Mantoan e con il Presidente, poi è subentrato dall'autunno il dottor Flor, riunioni anche festive con la Direzione regionale, sia con la parte politica, sia con la parte tecnica.

Poi c'è stata un'iniziativa nostra aziendale, ovviamente, che era quella di fare delle videoconferenze, che sono tutte documentate nelle date in quel dossier di cui parlavo prima, per condividere praticamente in tempo reale quello che veniva detto nelle videoconferenze con Venezia all'interno dell'azienda, con tutti i primari, gli amministrativi e tutti i responsabili di unità operativa.

Queste videoconferenze poi si sono estese, per iniziativa dei Sindaci, alla Conferenza dei Sindaci, ma poi, per iniziativa

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

della Prefettura di Vicenza, ci sono state videoconferenze periodiche con la Prefettura e con Carabinieri, Polizia di Stato, Vigili del fuoco, Questura, tutte le forze dell'ordine e la Protezione civile. Poi, da un certo momento in poi, ma direi quasi da subito, anche con i Direttori delle case di riposo quando ci furono, ancora in fase 1, i primi focolai tra i pazienti delle case di riposo. C'era ovviamente un coordinamento, è stato detto, sui dispositivi di Azienda Zero. Nella primissima fase, ovviamente venimmo presi tutti un po' di sorpresa, ci fu una difficoltà a controllare tutto. Se il tema è quello dei dispositivi di protezione, non avevamo fondamentalmente scorte alte di dispositivi e nel momento in cui si è verificata la necessità di dispositivi tutto il mondo sociale, diciamo tutto il mondo imprenditoriale si è attivato a fornire presìdi e lì c'è stato nelle prime settimane un po' di disordine perché tutti portavano presìdi dappertutto dentro gli ospedali, consegnandoli direttamente ai primari, consegnandoli alle unità operative, eccetera, finché non è intervenuto, come ha detto bene Scibetta, il coordinamento di Azienda Zero sin dalle prime settimane. Da quel momento in poi abbiamo tracciato, e risulta nel dossier, tutte le distribuzioni.

Io non ho una carta qui a casa, quindi mi baso solo sulla memoria, però riguardandomi stamattina le mail, i WhatsApp che ho ancora sul telefonino, posso dirvi che già dal 25 febbraio '20, quindi praticamente dopo una settimana che era arrivata l'epidemia abbiamo iniziato a fare un bollettino quotidiano che diffondevano a tutti internamente, compresi i Sindaci, che prevedeva il numero di positivi, il numero di tamponi, il numero di deceduti, tutte le attività che svolgevamo.

Per rimanere nella specificità della 7 ci sono state tre

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

raccolte di fondi. Ne parlo perché ci hanno aiutato anche a superare alcune fasi critiche. Le raccolte di fondi sono state una, dopo che tutti si facevano avanti generosamente a offrire abbiamo aperto un conto corrente aziendale dell'AULSS. Nel frattempo un Sindaco, il Sindaco di Santorso, che era anche il responsabile dei Sindaci del Distretto 2, ha aperto un conto corrente intestato al Comune di Santorso per raccogliere fondi che poi ha distribuito e rendicontato in parte all'AULSS e in parte alle case di riposo. Poi c'è stato in una fase successiva anche la Fondazione Vicentina per la Qualità della Vita diretta dal dottor Sante Bressan, il ricavato è stato di oltre un milione per l'AULSS, oltre un milione per la fondazione e mi pare 200 e qualcosa mila per il Comune di Santorso. Ovviamente di questi ci sono le rendicontazioni all'euro, spedite anche in Regione.

Parlo di questi fondi perché voglio sottolineare una cosa che riguarda i tamponi. L'Azienda - vedo il dottor Antico, mi pare di intravedere lì nel tavolo dell'AULSS 7 che saluto tutti i colleghi - praticamente il dottor Antico ricorderà che venne a dirmi allarmato che c'era un aumento di richiesta di tamponi, tamponi di cui noi avevamo a disposizione soltanto i test rapidi su sangue capillare di prima generazione, e per i molecolari raccoglievamo e dipendevamo da altre aziende, in particolare dal laboratorio di Padova. Poi in una fase abbiamo fatto anche una piccola convenzione con Verona. Ovviamente questo era oneroso, tanto che io mi preoccupavo anche degli aspetti economici e di bilancio per l'Azienda, ma ci venne un'opportunità. Valutando il mercato c'era una grande crisi di mercato sia sulla disponibilità di apparecchiature per tamponi molecolari sia di disponibilità di materiali, di materia prima, reattivi, reagenti per poter fare i test. Ebbene, mi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

consigliò il dottor Antico una disponibilità di un'azienda italiana e decidemmo nell'arco di poche ore di acquisire utilizzando una cifra interessante di quei fondi donati per l'azienda e spendendo, mi pare, dalle 6 alle 700.000 euro per ottenere un sistema di processazione e anche i reattivi per almeno tre mesi. Questa fu la condizione che io misi, tre mesi di reattivi per poter dire non compriamo la macchina e restiamo senza perché stava succedendo di tutto e di più. Tra l'altro, in qualche settimana ci fu dell'accumulo di lavoro a Padova tanto che i tempi di risposta dei molecolari che mandavamo andavano ben oltre le 48 o 72 o anche più ore, rendendo del tutto insignificante praticamente il test stesso, perché con cinque giorni di ritardo ogni forma di tracciamento saltava.
Una parola la spendo sul Dipartimento di prevenzione, che è stato costretto a una vera e propria rivoluzione, praticamente all'abbandono delle attività ordinarie che svolgeva e riorientare tutto il personale alla questione tracciamento: già dal 28 febbraio avevamo messo il numero verde aziendale, oltre al numero verde regionale e al numero verde ministeriale. Parlo del 28 febbraio 2020. Sin dalle prime settimane: numero verde, tentativo di risposta, ma c'era il tema delle scuole, c'era il tema dei mercati, c'era il tema del funerale. Eravamo presi quasi di più dagli aspetti sociali esterni della pandemia che non dalla gravità clinica o dai morti che sono arrivati un po' dopo. All'inizio c'era un grande smarrimento tra i Sindaci che invocavano direttive. Le direttive poi hanno cominciato ad arrivare dalla ministeriale n. 1, n. 2 e via me, me le ricordo una per una, quelle regionali e quindi siamo andati avanti aggiornando, io direi, a regia regionale, perché sulla intensive e semintensive c'era il dottor Rosi che giornalmente ci forniva i dati e spostavano pazienti da una

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

parte all'altra in modo da saturare dove ritenevano più opportuno.

Per quel che riguarda le dotazioni di dispositivi, parlo di letti, di respiratori, di caschi, di saturimetri, di materiali, c'era l'ingegner Fattori che sorvegliava anche tutte le forniture di dispositivi individuali, come caschi, come tute, come occhiali, mascherine, guanti e quant'altro, calzari e tutto.

Noi mandavamo via i fabbisogni e loro ci mandavano il materiale. Su questo poi magari possiamo parlare perché non sempre il materiale che è arrivato anche da Roma o via Protezione civile o via Azienda Zero era adeguato: ci sono state delle partite di materiale che abbiamo accantonato perché non potevamo di distribuirle. Tenete conto che in tutte queste fasi abbiamo chiuso gli ospedali alle visite, creato i percorsi, interagito con la Protezione civile per l'installazione delle tende: è stato un po' il primo segnale percepito anche dalla popolazione della pandemia. Le tende all'inizio le hanno montate quasi fin troppo presto e non le abbiamo nemmeno usate, però in fase immediatamente successiva sono diventate molto utili per creare i famosi percorsi differenziati per i pazienti, distinguendo sin dall'inizio praticamente il triage in ingresso dei pazienti acuti che arrivavano, distinguendo quelli potenzialmente Covid dagli altri, e poi sono servite anche per effettuare successivamente i tamponi, le sorveglianze, eccetera.

Quindi percorsi, tende, reclutamento del personale. Mi associo a quanto ha detto Scibetta: i numeri non me li ricordo, ma credo che se dico più di 150 persone le abbiamo prese anche noi, reclutate in varia forma con tutte le licenze concesse dalla normativa speciale Covid. Abbiamo reclutato tutto quello

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che si poteva reclutare. Purtroppo non sempre è bastato. Abbiamo sempre applicato la prevenzione per quanto riguarda la sorveglianza con i tamponi. Ovviamente la vaccinazione appena è arrivata disponibile, verso dicembre, mi pare che fosse, del 2020, tra dicembre 2020 e gennaio 2021, son partite praticamente su vasta scala le vaccinazioni.

Un cenno faccio alle case di riposo, dopo chiudo perché sono disponibile per eventuali domande. Per quanto riguarda le case di riposo, ai primi focolai che sono intervenuti, abbiamo iniziato a fornire i dispositivi che avevamo prima ancora che arrivasse la direttiva regionale che poi è arrivata. Dopo quella abbiamo cominciato in maniera sistematica a rilevare anche dalle case di riposo i fabbisogni e quindi a fornire obbligatoriamente, perché c'erano forma tra virgolette di commissariamento delle case di riposo per gli aspetti di tipo igienistico da parte delle aziende ULSS, fornivamo i dispositivi, fornivamo i tamponi, abbiamo fatto i tamponi, fornivamo anche i test per il personale e per i pazienti e andavamo a fare tutte le sorveglianze epidemiologiche con il Servizio di igiene e sanità pubblica.

Abbiamo fatto anche la formazione sull'utilizzo dei test e facevamo incontri in videoconferenza periodici con tutti i Direttori.

Questa è una panoramica che volevo dare e spero di essere stato sufficientemente sintetico. Posso integrare a memoria perché ripeto che non ho nessuna documentazione, ma faccio riferimento per l'eventuale documentazione a quello che è depositato in azienda.

Presidente

Grazie. Lascerei la parola al dottor Bramezza.

dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana")
Buongiorno, Presidente.

Presidente
Buongiorno, dottore.

dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana")
Io sono stato insediato in questa azienda il 1° marzo '21 e successivamente ha provveduto alla nomina del resto della direzione nei mesi successivi. Attualmente è qui presente il Direttore sanitario attuale dell'azienda, il dottor Di Caprio, la dottoressa Conte, Direttore amministrativo, la dottoressa Corò, che è Direttore dei Servizi socio sanitari, il dottor Antico, che è il responsabile del laboratorio, il Dipartimento di prevenzione con il dottor Vianello, il dottor Stano e il dottor Bulegato, le professioni infermieristiche, l'Innovazione e sviluppo, quindi c'è tutta la squadra dell'azienda che in questi anni più di me, perché io ho vissuto quest'ultima fase, dall'inizio ha vissuto questa vicenda del Covid.
Pertanto se lei, Presidente, ritiene, noi avremmo preparato delle slide, che poi possiamo mettere a disposizione della Commissione, in cui ripercorriamo nei numeri e nei dati cosa è avvenuto in questi due anni, dal febbraio del '21 ad oggi.

Presidente
Certo e grazie anche agli altri dirigenti presenti. Quindi benissimo.

dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana")

Grazie, allora partiamo con il dottor Di Caprio.

dott. Antonio DI CAPRIO (Direttore Sanitario AULSS n. 7 "Pedemontana")

Buongiorno a tutti. Io sono il Direttore sanitario e ho vissuto le due fasi oggetto della discussione e valutazione come Direttore medico dell'ospedale di Bassano ed Asiago.

Abbiamo preparato una serie di diapositive e poi passerò velocemente la parola anche gli altri collaboratori, in modo da dare, in maniera sintetica, dei numeri anche oggettivi che rispondono a quello che è stato il percorso anche organizzativo che abbiamo fatto qui in azienda.

Come diceva il dottor Simoni, i primi casi nell'azienda 7 – ho recuperato una diapositiva di Azienda Zero del 5 marzo – li abbiamo avuti ad Asiago in pronto soccorso, allorquando si recavano due persone, che erano in vacanza, e quindi i due primi casi di Covid della AULSS 7 sono stati riscontrati all'inizio del mese di marzo, quindi lievemente in ritardo rispetto al resto del contesto anche regionale.

Faccio un breve excursus su quella che è la normativa di riferimento. Parto dallo spaccato degli ospedali e l'elemento di riferimento è quello che riguarda l'attivazione del Covid Hospital all'ospedale di Santorso, con nota regionale del 18 marzo. C'è da dire, come hanno detto i colleghi, ovviamente, che c'è stato un grande coordinamento a cascata, che arrivava dal Direttore generale, dalla Direzione strategica a tutti i Direttori di operativa, per cui il colloquio, le dinamiche, l'interscambio sono stati davvero giornalieri e tuttora

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

continuano ad esserlo.

In merito, quindi, a quella che è una serie di documentazioni e di atti sono stati trasmessi, è stata prevista l'istituzione con delibera dei comitati per l'emergenza pubblica e l'attivazione del GOR e di tutta quella serie di misure necessarie per attivare un processo anche di condivisione con la popolazione, sia sanitaria che generale.

Per quanto riguarda i primi passi, sono stati fatti, come citava il dottor Simone, sull'attivazione anche del numero verde aziendale per i cittadini: abbiamo messo delle tende di pre-triage presso gli ospedali, in modo da andare a differenziare i filtri di ingresso. Ovviamente tutto cambiava in maniera mutevole, tenuto conto anche della variabilità con cui le informazioni ci arrivavano dallo stesso Ministero.

Le prime circolari della metà di gennaio 2020 parlavano di una forma di polmonite di un certo tipo, che poi, come abbiamo visto delle diverse circolari, ha avuto connotazioni sempre più strette e precise.

Volendo andare a sintetizzare il punto di partenza della riorganizzazione ospedaliera, lo fisserei nel giorno 3 marzo 2020, allorquando abbiamo attivato negli ospedali le prime aree Covid. A Bassano abbiamo attivato i primi 24 letti corrispondenti alla Cardiologia, a Santorso abbiamo attivato l'ex SOAP, altri circa 20 letti. Successivamente la cascata e la rapidità di evoluzione dell'epidemia, legata anche al fatto che i tamponi inviati di sorveglianza a Padova non sempre ci dava una risposta adeguata, abbiamo attivato sempre a metà del mese di marzo a Bassano una seconda area Covid presso il quarto piano, invece presso Santorso un'ulteriore area Covid.

La notizia ulteriormente critica del mese di marzo è stata allorquando presso l'Ospedale di Asiago si è verificato un

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

cluster sia in Medicina sia in Riabilitazione, che sono i reparti che accolgono il maggior numero di pazienti. Il numero del personale sanitario ha iniziato a positivizzarsi in maniera importante e quindi abbiamo praticamente sospeso le attività sull'ospedale di Asiago. Abbiamo bloccato l'attività chirurgica, abbiamo bloccato il materno-infantile, quindi quella di Asiago nella data del 13 marzo è stata effettivamente una fase critica e ovviamente l'ospedale è stato paradossalmente riconvertito in ospedale Covid fino a che tutte le persone progressivamente non sono state poi trasferite a Bassano o a Sant'Orsola dove era attivata una semi-intensiva o presso l'Ospedale di Comunità di Marostica che è stato attivato successivamente.

Questo è in estrema sintesi quello che ho detto in merito all'attivazione delle aree Covid, quindi l'ospedale di Asiago che è diventato di fatto un ospedale Covid dal 14marzo, le aree Covid di Bassano che abbiamo attivato all'inizio del mese di marzo, per poi andare a riconvertire progressivamente e diventare negative fino alla metà del mese di aprile, nel momento in cui la nota regionale del 18 marzo identificava Santorso ospedale Covid con una progressiva attivazione di cinque aree Covid.

Queste che adesso mando sono poco leggibili, ma rappresentano una sintesi e i titoli di quelle che sono le note che a cascata dal Direttore Generale venivano trasmesse al Direttore Sanitario e a loro volta a tutta l'articolazione aziendale e a sua volta a tutte le Unità Operative, sia ospedaliere che territoriali. Quindi, come potete vedere, c'è una mole di informazioni che venivano trasmesse e ovviamente coadiuvate da incontri informativi, dal momento che le indicazioni cambiavano in maniera importante e quindi è stato un momento,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

come per tutte le aziende, di grande partecipazione, di grande anche disponibilità a riorganizzare le loro attività.

Un lavoro importantissimo è stato svolto per quanto riguarda anche l'attività di formazione e poi vedremo anche quanto è stato fatto al riguardo.

Queste sono le note che riguardano la Direzione medica di Bassano, prima vi ho mostrato quelle di Santorso. Quindi sono tutte note, che abbiamo qui ovviamente agli atti, che andavano a trasmettere le modifiche organizzative anche sulla base delle indicazioni che ci venivano giornalmente trasmesse sia a livello centrale sia a livello ministeriale. Ovviamente la sinergia con il Dipartimento e con il territorio è sempre stata stretta, dal momento che le azioni erano sempre sinergiche e quindi sono quattro diapositive dove potete notare almeno un centinaio di comunicazioni che abbiamo raccolto relativamente alla prima ondata.

Ovviamente nel momento in cui abbiamo riconvertito l'ospedale di Santorso abbiamo preservato quella che era l'area materno-infantile. Siamo andati avanti con l'attività oncologica, con la parte psichiatrica, anzi c'è da dire come questi percorsi, del materno-infantile, del paziente psichiatrico, del paziente che fa la dialisi positivo e del paziente con patologia oncologica, li abbiamo conservati in tutte le quattro ondate. Quindi la capacità dell'Ospedale di Santorso è stata quella di riorganizzarsi, di riadattarsi e di mantenere comunque delle aree costantemente pulite e una partecipazione, anche un'attività dei negativi, come vedremo meglio nella seconda fase.

Il 3 aprile abbiamo anche disciplinato con il 118 di Vicenza una riorganizzazione dell'emergenza allorquando abbiamo dirottato su Bassano delle urgenze di natura ortopedica

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

piuttosto che cardiologica piuttosto che neurologica, in collaborazione con l'ospedale di Vicenza. Quindi c'è stato un momento dove non abbiamo mai formalmente modificato l'assetto strutturale del Pronto Soccorso di Santorso, ma abbiamo deviato dei percorsi in accordo con la centrale operativa e con i Direttori di Pronto Soccorso. Queste erano semplicemente le prime note, una che riguarda Bassano e una Asiago, dove andiamo a dettare la prima organizzazione che sono le famose tende di pre-triage che all'inizio erano state fornite per andare a diversificare i percorsi.

L'altro elemento, questa diapositiva sintetica dimostra poi quella che è stata l'evoluzione e anche il supporto, ovviamente, regionale che ci è stato dato in merito a come il darsi a organizzare.

La prima fase è stata davvero molto rapida nell'evoluzione. C'è stato un picco enorme che è iniziato all'inizio del mese di aprile per poi già a metà aprile avere una discesa. Nella nota del 05 maggio della Regione andava anche a riaprire le attività sanitarie, andava a regolamentare le modalità di accesso alle strutture. Ovviamente, in questo periodo abbiamo chiuso le visite ai visitatori, c'era stata anche ovviamente la necessità di andare a rimodulare e a sospendere dell'attività sanitaria. Abbiamo garantito solo le urgenze, le U e le B, ma in quel momento, con il lockdown generalizzato, c'erano davvero poche persone che venivano in ospedale se non per problemi reali.

Questa DGR, la 552 e anche la 782 successiva, vanno a disciplinare per ogni azienda quello che è il piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid: per cui la Regione ci ha fornito quello che è il passaggio successivo che devono essere attuato allorquando dovessimo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

trovarci di nuovo in uno scenario Covid. Fermo restando che l'Ospedale di Santorso, nel momento in cui i reparti di Patologia e di numerosità vanno ad aumentare, si trasformi in ospedale Covid come è diventato il 29 ottobre la seconda volta, viene modificata anche quella che è la presenza di posti letto a Bassano in Pneumologia: noi abbiamo 20 letti di Pneumologia al decimo, che, in caso di emergenza, si trasformano in pneumo-Covid: è quello che è avvenuto fondamentalmente in tutte le altre fasi. Dopodiché abbiamo dei letti di terapia intensiva aggiuntivi per il Covid, che sono quattro, che si possono sommare agli altri in caso di necessità, mentre su Santorso è prevista una numerosità di letti maggiore, nella logica di avere un ospedale con caratteristiche strutturali e tecniche più confortevoli, più adatto a gestire uno stress epidemico. Per cui abbiamo 40 letti che si convertono in semintensiva malattie infettive e abbiamo 22 letti Covid che si aggiungono ai 12 letti. Quindi questo è l'aspetto emergenziale che abbiamo poi applicato nella parte successiva che è iniziata nel mese di ottobre.

Questi sono un po' di numeri che evidenziano il numero di ricoveri che è stato fatto nell'azienda nelle due ondate.

Vedete il numero di ricoveri Covid che c'è stato nelle diverse ondate e diviso anche per ospedale, se non leggo male.

Comunque qui potete avere un'idea chiara di quella che è la numerosità dei Covid e dei vari passaggi, compresi purtroppo i decessi in ospedale. Vedo la percentuale della prima e seconda ondata. Vediamo come il numero di decessi come percentuale nell'ospedale non evidenziano una grande differenza.

Questo invece riguarda sempre una diapositiva per quanto riguarda i ricoveri suddivisi per ospedale. Questo è il numero

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di decessi nelle strutture ospedaliere che tiene sempre conto in maniera un po' più allargata sia i dati del 2020, che del 2021 e 2022, l'età media, i luoghi di decesso (HS sta per Santorso, Basano, Asiago e le strutture residenziali) e la percentuale di morosità maggiore di uomini rispetto alle donne. Vedete in alto la differenza anche di decessi che c'è stata nel febbraio/maggio rispetto a ottobre/dicembre come numerosità assoluta.

Per quanto riguarda il lavoro svolto anche in collaborazione col Dipartimento, magari invece al dottor Vianello la parola in merito agli incontri con i centri di servizio e quanto fatto al riguardo.

dott. Liviano VIANELLO (Direttore Dipartimento di Prevenzione AULSS n. 7 "Pedemontana")

Sono stati incontri che abbiamo effettuato con notevole frequenza per dare un supporto alle strutture residenziali per anziani che in quel momento erano sicuramente coinvolte in maniera pesantissima nella diffusione del contagio. Coinvolte in maniera pesantissima e senza una capacità organizzativa adeguata per trasformarsi da strutture ricettive per ospiti a veri e propri reparti di tipo malattie infettive. Noi dovevano garantire il contenimento della diffusione del contagio tra reparti e tra zone destinate ad ospiti positivi, zone destinate a soggetti che erano stati contatti stretti e quindi potevano sviluppare nel tempo, nel periodo di incubazione una positività e ospiti ancora invece assolutamente negativi e non coinvolti nel contatto stretto.

Questi incontri sono stati importanti, forse nelle prossime due diapositive lo possiamo vedere. Questa diapositiva residente all'andamento dei casi positivi nella prima ondata,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quindi dal febbraio al maggio: vedete che il numero di positivi nel territorio ha raggiunto un picco di 75 nuovi positivi in una giornata di marzo e complessivamente sono stati circa 400 – mi pare di ricordare, adesso non lo vedo perché coperto dagli schermi - complessivamente i positivi; questo è l'andamento dei positivi nella seconda ondata: quel numero 38, in realtà sono 389 nuovi positivi e dimostra la differenza proprio in relazione al numero di contagi che si sviluppavano nell'arco delle giornate. Questa differenza testimonia anche la diversità tra la prima e la seconda ondata, quella invernale, che ha determinato anche un ruolo di decessi nettamente superiore.

Qui c'è un appunto nella diapositiva anche legato all'attività del contact tracing: nella prima ondata gli operatori coinvolti erano 12 nelle attività di contact tracing e sono diventati, nella seconda ondata, progressivamente 40, con l'innalzamento del numero di contagi. Ma il rapido innalzamento non è stato facile da supportare nell'attività di contact tracing, legato anche alla necessità non solo di inserire gli operatori, ma anche di formarli in modo adeguato all'utilizzo degli strumenti informatici e all'approccio con l'utenza.

Vedete ancora che la prima ondata porta 1.579 nuovi positivi complessivamente e la seconda ondata 22.676, quindi una differenza sostanziale nel nostro territorio, come un po' in tutta la regione.

Le prossime diapositive evidenziano la diffusione dei focolai nelle strutture residenziali: sono 33 strutture residenziali con 3.242 ospiti e nella prima ondata sono state interessate da nove focolai, cioè nove situazioni di diffusione all'interno delle strutture con più di un caso di ospiti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

positivi e complessivamente 412 ospiti positivi nel periodo marzo-aprile, a cui si sono aggiunti poi nel mese di maggio 173 positivi.

Quesito è l'andamento dei focolai nella seconda ondata: vedete che l'interessamento è stato più importante e infatti nel riquadro in alto c'è il numero di focolai, che arrivano a 12 nel mese di gennaio – mi pare di ricordare, non riesco a vedere – e vedete che c'è stato un picco nell'andamento degli ospiti collettivi di 358 ospiti su un numero complessivo di più di 3.000 presenti nelle strutture nel mese di dicembre, in corrispondenza di un picco dei nuovi positivi nel territorio che, come ho detto, è stato di 389 nuovi positivi in una sola giornata nel mese di dicembre.

Voglio sottolineare che l'attività di supporto alle strutture residenziali per anziani, che è stata coordinata con i Distretti socio sanitari, oltre a supportare l'attività di formazione del personale e la disponibilità di dispositivi di protezione, è stata volta proprio a monitorare lo screening che veniva effettuato periodicamente sia sugli ospiti, sia sugli operatori, secondo le indicazioni regionali, quindi in modo periodico e in relazione alla sintomatologia. Questa attività è stata supportata da importanti verifiche e monitoraggi fatti con sopralluoghi all'interno delle case di riposo, da un pool di operatori costituito da infermieri, medici e tecnici della prevenzione del Dipartimento di prevenzione del distretto, che ha seguito queste strutture per più di quattro sopralluoghi per ciascuna casa di riposo, con degli incontri con il personale e un'attività di verifica dei luoghi di lavoro in cui sono state monitorate le applicazioni delle direttive regionali che hanno progressivamente dato indicazioni proprio sulla gestione dei contagi all'interno di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

queste strutture. È stata un'attività importante, il confronto operativo con queste strutture, che quindi sono state accompagnate proprio sul posto, di trasformazione dell'attività per il contenimento del contagio. Complessivamente sono stati fatti 132 sopralluoghi nel periodo che va da aprile 2020 a febbraio 2021.

Ancora uno spaccato delle tabelle che facevamo per monitorare la presenza di focolai all'interno di queste strutture, per far vedere un po' quello che abbiamo visto anche nella precedente diapositiva. Avanti alla prossima. Qui andiamo invece in una…

dott.ssa Alessandra CORÒ (Direttore dei Servizi Socio Sanitari AULSS n. 7 "Pedemontana")

Buongiorno a tutti.

Anche per i centri diurni, come per i centri di servizi alle strutture per anziani, è stato fatto un monitoraggio costante non solo con gli enti gestori, ma poi anche con i singoli operatori sia nell'utilizzo di DPI sia anche nella formazione dei gruppi in attività.

Come da indicazioni regionali nella prima ondata vi è stata anche una prima sospensione delle attività dei centri diurni. In sede è stato invece attivato da parte di tutti i centri diurni, sia in gestione diretta sia in convenzione, il supporto domiciliare o in videoconferenza laddove il supporto a domicilio non era possibile con gli utenti. Poi, quando sono stati riaperti, sono stati forniti tutti i DPI in relazione al numero di interventi ovviamente da attivare ed è stato anche riorganizzato il servizio mensa e trasporto proprio per consentire alle persone l'individuazione di cluster o altro, sia nella prima ondata e poi anche nella seconda ondata.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dott. Antonio DI CAPRIO (Direttore Sanitario AULSS n. 7 "Pedemontana")

Tornando poi alla seconda o meglio arrivando alla seconda ondata, qui ho descritto, abbiamo descritto rapidamente quello che poi viene a modificarsi dal punto di vista organizzativo. Il grande cambiamento e i numeri relativamente ai tamponi, alle modalità diverse e al fatto che non erano presenti solo tamponi molecolari, ma iniziarono a comparire anche i test antigenici, comporta la necessità di riorganizzare i punti tampone, quindi cambiamo di sede sia presso Bassano che presso Santorso. Ampliamo le disponibilità orarie. Per quanto riguarda la parte dei ricoveri andiamo ad attivare, anche lì come seconda ondata, a Bassano in data 21 ottobre l'area del decimo piano, una prima area Covid e inizia la progressiva conversione dell'Ospedale di Santorso che andrà ad attivare progressivamente le diverse, le cinque aree Covid. Andiamo anche ad attivare i posti letti di Marostica in data 11 novembre, aumentiamo addirittura di 8 per arrivare a 28. Anche un'altra struttura territoriale successivamente a dicembre ci viene in supporto, che è la decima, come Ospedale di Comunità, quindi inizia, in queste tre diapositive vedete una cronologia temporale di progressiva attivazione di posti letto sia per quanto riguarda le aree Covid sia per quanto riguarda le strutture residenziali. In più, ovviamente, c'è tutta la tematica dei punti tampone che va ad ampliare gli orari. Iniziamo a garantire un'offerta di tamponi sulle 12 ore al giorno su Bassano, su Santorso, che è praticamente quella che abbiamo tuttora, l'attività a Bassano 7-13, nella fase di novembre c'è stato anche il supporto dell'Esercito. Quindi andiamo a garantire la massima offerta, anche perché poi cambia

il target di persone da sottoporre al tampone. Nella fase iniziale è limitata agli operatori sanitari, cambia tra l'altro anche la tipologia e anche nelle tempistiche della situazione del testing. Quindi ci adeguiamo velocemente, rapidamente con grande sensibilità ai cambiamenti.

Qui vedete quello che è lo schema sintetico dei posti letto nelle strutture territoriali che andiamo ad attivare e in più nel mese di dicembre attiviamo anche il Covid hotel a Bassano del Grappa, a Villa Zelosi.

Un altro contributo determinante soprattutto nella seconda ondata, già partito della prima ondata, era quello delle attività delle Unità Territoriali di Continuità Assistenziale.

dott.ssa Alessandra CORÒ (Direttore dei Servizi Socio Sanitari AULSS n. 7 "Pedemontana")

Sì, dei medici USCA. Vediamo che, nella prima ondata, soltanto un contributo importante per seguire i pazienti positivi a domicilio e nei centri di servizio, senza perché gli USCA, nel nostro territorio, hanno servito anche nei centri di servizio. Nella prima ondata l'assunzione massima di medici USCA è stata di 25 tra i due Distretti, con un numero di circa sui 700 pazienti in carico complessivamente. Hanno eseguito sia tamponi molecolari che antigenici e soprattutto hanno fatto visite domiciliari e accessi nelle case di riposo.

È stato nella seconda ondata, invece, l'intervento determinante e anche la numerosità maggiore dei medici USCA. Siamo arrivati ad avere un picco massimo del 53 medici USCA assunti per un complessivo di quasi 5.500 pazienti complessivamente presi in carico a domicilio da parte dei medici USCA.

Importante è stata l'azione dei tamponi molecolari, ovviamente

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

per individuare la positività, ma anche per sostenere poi l'ingresso negli eventuale Centri di servizio o anche in ospedali di comunità per i negativi, così come per i tamponi antigenici.

Son stati determinanti anche a supporto dei Centri di servizio quando ci son stati i focolai, con interventi specifici quotidiani nei centri di servizio.

Nella seconda parte vediamo anche l'intervento fatto, il contributo dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta sia per i tamponi, fatti nei propri ambulatori o in alcune realtà sono state organizzate insieme ai Comuni o in siti aziendali, i tamponi gestiti ed organizzati dei medici in medicina generale per i propri pazienti.

Così anche da parte dei pediatri di libera scelta che hanno contribuito sia nella fase dei tamponi sia poi nella fase successiva, quella del vaccino.

Il Covid-hospital, che avevamo visto prima, è stato una realtà importante che siamo riusciti… sì, Covid-hotel, scusate, che siamo riusciti ad attivare dal 02 gennaio 2021. Abbiamo accolto nella seconda ondata 18 persone e la provenienza era da entrambi ovviamente i Distretti e la permanenza media è stata di nove giorni.

dott. Antonio DI CAPRIO (Direttore Sanitario AULSS n. 7 "Pedemontana")

Volendo sintetizzare quella che è la richiesta del punto 3: quali gli aspetti qualificanti e utili per la gestione ottimale della pandemia e quali più critici. Sicuramente tra quelli più qualificanti, questo coordinamento regionale per la gestione dei posti letto di terapia intensiva e che a cascata andava a interessare le strutture ospedaliere; la possibilità di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

reclutamento delle figure professionali mancanti attraverso l'attivazione di contratti di lavoro autonomo, poi abbiamo degli postille di dettaglio di tutto quanto è stato assunto; nonché l'introduzione di test antigenici nella seconda ondata, che ha facilitato e velocizzato la parte diagnostica.

Tra le criticità rimane il tema della posizione di alcune figure professionali, ma questo per carenza di professionisti in quelle aree dove abbiamo già nelle croniche criticità e ovviamente criticità potrebbe essere anche la necessità di dover sviluppare competenze necessarie per la gestione Covid in un tempo relativamente breve da personale ovviamente dedicato ad altre attività. Ovviamente i cambiamenti continui hanno generato una fase di stress inevitabile nel personale sanitario.

Volendo fare un focus sulle risorse umane, il grande aiuto è stato dato dalla possibilità di poter attivare dei contratti di collaborazione Covid. Ovviamente noi partivamo da una situazione di difficoltà che riguardava soprattutto l'area critica della dell'emergenza, sia per quanto riguarda gli organici dei Pronti soccorsi, piuttosto che la Anestesia e Rianimazione, così come anche in area medica, come nella parte pneumologica avevamo delle difficoltà.

Lo stesso Dipartimento di prevenzione, abituato a una gestione "ordinaria" dell'attività, ha dovuto ovviamente sospendere tutto l'attività di routine per dedicarsi a tempo pieno alla gestione di questa epidemia.

Sicuramente questi sono stati degli elementi che hanno condizionato l'andamento delle attività sanitarie, per quanto c'è stato poi comunque un grande sforzo, dal punto di vista delle assunzioni, che poi vedremo.

Questa era solo una foto di sintesi della seconda ondata, per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

evidenziare come, nonostante la conversione del Covid Hospital di Santorso, nella seconda ondata questo è riuscito a meglio riorganizzare le attività, ad avere 200 letti per pazienti Covid, ma a mantenere circa 140 letti anche per pazienti negativi. I percorsi del materno-infantile, quello dell'oncologia e della dialisi sono stati preservati, come anche quello della salute mentale, e in più, rispetto alla prima ondata, quando c'era stato anche uno spostamento delle urgenze chirurgiche su Bassano, nella seconda ondata Santorso è riuscito anche ad avere, oltre alla sala Covid per le emergenze, un'autonomia organizzativa nel garantire almeno 3-4 sale operatorie per pazienti negativi.

Questa è un'altra diapositiva che evidenzia sempre l'andamento dei ricoveri e quindi facciamo un rapido focus su quella che è un'altra criticità, cioè il personale risultato positivo al Covid; qui, nel dettaglio, possiamo andare a vedere, anche per profilo professionale e per anno, il numero di casi positivi che abbiamo avuto, quindi non solo nelle due ondate, ma fino a questo momento.

In merito al reclutamento delle risorse, volendo dare un po' di dati e entrando un po' nel focus, durante la prima ondata abbiamo assunto come personale dipendente 16 infermieri e un OSS; con incarichi di lavoro autonomo abbiamo assunto 36 medici, 18 del comparto e 19 medici USCA.

Questi dati diventano ancora maggiori nella seconda ondata, allorquando la numerosità complessiva porta a 59 medici USCA assunti e come medici lavoratori autonomi 80 e del comparto 39; continuiamo le assunzioni anche di personale dipendente fino ad avere 94 infermieri, 13 OSS e un medico. Quindi, come vedete, questa è la numerosità complessiva.

Chiedo alla dottoressa Galeazzo, se vuole spiegare nel

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dettaglio questa diapositiva.

dott.ssa Marilena GALEAZZO (Dirigente delle Professioni Sanitarie AULSS n. 7 "Pedemontana")
Questa diapositiva ci dice il personale che è stato assunto come extra turn over, sostanzialmente, quindi personale che ci è stata data la possibilità di assumere in più rispetto alle dotazioni che erano normalmente previste.
Siamo riusciti ad assumere soprattutto infermieri, in particolare nella seconda ondata, che sono stati 114 e il personale OSS necessario. È rimasta la difficoltà di reclutare assistenti sanitari…

Presidente
Dottoressa, mi scuso, se può darci il nome, perché così viene scritto a verbale.

dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana")
È la dottoressa Galeazzo, Dirigente della professione sanitaria.

Presidente
Perfetto. Grazie, Direttore.

dott.ssa Marilena GALEAZZO (Dirigente delle Professioni Sanitarie AULSS n. 7 "Pedemontana")
Grazie a voi.
Stavo dicendo che praticamente è rimasta la difficoltà, nonostante le autorizzazioni date dalla Regione di reclutare in particolare le figure di assistente sanitario, di tecnico

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di laboratorio e di tecnici della prevenzione.

Nella tabella 2 vediamo come è avvenuta la distribuzione del personale: in particolare il numero più elevato di infermieri è stato attribuito all'interno degli ospedali e sul territorio personale che, soprattutto nella seconda ondata, si è occupato di attività relative ai punti tampone e vaccini successivamente.

In questa tabella si vede ulteriormente come è stata la distribuzione del personale infermieristico, ma nella quota totale, nel senso di personale che è stato ridistribuito e che già lavorava all'interno dell'ULSS 7 Pedemontana, quindi con i relativi trasferimenti, perché l'aspetto organizzativo e riorganizzativo più importante che ci ha impegnato è stato proprio anche quello di andare a distribuire personale in maniera tale che queste nuove unità operative fossero in grado di fare la propria attività.

Quindi possiamo vedere un dato totale: nella prima ondata il personale infermieristico e non solo, ma anche i tecnici di laboratorio piuttosto che ostetriche, piuttosto che autisti, che sono stati impegnati e corrisponde a una quota di 784 unità proprio solo su attività correlate al Covid.

Nella tabella successiva vediamo che anche con la seconda ondata il personale che ha lavorato in attività correlate al Covid più o meno si equivale. La differenza è che ci sono 108 infermieri in più assunti. Questo ci ha permesso ovviamente di mantenere altre attività di tipo binario.

Abbiamo messo un dettaglio legato alla formazione in quanto, come dicevo prima, la difficoltà reale è stata quella di riorganizzare i reparti, di inserire il personale che fino a quel momento aveva fatto e aveva seguito altre tipologie di pazienti. Quindi sono stati fatti dei corsi di formazione,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

soprattutto quelli relativi alla vestizione e alla svestizione e all'utilizzo corretto dei DPI, attività che praticamente funzionavano dalla mattina alla sera con corsi e formatori in aula nell'arco di tutta la giornata in maniera tale che il personale potesse usufruire di questa parte operativa perché erano corsi molto pratici.
Qui c'è l'elenco di tutta la formazione che è stata fatta che ha coinvolto 1.043 operatori solo su questo tema.
Nella slide successiva vediamo poi i corsi che sono stati istituiti sulla ventilazione meccanica non invasiva e anche in questo caso sono stati dei corsi dove c'era una parte teorica, ma soprattutto c'era anche la parte pratica per affrontare l'emergenza Covid.

dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana")
Lasciamo la parola al dottor Antico che è il primario di laboratorio per tutta la parte dei tamponi e tracciamento.

dott. Antonio ANTICO (Direttore Laboratorio Analisi AULSS n. 7 "Pedemontana")
Buongiorno.
Velocemente per stigmatizzare quello che è stato l'andamento della nostra Azienda proprio nell'affrontare la situazione emergenziale. Praticamente quando ci siamo resi conto che non erano più sostenibili i tempi con cui il laboratorio di riferimento individuato ci dava le risposte, abbiamo, come diceva prima il dottor Simoni, abbiamo cercato di attrezzarci e di fornire delle diagnostiche in tempo utile perché potessero essere presi provvedimenti.
Abbiamo capito fin da subito che l'organizzazione vincente

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

doveva essere in rete perché i due, i tre nosocomi per le loro peculiarità necessitavano ovviamente di un servizio immediato. Quindi, come potete vedere, siamo partiti con quello che avevamo in casa all'inizio. Poi il 27 di marzo siamo stati in grado di acquisire la strumentazione, che citava prima il dottor Simoni, e quindi in pratica abbiamo riconvertito il nostro settore di Biologia molecolare e l'abbiamo trasformato in settore Covid. Ovviamente questo ha comportato anche la formazione di un'équipe dedicata, un'équipe che poi è stata strutturata per lavorare in pratica h24. Vedete come dal 20 di marzo, dal 27 di marzo il numero di tamponi è andato via via crescendo e quindi da un numero di 4, 500 tamponi al giorno siamo arrivati a produrne più di 1.200 nel mese di maggio in cui abbiamo organizzato sei turni.

Questo in pratica per stigmatizzare anche le quattro fasi, vedete come i tamponi molecolari, che erano gli unici disponibili per la diagnostica, siano andati via via aumentando, da 3.500 siamo andati a raddoppiarli, anzi quasi praticamente a triplicarli nei mesi successivi, fintanto che poi vediamo come nel mese di ottobre del 2020 cominciano a comparire - come il documento citato prima dal dottor Scibetta - migliaia di tamponi antigenici che davano la possibilità di essere molto più sensibili, ovviamente molto più rapidi, ma anche di moltiplicare i numeri con cui questa diagnostica poteva essere governata.

Vedete anche come dal mese di settembre cominciamo le prime applicazioni in Pronto Soccorso, soprattutto i test molecolari rapidi che consentivano una risposta veloce in tempi molto brevi.

Andiamo avanti, vedete come quindi poi la situazione si è, rispetto alle altre fasi, c'è una pandemia da ottobre a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

gennaio, ma anche quella che va in pratica da marzo a maggio, c'è stato un susseguirsi di aumento di numeri sia per i tamponi molecolari - vedete qui tracciati in giallo - sia per i tamponi antigenici che ci hanno consentito di fornire un servizio ovviamente anche per quelle che erano quelle strutture che pian pianino stavano riprendendo, soprattutto mi riferisco alle scuole o a tutti anche i centri diurni o le case di riposo che avevano necessità di essere ovviamente governate.

Finisce questo excursus. Vedete i numeri che abbiamo a novembre/dicembre del 2021, in cui, oltre che un'impennata ovviamente degli antigenici, abbiamo anche un'impennata dei molecolari e praticamente in questa fase è stata la fase di più difficile gestione perché veramente i numeri sono stati importanti.

Per poi finire poi nella prima slide. Vedete, come veramente i problemi siano aumentati in maniera significativa sia da un punto di vista antigenico ma soprattutto anche dal punto di vista molecolare. Diciamo che siamo riusciti con questa tipologia di organizzazione in due ospedali che lavoravano in rete a mantenere i tempi di risposta intorno a 48 massimo 72 ore.

Devo citare, per onor del vero, che questo è un po' l'andamento che tutte le 14 microbiologie del Veneto hanno condiviso, sia il percorso dell'introduzione degli antigenici, sia l'introduzione poi del potenziamento dei molecolari. Fondamentale è stato l'apporto dato da Azienda Zero: ovviamente l'aumento che vedete progressivo dei numeri è stato possibile sia per la fornitura di nuove strumentazioni ma soprattutto ci ha garantiti tutti i reattivi di cui avevamo bisogno, perché vi ricordo che all'inizio mancavano solo i dispositivi, ma anche le plastiche e i reattivi per fare la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

gestione di questa diagnostica.

Questa gestione coordinata dalla Regione, ma soprattutto le 14 microbiologie che sono messe insieme per condividere il percorso, secondo me è stato sicuramente vincente.

dott. Antonio DI CAPRIO (Direttore Sanitario AULSS n. 7 "Pedemontana")

Stiamo andando verso le ultime diapositive. Due rapidi flash su quello che è, come aveva anticipato, l'organizzazione dei punti tampone. Nella prima ondata erano dei tamponi solo molecolari e somministrati solo ai dipendenti, ambulatori punti tampone attivarmi presso gli ospedali e presso successivamente Marostica e Schio, le sedi territoriali. Dal 14 agosto 2020 per le persone rientrate dalla Croazia e dall'estero.

Successivamente nella seconda ondata, ovviamente viene ad ampliarsi anche la fascia di disponibilità a chi effettuare il tampone. I punti tampone vengono aperti sette giorni su sette, vengono introdotti test rapidi dal 15 ottobre 2020. Quindi c'è tutta una organizzazione che prevede anche un monitoraggio puntuale che la Regione ci chiede in merito all'attività dei Covid-point. Come qui vedete, questo è un report di monitoraggio che veniva direttamente recepito dalla Regione, andando a compilare un file. Quindi tutto era tracciato ed era ovviamente in linea con le indicazioni regionali.

Anche per quanto riguarda questa attività, numeri importanti: c'è stato il supporto e l'estensione anche del personale amministrativo, quindi assunzioni che hanno riguardato non solo il comparto sanitario, ma anche la parte amministrativa. Questa è la numerosità dei tamponi effettuati presso i punti tamponi aziendali della nostra azienda dal 01° ottobre 2020 al

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

30 settembre 2021. E vedete che sono numeri veramente importanti, che sono via via cresciuti anche nella ultima purtroppo quarta ondata.

Le ultime tre diapositive sono un rapido flash su quella che è la questione dei DPI. Come è stato detto prima, Azienda Zero aveva la regia centrale della distribuzione. La prima consegna è stata effettuata il 6 marzo 2020 e anche lì c'era un monitoraggio puntuale, costante e quotidiano delle scorte e quindi, in caso di necessità, venivano inviati in tempo reale. Per quanto riguarda poi le attrezzature biomedicali acquisite con fondi del Commissario straordinario, abbiamo fatto investimenti pari a circa 1.326.000 euro per quanto riguarda tutte le attrezzature collegabili all'emergenza Covid e come faceva riferimento il dottor Simoni, anche in merito alle donazioni: è circa un milione la cifra donata per la quale sono state poi fatti acquisti e fatte donazioni in merito a ecografi, ventilatori, ecocardiografi.

dott. Carlo BRAMEZZA (Direttore Generale AULSS n. 7 "Pedemontana")

Grazie, Presidente.

Se avete delle domande, siamo a disposizione.

Presidente

Grazie. Ci sono domande? Non mi pare ci siano domande. Chiediamo chiaramente se potete mandarci le slide, così riusciamo anche ad approfondirle.

Vi ringraziamo, augurandovi buon lavoro e buona giornata, a lei e chiaramente a tutto lo staff dell'ULSS.

Adesso proseguiamo con l'Azienda ULSS 8 Berica.

Dovrebbero essere collegati la dottoressa Maria Giuseppina

Bonavina e il dottor Giovanni Pavesi.

dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Considerato che mi sono insediata il 1° marzo 2021, Giovanni, inizi tu?

Presidente
Dottor Pavesi, prego.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Buongiorno. Si sente?

Presidente
La sentiamo in sottofondo, ma non sentiamo bene.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Mi avvicino.
Buongiorno, Presidente. Grazie dell'invito…

Presidente
La sentiamo ancora con un volume bassissimo. Se può alzare il microfono, cortesemente.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Ora ci provo. Si sente?

Presidente

Malissimo, proprio in sottofondo.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")

Se inizia la dottoressa Bonavina, intanto vedo di riuscire a sistemarlo meglio.

Presidente

Va bene. Grazie.

Può iniziare lei, dottoressa? La ringrazio.

dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")

Sì, senz'altro.

È stato detto praticamente tutto, perché tutte le Aziende sanitarie del Veneto hanno lavorato su chiari indirizzi della Regione del Veneto, attuando tutti quelli che erano gli indirizzi dati.

Dal 30 gennaio 2020 in particolare fino al 23 febbraio 2020, che sono le date dell'istituzione della task force in Regione, con successiva istituzione delle task force aziendali, la dichiarazione dello stato di emergenza e i primi decreti ministeriali, la sanità nazionale, e io parlo di quella del Veneto, ha dovuto modificare totalmente l'assetto che si era data e il modo di lavorare. La conditio positiva di questa situazione, che di positivo ha avuto poco, è sicuramente la costituzione di una forte rete sanitaria, rete sanitaria in cui è prevalsa l'organizzazione, che è attribuibile alla rete delle microbiologie, che ha dato gli indirizzi su tutto quello che abbiamo sentito fino adesso, quindi la metodologia per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'esecuzione dei tamponi, la tipologia dei tamponi, la rete delle terapie intensive. Non dimentichiamoci, infatti, che ci siamo mossi tutti centralizzando quelle che erano le necessità, quindi l'imprimatur era sempre della Regione, così come quello dei trasferimenti dei pazienti.

Nella gestione di questa pandemia, quindi, sono state sicuramente risolutive le direttive del Governo regionale e, in particolare gli screening che sono stati messi in campo. Non dimentichiamoci che inizialmente lo screening riguardava esclusivamente la popolazione sintomatica, perché non avevamo conoscenze e competenze tali di questo virus, quelle che, invece, abbiamo oggi. Gli screening sono stati, quindi, sulla popolazione sintomatica, sui dipendenti dell'ULSS 8, sugli ospiti e gli operatori dei centri servizi per anziani e delle strutture nell'area disabilità. Come? Partendo con tamponi molecolari, e nell'ULSS 8 già a far data, se non vado errata, dal 22 febbraio 2020, ne sono stati eseguiti nel mese di febbraio 67 – credo che sia una delle Aziende che ne ha eseguiti di più – riscontrando 8 positivi. Poi, a far data da luglio 2020 sono stati introdotti i tamponi antigenici o, comunque, rapidi (come si vogliano chiamare).

Nell'ambito dell'organizzazione, a far data da marzo 2020 è entrato il contact tracing, chiaramente chiamando a raccolta il personale dei SISP e le prime figure professionali che venivano indirizzate verso questa attività.

Per quel che riguarda l'area gestionale e organizzativa nell'ambito del Covid sicuramente le risorse umane sono state di fondamentale importanza, molto di più che non quelle strumentali. Quindi le assunzioni sono state fatte con una serie di metodologie che fino a quel momento erano sconosciute.

Vorrei ricordare la manifestazione di interesse che ha messo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in campo Azienda Zero per tutti coloro che avevano intenzione di lavorare in questo ambito, manifestazione di interesse che ha interessato anche i pensionati della pubblica Amministrazione, poi il soccorso degli specializzandi, dei neo laureati e poi ciascuna azienda ha messo in campo avvisi per contratti liberi professionali e quant'altro.

Siamo stati impegnati in una gestione di magazzino dei dispositivi di protezione individuale con un coordinamento delle forniture da parte della Protezione Civile, poi gli acquisti, le donazioni e soprattutto la equa distribuzione tra ospedale e territorio dei dispositivi.

Vorrei ricordare che a fronte di, per esempio, in un ambito ospedaliero come l'hub San Bortolo, a fronte dell'utilizzo di 6.000 camici giornalieri, siamo arrivati a utilizzarne 140.000 e questi numeri sono andati sempre crescendo. Sono stati attivati dei mezzi Covid per i trasporti esterni, attraverso anche la collaborazione con associazioni di volontariato.

Nell'ambito dei trasporti interni, soprattutto chi, come me, è medico igienista, abbiamo fatto un bel ripasso dei percorsi sporchi e puliti utilizzando quelli che sono i seminterrati, i corridoi, in modo che non ci fosse promiscuità tra pazienti chiamiamoli sporchi, come si chiamano in gergo, quindi Covid positivi, e pazienti che invece non erano Covid. Sono state messe in campo delle procedure organizzative che non sono proprie della gestione ordinaria degli ospedali, perché? Perché sono stati contingentati gli ingressi in ospedale limitandoli e permettendoli esclusivamente a pazienti urgenti, oncologici e prestazioni non procrastinabili. Tutto questo è stato fatto anche nelle case di riposo, andando un attimino a scombussolare quella che è la nostra reale mission. Gli ospedali avevano corridoi vuoti e c'erano solo pazienti,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

peraltro distanziati l'uno dall'altro, perché? Perché abbiamo messo in campo, come tutti, quelli che erano gli indirizzi o come li aveva identificati il Ministero della Salute, l'Istituto Superiore di Sanità, i 10 comportamenti da seguire per sopravvivere a quella che poi è diventata una pandemia.

Basta leggere i 10 comandamenti per rendersi conto che la conoscenza di questo virus è stata realmente molto graduale e questo giustifica anche quelli che sono gli indirizzi che inizialmente qualcuno diceva essere in contrasto l'uno con l'altro, ma la conoscenza del virus avveniva giorno per giorno.

Abbiamo parlato di polmonite da Coronavirus. Oggi sappiamo che il Coronavirus è una (inc.) multiorgano.

Abbiamo sentito parlare di miocarditi, di interessamento del sistema nervoso, ci sono una serie di situazioni. Solo con la conoscenza siamo arrivati ancora a non battere, ma a governare, per quanto possibile, il virus. Certamente quello che ci è venuta incontro è la filiera dell'intensità di cure, cioè la suddivisione dei pazienti in funzione di quella che era la gravità del percorso clinico. I pronto soccorso sono stati chiamati in causa e, da una parte, presi d'assalto da sintomatologie Covid o, qualche volta, simil Covid, dall'altra sono quasi pressoché spariti i pazienti ordinari, quelli che avevano situazioni non impellenti e non urgenti. Quindi, è stata attuata un'appropriatezza di accesso ai pronto soccorso.

Sono un ottimista e cerco il positivo in ogni cosa.

La differenza sostanziale – poi andremo a parlare dei numeri dell'Azienda ULSS 8 – tra la prima e la seconda ondata è stata che nella prima ondata sicuramente c'era un attimo di disorientamento davanti a una situazione che nessuno conosceva e davanti a un virus che scientificamente ci diceva francamente molto poco, anche perché cambiava di giorno in giorno, mentre

nella seconda ondata con l'aumento dei tamponi effettuati e, di conseguenza, dei casi positivi, perché l'incidenza è sempre legata al numero di prestazioni che uno mette in campo, quello ci ha messo sicuramente in difficoltà, ha messo in difficoltà tutte le Aziende, perché francamente c'è stato un balzo dei soggetti positivi.

I protocolli di gestione che sono stati messi in campo sono protocolli organizzativi e protocolli operativi. Uno per tutti, mi permetto di parlare della formazione che è stata messa in campo nel personale che operava in reparti Covid, ma anche in quelli non Covid, perché doveva comunque essere messo a conoscenza di che cosa avveniva, formazione che è stata indirizzata in particolare all'utilizzo dei dispositivi attraverso video e attraverso call in cui veniva spiegata la vestizione del personale e soprattutto la svestizione, che è il momento più complesso, per evitare qualsiasi contaminazione. Siamo passati, poi, con i protocolli delle istruzioni operative per la gestione dei campioni del Coronavirus, le linee guida operative sulla gestione del Coronavirus. Tutte queste cose sono state fatte certamente in autonomia dalle Aziende, ma in modo trasversale perché comunque l'imprimatur veniva dato dalla Regione.

Vorrei sottolineare, perché altre cose sono già state dette dai colleghi, la trasmissione del Piano di sanità pubblica con la delibera di Giunta n. 344 del 17 marzo 2020, che dava tutte le indicazioni sugli isolamenti, i tracciamenti, l'utilizzo dei dispositivi e ogni altra azione messa in campo per tenere lontano il virus.

Abbiamo praticamente cambiato gli ospedali, anche l'assetto strutturale degli ospedali. Presso l'ospedale di Vicenza sono stati organizzati corridoi, che sono diventati moduli di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

terapia intensiva, devo dire in modo eccellente. Io li ho visti a posteriori, però in modo francamente eccellente. Sono stati gestiti cluster all'interno dei reparti, e come sono stati gestiti? In due modi, sostanzialmente: uno, gestendo con isolamenti interni al reparto, se i numeri lo consentivano; due, trasformando totalmente il reparto in reparto Covid. Questa metodologia è rimasta in ogni fase di recrudescenza del virus, fino alla quarta. Ancora oggi abbiamo dei reparti che sono ancora Covid.

I protocolli di gestione hanno riguardato chiaramente anche l'area territoriale e sono andati dalla formazione integrata, quindi col quotidiano, col personale, con le Direzioni delle case di riposo, comunicazioni formali con i centri diurni per anziani e disabili che, vorrei ricordare, sono stati chiusi il 9 marzo del 2020; la fornitura dei dispositivi di protezione individuale, che continua a tutt'oggi; i piani di isolamento dei soggetti che diventavano positivi al virus nelle case di riposo; non ultime - e anche queste continuano tutt'oggi - le informative ai Sindaci che hanno riguardato dalla sospensione delle attività ordinarie al numero di positivi che ciascuno aveva nel suo Comune.

Abbiamo sintetizzato. Gli aspetti qualificanti: sicuramente possiamo aggiungerci il triage c per l'accesso all'ospedale e quindi seguendo determinate regole e norme ed è stato organizzato già dal 5 marzo 2020. I primi sono nati anche attraverso la collaborazione con la Protezione civile, che ha fornito delle tende che sono state messe proprio per costituire il triage. Andando avanti, l'istituzione - questo avviene a fine 2020, inizio 2021 - dei centri di vaccinazione per la popolazione e i punti tampone distribuiti sul territorio. Chiaramente nei centri di vaccinazione il problema è stato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anche quello di convogliare personale idoneo e preparato e ne abbiamo avuto bisogno, dopo vedremo i numeri, ma ne abbiamo avuto bisogno di tanto.

Una delle situazioni oltre al fatto di aver spopolato gli ospedali, cioè l'accesso all'ospedale era solo per chi aveva prestazioni non procrastinabili e abbiamo già detto che ha modificato un pochino la mission, ma abbiamo dovuto anche sospendere su indicazione del Governo centrale inizialmente, del Ministero e la trasmissione dalla Regione nella prima fase tutte le attività che non erano urgenti e che non erano collegabili al Covid. Questo ci ha insegnato razionalmente a riorganizzare alcune strutture per cui questo è avvenuto solo nella prima fase, in cui sono stati sospesi anche gli screening oncologici. Successivamente non sono più stati sospesi e quindi abbiamo continuato in parallelo all'attività correlata al Covid, la gestione del paziente Covid, abbiamo continuato a erogare prestazioni che hanno visto alti e bassi, che però ci hanno consentito, per esempio, nel 2021 di avere un'attività più o meno sovrapponibile all'attività 2019, cioè antecedente al Covid.

Il crollo più pesante dell'attività l'abbiamo avuto nel 2020. Gli aspetti totalmente critici sono quelli che abbiamo già detto: la sospensione delle attività aziendali di cura e di riabilitazione, sia ospedaliere che territoriali, salvaguardando ripeto, quelle che non erano procrastinabili, quindi dalla psichiatria all'oncologia e via dicendo.

Nella prima fase, l'abbiamo già detto, la sospensione degli screening di prevenzione, la difficoltà a reperire, nonostante tutti i mezzi messi a disposizione, personale, non dico neanche qualificato, ma personale in genere, in particolare infermieri e personale tecnico-sanitario. Non nego che ognuno di noi ha

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

avuto anche delle problematiche, se non altro morali. Pur rendendosi conto di lavorare in uno stato emergenziale, l'impatto sul bilancio aziendale della pandemia da Covid era comunque un qualcosa che avevamo sempre ben in mente.

Continuando a parlare delle difficoltà, metterei al primo punto una situazione relativa alla motivazione che ciascuno di noi doveva dare al personale, una cosa che io ho sentito molto, perché il personale si è trovato in una situazione sicuramente di stress lavorativo, perché l'ignoto dà stress, ma si è trovato in una situazione di dover acquisire delle nuove competenze, soprattutto in un momento in cui le tempistiche per mettere in atto i cambiamenti erano repentine. In altre parole, sapevamo da adesso a tra un'ora che dovevamo organizzare determinate cose. Quindi, la motivazione del personale – lo ripeto – io l'ho sentita molto e ho cercato anche di metterla in atto – sto parlando del precedente incarico, ma credo di poterlo dire serenamente – coinvolgendo direttamente il personale in ogni situazione che veniva messa in campo. Nell'Istituto Oncologico Veneto, da cui provengo, ci sono almeno quattro faldoni in cui sono conservate, alla stregua di quello che diceva il dottor Simoni, circolari inoltrate a tutto il personale, legate alle indicazioni che quotidianamente e anche più di una volta al giorno ricevevamo sia dal livello ministeriale sia dal livello regionale. Questa è una cosa, secondo me, da sottolineare

Proprio parlando di personale relativamente all'Azienda ULSS 8, quelle che sono state le difficoltà della gestione le abbiamo dette, adesso proviamo a vedere dei numeri. Nell'anno 2020 tra dirigenti medici, 57, comparto sanità, infermieri e tecnici, 208, comparto tecnico, quindi gli OSS, 58 e altre tipologie di ruoli, 7, sono state acquisite 330 figure

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

professionali. Nel primo semestre 2021 diventano 686. Un'altra difficoltà è stata quella di trasferire il personale da un'attività in cui era formato ad attività strettamente correlabili al Covid. Parliamo di 271 persone che dal 1° marzo 2020 al 31 agosto 2020 sono state trasferite dalla loro ordinaria attività ad attività Covid correlate. Dal 1° settembre 2020 al 30 aprile 2021 621 sono state indirizzate ad attività Covid correlate. Dal 1° maggio 2021 a tutt'oggi 342. Questo è stato attuato anche nelle case di riposo, che chiaramente, per la carenza di personale, per le situazioni particolari in cui si erano trovate, sono state supportate dall'Azienda ULSS 8 per un totale di 146 infermieri e 21 OSS. A tutt'oggi, 27 infermieri sono ancora assegnati alle case di riposo. Le criticità legate all'attività di tracciamento e di tampone sono state già segnalate da tutte le aziende e dall'inizio della mia relazione.

Adesso andremo a vedere i numeri: dall'inizio, dal febbraio 2020 al febbraio 2022, l'ULSS 8 ha effettuato 2.433.030 tamponi tra molecolari e antigenici. Chiaramente il numero balza dal settembre del 2021 ad oggi, con una punta massima a gennaio 2022.

Un'altra difficoltà che si riscontra, ma a tutt'oggi è così, è che le attività messe in campo sono dipendenti dai (inc.) della pandemia, quindi avete sentito il numero di persone che abbiamo messo in campo oltre a quelle che già erano inserite, per esempio, nel SISP, nel servizio di igiene pubblica, quelli che quotidianamente facevano questo tipo di attività. Quindi, ragioniamo in termini di un migliaio di persone tra pazienti Covid da seguire in reparto e i dipendenti che seguivano invece tamponi e vaccinazioni.

Siccome le attività dipendono dai (inc.) della pandemia,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'aspetto principale è legato al fatto di una programmazione complessa, che è anche corretto, visto che siamo in emergenza e la programmazione nell'emergenza ha tutto un altro aspetto della programmazione nelle attività ordinaria, però la sensazione di dimettere troppo personale, per esempio alle vaccinazioni, quando in quel periodo magari le vaccinazioni erano in calo per una serie di motivi. Magari arrivava al quarto giorno che le vaccinazioni erano in calo, decidevi di togliere tra linee vaccinali e improvvisamente arrivava tutta la popolazione a volersi vaccinare. È complesso anche fare un'organizzazione di questa tipologia.

Ultima cosa. Nel mese di dicembre - e questo l'abbiamo appurato con le vacanze scolastiche, è stata un'evidenza scientifica, la possiamo chiamare - sono esplosi le positività scolastiche, che abbiamo visto arrivare al 20 dicembre con picchi di 700 classi in osservazione per poi crollare improvvisamente quando sono iniziate le vacanze di Natale e ripartire esattamente nello stesso modo il 7 gennaio quando i ragazzi sono rientrati in classe. Questo ha scombussolato un pochino.

Oggi, essendo modificati i criteri con cui metti in osservazione una classe o la metti in quarantena, la situazione diciamo che è governabile e gestibile.

Io ho delle slide che non ho però messo perché abbiamo un piccolo problema. Se è possibile trasmetterle dopo riportano insomma i dati riferiti a quello che vi ho appena raccontato. Se per lei va bene…

Presidente

Va benissimo. Grazie, dottoressa.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)

Perfetto. Dottor Pavesi.

Presidente

C’è in collegamento il dottor Pavesi? No.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)

Mi sente, Presidente?

Presidente

No.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)

Provo ad alzare il volume.

dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)

Diciamo se hai qualcosa da aggiungere, Giovanni.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 “Berica”)

Prego.

Presidente

Se ha qualcosa da aggiungere rispetto alla relazione che ha fatto la dottoressa.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Sì, certo. Le chiedevo se mi sentiva.

Presidente
Molto male.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Di più non riesco.

Presidente
Possiamo provare col telefono. Magari lo mettiamo in vivavoce sul microfono

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Spero che vi arrivi la mia voce.

Presidente
Le faccio una proposta, perché non riusciamo proprio a sentirla. Magari la mettiamo a video in modo che la vediamo. Se possiamo chiamarla, proviamo a metterla in vivavoce sul microfono, perché altrimenti non riusciamo proprio a sentirla. So che è un uso alternativo della tecnologia, ma è l'unica soluzione che mi viene in mente.
La chiama il dottor Capuzzo e la mettiamo in vivavoce.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
D'accordo.

Presidente

Un attimo solo.

Perfetto, dovrebbe arrivare la telefonata. Proviamo a metterla vicino al microfono. Deve staccare il microfono del computer.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")

Mi sente?

Presidente

Adesso sì. Rimbomba un po'. Se possiamo abbassare l'audio del mio microfono. Proviamo di nuovo. Provi a parlare.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")

Mi sente?

Presidente

No, niente. C'è un'interferenza con il telefono, quindi non riusciamo.

Riproviamo ad attivare il microfono del computer e vediamo se funziona. Provi, dottore, con il computer.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")

Mi sente?

Presidente

No. È al massimo il microfono? Noi la sentiamo come se il microfono fosse molto, molto basso.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
È al massimo. Mi sente meglio?

Presidente
No, niente proprio. Sempre peggio.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Provo a uscire e mi ricollego velocemente.

Presidente
Sì, ecco, proviamo a fare così.

dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Nel frattempo, Presidente, se c'è qualche domanda…

Presidente
Qualche Commissario ha qualche domanda da fare? No, non ci sono domande.

dott.ssa Maria Giuseppina BONAVINA (Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Grazie.

Presidente
Ecco qua, riproviamo.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")

Penso sia un problema di linea. Mi sente?

Presidente

No, è bassissimo. Non so se si riesce ad alzare di sopra un po' il volume dell'Aula, ma comunque è lui.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")

Penso proprio sia un problema di linea.

Presidente

Adesso l'abbiamo sentita.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")

Se mi lascia ancora due minuti, provo a collegarmi da una posizione diversa. Provo. In pochi minuti mi trasferisco.

Presidente

La stavamo sentendo, però, adesso, dottore.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")

Mi sente meglio?

Presidente

Sì, assolutamente. Se vuole, siamo pronti.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")

Intanto grazie dell'invito, Presidente.

Oggettivamente, come ha detto lei, ho poco da integrare dalla relazione che ha fatto la dottoressa Bonavina e da quelle che ho sentito dai colleghi precedentemente. Sono stato Direttore in tutte le due prime ondate. Ricordo che la ULSS 8 "Berica" è in linea d'aria con l'ospedale di Noventa, l'ospedale più vicino al primo caso di Covid positivo nel Veneto.

Cerco di rispondere velocemente ad alcuni quesiti che voi ponete nella lettera che mi avete trasferito. Uno è un tema organizzativo di governance. L'azienda aveva già la fortuna di essere organizzata sul fronte ospedaliero con un centro hub che è l'ospedale San Bortolo di Vicenza e tre ospedali spoke, praticamente quelli Noventa, di Arzignano e di Valdagno. La scelta che venne fatta, ad contrarium, fu quella di riservare in un unico ospedale attività solo pulita, che fu quello di Arzignano, mentre sia su Vicenza, che su Valdagno che su Noventa vengano trasferiti sia nella prima fase che nella seconda ondata i pazienti Covid positivi.

La terapia intensiva di Vicenza fu l'unica terapia ad accogliere pazienti… (inc.). Nonostante questo, però, si riuscì a garantire un'attività chirurgica, quella in emergenza di alcune altre specialità, che servivano tutta la Provincia, parlo della cardiochirurgia e della neurochirurgia, anche nei momenti peggiori del Covid.

La prima ondata paradossalmente è stata meno impattante di quanto non sia stata la seconda, anche per un fatto che non viene sottolineato abbastanza di un contesto sociale molto diverso: nella prima ondata assistemmo a una disciplina e a una situazione di rispetto delle regole Covid da parte di tutta

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

la popolazione, nella seconda fase fu più difficile mantenere, anche comprensibilmente, lo stesso ordine della prima.

Abbiamo avuto nella seconda fase alcune aree della (inc.) proprio parlo soprattutto dell'Alta Valle dell'Agno, in cui cercammo di introdurre elementi di controllo e di restrizione delle attività ancora maggiori rispetto a quelli che la zona arancione in quel momento richiedeva. Non fu facile con alcune Amministrazioni in cui ottenemmo pochi aggravamenti rispetto alle regole già strette che c'erano.

Possiamo dire generalmente che il servizio dell'azienda ritengo sia stato all'altezza della situazione, parlo dell'area ospedaliera dove, come è stato spiegato prima, l'Ospedale San Bortolo ebbe tutti i percorsi e le proprie (inc.) praticamente sconvolto poca parte dell'ospedale non viene interessato a ricoveri Covid, pur mantenendo delle aree pulite.

L'ospedale di Noventa cessò quasi completamente la propria utilità pulita per destinare tutto l'ospedale al ricovero Covid, un ricovero Covid in media intensità, quindi ripeto non terapia intensiva. Arzignano (inc.) venne mantenuto alle attività pulite mentre Valdagno lentamente, che all'inizio aveva trasferito i pazienti in fase di dismissione, fu alla fine un ospedale che arrivò a ricoverare 100 pazienti Covid.

Particolare sottolineatura va fatta, forse non l'abbiamo fatto abbastanza e serve anche alla Commissione, sul tema in vi è attorno all'ospedale, su tutta l'area della prevenzione. Bisogna dire che la prevenzione non era preparata ad un'attività di contact tracing così crescente, così importante. Venne destinata un'area specifica che prima non esisteva pressi dell'ospedale San Bortolo e venne integrato il personale con altre risorse.

La letteratura ci ha insegnato che oltre i 50 casi ogni 100.000 abitanti contact tracing rischia di essere attività poco utile, purché non venga invece concentrata solamente su determinate comunità ristrette: parlo delle case di riposo, parlo di alcuni contesti come possono essere, per esempio, i carceri.

Una attività diffusa di contact tracing con livelli di contagi così alti come assisteremo nella seconda ondata del Covid rischiò di essere un'attività utile, ma sicuramente non incisiva. Venne integrata fortemente la dotazione di chi doveva fare questa attività, ma era gente anche da formare. Quindi, se dovessi dare un consiglio alla Commissione, direi di ri-ragionare le regole del contact tracing nei casi di contagi di queste dimensioni e di questa (inc.).

Un altro tema che va detto è che la dalla prima alla seconda fase il passaggio dal tampone molecolare al tampone antigenico, quantomeno l'introduzione anche del tampone antigienico, sicuramente consentì un'attività di screening molto più diffusa e molto più facile, nel contesto probabilmente in certi casi forse un po' più precisa, soprattutto con i primi tamponi antigenici che il mercato offriva.

Il tema della processazione del tampone è un tema che va approfondito, perché il sistema sicuramente all'inizio – parlo della prima ondata – non aveva tutte quelle dimensioni di dotazione all'interno delle proprie microbiologie in grado di soddisfare tutta la richiesta che in quel momento avveniva. Ma era fisiologico ed era dappertutto. Non era possibile avere tutti quei macchinari che in quel momento avremmo avuto bisogno di avere. Invece, sul fronte della fornitura dei dispositivi di protezione individuale penso che, trascorsa la prima fase,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

si sia data, anche attraverso Azienda Zero, una risposta abbastanza capillare anche nei confronti (inc.).
Adottammo, come tutte le aziende, un sistema di governance abbastanza leggibile. C'è un Comitato di crisi. So che nelle Aziende le dimensioni di questo Comitato di crisi sono state variabili. Noi cercammo (inc.) ma gestibile, nel senso che, accanto alla Direzione Strategica, (inc.) praticamente ogni giorno quelle che sono le figure centrali nell'organizzazione del contrasto e nella medicazione della pandemia. Parlo soprattutto dei responsabili dei reparti di infettivologia, di terapie intensive, di medicina interna e ovviamente (inc.) medica di presidio, la parte dei laboratori, la parte della (inc.) la parte territoriale. La possibilità che avvenne di poter reclutare (inc.) quantomeno di integrare le attività a domicilio, che purtroppo la medicina non era in grado o non fu, forse opportunamente (inc.) di fare, le USCA ci consentirono l'attività clinica domiciliare, che però fu integrata fortemente (inc.) modello da esperti, da specialisti di (inc.).

Presidente
Non la sentiamo più.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Non si sente più?

Presidente
Adesso sì.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")

Scusi.

Affronto l'ultimo tema, che è particolarmente importante, che fu lo screening agli operatori nella prima ondata, sicuramente meno aggressiva della seconda. Lo screening avvenne con una costanza e una protezione dell'ospedale più forte nella seconda, dove la diffusione del virus e il fatto che l'operatore (inc.) rientrasse a casa alla sera in contesti che probabilmente avevano qualche margine di rischio, non ci consentì di essere così isolanti come si sarebbe potuto fare. Però, sicuramente l'attività di screening sugli operatori fu una cosa importante, come la formazione del personale, che è stata accennata prima.

Mi fermerei qui, dicendo che il Covid ha per noi ancora aspetti non completamente chiariti, quindi ogni elemento che pone in posizione di criticità il sistema deve ricordare che avvenne in un contesto in cui non si conosceva (inc.) e le modalità di contrasto. (inc.) aveva la fortuna che (inc.) venendo sostanzialmente da ovest ci anticipava nei numeri e nei comportamenti, quindi riuscivamo quantomeno a intuire quello che sarebbe stato meglio (inc.). Penso che, però, addebiti importanti non ce ne siano stati. Abbiamo avuto qualche problema sulle case di riposo. Sicuramente alcune case di riposo (inc.) adottò comportamenti organizzativi e anche clinico-gestionali (inc.) e assolutamente coerenti, tant'è che i risultati furono (inc.). In altri casi (inc.) una cura della sanità pubblica meno (inc.), ma è comprensibile che non lo fosse. Certe realtà (inc.) non ci consentì di avere risultati altrettanto efficaci.

Non avrei altro da aggiungere perché mi pare che tanto è stato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

detto. Mi pare che dalla azienda 8 vi verranno forniti dei dati a corroborare le (inc.) che abbiamo fatto.
L'ultima considerazione è il forte collegamento e sostegno che abbiamo avuto, lo dico salutando la vicepresidente Cecchetto che ha partecipato anche delle vicende del vicentino in quel periodo, il forte collegamento con realtà amministrative che coinvolgevano settimanalmente quasi ci ha consentito di affrontare… (inc.)

Presidente
L'abbiamo persa completamente.

dott. Giovanni PAVESI (ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica")
Io avrei concluso.

Presidente
La ringrazio. Ci sono domande? No, non ci sono domande.
La ringrazio e le auguro buon lavoro e auguro buon lavoro chiaramente anche la dottoressa Bonavina allo staff che vedevo che l'ha accompagnata durante l'audizione.
Passiamo ora al dottor Girardi, ULSS 9 "Scaligera". È presente?

dott. Pietro GIRARDI (Direttore Generale AULSS n. 9 "Scaligera")
Buonasera, Presidente.

Presidente
Le lascerei subito la parola sui punti che comunque l'avevamo già mandato e che ho illustrato all'inizio e la ringrazio.

dott. Pietro GIRARDI (Direttore Generale AULSS n. 9 "Scaligera")

Cercherò anche di essere conciso perché tanto penso che tanto abbiano già detto. Mi vedete? Perché mi vedo al buio io.

Presidente

Anche noi la vediamo al buio. Adesso la vediamo.

dott. Pietro GIRARDI (Direttore Generale AULSS n. 9 "Scaligera")

Evito tutto quello che è già stato detto dai colleghi, perché tanto il fortissimo coordinamento che c'è stato a livello regionale, che sapete che tutti i giorni ci trovavamo e l'hanno già detto e ripetuto tutti quanti i colleghi, ha permesso che ci fosse una certa omogeneità.

È chiaro che questa omogeneità però diventava o si differenziano proprio negli aspetti peculiari interni alle aziende o comunque esterni, esogeni, perché, per esempio, giustamente prima diceva il dottor Pavesi, noi eravamo avvantaggiati ULSSS 8 di Vicenza perché la pandemia arrivava da ovest, a ovest c'eravamo noi. Il velocissimo impatto, devo dire, che c'è stato a livello regionale era anticipato prevalentemente nella Provincia di Verona, che devo dire, oltre che quello lombardo, e devo dire che tanti pazienti lombardi arrivavano nei nostri ospedali, ma la pandemia si sviluppo prima anche in Trentino: noi eravamo sia a nord che a ovest anticipazione di tutto quello che poi sarebbe comunque successo all'interno della Regione.

L'azienda Scaligera, come anche l'azienda ULSS 6 di Padova, ma poi ci saranno i colleghi che completeranno sicuramente la relazione, ha inoltre la peculiarità di essere un'azienda

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

prevalentemente territoriale con presidi ospedalieri che non sono hub. Tra l'altro nella azienda Scaligera c'è una importante e anche molto qualifica presenza di privato accreditato e peraltro l'ospedale di Negrar, con una fortissima valenza anche di malattie infettive. Questo poteva diventare ed è diventato anche in certi momenti un punto di forza per quanto riguarda la nostra azienda.

Punto di forza che siamo riusciti a sviluppare in modo molto ampio in tutta quanta la Provincia, tanto che ormai è diventato quasi di moda il termine "sistema Verona" perché è tutto il tessuto sociale veronese si è coeso per cercare di combattere la pandemia: la Protezione civile, le forze dell'ordine, la Prefettura, tutti quanti i Comuni abbiamo cercato insieme di arginare quelli che erano i problemi. Io ricordo che tutti quanti eravamo a caccia di presidi, le famose mascherine inizialmente e abbiamo costruito una rete di immobili messi a disposizione degli operatori sanitari sia per i nostri, che cercavano in qualche modo di difendere le proprie famiglie, ma anche è diventato anche attrazione per gli operatori sanitari che in quell'occasione avevano trovato lavoro, peraltro venendo dal sud dove la pandemia era meno sviluppata. A questo punto vi dico anche dei numeri delle assunzioni che abbiamo fatto nel corso degli anni. Tra il 2020 e il 2021 abbiamo avuto occasione di assumere circa 800 persone in forma straordinaria, più 111 USCA. Quindi, è stato anche un momento importante, ma anche di crescita professionale, perché c'è stato un grandissimo confronto e siamo riusciti a innescare sinergie tra le varie qualifiche. Qualche criticità c'è stata, perché abbiamo dovuto far sì che i chirurghi intervenissero in lavori che non erano propri, però in quel momento c'era anche un grosso trasporto, che nella seconda e nella terza ondata

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

pian pianino è diventato sempre minore, fino in qualche caso purtroppo a trasformarsi in burnout. Questo nonostante l'assistenza anche psicologica. Abbiamo fatto corsi, abbiamo fatto punti di ascolto. Insomma, ci siamo comportati un po' come tutti quanti sicuramente all'interno della regione.

Abbiamo attivato moltissimi canali di comunicazione istituzionale con la Prefettura. Quasi tutti i giorni ci trovavamo, ci trovavamo in ambito di Conferenza dei Sindaci tutti i giorni, abbiamo costituito delle chat, che stanno ancora funzionando, con un bollettino che quotidianamente inviamo sia a livello regionale che aziendale, non solo con i Sindaci, ma anche con le Forze dell'ordine, con la Prefettura e con tanti operatori economici, che ci hanno anche dato una mano, perché la raccolta di fondi di cui ho sentito parlare in altre Aziende è stata fatta anche in provincia di Verona. Si sono uniti diversi imprenditori, costituendo un'associazione, e hanno, insieme a noi, deciso di far sì che attrezzature arrivassero nei nostri ospedali, ma anche in quelli delle Aziende ospedaliere. Tant'è che una delle due grosse macchine che a livello regionale fa tamponi molecolari è stata acquisita dall'Azienda, ma di comune accordo con l'ULSS.

Il tema dei tamponi è inutile che lo sottolineo. Abbiamo vissuto delle ere mondiali a seconda delle varie ondate che siamo andati a contrastare e il virus ogni volta si è manifestato in modo diverso, tant'è che i numeri adesso spaventosi di positivi se li avessimo avuti con la stessa violenza della prima ondata, con un virus anche solo della penultima variante, i numeri della Omicron, con la violenza della Delta, probabilmente sarebbe stata letale. Invece, è stato un punto di forza perché questo virus si sta trasformando

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e probabilmente ci porterà alle (inc.) entro breve.

Parlavo di unità di crisi che sono state aziendali e provinciali, e stanno ancora funzionando, nonostante la speranza sia che fra qualche giorno non servano più. Fin da subito ci siamo adoperati per predisporre ancor quando si parlava di virus, tanto che le prime disposizioni che abbiamo dato sono ancora datate gennaio e febbraio, sia in termini di organizzazione di protocolli che di disposizioni per la tutela dei lavoratori. Per esempio, il 26 febbraio avevamo già fatto il primo protocollo proprio per la tutela dei lavoratori. Quindi, si è lavorato in sinergia anche con i sindacati per cercare di proteggere al meglio anche i nostri operatori, sia in termini di dispositivi che di screening.

Un grande lavoro, nonostante sia stato un punto dolente, è stato effettuato anche con le case di riposo, con un'équipe che verificava gli isolamenti e dava consigli e consulenze. Avevamo messo a disposizione anche un infettivologo delle case di riposo, oltre che ci siamo attivati direttamente col nostro sito, e non solo, contattando agenzie interinali e cooperative per recuperare personale, che tutt'oggi lavora a supporto delle case di riposo. Siamo arrivati a dare oltre 120-130 persone con questa rete costruita in quei momenti. Oggi abbiamo ancora 50-60 operatori che tuttora lavorano all'interno delle case di riposo. Ci troveremo con il Sindaco la prossima settimana anche per cercare di dare ancora ulteriore supporto ad alcune realtà locali molto grandi.

Il numero dei tamponi che abbiamo effettuato da marzo in poi evidentemente non è confrontabile, perché siamo partiti dai 400 tamponi di marzo, oggi siamo arrivati a farne 25.000, ma devo dire che a livello nazionale tutto è cambiato. Pensate se appena i tamponi rapidi fossero stati messi a disposizione, se

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

il Governo dell'epoca avesse messo a disposizione le farmacie, come sarebbe cambiato il mondo.

La Provincia di Verona è stata la prima Provincia che ha anticipato l'accordo nazionale in modo forse più, permettetemi, corretto: con i medici di medicina generale, diverse medicine di gruppo integrate avevo iniziato a fare tamponi in forma gratuita. Poi, naturalmente, a livello nazionale è stata fatto un accordo diverso e ovviamente il sistema si è adeguato.

Guardo tra le cose che avevo scritto, ma non vorrei ripetere concetti che sono già stati dati.

Sul tracciamento. Chiaramente è già stato detto che una volta che i numeri sono diventati importanti tutto è diventato difficile. Noi siamo riusciti, nei momenti più elevati, ad avere circa 100 persone che facevano il tracciamento, quindi comunque un numero importante, ma ovviamente quando il numero dei contagi è diventato troppo elevato sicuramente non è più stato possibile poterlo effettuare secondo il protocollo che la Regione aveva effettuato. Ricordo che all'inizio addirittura erano previste due telefonate al giorno per ogni positivo: pensate con i numeri che sono stati poi realizzati come la cosa potesse essere ovviamente impossibile da effettuare. Io mi fermerei, naturalmente sono a disposizione per qualsiasi altra domanda.

Presidente

Grazie, Direttore.

C'è qualche domanda? No, la ringraziamo e le auguriamo buon lavoro. Grazie.

Adesso passiamo al Direttore generale azienda Ospedale Università di Padova, dottor Giuseppe Dal Ben, che era già

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

stato qui con noi, mi sembra, per quanto riguarda l'ULSS 3. Le chiedo, per quanto chiaramente tutte le domande non sono magari di stretta competenza dell'azienda ospedaliera, per quello che è di competenza vostra, se può chiaramente rispondere. Grazie.

dott. Giuseppe DAL BEN (Direttore Generale Azienda Ospedale Università Padova)

Grazie, Presidente.

Buonasera ormai, perché siamo ormai attorno alle 17,30.

Io sono arrivato a Padova, come ben sapete, durante la terza ondata, quindi ho cercato di ricostruire insomma quello che è stato fatto in azienda ospedaliera durante la prima e la seconda ondata.

L'azienda ospedaliera di Padova si è posta come obiettivo durante queste ondate quello sì di garantire l'attività di diagnosi e di terapia per quanto riguarda le persone affette da Coronavirus, ma soprattutto ha cercato anche di garantire il massimo delle possibilità per quanto riguarda l'attività ordinaria, cioè oltre l'attività di emergenza urgenza anche quella che è l'attività tipica appunto dell'azienda ospedaliera di Padova, che è un'azienda di terzo livello. Poi darò alcuni numeri.

Padova fin dall'inizio ha assunto un ruolo guida per quanto riguarda l'attività nei confronti del Coronavirus, soprattutto nel campo della diagnosi e della terapia. Diversi suoi professionisti fanno parte del Comitato Tecnico Scientifico regionale; a Padova si sono via via anche sviluppati quelli che sono protocolli di terapia e protocolli di intervento che poi sono stati via via portati anche nelle altre realtà sanitarie. Questo ruolo di Padova come guida anche a livello

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

appunto di questa pandemia-epidemia è stato veramente importante.

Padova si è preparata già a gennaio seguendo le direttive regionali all'arrivo appunto del virus: virus che è arrivato a Padova perché l'ho portato io, nel senso che il paziente primo che è arrivato in quel di Padova è arrivato da Mirano Dolo. Eravamo nel pomeriggio del 21 febbraio, avevamo a Mirano Dolo un paziente molto problematico, con una grave insufficienza respiratoria. Era Covid negativo allora, ma, sentendo i colleghi di Padova, l'abbiamo trasferito a Padova. È arrivato a Padova alle 05.02 del pomeriggio del 21, hanno rifatto i tamponi a Padova e alle 23.53 del 21, sempre, è risultato positivo. Quindi, da quel momento anche l'azienda ospedaliera di Padova è entrata nella gestione clinica appunto del Coronavirus.

Da Padova – lo sottolineo – sono partite diverse iniziative. L'utilizzo, ad esempio, delle terapie subintensive, l'utilizzo del plasma iperimmune, lo sviluppo dei tamponi molecolari salivari. Queste sono alcune delle iniziative che sono partite da Padova e che sono state poi via via sviluppate anche a livello di altre realtà sanitarie regionali. A Padova si sono subito dotati di un piano operativo per quanto riguarda l'utilizzo dei posti letto, un piano operativo che al massimo della potenzialità – chiaramente non sono stati utilizzati tutti quanti – portava a 674 posti letto disponibili in area medica e subintensiva e a 116 posti letto in area intensiva. Numeri che non sono mai stati raggiunti perché nella prima ondata abbiamo raggiunto come presenze giornaliere una media di 150, nella seconda ondata come presenze giornaliere una media di 250, nella terza ondata come massimo di presenze giornaliere abbiamo raggiunto 202. A Padova sono stati seguiti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

4.551 persone affette da Coronavirus dell'inizio della pandemia, 1.582 nel 2020 e 2.228 nel 2021. Ne stiamo seguendo 741 nel 2022, fino ad adesso. Quindi, numeri sicuramente importanti di presenze di persone affette da Coronavirus, che però, ripeto, sono state affiancate da un'attività altra, oltre ai virus, molto importante. Vi do alcuni numeri tanto per dare un'idea. Nell'anno 2020 60.000 sono stati i ricoveri tra ordinari e diurni in quello di Padova, 61.456 nel 2021, quindi addirittura con un aumento, gli interventi chirurgici 56.409 nel 2020, 61.061 nel 2021. L'attività dei trapianti addirittura è via via salita: 506 trapianti per organi solidi e midollo nel 2019, che è l'anno di confronto, nel 2020 578, nel 2021 630.

Questo per dire come a Padova si è cercato di raggiungere questo obiettivo che ci si era posti, e cioè di garantire sia attività nei confronti del Coronavirus, sia attività tipica dell'Azienda ospedaliera.

A Padova sono stati subito sviluppati dei punti tampone che lavoravano sulle ventiquattro ore, ma come Azienda ospedaliera siamo stati interessati molto di più a refertare i tamponi. Gli anni 2020-2021 hanno visto una media di refertazione giornaliera dai 2.000 ai 3.000 tamponi. Abbiamo raggiunto punte massime di 6.000 tamponi refertati, soprattutto nel 2020, quindi nella prima ondata, un'attività molto, molto importante. A Padova si è anche sviluppata una forte attività per quanto riguarda le vaccinazioni, per dire come l'attività dell'Azienda ospedaliera si è via via integrata e compenetrata anche con quella dell'attività dell'Azienda territoriale, cosa che sta continuando anche in questo periodo. Quindi, un impegno importante, un impegno forte, che ci ha visto trasformare l'ospedale dal punto di vista strutturale. Abbiamo sentito

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

prima le varie modifiche che gli ospedali hanno avuto in questo periodo per quanto riguarda i percorsi sporco, pulito e quant'altro. Abbiamo ampliato aree di triage importanti per quanto riguarda il pronto soccorso. Abbiamo sviluppato anche delle attività gestionali. Cioè, l'ospedale si è via via organizzato in maniera molto flessibile in base a quelle che erano le esigenze che via via si presentavano, quindi interessamento graduale delle terapie intensive, interessamento graduale delle terapie subintensive, interessamento graduale delle aree mediche, sempre con una flessibilità tale, appunto, che aveva sempre come obiettivo quello di garantire sia l'attività nei confronti del virus che altra attività. E ci siamo abbastanza riusciti su questo a dare le risposte che ci venivano chieste dalla nostra gente.

Naturalmente l'impegno, dicevo, è stato un impegno molto importante, il personale ha dato una disponibilità non massima, ma ben di più, si è via via reso disponibile a passare da un servizio all'altro, a formarsi e in base appunto a quelle che erano le esigenze. Solo per il Coronavirus abbiamo potuto assumere durante sia nel 2020 che nel 2021 764 persone, 267 nel 2020 e 497 nel 2021 tra medici e personale del comparto, medici sia a tempo indeterminato, determinato, sia attraverso rapporti libero-professionali e così dicasi pure per quanto riguarda il personale del comparto assunto sia a tempo indeterminato ma anche attraverso contratti libero-professionali.

Poi c'è stato sicuramente l'apporto importante di 268 medici in formazione specialistica, soprattutto per quanto riguarda l'attività tamponi e l'attività vaccinale.

Sicuramente la pandemia ci sta insegnando che dobbiamo essere pronti a affrontare eventi di questo tipo, cioè non è più

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

possibile pensare, come si è agito fino a qualche anno fa, che le cose possano andare sempre bene. Dobbiamo essere pronti ad affrontare questi eventi improvvisi e sconosciuti nella loro fase iniziale e quindi come tale va veramente rivista quella che è l'organizzazione strutturale degli ospedali insomma, garantendo dei percorsi, delle aree dedicate pronte ad essere aperte nelle condizioni appunto pandemiche.

Ci ha insegnato la pandemia quanto sia importante l'attività territoriale, in particolare quella domiciliare: il fatto che nella terza ondata, grazie, per carità, ai comportamenti personali che abbiamo imparato a mettere in campo, grazie anche alle via via terapie che si sono sviluppate, grazie soprattutto alle attività della vaccinazione, è chiaro che l'obiettivo è quello di tenere la gente a casa il più possibile. Questo è l'obiettivo, è questo su cui dobbiamo puntare. Questo ci sta insegnando ancora una volta, se non fosse bastato in altri episodi questa pandemia.

Sicuramente la parte critica, quando ci troviamo di fronte ad una pandemia, è proprio quello di garantire anche le altre attività sanitarie. A Padova in parte ci siamo riusciti, quindi bene, però non è stato semplice e non sempre magari sarà possibile per questo e in tutta l'area regionale.

È una pandemia che ci ha insegnato e ci sta insegnando veramente delle cose molto importanti, che ci devono far rivedere completamente quella che è la nostra organizzazione. Direi di fermarmi qua in sostanza, perché, sennò andrei a ripetere tanti altri aspetti che i colleghi hanno evidenziato. Spero di aver dato un quadro della specificità dell'azienda ospedaliera di Padova nell'ambito della pandemia.

Presidente

La ringrazio anche insomma le considerazioni finali che ha fatto, che in qualche modo ci offrono anche degli elementi di prospettiva e di costruzione rispetto al futuro e rispetto alla situazione che purtroppo stiamo ancora vivendo e che in qualche modo ci costringe proprio ad affrontarla nella direzione del territorio e anche in qualche modo di un'attenzione a quelle che sono le malattie infettive e non solo.

Grazie, dottore, può essere disturberemo, ma intanto le auguro buon lavoro e buona continuazione.

Adesso abbiamo in audizione, come ultimo udito, il dottor Callisto Bravi dell'Azienda Ospedaliera universitaria Integrata di Verona, mentre il dottor Covello, che era il precedente Direttore, sarà in audizione la prossima volta. Io lascerei la parola al dottor Bravi. Grazie.

dott. Callisto BRAVI (Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona)

Buonasera. Grazie per l'invito.

Volevo fare una premessa in maniera tale che voi possiate conoscere anche chi avete di fronte.

Il mio precedente impegno era come Direttore sanitario in un'azienda ospedaliera della bergamasca e voi sapete ovviamente come è stata colpita la zona di Bergamo da questa pandemia. Questo mi ha permesso anche di riguardare quello che è stato fatto qua, però tenendo presente che in quella situazione io ero responsabile dell'Unità di crisi dell'Azienda socio-sanitaria territoriale di Bergamo Ovest e, quindi, in prima persona implicato in tutte le attività, e mi ha permesso, ovviamente, di guardare con un altro occhio anche

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

quello che è stato fatto qua.

Faccio due considerazioni in premessa. La prima è che col senno di poi è ovvio che si poteva fare in maniera diversa in alcune situazioni o in altre, però avendo vissuto anche la realtà in cui il 21 febbraio partecipai alla prima diagnosi, quindi alle due di notte andai al pronto soccorso di Romano di Lombardia, dico che bisogna stare un po' attenti, col senno di poi, tenendo presente che, come mia figlia, che è una storica, mi ha insegnato – scusate la questione personale –, i documenti vanno letti, ma vanno anche contestualizzati al momento in cui vengono fatti e certe evidenze vanno collocate nel tempo.

L'altra considerazione è legata al fatto che io nasco come epidemiologo e, quindi, ho una particolare attenzione a guardare criticamente i dati, perché purtroppo, come è esperienza anche da parte di chi non è del mestiere, come a livello dei giornali siano stati comunicati certi numeri, magari senza parlare di standardizzazioni, perché se facciamo l'esempio Lombardia ha il doppio della popolazione del Veneto, ma se io paragono il numero dei deceduti fra le due regioni devo tener conto della popolazione di base e, quindi, della standardizzazione, che è un momento molto importante che permette di paragonare i numeri e dire le pere sono pere per tutti. Questo purtroppo è un aspetto di cui ci si dimentica spesso. Per cui, guardando anche quello che è capitato e quello che sta capitando all'interno dell'Azienda, è ovvio che la mia sensibilità mi ha permesso anche di guardare i fenomeni e di leggere quanto è accaduto all'interno. Su questo poi farò vedere una presentazione. Anzi, la apro subito, così magari poi vado alle considerazioni finali. La vedete?

Presidente

Sì, grazie.

dott. Callisto BRAVI (Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona)

Vado veloce.

Io ho cercato di rispondere alle domande, perché mi è stato insegnato che a domanda si risponde rispetto alla domanda che viene posta. Quindi, a quello che avete posto ho cercato di far fare un lavoro, non essendo stato io presente quando qui c'è stata la prima e seconda ondata perché, come voi sapete, io sono Direttore generale dal 1° marzo dello scorso anno e fra pochi giorni compirò il primo anno di presenza in questa grande Azienda ospedaliera. Quindi, ho fatto, che poi vi spedirò, se lo ritenete opportuno, queste slide di fatto anche come conclusione finale, un po' la sintesi di tutto quanto è stato, dividendo rispetto anche alle domande che ponevate voi. Relativamente alla prima ondata qui ci sono – come vedete, ho usato un modello di data che è un misto fra l'americano e l'italiano, per cui il secondo è il mese e il terzo è la giornata – tutte le indicazioni delle direttive regionali. Come vedete, la quantità di indicazioni è stata veramente molto consistente, tenendo conto anche di quanto è stato inviato anche dal Ministero. Questo è analogo a quanto è anche accaduto nell'Azienda in cui ero prima. Queste, dunque, per quanto riguarda la prima data, sono le indicazioni regionali.

Per quanto riguarda sempre la seconda ondata, queste qua sono le ulteriori indicazioni che sono uscite e anche qua dà l'idea dell'amore, perché molto spesso ci si dimentica di questo aspetto che si hanno a che fare con degli operatori in realtà come quella italiana, in cui di solito non viene abolito niente

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di quello che c'è prima e quando viene mandata la nuova indicazione, soprattutto quelle ministeriali: esempio è quello che sta accadendo o comunque che è accaduto anche rispetto a tutte le varie indicazioni sui tamponi, ha creato un po' anche di confusione all'interno delle persone.

Questo invece per quanto riguarda i protocolli che sono stati fatti all'interno delle aziende a fronte ovviamente della istituzione dell'unità di crisi che è avvenuta il 23 febbraio, il giorno del primo caso e comunque le attività sono iniziate a gennaio, perché c'erano già ovviamente i senatori.

La mia esperienza che ho avuto e anche quello che è accaduto anche qua è che a dicembre/gennaio tutti hanno avuto evidenza di aumento dei casi di polmonite. Infatti io mi ero chiesto come mai a dicembre/gennaio ne avessimo avuto così tante - e parlo ovviamente di Treviglio e di Romano di Lombardia - a testimonianza di quello che dicevo prima, col senno di poi uno può dire: "Si poteva sapere se era Covid o meno".

Ripeto, col senno di poi, sono tutti capaci di dare pochi giudizi.

In quel caso lì l'evidenza, che ovviamente era in mano soprattutto ai clinici, perché io ritengo che i clinici, soprattutto i medici di medicina generale, siano i primi epidemiologi perché hanno il sentore di certi avvenimenti o certi numeri che possono cambiare. Poi, di fatto, l'evidenza scientifica, il metodo epidemiologico che vuol dire applicare il metodo scientifico a fenomeni che riguardano un luogo, che, ovviamente, dal punto di vista del materiale sperimentale è ben diverso dagli altri materiali sperimentali, ti permettono di fare certe affermazioni che siano scientifiche e paragonabili.

Ovviamente su fatti tutti questi protocolli che riguardano da

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

una parte la gestione degli eccessi, i protocolli sulla gestione dei pazienti, i protocolli sul percorso dei pazienti e sull'attività delle parti, sulla gestione dei Pronto soccorsi, sul trattamento ovviamente dei pazienti Covid, avendo importanti reparti di malattie infettive universitarie. Ricordo che la nostra è un'azienda universitaria come quella di Padova e la produzione scientifica è stata particolarmente evidente perché qui c'è stata una intelligente azione da parte dell'attuale Rettore, il professor Nocini, che ha chiesto a Cariverona, che ha messo a disposizione circa 2 milioni di euro per la ricerca con fondi dati nel 2020, che hanno permesso di portare avanti studi molto importanti del campo immunologico e nel campo infettivologico, che hanno portato a circa 70 pubblicazioni su riviste internazionali, dando ovviamente evidenza, cosa che poi sono diventate ovviamente ovvie per tutti, per esempio sulle varie fasi del Covid, che prevedono la fase virale, una fase immunologica, una fase infiammatoria che ha portato poi a predisporre ovviamente le terapie adeguate. Non dimentichiamocelo che la scoperta di questo vaccino praticamente in un anno è una cosa straordinaria, che molto spesso la popolazioni e anche noi stessi ci dimentichiamo.

Per dire quanti progressi abbia fatto la scienza.

Qui ne ha fatti in maniera particolare a fronte di questi investimenti che Cariverona ha messo a disposizione con questa produzione imponente dal punto di vista scientifico.

Dopodiché ovviamente sono state fatte le procedure per quanto riguarda i decessi legati al Covid.

Sulla distribuzione, qui c'è l'indicazione della variazione, che dà l'idea di come sia cambiata la distribuzione in numeri dei DPI all'interno dell'Azienda in seguito all'intervento

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

della nuova pandemia. Per quanto riguarda la gestione del personale, sono state fatte le indicazioni operative e le indicazioni delle infezioni, le informazioni operative per la fase 2, i protocolli di sicurezza, ovviamente in accordo, le RSDP, con il medico competente, il medico del lavoro. Qui ovviamente esiste anche una medicina del lavoro universitaria, che ha svolto la sua attività di sorveglianza e ha messo a disposizione anche gli studi, che sono ancora in atto, dal punto di vista della valutazione del sistema immunitario e, quindi, della presenza di anticorpi in seguito alle vaccinazioni, uno studio a cui hanno aderito volontariamente i dipendenti che sono stati sottoposti a vaccinazione.

Per quanto riguarda le attività, ovviamente a fronte di quanto è stato richiesto dalla Regione per quanto riguarda la sospensione dell'attività chirurgica-ambulatoriale, secondo le note regionali all'interno sono state fatte queste rimodulazioni, anche se in qualche modo sono sempre state garantite. Ovviamente, essendo un centro hub a livello provinciale e anche a livello regionale, faccio presente che in questo ospedale ci sono 800 trasporti con l'elicottero, quindi più o meno tre trasporti al giorno, e questi non è che siano diminuiti, pur ovviamente una certa pressione legata al fatto che ci fossero meno incidenti durante il periodo di lockdown. Però, la parte dell'elitrasporto del SUEM sull'urgenza è avvenuta nel nostro pronto soccorso. Anche le ultime statistiche evidenziano che, a fronte di una disponibilità di posti letto a livello provinciale AOUI, rappresenta il 42% dei posti letto globali e gli accessi del SUEM dal punto di vista del pronto soccorso, invece, rappresenta il 48%. Questo per quanto riguarda il trasporto, ovviamente al netto degli auto-presentatisi. Queste, dunque,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sono le indicazioni che abbiamo seguito per quanto riguarda la seconda ondata.

C'è da dire che il vantaggio di essere un'Azienda universitaria ci ha permesso di avere a disposizione un numero considerevole di personale specializzando. Tenete presente che in Azienda ci sono 40 scuole di specialità e circa 1.700 specializzandi. Ebbene, avevano aderito 700 specializzandi, che potevano scegliere dove andare. Poi purtroppo, poiché la normativa non lo permetteva, di questi specializzandi venivano pagati dal generale Figliuolo solo quelli che lavoravano per le AULSS, mentre quelli che lavoravano per la nostra Azienda abbiamo dovuto pagarli direttamente noi. Comunque, questo ci ha permesso di poter gestire direttamente noi l'hub vaccinale, che ha portato a fare anche 3.000 vaccinazioni al giorno. Attualmente abbiamo fatto anche le vaccinazioni pediatriche nel nostro ospedale e, come tutti, stiamo riducendo l'attività, perché ovviamente la gente si presenta di meno. Quindi, avendo molti specializzandi, questo ci ha permesso, soprattutto a partire da luglio dell'anno scorso – è vero che non riguarda la prima e la seconda ondata –, nonostante quello che viene riportato da certi giornali, l'attività svolta dall'Azienda per quanto concerne i pazienti non Covid. Qui apro una parentesi. Attualmente fra i pazienti Covid, quelli che vengono chiamati "Covid per caso", cioè che sono nei reparti Covid o che comunque sono positivi, ma che non sono ricoverati per il fatto di avere il Covid, rappresentano nella nostra Azienda quasi il 50%.

Questo ovviamente per dire che la richiesta di posti ovviamente non è solo per Covid è particolarmente elevata.

La presenza appunto di specializzandi ci ha permesso di distrarre meno personale, pur garantendo quanto richiesto dal

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Piano di sanità pubblica sui posti letto, per l'attività di sala operatoria. Faccio solo un esempio: da noi la neurochirurgia ha 35 sedute alla settimana, un'unità di neurochirurgia, ne abbiamo due. Per dire la grande attività con alto peso che abbiamo. Infatti, pur essendo ovviamente diminuiti i ricoveri, il peso medio della nostra azienda è aumentato. L'appropriatezza dei nostri ricoveri è aumentata, cioè le patologie più gravi (tumori, le urgenze vascolari, le urgenze cardiochirurgiche, le urgenze cardiologiche) sono state garantite e, ovviamente ha permesso di aumentare ulteriormente la competenza. Questo ci ha permesso a dicembre del 2021 di arrivare a raggiungere e superare il dicembre del 2019 dal punto di vista l'attività chirurgica e del 23% in più l'attività di day surgery e del 10% l'attività ambulatoriale. Questo ci ha permesso di quindi di rispondere a una domanda e a una riduzione anche dell'attesa da parte, ovviamente, degli utenti. Noi, avendo aperto soltanto ovviamente le prestazioni più urgenti e quindi le B, non abbiamo mai comunque chiuso le prestazioni e le visite di controllo, perché quando offrivavamo anche dati più in là a chi lo accettava, li abbiamo comunque prenotati. Quindi, di fatto, è come se non avessimo mai sospeso l'attività pur garantendo la sicurezza all'interno dell'azienda.

Anche perché, come sapete, l'attività che viene fatta la nostra azienda è molto importante, perché, faccio un esempio che è noto a tutti: per quanto riguarda pancreas siamo una delle tre realtà maggiori dal punto di vista dei numeri a livello mondiale. Quindi, non dico a livello nazionale, ma dà l'idea dell'importanza di una risposta rispetto a certi tipi di patologie, ma anche su altro dopo di chirurgia come la neurochirurgia.

Da questo punto di vista abbiamo avuto sempre la garanzia di questa attività. Poi è ovvio che il ricovero, dal nostro punto di vista, ma su questo stiamo facendo un'analisi e stiamo cercando di portare a casa i dati, perché sia per quanto riguarda l'attività monoclonali, la somministrazione di monoclonali e la somministrazione di antivirali, come sapete, il 30% delle somministrazioni avvenute in Veneto è perché c'è stata una forte sensibilità da parte di questa azienda e adesso dobbiamo cercare di capire quanto hanno influito sulla riduzione dell'accesso dei pazienti al ricovero. Ovviamente la persona, facendone circa 20-25 al giorno, sono persone che al 90-95% dei casi poi ha avuto minori chance di accedere in ospedale a essere ricoverato perché la terapia monoclonale o antivirale è stata particolarmente efficace.

Questo è solo un esempio per dire, essendo la centrale operativa diciamo gestita da AOUI, dà l'idea del picco di chiamate avvenute nel 2020 rispetto al 2021 e si vede una ripresa degli accessi perché all'inizio si ha un fenomeno più visto anche nella bergamasca. Questi sono i trasporti del 118, ma se guardassimo i dati soltanto degli auto presentatisi, anche qua è accaduto così, c'è stata una riduzione che va dal 50 al 60% perché la gente aveva paura a venire e a presentarsi in pronto soccorso.

C'è tutta la parte della gestione degli accessi esterni: ovviamente abbiamo cambiato ogni volta i protocolli, anche perché l'ultimo è di 15 giorni fa per permettere alle persone di eccetera soprattutto laddove ci sono situazioni critiche, far accedere i parenti soprattutto per quanto riguarda i parenti terminali.

Per quanto riguarda gli aspetti critici per la pandemia, ovviamente qui ho messo qualche indicazione, se volete poi vi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

mandano la slide così vi restano comunque a disposizione.

Per quanto riguarda gli aspetti utili e qualificanti per la gestione ottimale della pandemia, sono stati fatti ovviamente incontri con le RSU e condivisi con le organizzazioni sindacali, fa capire anche tutti i protocolli che sono stati comunque presentati a tutti i dipendenti mediante anche l'intranet aziendale. Ovviamente qui non sto a ripetere il vantaggio che rispetto in questo caso alla Lombardia, con Azienda Zero: la possibilità di avere gli acquisti centralizzati ha permesso ovviamente di centralizzare e avere più forza nell'acquisto dei DPI all'interno delle varie aziende.

Questo qua sono per dire anche un'idea delle attrezzature che hanno messo a disposizione con investimenti che sono stati quasi di 5 milioni di euro, che dà l'idea del peso che ha avuto, anche dal punto di vista degli investimenti sui device.

Per quanto riguarda l'attività ordinale ovviamente la questione dei percorsi alternativi ha stressato ovviamente la gestione dei ricoveri all'interno dell'azienda.

Per quanto riguarda l'attività, come ho detto prima, come hub abbiamo cercato di preservare l'attività ordinaria e di emergenza e dopodiché sono stati comunque riconvertiti, ripeto, secondo quanto indicato dal Piano di sanità pubblica e qui c'è una indicazione dei posti usati per quanto riguarda la prima ondata, qui nella seconda ondata e questo dà un'indicazione ovviamente dell'andamento dei posti letto che vanno dal 28 febbraio con la progressione fino al 24 febbraio 2021.

Questa è la distinzione sulla parte dei posti letto non acuti, semi intensiva e terapia intensiva e, come sapete, queste ondate sono stati particolarmente differenziate perché i posti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in terapia intensiva sono stati meno necessari. Valeva di più avere soprattutto la terapia semi intensiva e le malattie infettive e pneumologiche e noi abbiamo agito proprio nell'ottica di sviluppare e anche al fine di garantire l'attività di sala operatoria, perché era importante concentrarci soprattutto sulle attività legati agli interventi in classe A.

Questo ci ha permesso anche di sviluppare anche modelli di attività, per esempio nel caso della chirurgia, che non prevedono la presenza dell'anestesista e ci ha permesso di recuperare anche attività su interventi, parlo per esempio di interventi minori di Urologia come fimosi, che potevano essere fatti senza neanche la presenza dell'anestesista.

Per quanto riguarda il personale, questi sono i numeri dei dipendenti che hanno lavorato nelle unità Covid, che rappresentano quasi il 50%, visto che noi abbiamo la presenza all'interno dell'azienda di 5.400 FTE più circa 2.000 altri dipendenti atipici, compresi anche gli specializzandi. Questo dà un po' l'idea di numeri del personale implicato e soprattutto la difficoltà nel trovare candidati idonei. Dico questo anche a difesa dei colleghi che lavorano in aree più disagiate, e penso alla collega Carraro di Belluno, piuttosto che altri. Capite che noi abbiamo avuto questa difficoltà, pur avendo a disposizione un parterre de rois, avendo ovviamente 40 specializzazioni e tutte le scuole di infermieri, di terapisti, delle professioni, insomma.

Questo per dire che la criticità sul reperimento del personale l'abbiamo avuta anche noi, soprattutto sulla tempistica. Figuratevi nelle zone più disagiate. Ovviamente questa è una riflessione per tutti, visto quello che accadrà nei prossimi anni. Qui, pur non essendo un tema di cui mi occupo io, cioè

parlo di medicina generale, si vede una fuoriuscita di questa figura nel 2028 in maniera consistente. Ovviamente, è sempre stata posta una revisione del documento della valutazione dei rischi. L'attività di formazione che riguarda la descrizione di tutti i corsi che sono stati fatti, ovviamente sotto le varie Direzioni, avendo noi una piattaforma di formazione a distanza, questo ci ha permesso, in questa sede, di fare un'attività molto consistente di attività legate alla vestizione, all'igiene delle mani e altri argomenti.

Qui vedete la situazione per l'igiene delle mani. Faccio presente – non so chi di voi possa conoscere il sistema Joint Commission International, che è il sistema di accreditamento alla qualità in America. La prima cosa, quando vanno a fare le ispezioni e anche quando vanno a fare le ispezioni internazionali, è sull'igiene delle mani, perché l'igiene delle mani è uno dei fattori più importanti che generano qualità ed evitano la diffusione delle infezioni.

Infatti, se voi vi ricordate, sia questo Natale che l'altro Natale, i casi di influenza sono praticamente crollati, legati, da una parte all'uso di mascherine e dall'altra parte al lavaggio delle mani a cui si sono abituati.

Perché gli americani non è che sono particolarmente intelligenti, ma usano delle cose normali. L'igiene delle mani è uno dei fattori più importanti, oltre a tutta la parte dei DPI che sono stati usati. Su questo bisognerà, nel futuro, stressare sempre di più perché, come sapete, l'Italia è uno dei Paesi messi peggio dal punto di vista delle infezioni ospedaliere, della mortalità pere infezioni ospedaliere. Questo è per quanto riguarda l'attività dei tamponi eseguiti all'interno del PS, però, come diceva Girardi, noi eravamo fornitori di tamponi sia nella prima che nella seconda, ma

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anche in questa fase, in cui abbiamo aiutato anche altre realtà del Veneto che avevano problemi sul numero di tamponi da eseguire. Questi sono un po' i numeri che potete vedere, che sono stati dall'Azienda.

Questi sono i tamponi molecolari che sono inferiori agli altri perché, avendo a disposizione l'attività, ovviamente, dei tamponi molecolari… Scusate, pensavo fossero gli antigenici.

Questa riguarda i tamponi molecolari, ovviamente, avendo preso anche l'attrezzatura, noi e Padova, proprio per rispondere in maniera massiva al numero di tamponi che erano richiesti.

Chiudo partendo sempre dalle considerazioni iniziali, che, ovviamente, con il senno di poi è più facile giudicare e bisogna imparare a guardare indietro, perché molto spesso, come dico io, è la statistica la parte della menzogna.

La scienza ha scoperto molto, ma c'è ancora molto da scoprire e sicuramente ci sono anche patologie ancora misconosciute tali per cui noi abbiamo anche attivato un ambulatorio Long-Covid e abbiamo ormai quasi 2.000 persone che vengono seguite dal reparto di infettivologia, perché ci sono patologie ricorrenti in questi soggetti. Quindi, è una sfida per il futuro, come sarà una sfida da quando la pandemia diventerà endemia e quindi dovremo ritarare un po' tutti i nostri protocolli, tutte le nostre attività in base al nostro nuovo ospite, che sarà un commensale quotidiano nelle nostre strutture. Grazie.

Scusate se vi ho tediato.

Presidente

Grazie, Direttore. Le chiedo se può inviarci il materiale. La ringraziamo. Ci sono domande? No.

Saluto il Direttore. La ringrazio e le auguro buon lavoro.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Arrivederci. Grazie, dottore.

dott. Callisto BRAVI (Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona)
Grazie a voi. Buonasera.

Presidente
Consigliera Ostanel, prego.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Io ho bisogno di intervenire sull'ordine dei lavori rispetto alla richiesta dei documenti che avevamo inviato ancora il 7 ottobre, facendo alcune specifiche rispetto a tutta la documentazione che ancora manca, appunto, nonostante siano passati così tanti mesi e dire, sostanzialmente, che se questi documenti, puntualmente, non arriveranno è impossibile continuare a lavorare con questa Commissione d'inchiesta e svolgere il lavoro che, tra l'altro, è scritto all'interno di quella PDA.
Faccio una specifica, perché voglio che rimanga a verbale la documentazione che manca. Ad oggi è pervenuta solo la documentazione della dottoressa Russo. In merito, però, a quest'ultima mancano alcune questioni che avevamo chiesto. Ad esempio, relativamente alla richiesta dei dati di mortalità della seconda ondata, l'allegato 2 è una fotografia di quanto avviene fino al 14.10.2021, con una scala quindi molto ampia, e non si ferma sulla seconda ondata, mentre l'allegato 1 si ferma alla valutazione dei dati fino ad ottobre 2020, quando non si era ancora registrato il picco della seconda ondata in regione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Quindi, chiediamo, chiedo, che si abbia un documento che soddisfi la richiesta che avevamo effettuato.

Rispetto alla richiesta del periodo esatto, stimato tra ottobre e prima settimana di novembre, così da dichiarazioni della dottoressa Russo, durante il quale non è stato possibile caricare nel sistema informatico regionale i dati degli asintomatici sul totale dei positivi, la dottoressa Russo aveva parlato di soggetti non presi in carico nel mese di ottobre e durante la prima settimana di novembre, marcandoli con la dizione "asintomatici", da verbale. Qui dentro, siccome c'è un tema importantissimo che abbiamo discusso molto in Commissione, che è il calcolo dell'Rt, avremmo bisogno, ed è essenziale averlo, di un report specifico, come lei aveva dichiarato in Commissione, relativamente ai dati in quel periodo specifico, affinché sia possibile, in una eventuale relazione della Commissione, calcolare l'Rt.

Ho ancora due punti e poi chiudo. In merito agli esiti della richiesta trasmessa il 21.01.2021 alle aziende ULSS di una ricognizione dei posti letto in area medica in terapia intensiva e dei dispositivi, si fa presente che quanto inviato non corrisponde a quanto richiesto.

Relativamente alla tabella settimanale con calcolo Rt su sintomatici e Rt su ospedalizzati, forniti o calcolati dall'Istituto superiore di sanità, data la risposta ricevuta, perché qui è arrivato qualcosa, si chiede di procedere ad una specifica richiesta presso l'Istituto superiore di sanità, da tale risposta ricevuta, perché qui è arrivato qualcosa, si chiede di procedere ad una specifica richiesta presso l'Istituto Superiore di Sanità, perché era precisato nella nota di accompagnamento.

Vado così precisa perché se noi non riusciamo ad avere i dati,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

i documenti che abbiamo chiesto puntualmente durante le Commissioni per poi avere i numeri che ci permettono di fare una relazione, è impossibile sostanzialmente definire un lavoro costruttivo all'interno di questa Commissione e, per quanto mi riguarda, se non arriveranno i dati appunto nel giro di poco tempo, io credo che rimanere in questa Commissione sia assolutamente inutile ma anche inopportuno per il lavoro che stiamo svolgendo per questa Regione.
Chiedo che vengano dati presto, che ci sia una risposta chiara sui dati, altrimenti sarà appunto almeno cura del mio Gruppo sospendere il lavoro della Commissione.

Presidente
Vicepresidente Cecchetto, prego.
Poi dirò quello che ho.

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Io ho consegnato parte della documentazione alla Presidente, speravo che glielo avesse detto. Le richieste che voi fate, tra l'altro, sono in gran parte recuperabili dai verbali che noi tutti abbiamo, ma vi manderò l'elenco quando avremo ricavato tutte le precisazioni.
Sono precisazioni su precisazioni che comunque si possono trovare dai verbali delle audizioni.
Sul calcolo dell'Rt, le lascio la risposta che troverà nel file che ho dato alla Presidente.
Lo stesso per quanto riguarda la terza richiesta che lei ha fatto: ci sono, ovviamente da ricostruire perché ovviamente abbiamo perso montagne di carta nello stampare i verbali, bisogna avere la pazienza di ripassare e di mettere insieme non solo le cose della dottoressa Russo, perché certe cose che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

lei mi chiede non sono solo della dottoressa Russo, ma anche riportate da altri auditi. Per quanto riguarda la tabella settimanale che è quella che mi ha lasciato più stupita e che ha lasciato un po' tutti noi stupiti, è che esiste un link del Ministero della Salute dove lei può cliccare di settimana in settimana da a "Monitoraggi". Devo stamparle quelle? Perché se lei mi chiede una tabella settimanale richiesta all'Istituto superiore di sanità quando ce l'abbiamo on line possiamo un attimo da incapaci di consultare quello che abbiamo a disposizione.

Questo per dirle che, come al solito, c'è chi si preoccupa delle vostre richieste sempre in una tempistica che non è assolutamente tranquilla in termini di poter dedicarsi solo all'archeologia cartacea di tutto quello che abbiamo prodotto, anche durante queste Commissioni. Per cui siamo sul pezzo, veda lei insomma se vuole sospendere la Commissione per mancanza di dati.

Presidente

Consigliera Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Vedremo questi documenti e li valuteremo evidentemente, visto che apprendiamo ora che sono arrivati. È una richiesta di ottobre, siamo a febbraio, con una Commissione che peraltro ha una scadenza, mettiamola così, capirà, collega Cecchetto, che novembre, dicembre, gennaio, febbraio, quattro mesi di attesa non sono pochi anche perché sono documenti che si riferiscono ad alcune delle prime audizioni che abbiamo fatto. Adesso inoltreremo alla Presidenza la richiesta di altri documenti.

Detto questo, è ovvio che c'è chi ha compiti di dover gestire

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

questa Commissione; lei è la Vicepresidente, quindi, insieme alla Presidente, si deve anche assumere l'incarico di guardare le richieste di integrazione dei documenti che facciamo.
Ma la cosa che a me incuriosisce di più è questa, una parte perlomeno: la maggior parte dei documenti che ne abbiamo richiesto li abbiamo richiesti agli auditi. Mi aspettavo che la dottoressa Russo mandasse una mail alla Presidenza della Commissione con i documenti che abbiamo richiesto. Mi incuriosiva capire come mai la dottoressa Russo i documenti, anziché mandarli alla Presidente della Commissione li mandi a lei. Lo dico senza aver visto i documenti.

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
A me la dottoressa Russo non ha mandato nulla, okay? Io le sto dicendo che in base ai verbali che noi abbiamo dalle Commissioni, si possono estrarre parte delle domande, degli approfondimenti che avete inviato. Questo sto dicendo.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Vede, Vicepresidente, che lei sta facendo un lavoro meritorio, lei e tutto l'Ufficio di Presidenza. A noi però servono i documenti che abbiamo chiesto agli auditi.

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)
Lei è già in possesso delle risposte alle domande e agli approfondimenti che mi ha fatto. Questo voglio dirle.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.
Io capisco quello che intende dire la Vicepresidente, ma noi non è che non abbiamo capito quello che c'è scritto nel verbale

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

oppure non abbiamo fatto il nostro compito di leggere i verbali, ci mancherebbe altro. È quello che va nel verbale, in genere, è un riassunto o solo dei dati indicativi di cui noi in quel momento lì abbiamo chiesto cortesemente gli auditi di inviarci i documenti, come ha fatto oggi la Presidente nei confronti del dirigente dottor Bravi per l'Università di Verona.

Ci aspettiamo che, attraverso la Commissione, questi documenti ci vengano forniti, perché non sempre c'è una lettura dei documenti delle slide che vengono proposte. Tante volte magari sono riassuntive di alcuni concetti.

Non possiamo noi avere il verbale, a meno che appunto non sia esaustivo. Nel momento in cui che davamo la documentazione era soprattutto per avere un approfondimento di quei dati che c'erano stati in parte evidenziati, perché ci mancherebbe, altrimenti l'audito fa solo quello che è una lettura dei documenti di cui magari sta leggendo. No, non è così. Ad esempio, un altro dato che noi avevamo chiesto nel corso dell'audizione e credo di averlo ripetuto più volte, era il numero di personale assunto. Questo è fondamentale. Le terapie intensive anche su questo quante volte, sugli asintomatici, il calcolo dell'Rt.

Abbiamo avuto delle audizioni dove ci sono state anche delle contraddizioni tra l'uno e l'altro nonostante la competenza di queste persone che abbiamo sentito di questi dipendenti delle varie ASL.

Per cui credo che insomma la documentazione è necessaria per noi, ma penso per tutti, perché il compito della Commissione è quello di valutare e approfondire e quindi non conta opposizione, maggioranza e minoranza, ma credo per tutti noi capire quello che è successo. Ne abbiamo assolutamente

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

bisogno. Quindi il verbale va benissimo, ma non è sufficiente e non è quello che noi abbiamo chiesto.

Presidente
Voleva intervenire il segretario Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Solo per una precisazione. La richiesta che deve essere stata inoltrata verso l'11 o 12 ottobre 2021 l'avete mandata alla Presidenza e l'Ufficio l'ha inoltrata intorno alle 11 o 12 ottobre e al 27 novembre risulta arrivata alle mani di risposta da parte della dottoressa Russo, con un plico di circa 200 pagine di risposta alle domande e alle richieste. Per il resto mi allineo a quanto ha già spiegato molto bene la vicepresidente Cecchetto.

Presidente
Io adesso ringrazio la vicepresidente Cecchetto per il lavoro che ha fatto, però…

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
A me non risultano altre richieste ufficiali dopo il 27 novembre di integrazione dei documenti e a oggi son passati più di due mesi dal 27 novembre, quando la dottoressa Russo ha inviato alla Presidenza della Commissione le circa 200 pagine di documenti.

Presidente
I documenti li abbiamo letti, mancavano alcuni punti, c'era stato un confronto con la vicepresidente Cecchetto che insomma ha fatto il lavoro che mi è stato consegnato circa mezz'ora

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

fa. Quindi è chiaro che questo lavoro onestamente io devo leggerlo e devo anche inoltrarlo a tutta la Commissione, a minoranza e a maggioranza, in modo che sia a disposizione di tutti e solo dopo averlo letto, onestamente, posso dare una valutazione di merito in merito anche a quello che ci siamo detti.

In questo momento non penso di dover dare nessun giudizio di merito ai documenti che ho avuto e neanche a quelli mancanti; nel momento in cui ho letto tutto, mi sono analizzata tutto, perché ho anche bisogno di andare nel dettaglio e di vedere bene le cose perché si tratta di argomenti estremamente complicati e tecnici, quindi anche per esprimere un giudizio che sia puntuale e non sia dato in modo aleatorio. Credo che sia corretto nei confronti di tutti andare a vederli. Poi, se emergeranno altri elementi di mancanza, a quel punto faremo una richiesta anche di tipo formale, che questa volta non è stata fatta perché c'è stato un impegno anche reciproco di provare a recuperare la documentazione mancante.

Grazie.

Milena CECCHETTO (Liga Veneta per Salvini Premier)

Confermo l'impegno reciproco. Vorrei, la prossima volta, evitare le minacce, del tipo "chiudiamo, sciopero, non vengo perché non ci date i documenti". Credo che non sia l'atteggiamento giusto calcolando quello che stiamo portando avanti insieme, almeno da parte mia.

Presidente

Consigliera Ostanel, prego.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Visto che non è una minaccia, preciso alla consigliera Cecchetto, ringraziandola intanto per il lavoro che sta provando a fare, che il tema dell'Rt e il motivo per cui non posso scaricare i documenti del Ministero è perché è proprio lì l'obiettivo di questa richiesta. Noi abbiamo bisogno di sapere i dati settimana per settimana che sono stati prodotti dalla Regione, perché ci sono due mesi, quasi tre, da verbali… Li ho letti tutti e sottolineati tutti, glielo garantisco. Ci tengo a questo punto, anche perché ho perso un mio caro in un ospedale. Noi abbiamo bisogno di capire quanto l'Rt della regione Veneto sia stato sfalsato in quel momento, perché si faceva fatica a definire le persone come sintomatiche o asintomatiche.

Mi spiace, li ho visti, ma non posso scaricare quei documenti, perché, come ho provato a lasciare a verbale, ma adesso scriverò una lettera formale e la invierò, così resta tutto scritto, anche motivando il perché si chiede questo approfondimento, come era stato chiesto in Commissione, abbiamo bisogno di sapere in quel periodo i dati settimana per settimana relativi a quanti soggetti non erano stati presi in carico al momento opportuno, perché c'è una questione purtroppo di tempo nel calcolo dell'Rt, come i vari auditi ci hanno spiegato.

La mia, quindi, non è una protesta, una minaccia, è l'obiettivo di lavorare bene. Se a ottobre abbiamo mandato una richiesta di documenti, se questi documenti arrivano in queste 200 pagine, io me le guardo tutte e mi rendo conto che non rispondono alle domande che io avevo fatto in Commissione, ho il compito oggi di dirlo, di lasciarlo a verbale e di dire cosa manca in quella documentazione. Credo di svolgere

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

semplicemente il mio lavoro. Aggiungo anche che, se non posso avere quei documenti, sarà difficile produrre un lavoro utile, che è un po' l'obiettivo di questa Commissione. Quindi, nessuna minaccia, ma ovviamente ogni Consigliere è libero di dire, nel momento in cui non arrivano i documenti, che non si riesce a lavorare.

Grazie.

Presidente

Grazie.

Ci riaggiorniamo con la lettura dei documenti.

La Seduta termina alle ore 18.31

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 11 del 13 giugno 2022

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Audizione ai sensi dell'art. 54 del Regolamento con:

- CGIL;
- CISL;
- UIL;
- OPI Veneto;
- Obiettivo Ippocrate;
- FIMMG;
- ANAAO - ASSOMED;
- SNAMI;
- SMI;
- AIOP;
- Ex Direttore Generale Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona;
- Ex Direttore Generale Azienda Zero;
- Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie;
- Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici;
- Direttore UO Malattie infettive Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona.

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 11 del 13 giugno 2022

PRESENTI

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Laura CESTARI (Liga Veneta per Salvini Premier)

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)

Luciano SANDONÀ (Zaia Presidente)

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

ALTRI PRESENTI

(in modalità presenza)

Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile Segreteria della commissione speciale d'inchiesta)

Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)

Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL)

Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto)

Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL)

Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate)

Dott. Giampaolo ZAMBON (Segretario Obiettivo Ippocrate)

Avv. Alessia GONZATI (Obiettivo Ippocrate)

Dott. Giovanni GUASTELLA (Vice Segretario vicario FIMMG)

Dott. Luca BARUTTA (Segretario ANAAO ASSOMED)

Dott.ssa Annalisa ZANON (ANAAO ASSOMED)

Dott. Alberto POZZI (Presidente regionale SMI)

Dott. Vincenzo MIGLIETTA (Delegato regionale Assistenza primaria SMI)

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 11 del 13 giugno 2022

ALTRI PRESENTI

(in modalità telematica)

Dott. Salvatore CAUCHI (Segretario regionale SNAMI)

Dott. Vittorio MORELLO (Vicepresidente aggiunto AIOP Veneto)

Dott. Roberto MANENTE (Direttore AIOP Veneto)

Dott. Massimo CALVANI (Vicepresidente AIOP Veneto)

Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR)

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)

Dott.ssa Giovanna SCROCCARO (Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici)

Dott.ssa Evelina TACCONELLI (Direttore UO Malattie infettive AOUI VR)

Presiede

Milena CECCHETTO

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 11 del 13 giugno 2022

Sommario

Presidente 1
Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL) 1
Presidente 3
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 3
Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL) 3
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 3
Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL) 3
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 3
Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL) 4
Presidente 4
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 4
Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL) 5
Presidente 6
Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL) 6
Presidente 6
Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto) 6
Presidente 9
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 9
Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto) 11
Presidente 14
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 14
Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto) 14
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 14
Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto) 15
Presidente 17
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente) 17
Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto) 17
Presidente 18
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 18
Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto) 20
Presidente 22
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 22
Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto) 23
Presidente 23
Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL) 23
Presidente 24
Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL) 24
Presidente 33
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 33
Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL) 34
Presidente 37
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente) 37
Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL) 39

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 11 del 13 giugno 2022

Presidente 41
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 41
Presidente 44
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 44
Presidente 44
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 44
Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL) 44
Presidente 45
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 45
Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL) 45
Presidente 47
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 47
Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL) 49
Presidente 51
Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL) 51
Presidente 51
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 51
Presidente 52
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 52
Presidente 53
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 54
Presidente 54
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente) 54
Presidente 55
Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL) 55
Presidente 55
Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate) 55
Presidente 55
Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate) 55
Presidente 55
Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate) 55
Presidente 62
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente) 62
Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate) 62
Presidente 64
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 64
Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate) 64
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 67
Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate) 67
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 67

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 11 del 13 giugno 2022

Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate) 67
Presidente 67
Dott. Giovanni GUASTELLA (Vice Segretario vicario FIMMG) .. 68
Presidente 74
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 74
Dott. Giovanni GUASTELLA (Vice Segretario vicario FIMMG) .. 75
Presidente 77
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 77
Dott. Giovanni GUASTELLA (Vice Segretario vicario FIMMG) .. 77
Presidente 79
Salvatore CAUCHI 80
Presidente 80
Dott. Salvatore CAUCHI (SNAMI) 80
Presidente 80
Dott. Salvatore CAUCHI (SNAMI) 80
Presidente 80
Dott. Salvatore CAUCHI (SNAMI) 80
Presidente 85
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 85
Presidente 85
Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED) 85
Presidente 89
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 89
Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED) 91
Presidente 92
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 92
Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED) 95
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 96
Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED) 96
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 96
Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED) 97
Dott.ssa Annalisa ZANON (ANAAO ASSOMED) 97
Presidente 97
Dott.ssa Annalisa ZANON (ANAAO ASSOMED) 97
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 98
Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED) 99
Presidente 100
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente) 100
Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED) 101
Presidente 102
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente) 102
Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED) 102
Presidente 102
Presidente 103

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 11 del 13 giugno 2022

Dott. Vincenzo MIGLIETTA (Delegato regionale Assistenza primaria SMI) 103
Presidente 108
Dott. Alberto POZZI (Presidente regionale SMI) 108
Presidente 108
Dott. Alberto POZZI (Presidente regionale SMI) 108
Presidente 109
Dott. Alberto POZZI (Presidente regionale SMI) 109
Presidente 109
Dott. Alberto POZZI (Presidente regionale SMI) 109
Presidente 109
Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR) .. 109
Presidente 109
Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR) .. 109
Presidente 110
Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR) .. 110
Presidente 117
Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR) .. 117
Presidente 118
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 118
Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR) .. 119
Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo) 119
Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR) .. 119
Presidente 119
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 120
Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR) .. 120
Presidente 120
Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR) .. 121
Presidente 121
Dott. Vittorio MORELLO (AIOP) 121
Presidente 121
Dott. Vittorio MORELLO (AIOP) 121
Presidente 121
Dott. Vittorio MORELLO (AIOP) 121
Presidente 122
Dott. Vittorio MORELLO (AIOP) 122
Presidente 128
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 128
Dott. Vittorio MORELLO (AIOP) 128
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 128
Dott. Vittorio MORELLO (AIOP) 128
Dott. Massimo CALVANI (AIOP) 129
Dott. Vittorio MORELLO (AIOP) 129
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 129
Dott. Vittorio MORELLO (AIOP) 129
Presidente 129

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 11 del 13 giugno 2022

Dott. Vittorio MORELLO (AIOP) 129
Presidente 130
Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie) 130
Presidente 130
Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie) 130
Presidente 130
Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie) 130
Presidente 130
Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie) 131
Presidente 131
Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie) 131
Presidente 131
Dott.ssa Giovanna SCROCCARO (Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici) 131
Presidente 131
Dott.ssa Giovanna SCROCCARO (Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici) 131
Presidente 132
Dott.ssa Giovanna SCROCCARO (Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici) 132
Presidente 137
Dott.ssa Giovanna SCROCCARO (Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici) 137
Presidente 137
Dott.ssa Giovanna SCROCCARO (Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici) 138
Presidente 138
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero) 138
Presidente 138
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero) 138
Presidente 138
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero) 138
Presidente 139
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero) 139
Presidente 142
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 142

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero) 142
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 142
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero) 143
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 143
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero) 143
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 143
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero) 143
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 144
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero) 144
Presidente 146
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero) 146
Presidente 146
Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero) 146
Presidente 146
Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie) 146
Presidente 146
Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie) 147
Presidente 147
Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie) 147
Presidente 150
Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie) 150
Presidente 151
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 152
Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie) 152
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente) 152
Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie) 152
Presidente 153
Dott.ssa Evelina TACCONELLI (Direttore UO malattie infettive AOUI VR) 153
Presidente 153
Dott.ssa Evelina TACCONELLI (Direttore UO malattie infettive AOUI VR) 153
Presidente 154

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 11 del 13 giugno 2022

Dott.ssa Evelina TACCONELLI (Direttore UO malattie infettive AOUI VR) 154
Dott.ssa Evelina TACCONELLI (Direttore UO malattie infettive AOUI VR) 163
Presidente 163
Dott.ssa Evelina TACCONELLI (Direttore UO malattie infettive AOUI VR) 163
Presidente 163

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 11 del 13 giugno 2022

La Seduta inizia alle ore 10.56

Presidente

Cominciamo le audizioni. Abbiamo già gli auditi. Se fate accedere in Aula, mi dicono essere già presenti la CISL e la UIL.

Bene. Possiamo partire. Siamo collegati in streaming.

Ricordo a tutti che la Commissione speciale d’inchiesta è pubblica, a differenza delle altre Commissioni. Quindi ci sono anche collegamenti in streaming.

Saluto il Segretario Generale della UIL, il signor Roberto Toigo e passo la parola per il suo intervento.

Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL)

Allora, io ho visto questa vostra convocazione e siccome è passato già un anno, però, insomma, non è che ci siamo dimenticati del problema e, purtroppo, non è da dimenticarlo nemmeno adesso.

Io ho guardato un po’ tutti gli interventi che abbiamo fatto e la preoccupazione che avevamo anche in quei momenti. Però, ho riletto una dichiarazione che avevo fatto l’08 gennaio 2021 e direi che non cambio nulla di quella dichiarazione.

Se volete, è corta, la leggo e così è tutto più semplice.

“Nei giorni scorsi è cominciata la campagna di vaccinazione, con il Veneto che ha somministrato oltre l’84% delle dosi, che ci auguriamo porterà ad un graduale ritorno della normalità. Purtroppo non è mancata la speculazione politica sulla gestione della pandemia. Noi non siamo un partito politico, non siamo amministratori pubblici o medici. Abbiamo lottato perché si potesse lavorare in sicurezza. Ci siamo impegnati

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

per evitare licenziamenti. Siamo stati al fianco dei lavoratori e dei pensionati. Anteporre, com'è successo e come succede ancora, la politica e l'ideologia al virus non è giusto. Non è corretto nei confronti di chi lavora e nei confronti dei malati. La Regione Veneto, le ASL e i medici sono impegnati giorno e notte nel cercare di fronteggiare la situazione con i mezzi che hanno a disposizione. La situazione è sicuramente pesante e i numeri spaventano. È evidente che non è tutto perfetto, ma dal divano di casa siamo tutti bravi a pontificare e a dire come andrebbero fatte le cose.

Il nostro è un Paese di 60 milioni di allenatori della Nazionale durante i mondiali di calcio. Adesso è quello dei 60 milioni di esperti in virologia, in gestione delle pandemie e in logistica.

È ridicolo dire che tre mesi fa i veneti erano i migliori del mondo e ora siamo gli ultimi, gli incompetenti e i disorganizzati. Lasciamo a chi ci governa e lavora la serenità necessaria per portarci fuori dall'emergenza.

La UIL del Veneto, con le proprie idee e con i propri iscritti, vuole dare tutto il contributo possibile e abbiamo la massima fiducia in chi sta gestendo la situazione. Offriamo la nostra massima collaborazione, se ci verrà richiesta. Remiamo tutti nella stessa direzione e lasciamoci alle spalle il Coronavirus". Ecco, questa era una dichiarazione che avevo fatto a caldo in quel momento. Ritengo che, con il senno di poi, qualcosa di meglio si può sempre fare, ma la situazione non dipendeva esclusivamente solo dalla Regione, ma anche dalle leggi e dalle indicazioni nazionali. Io credo che quello che si poteva fare si è fatto. Se c'è stato qualche errore sicuramente aiuterà, spero, per il prossimo futuro, per le

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

prossime cose, per evitarlo, ma io non ho null'altro da dire in base a quanto è accaduto.

Presidente
I colleghi hanno domande? Elena Ostanel, prego.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente. Grazie della relazione.
Ho una domanda rispetto al tema dei tamponi rapidi al personale medico. Siccome ne abbiamo discusso più volte nella Commissione, in base all'Osservatorio del sindacato, da quando a quando si ricorda siano stati usati i tamponi rapidi?

Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL)
Io me lo ricordo assolutamente, anche perché…

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Posso finire la domanda?

Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL)
Sì, scusi.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie.
Quindi, tamponi rapidi.
L'altro tema, invece, attiene alle USCA, alla visione del sindacato rispetto al tema delle assunzioni nelle USCA.
Grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL)
Sul secondo tema non le so rispondere perché non conosco l'argomento e soprattutto non ho il discorso sottomano per quello che riguarda le assunzioni.
Per quello che riguarda, invece, la prima fase, eravamo preoccupati sull'uso dei tamponi rapidi, ma non per l'utilizzo vero e proprio, ma perché c'era una diatriba, una discussione anche fuori dalla Regione sulla loro efficacia o no.
Noi eravamo preoccupati su questo. Da quel momento partì, mi ricordo, una generazione di tamponi rapidi più performanti e la cosa ci aveva un po' tranquillizzati, anche se noi insistevamo che sul luogo di lavoro era forse probabilmente meglio utilizzare i tamponi tradizionali.
Sul discorso delle assunzioni non so darle una risposta.

Presidente
Qualcun altro? Collega Bigon, prego.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente. Due domande molto semplici, visto che rappresentate giustamente il personale. I presìdi sono stati forniti correttamente e sempre al personale? Questi sono stati messi in sicurezza?
Un'altra domanda che le vorrei fare è se il personale era sufficientemente formato per quanto riguarda l'assistenza alla sub terapia intensiva e alla terapia intensiva. Sappiamo che ad un certo momento sono stati trasferiti da reparto a reparto, parte del personale, anzi molto personale, quindi vogliamo capire se da parte sua c'è stata questa consapevolezza nella sufficienza della formazione fornita e soprattutto se il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

numero era adeguato per quanto riguarda l'assistenza alle terapie intensive.
Grazie.

Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL)
Naturalmente in quei giorni noi abbiamo riunito più volte la categoria che si occupa direttamente di questo, perché ovviamente lei mi ha fatto una domanda sull'analizzare quello che riguarda il discorso sanitario, ma ovviamente la nostra attenzione era per tutti i dipendenti che lavorano nella regione, non solo quelli che sono a libro paga delle ASL eccetera. Dunque, la nostra attenzione era varia.
Sul discorso della formazione io non ho ricevuto delle affermazioni che la formazione non sia stata fatta. So solo che in quei casi gli strumenti adeguati, quelli che erano a disposizione, sono sempre stati dati. Nessuno si è mai lamentato nel dire, almeno a me, che gli manca la mascherina, gli manca questo, gli manca il camice, gli mancano le cose. È del tutto evidente che sono state spostate delle persone che forse non erano probabilmente le più preparate in quel momento, però mi dicono che la formazione è stata fatta nei tempi e nelle cose che era possibile fare.
Lo spostamento è stato molto straordinario in quel tempo, così straordinario che probabilmente ha stancato anche le persone che ci lavoravano dentro, però penso sia anche stato difficile trovare al momento delle persone nell'immediatezza capaci di poter fare lavori di tipo diverso.
Siamo in una situazione di emergenza. Decidere di dire oggi e guardare quello che era successo allora, io potrei fare un elenco di cose che avrei fatto in maniera diversa.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Probabilmente anche chi la gestiva allora l'avrebbe fatta in maniera diversa. Ma ricordiamoci dove siamo capitati dentro. Dunque, io non ho nulla da dire in base alla formazione, in base ai numeri e in base agli strumenti che sono stati dati alle persone.

Presidente
Grazie.
Qualcun altro? Niente.
Segretario, io la ringrazio e la congedo.

Dott. Roberto TOIGO (Segretario generale UIL)
Grazie a voi. È un momento che per me la sanità del Veneto è una cosa eccezionale. Mi ha salvato la vita due mesi fa e adesso devo proseguire il percorso che devo fare, dunque ho quella attenzione. Grazie.

Presidente
In bocca al lupo, allora. Buona giornata e grazie.
Buongiorno a Cinzia Bonan, per la CISL. Le passo la parola. Basta che clicchi sul monitor là dove vede la parola "microfono" e si attiva il microfono.

Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto)
Buongiorno a tutti. Vi ringrazio di averci chiamato in audizione, perché è importante anche per noi essere coinvolti rispetto a quanto accaduto e sicuramente poi prendere atto anche del lavoro della Commissione stessa.
Sicuramente ho avuto modo di ritornare sui documenti di allora, quando, come ricordiamo, vi è stata una seconda fase Covid

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

molto complicata perché, diversamente dalla prima, dove, a parte chi doveva lavorare, erano rimasti tutti a casa, in questa seconda fase i ragazzini sono tornati a scuola e questo, ovviamente, ha comportato l'esplosione delle contaminazioni, in particolar modo asintomatici (ma anche non asintomatici) del personale dei lavoratori in generale, ma in questo caso, ovviamente, visto che stiamo parlando di quello che è successo poi nel sistema sociosanitario, ovviamente dei lavoratori dei servizi e delle professioni sanitarie.

Questo ovviamente ha fatto sì, per quanto ci riguarda, che si sia arrivati ad una situazione tale da avere un sovraccarico di lavoro nei confronti di tutti gli operatori assolutamente disumana. Sarebbe stato facile fare gli incendiari, visto che la situazione era complicatissima, come CISL. In quella fase, invece, abbiamo deciso di fare i pompieri, proprio anche confidando che c'era bisogno ovviamente di calmare gli animi soprattutto di chi si ritrovava a dover lavorare con tutte le incognite del caso. È ovvio infatti che l'incognita di essere positivi o no ogni due tre giorni ce l'avevano a esito dei tamponi in corso.

Una situazione complicatissima, quindi, come sappiamo. Per quanto ci riguarda, era complicata anche perché in quel momento avevamo soprattutto al nostro interno i pensionati che sollecitavano, anche scrivendo ovviamente alla Regione, che si aprisse ai familiari sia nelle RSA, ma in generale alle visite dei familiari. Questo ovviamente andava in controtendenza con quello che in quel momento si stava realizzando. È vero infatti che si arrivava da un settembre-inizio ottobre, quando i dati ci dicevano che si poteva tecnicamente essere più tranquilli e quindi aprire ai rapporti e alle relazioni, salvo poi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

trovarsi improvvisamente, invece, con la situazione che era esplosa, per cui, per qualche mese così è stato.

Tant'è vero, col senno del poi, che i dati Inail certificano che purtroppo questo è quello che è successo. Dover gestire quella mole di attività senza avere la certezza di chi al mattino arrivava e chi no, credo che sia stato per tutti un periodo assolutamente complicato. Dall'altro canto, poi, negli appunti ho anche ritrovato che in quel momento facemmo un incontro con l'assessore Lanzarin unitariamente, perché volevamo ovviamente avere chiarezza di quello che stava succedendo.

Dopodiché, in quella fase c'era anche una situazione che si può definire, secondo noi, "tempesta perfetta", perché avevamo gli avvicendamenti delle dirigenze delle ULSS, con le nuove nomine in corso, che sono avvenute subito dopo, a gennaio; dall'altro canto, avevamo anche tutta la programmazione vaccinale da gestire, perché in particolar modo, non solo per gli anziani e le persone con problemi di salute, ma soprattutto al personale medico sanitario era fondamentale garantire una sicurezza perché venivano da una situazione dove si sentivano anche loro completamente senza nessuna protezione, senza nessuna tutela, per quante attenzioni ognuno mettesse in questo contesto.

Che dire quindi? Sicuramente è stata una situazione molto complicata; sicuramente, quella di sospendere le attività scolastiche è stata una decisione che anche noi, come sindacato… Come confederali avevamo sia la categoria dei lavoratori, sia i pensionati, però anche gli insegnanti, che già ci avvisavano di aver riscontrato all'inizio dell'anno una povertà didattica importante – ricordo un incontro fatto poi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

con l'assessore Corazzari –, soprattutto, in particolar modo, per i ragazzini immigrati.
La decisione di sospendere le scuole quindi per noi era avere in testa non chi poteva avere i genitori, o i nonni che li seguivano, ma tutta quella popolazione importante di ragazzini che se pure avevano i genitori, non potevano essere sicuramente di nessun aiuto o supporto.
Ci siamo trovati quindi in quelle occasioni con una situazione che aveva crepe da tutte le parti, ma con la voglia e la volontà credo, appunto, di non fermare completamente, inopportunamente la macchina organizzativa, o di arrivare, come poi si è arrivati, a metà dicembre, a dover prendere atto anche noi in quel caso di dover andare ad una chiusura totale, nella speranza che quelle tre settimane, poi collegando con la partenza delle vaccinazioni, fossero sufficienti per fermare un po' quella che era stata un'ondata sicuramente gravosa per tutti.
Questo è quanto. Se poi avete delle domande, posso nel dettaglio magari essere più esaustivo.

Presidente
Grazie.
Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Allora, grazie nella relazione. Io avrei una serie di domande che sto provando a fare a tutte le categorie per chiarire delle questioni che sono emerse durante questi mesi di lavoro in Commissione, e uno lo ha citato, cioè il tema del fatto che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

il personale ovviamente in quel periodo è stato sottoposto non solo a stress, ma anche ad orari di lavoro e questioni che lei ha espresso nella relazione.

Una delle domande però era rispetto sia alla formazione, perché appunto c'erano state varie uscite rispetto al personale che si trovava in quel momento in terapia intensiva, quindi la sua visione rispetto al fatto se e come nelle terapie intensive ci fosse del personale non adeguatamente formato in quel momento, se sì o se no, come voi avete visto questo tema.

Il secondo è il tema dei tamponi rapidi, invece, quindi lo screening sul personale sanitario, tema che sto seguendo in particolare dall'inizio della Commissione, quindi mi piaceva avere dalle categorie sindacali un'opinione rispetto a se lo screening dei lavoratori della sanità, soprattutto nella seconda ondata, sia prima, ma anche nella seconda, sia stato fatto secondo voi in maniera... o come voi avevate suggerito, visto che invece a me risulta l'utilizzo di tamponi rapidi per lo screening, soprattutto in un momento in cui invece probabilmente altro tipo di tamponi avrebbe fatto in modo che non ci fossero tanti contagi tra il personale.

Un ultimo tema, anzi gli ultimi due sono sul personale delle USCA (ho fatto la stessa domanda UIL, ma mi ha detto che non sapeva rispondere), come il sindacato ha visto il tema del numero di personale dedicato alle USCA e anche il tema del lavoro invece nelle scuole, nel SISP, visto che mi interessava avere un parere rispetto a se il numero del personale, anche durante la gestione della pandemia, senza parlare di ora, fosse adeguato e se voi aveste interloquito (diceva di un incontro con l'assessore Lanzarin) e che tipo di proposta aveste portato su questi temi, sul tema del numero del personale e anche

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dell'adeguatezza della sua formazione, a seconda delle mansioni che si trova a svolgere. Grazie.

Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto)
Partendo dall'inizio, io mi ricordo quando, con un altro incarico, appena iniziata la pandemia, di fronte a una situazione abbastanza ancora poco chiara di rapporti di responsabilità tra le ULSS, le Case di riposo, esplosi nel vero senso della parola, perché conoscevo e conosco bene come sono strutturate le Case di riposo, dicendo "guardate che non hanno nessuna capacità di gestire i casi di pandemia, quindi hanno assolutamente bisogno che qualcuno di esperto li vada ad aiutare".
Le USCA, se vi ricordate, sono nate come esperienza dal Veneto, in particolar modo Treviso ha cominciato la prima esperienza, perché avevamo anche i casi prima degli altri, per cui probabilmente ci siamo arrivati per primi solo causa disgrazia.
In quel mentre, si poteva pensare di pianificare delle attività, di pianificare il personale, di pianificare tutto. Che poi quello che è successo nella seconda data, invece, abbia preso intanto di mira persone che erano già comunque sotto stress e anche affaticate, perché poi mi sono resa conto che anche l'affaticamento poteva essere sicuramente una peculiarità del perché erano fragili anche gli operatori stessi in quella circostanza.
Dopodiché io mi ricordo che avevo sentito proprio in quel momento un responsabile nostro in riferimento alla sicurezza dei lavoratori, proprio per capire se fossero in condizioni di considerarsi sicuri, e anche lui era esploso, perché diceva:

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

"e se ti dico di no, cosa facciamo, mandiamo a casa i pazienti? Cioè cosa facciamo in alternativa? Se ti dico che qua stiamo facendo i miracoli, perché non abbiamo alternative...", e probabilmente anche loro si rendevano conto che, a prescindere che tecnicamente non ci fossero tutte le carte in regola, però bisognava assolutamente andare a coprire i turni, bisognava assolutamente dare quell'assistenza che comunque si prevede che debba essere data.

Non so dire quindi, come succede sempre nelle situazioni di emergenza, se c'erano tutte le indicazioni precise o se c'era tutta la formazione adeguata, fatta per tempo, in quel contesto, perché sicuramente per questioni altre conosco bene quegli ambiti, quel reparti e il personale che ci lavora, che sono persone che hanno bisogno, a prescindere dal Covid ovviamente, di avere un'attenzione alla loro attività, che di norma è assolutamente un'attività sotto stress, che implica appunto poi anche dalle importanti responsabilità.

La nostra versione quindi è che sicuramente – guardate, lo dico in questo contesto –, credo che la situazione all'interno del Sistema sanitario in qualche modo ha fatto emergere delle fragilità, in primis la piena disponibilità delle persone necessarie, perché fa la differenza avere tutti ai propri posti oppure avere continuamente una situazione che è latitante di personale.

Anche in casa nostra, prima del Covid, parlare di sanità era un tema che non destava particolare attenzione, se non negli addetti ai lavori, invece oggi io credo che ci rendiamo conto di quanto importante sia avere la sanità che funziona, come dico sempre, anche per non usarla mai, però non si tiene una macchina in garage rotta, ma si vuole, anche se si va sempre

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in bicicletta, che sia funzionale, e questo deve essere nella nostra sanità.

La questione del personale ha un'attenzione che chiediamo da tempo, perché ancor prima del Covid certe problematiche c'erano, soprattutto all'interno del personale nei reparti più a rischio (sale operatorie piuttosto che terapie intensive e quant'altro). Se quindi questo ci può aiutare per rivedere, ridisegnare una funzionalità sanitaria che tenga in considerazione che possiamo anche incappare in emergenze e che dobbiamo avere però, quando succede, il personale necessario, credo che sia un elemento adesso assolutamente fondamentale.

Dopodiché, non sono a conoscenza di altre situazioni, se non di aver fatto da parte di tutti di necessità virtù. Non ho visto o non abbiamo ricevuto segnalazioni di malafede o mala gestione in questo senso, perché, come in altri contesti è successo, ci siamo ovviamente sempre prodigati a tutelare, a nome e per conto del contratto e della normativa, i nostri lavoratori e lavoratrici.

In questo caso sicuramente c'era complessivamente una situazione in sofferenza già da prima. Se lei mi dice che nella prima fase non avevano neanche le mascherine e usavano i sacchetti di plastica come calzari, io le dico sì, erano molto rischio, però cosa facevano? Quando ci telefonavano in quella fase, dovevamo dirgli di no? Mettetevi anche nei nostri panni, perché chiamavano noi, non so se chiamassero anche la politica, però, per garantire il funzionamento, siamo anche arrivati a dirgli: "Fate con quello che c'è". Cosa dovevamo dirgli? Secondo noi, nella seconda fase sicuramente c'erano tutti gli strumenti a disposizione. I tamponi: anche noi siamo intervenuti, come sindacato, per tentare, a livello nazionale,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di allungare i tempi (non 48 ore, ma 72). Effettivamente, si diceva: se spostiamo tutto il personale a fare tamponi, chi fa il resto? Non è che abbiamo avuto un esercito che ci è venuto in aiuto con delle competenze tali da poter essere messi a disposizione per fare questa attività.
Questo è quello che mi sento di dire. Se ci sono altre questioni, sono qui.

Presidente
Collega Bigon, prego.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie.
Come mi pare d'aver capito, si conferma che, mentre nella prima fase comunque c'era una carenza di presìdi...

Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto)
Era nota...

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Di fatto, oggettivamente è così. Dopodiché, è evidente che il personale comunque ha fatto la sua parte, giustamente, perché bisogna anche mettersi sempre nella situazione. Questo, però, è un dato di fatto: mancavano i presìdi.
Nella seconda fase, invece, i presìdi ci sono però, di fatto, abbiamo un problema enorme, che mi pare confermato, già precedente, tra l'altro, alla pandemia, ossia la carenza di personale. Il fatto di dover spostare... Perché già all'epoca mancavano – chiedo anche a lei conferma, per fare la domanda – più di 110 anestesisti in Veneto. Tutto questo con problemi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di spostamento (mi associo alle domande della collega) di altro personale all'interno della terapia intensiva.
Due domande su questo. Non ho ben capito se il personale che aveva una specialità diversa da quella dell'anestesista e, ovviamente, di persone che vanno inserite all'interno di questi reparti, anche nella sub-intensiva, quindi non propriamente in quella intensiva, è stato formato. Io parlo di queste persone, quelle che sono state spostate in questi reparti in quel periodo.
Le chiedo se ha qualche informazione relativamente al numero dei letti di terapia intensiva, se qualche informazione vi era giunta da parte dei dipendenti sanitari in relazione all'attivazione negli ospedali dei letti di terapia intensiva.
Grazie.

Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto)
Se siano stati fatti corsi di formazione adeguati per il personale spostato non sono in grado di dirvelo. Che fossero, in quel mentre, state strutturate nuove aree Covid, terapie intensive, sì, per concentrare anche, ovviamente, l'intensa attività che si presumeva potesse arrivare, per evitare il collasso. Ovviamente non si sapeva che impatto avrebbe avuto l'ondata. Si conosceva la prima, ma non si riusciva a capire la seconda, proprio perché nella prima, attraverso il lockdown, eravamo rimasti molto più...
Quindi, che fossero state organizzate delle strutture per aumentare le terapie intensive o per fare dei centri Covid, sì. Ricordo che diversi ospedali erano stati incaricati, diversamente da altri. Con quale criterio? Non conosco bene tutta la situazione in Veneto. Conosco alcune realtà rispetto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ad altre. Il criterio era nella logica di tenere liberi gli altri ospedali per fare tutto il resto delle attività ordinarie sanitarie. Per cui, continuare a mandare avanti quell'attività, che era già stata bloccata sei mesi. Anche là avevamo liste d'attesa impressionanti. Ricordo, appunto, il dover intervenire anche per capire quando sbloccavano una serie di attività. Ricordo che erano andate in crisi soprattutto tutte le visite di diagnostica. Ovviamente c'era stato un aumento della richiesta proprio dovuta al Covid, sospetto o non sospetto, ma, insomma, radiografie e TAC andavano a nastro dietro questa cosa, per cui rallentavano tutte le altre, invece, necessità di indagine che servivano per fare l'ordinario. Sicuramente, in questo senso, c'è stato un sovraccarico e anche, sicuramente, un qualche disfunzionamento, che però era legato allo stato d'emergenza. Tant'è vero che, poi, con la Regione abbiamo chiesto e anche, insomma, in qualche modo hanno sbloccato abbastanza velocemente, gli extra budget, sia l'anno scorso, ma quest'anno ancora prima dell'anno scorso, già a febbraio, proprio perché abbiamo la necessità di recuperare tutto l'arretrato che c'è e che può essere anche con ritorno sempre rimesso in carreggiata velocemente, se si fanno politiche per il personale, in prospettiva, strutturali. Perché il problema del personale c'era. Preoccupiamoci, nel senso che c'è anche questo autunno davanti. Adesso è vero che le vaccinazioni hanno fatto, sicuramente, il loro lavoro, però in autunno arriveremo con una popolazione prevalentemente scoperta dai vaccini. Quindi bisognerà ritornare a oltre che a vaccinarsi, ma anche a preoccuparsi di un eventuale ulteriore ritorno di fiamma di questo virus.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente
Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Sì, grazie Presidente. Intanto ringrazio per l'intervento il rappresentante della CISL.
Volevo solo un chiarimento, anche a seguito dell'intervento della collega Bigon, giusto per capire, riguardo i presìdi.
È stato detto che c'è stata una carenza di presidi e la collega ha utilizzato, invece, il termine "mancanza". Volevo capire se avevo interpretato bene o male io quanto era stato detto, nel senso che, nel momento in cui c'è un'emergenza, chiaramente, arrivano molti più pazienti rispetto a quelli che si aspettano ordinariamente. In questo frangente, è chiaro, che la dotazione di presìdi e quella per i pazienti che mi aspetto, sostanzialmente.
Arriva un'emergenza, arriva un'ondata e mi ritrovo a dover riadattare, magari, parte di reparti, di riadattare parti di ospedali con tubazioni. Ci ricordiamo tutti, a livello nazionale il problema anche di aver solo le maschere per l'ossigeno. Quindi, in questo senso, io ho inteso la carenza di presìdi, perché proprio è arrivata un'onda e si è cercato di fronteggiarla, per cui piano, piano, dopo, si è dotati di tutti i presìdi possibili per affrontarla.
Quindi era solo un chiarimento se ho interpretato io correttamente o se, invece…

Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto)
Se voi ricordate, prima del Covid, a parte nelle terapie

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

intensive, nelle sale operatorie, non venivano usate le mascherine da parte del personale, degli infermieri e dei medici. È ovvio che dotare tutte queste persone ad avere gli strumenti continuamente e costantemente, voleva dire avere forniture completamente diverse, rispetto a quelle che prima erano nella norma. Per cui l'impatto è stato anche quello di dare al personale, improvvisamente, degli strumenti che prima venivano usati in via eccezionale, oppure solo se si lavorava all'interno di alcuni reparti.

Presidente
Qualcun altro?
Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Vicepresidente. Grazie anche agli auditi.
Le domande sono semplici, nel senso che molto è già stato detto. La prima è questa. Ci sono, ovviamente, note le difficoltà che il sistema sanitario regionale del Veneto, e non solo, ha dovuto affrontare nella prima fase, la mancanza o la scarsità dei presìdi e quant'altro.
Questa Commissione, però, è finalizzata a concentrarsi su quella che abbiamo definito la seconda ondata. Quando cioè, diciamo, le difficoltà di reperire mascherine o altri presìdi dovrebbe essere stata superata, almeno nella grande parte, perché la cosa su cui noi stiamo provando ad indagare è questa. Viste tutte le difficoltà della prima ondata, siamo arrivati alla seconda in maniera preparata? Rispetto a questo, dunque, le volevo chiedere: 1) se questo problema delle difficoltà organizzative si è visto migliorare tra la prima e la seconda

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ondata. Perché il racconto pubblico che è stato fatto era sulla prima disperazione, come giustamente diceva lei. Sulla seconda, invece, stiamo tranquilli, è tutto sotto controllo. È chiaro, ci sono dei numeri impressionanti rispetto ai quali, per quanto siamo preparati, c'è un alto livello di stress, però è tutto sotto controllo.

Volevo capire se questa impostazione l'avete riscontrata voi attraverso il confronto con gli operatori sanitari.

La seconda questione è sempre più o meno coerente con questo elemento. Noi abbiamo raccolto diverse testimonianze di preoccupazione rispetto al monitoraggio del personale sanitario, in riferimento alla pandemia, al contagio. C'è tutta la discussione sui tamponi rapidi, sui tamponi molecolari, che tipo di generazione di tampone rapido veniva utilizzato per il personale sanitario, in particolar modo per quello più esposto. Anche su questo volevo capire se, dal vostro punto di vista, a parte la scontata, ovvia, necessaria benevolenza rispetto alla situazione complicata che riguardava tutti i livelli, secondo lei, secondo voi, se c'è stata una sottovalutazione di questo elemento.

La terza questione che le pongo è questa. Non so, ovviamente, se ha gli elementi per poterci aiutare. Lei ci ha raccontato, e noi immaginiamo che fosse esattamente così, di un contesto lavorativo dentro gli ospedali e le strutture sanitarie durante quella fase, che andava oltre i doveri ordinari dei dipendenti, cioè le persone, le lavoratrici e i lavoratori del comparto sanità in quei mesi sono stati sottoposti ad una mole di lavoro e ad un livello di rischio che è fuori dall'ordinario rispetto alla loro funzione, al loro mestiere. Le risulta che da questo punto di vista fossero soddisfatti del livello di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

percezione esterno che c'era rispetto al loro sacrificio oppure oltre alle difficoltà oggettive c'erano anche difficoltà psicologiche da affrontare rispetto al fatto che loro sapevano esattamente la trincea in cui si trovavano? Invece, il racconto a cui si assisteva sovente era quello che, tutto sommato, andava tutto bene. Quali sono stati poi anche, a posteriori, gli effetti psicologici e di natura demotivazionale rispetto al personale sanitario della nostra regione, calcolando che non crediamo sia un caso che oggi problemi di personale di demotivazione, di stanchezza, che sono fisiologici, lo abbiamo visto un po' dappertutto, qui siano particolarmente gravi.
Quindi, chiediamo se c'è una correlazione tra lo stress di quel periodo, secondo lei, e la situazione seria di carenza di personale in cui ci troviamo oggi. Grazie.

Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto)
Come ho detto, sicuramente nella seconda ondata la preoccupazione, il motivo di stress più grosso è stato proprio legato alla enorme positività di molti operatori. I contagi prevalentemente arrivavano dalle scuole. Quindi, diversamente dalla prima fase, gli asintomatici erano quelli che creavano problemi a tutto il sistema, non solo agli operatori.
Tra le altre cose, ricordo che i tamponi comunque fanno la fotografia di tre giorni prima e quindi quante persone risultavano negative e poi, a distanza di tempo, positive, ma nel frattempo continuavano a lavorare. Tant'è vero che su questo c'è comunque il rapporto dell'INAIL nazionale, che fa riferimento proprio in maniera dettagliata a questa questione, ma non mette il Veneto sicuramente al primo posto, nel senso

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che i problemi che abbiamo riscontrato noi li hanno riscontrati in maniera molto più ampia la Lombardia e il Piemonte.

Sicuramente era una situazione che in quella fase riguardava il sistema Paese e noi al nord avevamo, ovviamente, le casistiche già di partenza più alte. Credo che ci fosse la percezione da parte di quasi tutti gli operatori. Poi, per carità, adesso parlare a nome di tutti diventa complicato. Immagino che molti siano stati scontenti. Come abbiamo detto anche all'assessora Lanzarin, alcuni hanno dato le dimissioni proprio perché non reggevano più. Però, sappiamo anche di altri che hanno dato le dimissioni perché improvvisamente partiva la campagna vaccinale e prendevano molti più soldi a partita IVA a fare i vaccini che non a restar dentro all'interno delle strutture. Voi sapete che gli infermieri possono cambiare lavoro e avere il diritto di ritornare a distanza di ventiquattro mesi nel loro posto di lavoro e molti di questi sicuramente hanno usato questa norma che gli permette di aver colto un'occasione per loro importante se guardiamo l'aspetto economico. È ovvio che tutte queste uscite di fatto hanno messo in sofferenza una struttura che, come abbiamo detto, in sofferenza lo era già.

Per quanto ci riguarda gli operatori si sono offesi con noi quando i nostri pensionati hanno fatto un articolo dove hanno attaccato la poca cura e la poca attenzione che c'era nei confronti delle persone ricoverate sia negli ospedali che nelle RSA. Questo sicuramente li ha offesi in quanto loro dicono che stanno facendo il massimo, stanno dando il massimo, ma ovviamente essendo in una situazione di emergenza come in tutte le situazioni di emergenza l'ordinario prende altri ritmi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Io questo posso dire. È ovvio che nessuno tornerebbe più indietro a quel momento, la situazione che abbiamo problematica rispetto all'appeal in ambito sociosanitario non riguarda solo noi. Ero in Friuli l'altro giorno e riguarda anche il Friuli. Questo per dire che è un problema per cui ci auguriamo che a livello nazionale, visto che le professioni vengono definite a quel livello, si possa incentivare e fare anche campagne più mirate per fare in modo che arrivino le persone necessarie, perché – chi lavora dentro lo sa, ma vale un po' dappertutto – al bar domani mattina mezzo personale farà un pessimo servizio anche se è il più eccellente per antonomasia. È per questo che dico, con il collega che poi integrerà quello che non ho detto, che c'è la necessità di pianificare le professioni e di assumere tutte le professioni necessarie perché le carenze ci sono e quando già si viaggia in situazioni di sottodimensionamento è ovvio che basta poco per far saltare l'organizzazione. In questo caso, invece, era proprio saltato il sistema della garanzia di chi arrivava a lavorare il giorno dopo, perché ci sono state alcune settimane dove effettivamente chi andava a lavorare non sapeva se poteva smontare il turno o no, perché dipendeva dall'incognita se il collega andava o no per positività o meno.

Presidente
Prego, collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Visto che ha citato lo studio INAIL che avevo guardato, avrei bisogno di un chiarimento: se voi avete come categoria dei

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dati rispetto ai morti in corsia e ai contagi. Infatti, guardando lo studio del 2021, vedo che la Regione del Veneto è tra le prime per infortuni sul lavoro in corsia, quindi in realtà a me risulta peggio di altre regioni. Quindi, le chiedo se voi avete dei dati o se mi può fare un commento rispetto ai dati INAIL che prima citava.
Grazie.

Dott.ssa Cinzia BONAN (Segretario USR Cisl Veneto)
Noi siamo tra i primi in Italia, ma insieme alla Lombardia e al Piemonte. Questo credo che fosse il senso… Sì, certo. Però, è anche vero che il Nord Italia, per antonomasia, anche nella prima fase aveva avuto molti più numeri del resto d'Italia, quindi la prendevo come una questione di ambito più che specifica. Però, se eventualmente vuole dei numeri più dettagliati, li faccio avere alla Commissione e così vi aggiorniamo anche con i nostri dati.

Presidente
Grazie.
Qualcun altro? Grazie, dottoressa Bonan. Gentilmente, se spegne il microfono, mi fa una cortesia. Grazie.
Abbiamo adesso Paolo Righetti, segretario regionale CGIL, a cui passo la parola.

Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL)
Buongiorno a tutti. Grazie per l'invito.
È passato un po' di tempo dai fatti in questione, per cui è difficile ricordarsi. Mi scuserete, ma siccome avevamo fatto un promemoria come CGIL nell'autunno dell'anno scorso, nella

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

previsione di una possibile audizione, anche se i tempi si sono allungati, seguo questo filo. Anzi, se è possibile, chiedo se poi possiamo anche inviare la nota scritta.

Presidente

Volentieri, grazie.

Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL)

Benissimo.

Fin dall'inizio, fin da quando è scoppiata la pandemia, anche in Veneto è emersa subito un'impreparazione ad affrontare un'emergenza così straordinaria, ed è emersa anche una inadeguatezza. Noi abbiamo segnalato pubblicamente e subito, fin dalle prime settimane, l'insieme delle condizioni di prevenzione e di sicurezza, e conseguentemente una situazione di forte esposizione, di forte rischio per la salute e anche per la vita degli ospiti, dei pazienti e anche degli operatori sanitari e sociosanitari nelle diverse strutture sanitarie del Veneto. All'inizio infatti questa cosa ha riguardato anche alcuni ospedali, in particolare le case di riposo del Veneto, con una condizione di forte criticità e di forte diffusione del contagio, emersa già tra fine febbraio e i primi di marzo 2020, come dicevo, in alcune strutture ospedaliere e in diverse strutture residenziali, case di riposo: a Marghera, Mira, Conegliano, Monselice, Legnago, Villa Bartolomea, San Bonifacio, un po' in tutte le Province del Veneto, in particolare a Merlara, in provincia di Padova.

Una situazione dovuta a nostro avviso principalmente alla mancanza iniziale e alla insufficiente disponibilità degli strumenti di protezione più essenziali: mascherine, camici,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dispositivi di protezione individuale; poi, all'assenza di uno screening periodico e generalizzato, come sarebbe stato necessario, alla mancata separazione degli spazi per gli ospiti positivi, e non ultimo, anzi, forse il dato più importante, una situazione dovuta alla carenza di personale, che fra l'altro veniva comunque ulteriormente ridotto dal fatto che molti degli operatori diventavano positivi e dovevano fare la quarantena.

Penso che si possa dire che in questa fase iniziale le singole strutture, le case di riposo, le RSA, oltre ad essere state totalmente impreparate singolarmente ad affrontare quella situazione, si sono ritrovate abbastanza sole e senza direttive chiare e omogenee.

Noi avevamo espresso una valutazione su cui dopo abbiamo fatto una sollecitazione forte alla Regione. All'inizio ci è parso che ci sia stata una grande sottovalutazione della drammaticità della situazione nelle RSA. C'erano inizialmente un orientamento a considerarle strutture autonome, strutture che non facevano direttamente parte del governo, del sistema sanitario regionale, per cui non assumendo direttamente la responsabilità del governo della gestione dell'emergenza sanitaria in quella fase, si determinano diversi significativi ritardi.

Io ricordo bene le sollecitazioni che come organizzazioni sindacali abbiamo fatto; siamo arrivati anche a un incontro con l'assessore Lanzarin su questa situazione che coinvolgeva un po' tutti, perché era una situazione straordinaria. Dopo queste sollecitazioni da parte nostra, e purtroppo anche dopo l'incremento dei contagi, dei ricoveri e dei decessi in quelle strutture, la Regione poi ha preso in carico la gestione della

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

situazione sanitaria anche nelle case di riposo con il famoso Piano epidemia Covid-19, se non mi sbaglio, del 23 marzo 2020, mettendo in campo poi anche il coordinamento di tutte le ULSS del Veneto, per l'attuazione e il monitoraggio degli interventi che dentro il piano erano previsti in modo specifico per le Case di riposo.

Quel piano è stato importante, però non è stato completamente adeguato a quella che era la straordinarietà della situazione. Lo screening periodico, che è stato introdotto con i tamponi molecolari, presentava tempi a nostro avviso ancora troppo lunghi di frequenza (parlo per il personale sanitario), 20 giorni che poi sono stati ridotti a 8 con la DGR del 21 ottobre, per cui parecchi mesi dopo.

Soprattutto, quel piano di sorveglianza non è stato esteso, come noi sollecitavamo, a tutte le strutture private (non solo alle IPAB, per capirsi) e a tutto il personale che operava nelle RSA. Parlo anche del personale adibito in lavorazioni accessorie, come la distribuzione dei pasti, come i servizi di pulizia.

Anche il tempo di verifica dell'esito dei tamponi era un po' troppo lungo, per cui generava una situazione di contaminazione. Certo, eravamo nel pieno della pandemia, i laboratori probabilmente avevano una capienza, oltre la quale non si riusciva ad andare, ma anche quel fattore lì ha determinato una difficoltà a ridurre la diffusione del contagio.

Noi avevamo sollecitato già nella prima fase, quindi ancora prima della seconda, rispetto a una difficoltà strutturale per quelle che sono le condizioni oggettive, strutturali e fisiche, della maggior parte delle Case di riposo nel Veneto,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

per cui una difficoltà oggettiva a separare gli spazi, avevamo sollecitato, come era stato fatto per la popolazione più generale, che si individuasse almeno per ogni Provincia un hub provinciale per consentire la separazione dei positivi. Questa decisione è stata presa solo successivamente dalla Regione, con una delibera del giugno 2020.

Dopo c'è stata la fase discendente dell'epidemia, nel periodo giugno-settembre 2020, alla quale è seguita una progressiva ripresa invece dei contagi, una forte ripresa, che ha portato a quella che si definisce la "seconda ondata" e purtroppo ad un incremento esponenziale dei ricoveri e dei decessi, un'ondata che ha colpito in modo particolarmente pesante il Veneto, più ancora che nella prima fase, e di nuovo, in modo ancor più accentuato gli ospiti delle Case di riposo.

Alcuni dati relativi a quel periodo. In quei mesi abbiamo registrato il peggiore RTI a livello Italia, c'erano quasi 3.000 positivi quotidiani, più di 400 ricoverati in terapia intensiva solo per Covid, 100 morti al giorno nel periodo più critico di quel periodo, se poi andiamo a fare un calcolo più ampio, ce ne sono stati 8.280 solo tra ottobre 2020 a marzo 2021, e, se guardiamo invece all'arco più lungo di un anno, da marzo 2020 a marzo 2021, si sono superati i 10.000, perché si è arrivati purtroppo a 10.480 decessi. Questo per dire che quell'ondata ha pesato in modo forte e particolarmente dannoso qua in Veneto.

Impatti molto forti anche, a nostro avviso, per alcune scelte non corrette da parte della Regione. Guardate, lo dico senza remore, perché le abbiamo apertamente criticate, contrastate, chiesto di modificare fin dall'inizio e prima di qualsiasi polemica politica o nel mondo scientifico, perché erano

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

evidenze che ci arrivavano dai nostri terminali nei luoghi di lavoro e nei territori, scelte che, a nostro avviso, hanno contribuito ad incrementare la diffusione del virus e ai suoi pesanti effetti.

Li richiamo proprio per non sembrare astratto. Innanzitutto diversi studi hanno evidenziato come, al di là della complicata controversia sulla reale disponibilità di posti letto in terapia intensiva e poi sulle modalità di conteggio dei positivi, al di là di questo la scelta di mantenere in quella fase il Veneto in zona gialla, nonostante ci fosse una classificazione ad alto rischio e nonostante la pressione che nei fatti era fortissima sulle strutture sanitarie, diversi studi evidenziano come questo abbia influito negativamente sull'incremento esponenziale di quegli indicatori che ho appena richiamato.

Questa valutazione è supportata anche da una comparazione con le Regioni confinanti, quelle del nord. In Lombardia ed Emilia-Romagna che, da inizio novembre a metà dicembre del 2020, sono state in zona rossa o arancione, i decessi per Covid nel periodo immediatamente successivo, quello fra dicembre 2020 e febbraio 2021, sono stati molto inferiori rispetto al Veneto, e questo è un elemento che secondo noi dimostra che sarebbe stata meglio una scelta precauzionale e maggiore anche nella nostra Regione.

Ci sono poi altri elementi che secondo noi avrebbero dovuto assumere modalità diverse. Penso ai diversi provvedimenti di allentamento delle misure restrittive, che ci sono stati nei mesi estivi sulla spinta emotiva e psicologica di ognuno di noi a riprendere le attività, cosa che però ha determinato un allentamento delle precauzioni, al perdurare della carenza del

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sistema di tracciamento e poi anche alla scelta di utilizzare per gli operatori sanitari e sociosanitari, compresi quelli delle Case di riposo, il tampone antigenico rapido al posto di quello molecolare.

È una scelta che noi non abbiamo condiviso, era ovviamente dei lavoratori, ma anche di tutti, abbiamo richiesto più volte di modificare, e lo dico perché in quella fase non erano ancora fra l'altro disponibili quelli di terza e quarta generazione, che poi si sono dimostrati più affidabili.

Concludo l'intervento, richiamando, perché credo sia utile richiamarla, la funzione che abbiamo svolto come organizzazioni sindacali, quasi sempre unitariamente, a volte anche con sfumature diverse, ma come organizzazioni sindacali abbiamo da subito sostenuto tutti i provvedimenti di salute pubblica volti al contenimento del contagio, sollecitato la rapida attivazione di tutte le misure di precauzione e prevenzione anche nei luoghi di lavoro.

Lo dico perché in quel periodo non era così facile, si correva anche un rischio di impopolarità soprattutto nel nostro rapporto con i lavoratori nelle aziende, nei luoghi di lavoro, ma ritenevamo che la precauzione e la massima attuazione di misure di prevenzione possibile fossero la condizione necessaria per poter ridurre le limitazioni e consentire una ripresa più veloce possibile delle attività.

Purtroppo, in quella fase lo abbiamo fatto in un quadro politico e istituzionale che era molto caratterizzato da un conflitto permanente ad esempio fra lo Stato e le Regioni, per cui non si sapeva bene che provvedimenti venivano assunti, una volta assunti venivano messi in discussione e viceversa, e, come ho detto prima e ribadisco, da un approccio qua in Veneto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che in diverse fasi è stato orientato a far prevalere la continuità delle attività rispetto alle esigenze di precauzione, di prevenzione e limitazione del rischio.

Non sono parole dette a caso, cioè penso a diversi fatti. Già ai primi di marzo la Regione Veneto aveva chiesto l'immediata riapertura di tutte le scuole, quando invece era stata disposta la loro chiusura. Tre giorni prima del lockdown nazionale, era stata fatta una zona rossa con alcune Province del Veneto e la Regione aveva chiesto di estrapolarle, di non inserirle, per cui, un atteggiamento rivolto a ridurre il meno possibile l'impatto sull'attività produttiva.

La nostra è stata un'azione di sollecitazione e di proposta, molto spesso, che abbiamo esercitato e sviluppato anche nelle fasi successive, anche nel periodo più critico della seconda ondata e anche nella predisposizione e nell'organizzazione, poi, della campagna vaccinale. Ricordo che, anche in questo caso, rispetto alle priorità della fase vaccinale, siamo stati uno dei soggetti che ha spinto con forza a garantire che la somministrazione fosse data con priorità alle persone con specifiche patologie e fragilità e alle persone anziane non autosufficienti rispetto al resto. Anche rispetto ai lavoratori. Allora si parlava di fare prima la campagna vaccinale nelle aziende.

Ho due minuti. Alcune considerazioni finali velocissime. L'impatto e gli effetti di quella che è stata un'emergenza sanitaria straordinaria, che non possiamo ancora dire – penso – del tutto completamente superata, per cui ci vuole ancora prudenza e precauzione, hanno, di fatto, accentuato limiti e carenze, che erano già presenti nel sistema sociosanitario, a livello nazionale, così come regionale, e hanno messo ancora

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

più in evidenza l'importanza fondamentale, adesso riconosciuta da tutti, della filiera dell'assistenza territoriale nella sua complessità e, aggiungo, anche dei processi di integrazione sociosanitaria. Abbiamo avuto anche tantissimi effetti sul piano sociale da queste dinamiche.

Questi effetti, questi limiti e queste carenze sono emersi anche nel Veneto. Anche nel Veneto si sono registrate forti criticità. Si sono accumulati e poi sono emersi con più forza nella gestione della pandemia limiti e carenze rilevanti.

A nostro parere, certamente si è trattato di una situazione oggettivamente straordinaria, complicata da affrontare. In questi termini era da tantissimi decenni che non si affrontava un'epidemia di questa dimensione, di questa intensità. Non era facile per nessuno. Non si tratta di dare colpe. Ovunque, però, sono emerse le inefficienze del sistema di tracciamento, l'insufficienza dell'assistenza domiciliare in essere in quella fase, non solo per i positivi, ma anche per tutti i soggetti fragili, e sono emerse le carenze degli organici, delle diverse professionalità (professioni sanitarie e sociosanitarie) nei diversi ambiti. Limiti e carenze – ci tengo a precisarlo – che erano presenti, in parte, anche prima della pandemia. Noi lo abbiamo evidenziato più volte. Basti pensare allo scarto tra quanto la stessa programmazione regionale, il Piano sociosanitario regionale prevedeva e il livello di attuazione e di realizzazione di quegli interventi.

Pensiamo che questi ritardi e queste carenze adesso vadano recuperate, superate il più tempestivamente possibile, utilizzando bene tutte le risorse disponibili, e ce ne sono diverse, quelle del PNRR, destinate proprio al potenziamento del sistema sociosanitario pubblico, in particolare della

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

filiera dei servizi territoriali. Con un'attenzione, però: il PNRR non è la bacchetta magica che risolve tutto. Anzi. Sono risorse importanti, ma limitate, temporanee. Servono soprattutto a creare le infrastrutture. Poi, però, bisogna mettere mano alla spesa corrente, incrementando la spesa sanitaria e sociosanitaria complessiva, sia nei bilanci nazionali che nei bilanci regionali, se si vuole dare strutturalità a questo potenziamento.

Ovviamente, come sentivo accennare prima, uno degli elementi indispensabili di questo potenziamento è un incremento significativo degli organici in tutti gli ambiti del sistema sociosanitario e anche un ampliamento dei percorsi formativi, su cui abbiamo già accumulato tantissimi ritardi negli anni, tant'è vero che si fa fatica a trovare le specializzazioni necessarie. Bisogna partire da lì, ma subito, superando anche i vincoli che continuano ad esserci, sia sulle assunzioni, sia sull'accesso ai percorsi universitari e via dicendo. Ecco, per noi questa dovrebbe essere una delle sfide più importanti che abbiamo di fronte. Dovrebbe diventare una priorità di un nuovo modello socio-economico di sviluppo.

L'auspicio, nell'essere stati convocati da questa Commissione, è che anche questa Commissione serva proprio a questo. Partire da una consapevolezza di quelli che sono stati i limiti e le criticità. Partire da qua per andare a un potenziamento vero che consenta di rispondere ai bisogni, che sono crescenti, di salute della popolazione e per essere più resilienti rispetto a cure che, purtroppo, non possiamo scartare totalmente come ipotesi e situazioni epidemiologiche.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Colleghi, domande?

Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)

Grazie, Presidente. Intanto grazie per la relazione approfondita, nel senso che, come diceva in introduzione, tante cose le abbiamo anche tendenzialmente dimenticate, invece le ha rimesse in fila bene.

Io avrei una domanda - l'avevo fatta anche alle altre categorie - rispetto alla sorveglianza del personale sanitario con i tamponi rapidi, perché lei ha citato anche il momento in cui è arrivata una circolare, quindi, se non erro ottobre, che diceva, invece, di inserire i tamponi molecolari nello screening del personale sanitario. Siccome, ormai, guardando anche i verbali di tutte le Commissioni, dopo un po' di tempo, ma lo stesso Palù, per citare il suo intervento in audizione, diceva, appunto, che per gli operatori sanitari ormai si è arrivati, per fortuna, a sostenere che i rapidi non erano sufficienti nel garantire la sicurezza, non solo del personale, ma soprattutto e anche dei pazienti che lì vi erano. Io volevo capire prima, se non erro, del 21 di ottobre, c'erano state delle interlocuzioni, delle categorie, con la Regione per portare all'attenzione questo tema? E che tipo di risposte erano state ricevute? Se ci fa anche una panoramica, se la ha, su altre Regioni, magari, vicine. Perché, da quello che io avevo raccolto all'epoca, non tutte le Regioni usavano i tamponi rapidi per il controllo degli operatori sanitari, sia nelle RSA, che negli ospedali.

Quindi anche a lei chiedo se, magari, ci può dare dei dati da

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

inviare alla Commissione, sui contagi e le morti del personale sanitario in corsia. Perché, guardando il rapporto INAIL, che però sto un po' faticando, ci sono dei dati anche incongruenti nella lettura del rapporto. Quindi se mi aiuta anche lei a dare un commento, perché guardando le denunce del personale per infortuni sul lavoro, il Veneto risulta tra le Regioni più alte. Quindi capire se questo è collegato allo screening che era fatto, secondo lei. Alla tipologia di screening che era fatto.

Questo sullo screening.

Ultimo tema, invece, ne ha già parlato abbondantemente, del tema del personale, quindi non ci rientro. Però io volevo capire, in particolare, il tema delle USCA, visto che sto facendo questa domanda a tutte le categorie. Il tema del tracciamento. Lei ha detto che il tracciamento era entrato in difficoltà, come abbiamo visto anche durante la Commissione. Capire, anche qui, se c'erano state delle interlocuzioni con la Regione, per le assunzioni e qual è il suo parere su questo punto.

Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL)

Cerco di essere più veloce possibile. Intanto una precisazione. Noi siamo CGIL, CISL e UIL, siamo Confederazioni. Poi all'interno abbiamo delle categorie che rappresentano i lavoratori dei determinati settori. Per cui in tutta questa partita abbiamo interloquito insieme, soprattutto con le categorie che rappresentano i dipendenti pubblici della sanità e i pensionati, per versante RSA e via dicendo.

Noi, la questione della sorveglianza sanitaria per gli operatori sanitari, intesa come sollecitazione a che fosse la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

più frequente e la più rapida possibile, anche nei tempi di verifica dell'esito, abbiamo cominciato a porlo fin dall'inizio, fin dalle prime settimane e dopo in tutte le occasioni che abbiamo avuto di incontro con l'Assessore, ne abbiamo avuti diversi.

Come dicevo prima, abbiamo contrastato la scelta di utilizzare i tamponi rapidi, quando è stata fatta. Adesso evito di andare oltre perché è una questione delicata. Per cui, io non sono in grado di ricostruire, almeno adesso, al momento, così, a caldo, le varie circolari, la successione delle varie note e circolari da parte della Regione. Per cui, faccio un ragionamento più generale, anche perché mi è stata chiesta la comparazione con altre Regioni. Questa azione di sollecitazione l'abbiamo fatta ben prima del 20 ottobre. Noi fin da subito abbiamo chiesto questa cosa. Lei diceva che la Regione è passata al tampone molecolare. A me pare il contrario. La Regione a un certo punto ha deciso di passare dai tamponi molecolari ai tamponi rapidi.

Quella scelta noi non l'abbiamo… Però, voglio fare questa precisazione. Intanto, è vero, probabilmente altre Regioni hanno fatto dopo questo cambiamento, o più avanti, però dopo ci sono arrivate tutte a passare al tampone rapido e devo dire che non era la posizione solo del Veneto. Dalle informazioni che avevamo, che cercavamo di avere anche sul livello nazionale, anche negli organismi competenti a livelli nazionali, a un certo punto c'era stata un'autorizzazione a utilizzare il tampone rapido, anche se veniva comunque consigliato e fortemente raccomandato di continuare per gli operatori sanitari soprattutto delle case di riposo e ovviamente delle strutture ospedaliere di continuare a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

utilizzare il tampone molecolare.

Però, non è stata una scelta in contrasto con una norma nazionale. Ecco, è stata una scelta in contrasto con un orientamento e una sollecitazione di precauzione, almeno in quella fase, perché ricordo che in quella fase non c'erano ancora quelli di terza e quarta generazione, c'erano ancora quelli che erano meno affidabili, con una percentuale molto più bassa di affidabilità.

Gli effetti sul personale, in termini di malattia o di decessi, adesso come adesso non sono in grado di darli, non ho sottomano un report. Ne sono stati fatti, ma probabilmente sono quelli che avete visto anche già voi. Adesso proverò con la categoria che segue i dipendenti pubblici a raccogliere elementi più certi di report che sono stati fatti. Sicuramente la percezione è che in quella fase gli effetti nella Regione Veneto, e più in generale nelle regioni del nord, la Lombardia, il Piemonte, sul personale sanitario fossero parecchio elevati rispetto alle altre regioni d'Italia.

USCA e tracciamento. Se non ricordo male, ripeto, perché è passato tanto tempo, le USCA, in realtà, sono arrivate dopo. È stato un provvedimento del Governo, il decreto non mi ricordo quale. Nei mesi iniziali non c'erano le USCA. Sono state introdotte proprio per dare un supporto. Ricordo che ci sono state anche delle difficoltà di reperimento, di inserimento di questo personale, che però, in realtà, non era tantissimo, insomma. Erano qualche unità per ogni per ogni USL, non era tantissimo personale. Rispetto alla dimensione della diffusione del virus, delle necessità di assistenza domiciliare era veramente poca cosa. Il problema vero è che il tracciamento è saltato fin dalla fase iniziale e poi ancora di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

più nella seconda ondata. Il tracciamento, l'assistenza domiciliare, al di là delle narrazioni, è saltata, è saltata dappertutto perché era una situazione straordinaria. È saltata anche qua in Veneto. Questo ci fa dire che per quello la filiera dell'assistenza territoriale e il potenziamento della filiera dell'assistenza territoriale è determinante per l'oggi e per il futuro, per non ritrovarci più in quella condizione. Più forte sono gli organici e le professionalità che intervengono sull'assistenza domiciliare e sulla filiera complessiva del tracciamento di eventuali situazioni epidemiologiche e più si ha la capacità di contenerle e di ridurne gli impatti. In quella fase, se mi chiedete una valutazione complessiva, non è una valutazione positiva. Quel sistema si è trovato impreparato e non è stato adeguato a gestire la situazione che si è manifestata. Poi con le USCA sarà un po' migliorato, ma non in modo adeguato rispetto alla dimensione che la situazione richiedeva.

Presidente
Prego, collega Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Grazie, Presidente. Anch'io la ringrazio per essere intervenuto.
Faccio una premessa, perché spesso lo abbiamo già fatto in sede di questa Commissione. Quando si parla di emergenza, vuol dire che arriva un'emergenza – lo dice il termine stesso – per cui ci si trova a fronteggiare una situazione ovviamente imprevedibile e imprevista. Per cui, vedere a posteriori anche le scelte fatte in situazione di emergenza chiaramente diventa

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anche difficile, perché tutti avremmo potuto fare magari in maniera diversa e magari facendo anche peggio, non necessariamente meglio.

Al di là di questa premessa, che ci trova oggi a fare delle valutazioni e delle considerazioni legate alla situazione già vissuta, io chiedevo un chiarimento in quanto non mi tornano alcuni dati o forse non li ho interpretati correttamente io. Nel momento in cui si parla di screening periodico generalizzato riguardante proprio i tamponi, è evidente – ormai penso che ne siamo tutti a conoscenza, riportato qui in Commissione sia dal professor Palù, che da altri intervenuti – che per fare tracciamento è necessario il tampone rapido, perché il tampone molecolare, visti i tempi di processazione, non consente di fare il tracciamento. Pertanto, la scelta che è stata fatta dalla Regione Veneto, ma anche a livello nazionale per cercare di avere più tracciamento possibile è stata quella di fare più tamponi rapidi possibili. Ed è qui che viene la mia domanda, giusto per capire cosa intendesse lei prima quando ha fatto questa affermazione. Visto che i tamponi rapidi sono necessari per il tracciamento e visto che i tamponi molecolari chiaramente, essendo più approfonditi, inizialmente erano processati in 24-48 ore, sono quelli che in maniera più specifica e più puntuale vanno a definire il contagio, visto che il Veneto è sempre stato nelle prime posizioni, forse tra le prime due o tre regioni che facevano più tamponi rapidi e più tamponi molecolari, come si sarebbe potuto incrementare ulteriormente, da un lato, il tracciamento con i tamponi e, dall'altro, il ricorso ai tamponi molecolari? Del resto, se già siamo al massimo della possibilità, va capito anche se i laboratori sarebbero stati in grado di processare

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ulteriori tamponi, e questo non risulta. Ecco, allora volevo capire questo passaggio dove si parla di una carenza di controllo sul personale attraverso i tamponi, sul personale, ma in generale sulla popolazione.
Dall'altro punto di vista, sempre legato al personale, qui abbiamo audito spesso delle ULSS che sono intervenute, direzioni eccetera, e gli interventi che sono stati fatti hanno portato a dire che spesso venivano fatti entrambi, cioè il rapido per tracciare subito e il molecolare di conferma, che arrivava dopo uno o due giorni come risultato. Però, intanto con il rapido si vedeva già se il personale era positivo o meno.
Grazie.

Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL)
Ovviamente, senza nessuna pretesa di avere verità, perché nessuno ha la verità, un paio di precisazioni rispetto alle sue sollecitazioni. Tampone rapido e tampone molecolare collegato allo screening periodico. Il punto non era la messa in discussione del tampone rapido. Il tampone rapido, anche prima delle ultime generazioni, era comunque considerato lo strumento più efficace per fare lo screening di massa, di tutta la popolazione, perché con il molecolare non era possibile farlo per tutti, e perché dal punto di vista dei tempi, si intercettava prima una possibile positività, col rischio, proprio perché non erano affidabili, che la negatività non fosse vera, e che qualcuno di positivo continuasse ad andare in giro.
A livello di massa, per la dimensione che ha per tutta la popolazione, non c'era un'alternativa, per cui gli stessi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

organismi nazionali invitavano al tampone rapido.

Quello che noi contestavamo e che non abbiamo condiviso era l'utilizzo del tampone rapido per il personale sanitario, nelle case di riposo, in particolare, ma più in generale nell'ospedale. Non essendo infatti il tampone rapido di allora (e forse neanche quelli di adesso) di livello affidabile come il tampone molecolare, si generava un cortocircuito negativo, per cui apparivano come negative, col tampone rapido, persone in attività, personale sanitario che invece nel giro di poco tempo risultava positivo.

In una situazione di forte esposizione come quella del personale sanitario nelle strutture sanitarie, nelle case di riposo, ritenevamo quindi che fosse una riduzione di precauzione, quella di usare il tampone rapido. Tanto è vero che tantissimi casi si manifestavano in questo senso, alimentando la diffusione tra il personale sanitario, ma poi, indirettamente, anche tra gli ospiti, i pazienti delle strutture.

È sicuramente vero che c'era un problema di tempi, della capacità del sistema, dei laboratori di processare... Noi però non chiedevamo di fare il molecolare per tutta la popolazione; lo chiedevamo per il personale sanitario. E chiedevamo che all'interno dei laboratori per il personale sanitario ci fosse una priorità rispetto alle altre verifiche, proprio per riuscire ad arrivare a contenere il più possibile i tempi tra l'effettuazione del tampone e l'esito: formalmente, il tempo era di 24-48 ore; poi concretamente in realtà per diversi periodi è stato molto più lungo.

Mi pare, almeno dal mio punto di vista, di aver precisato questa differenziazione: la discussione infatti non è se il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

test rapido andasse fatto o no, ma sulla distinzione rispetto al tipo di platea e al tipo di bacino a cui il tampone veniva effettuato.

Presidente

Collega Brescacin, prego.

Poi Bigon.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Grazie, Presidente, buongiorno.

Volevo ricollegarmi ai vari interventi che mi hanno preceduto, partendo proprio dall'inizio del suo intervento.

Richiamo quindi quella che anche da lei è stata riconosciuta come una situazione di emergenza, che come tale esce dal tema dell'ordinarietà, di una gestione ordinaria, ma richiede un'applicazione, una misura e un impegno assolutamente straordinari, che partiti nel febbraio del 2020, si sono evoluti attraverso una serie di circolari che lei diceva che adesso non riuscite a ricostruire, seduta stante.

Noi però abbiamo sviluppato diverse audizioni, nel corso di questi mesi, quindi abbiamo potuto ricostruire anche i passaggi statali di una serie di circolari, di note di indirizzi statali che sono partiti da febbraio 2020. Tali atti, seppure in una prima fase, magari non sempre coerenti, ad esempio, sul tema della definizione di "caso", hanno comunque poi portato la nostra Regione, come lei ricordava, ad approvare un significativo provvedimento di sanità pubblica il 23 marzo 2020, seguendo sempre, nell'ordine, il tema degli screening periodici. Nel frattempo, i mesi si sono susseguiti e si è quindi lavorato anche ad un potenziamento dei laboratori di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tracciamento.

Abbiamo appurato, nell'arco delle sedute, che mentre inizialmente il laboratorio di tracciamento era principalmente il laboratorio di Padova, successivamente, con le scelte regionali di organizzazione, tutte le aziende sanitarie… È stato anzi avviato un centro di laboratorio, e questi sono stati potenziati, è stata fatta una serie di acquisti di macchinari, che permettevano anche di aumentare la capacità di screening, quindi le volevo chiedere se le risulti quanto sto dicendo, ovvero che l'attività della Regione ha visto un ampliamento significativo della capacità di fare screening, perché giustamente si ricordava il tema dei tempi della refertazione.

Su questo ricordiamo non solo il provvedimento da lei citato della DGR che prevedeva il tampone ogni otto giorni, ma anche quello della Regione Veneto, che lo prevedeva ogni quattro giorni, quindi di una Regione che ha via via prodotto, a differenza di altre Regioni, una capacità di testare degli screening, tenendo conto che nel frattempo è anche entrata in vigore una circolare del gennaio del 2021, che ha precisato molto bene l'utilizzo delle varie tipologie di tamponi, e queste poi sono state anche confermate da vari studi.

Le volevo chiedere quindi, visto che ha appena ricordato anche nell'ultimo suo intervento il fatto che il tema dei tamponi molecolari ad un certo momento, per la mole del numero di refertazioni, ha fatto sì che i tempi di refertazione potessero andare oltre le 24 ore, anche alcuni giorni, tenendo conto non tanto di un tema, come lei chiamava, di priorità, perché comunque vi erano delle circolari molto chiare ministeriali che prevedevano che i casi positivi anche della popolazione

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

generale dovessero essere confermati oppure a fine quarantena verificati attraverso un tampone molecolare, quindi anche in quel caso il Sistema sanitario era chiamato a garantire un'efficacia di azione, le volevo chiedere se per lei fosse opportuno avere tempi di refertazione di alcuni giorni piuttosto che avere un sistema massivo, sistematico di tamponi rapidi, molto ristretti nel tempo, che davano quindi l'efficacia che poi abbiamo ritrovato, ovviamente, nei vari studi scientifici e anche nella circolare del Ministero.

Dopodiché, penso che solo per una questione di chiarezza in tema di scelte, siccome siamo all'interno di una Commissione d'inchiesta e quindi ci basiamo sui fatti, le scelte citate negli interventi non erano necessariamente scelte regionali, perché, come lei ha detto, la scelta della zona gialla non era una scelta regionale, bensì era il frutto dei 21 indicatori del Ministero della Salute statali e dell'Istituto Superiore di sanità, che determinavano, sulla base dei dati che l'Istituto Superiore di sanità e il Ministero avevano a disposizione, sui quali effettuavano il calcolo degli indicatori, di conseguenza un risultato.

Così come, sempre in termini di fatti, io ricordo non tanto misure di allentamento estive da parte della Regione Veneto, quanto piuttosto sul tema della scuola, da lei citato, la scelta di posticipare l'apertura della scuola, che anche questo è un fatto, a gennaio 2021, che non poche critiche ha portato alla Regione.

In tema di ADI e di USCA ricordo l'intervento precedente di altre sigle sindacali, in cui si ricordava che sul tema delle USCA la Regione Veneto è stata la prima ad attivarsi. Mi pare sia stata citata la Provincia di Treviso, comunque, al di là

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

della Provincia, il tema dell'azione regionale che si è attivata in questo senso, così come anche il tema del tracciamento, che è saltato.
Mi pare che nelle audizioni precedenti abbiamo ampiamente appurato che il tracciamento non è saltato, ma, come in tutto il resto d'Italia, soprattutto nelle realtà e nei territori maggiormente colpiti, ha subìto delle difficoltà e dei rallentamenti, però questo è stato ampiamente spiegato e documentato.

Presidente
Prego.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.
Intanto ringrazio per la relazione, di cui chiediamo se sia possibile avere copia, come anche se sia possibile avere copia dei dati che diceva poc'anzi in relazione agli infortuni sul lavoro permetta

Presidente
Forse vuole rispondere prima alle domande...
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Mi scusi, pensavo... visto che mi ha dato la parola...

Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL)
Non lo so, perché, più che una domanda, mi pareva una riflessione...

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Siccome mi stava guardando, pensavo volesse intervenire. Aspettiamo l'intervento della collega.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Le avevo chiesto innanzitutto se considerasse l'attività di ampliamento dei laboratori, quindi la capacità di screening della Regione Veneto, e poi anche se reputasse opportuno avere tempi di refertazione dei test molecolari rispetto a un sistema di tamponi rapidi, che permette di farlo in modo sistematico, così come, tra l'altro, precisato nelle nostre DGR, nei nostri provvedimenti regionali e anche nella circolare ministeriale.

Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL)

Il potenziamento dei laboratori c'è sicuramente stato. In una situazione come quella che è stata attraversata, è chiaro che era determinante la tempistica, eravamo – ripeto - in una situazione straordinaria, qualche difficoltà di reperimento dei reagenti in quella fase, per cui non era semplice.

Il potenziamento dei laboratori poi è stato fatto, nella fase soprattutto iniziale invece c'era una difficoltà oggettiva a garantire la refertazione, come è stato detto, in tempi adeguati ad avere una risposta affidabile, ma soprattutto tempestiva, per evitare che si creasse una situazione che potesse ulteriormente far diffondere il virus.

C'erano vincoli ovviamente da parte della normativa nazionale anche sull'effettuazione dei tamponi molecolari, però noi abbiamo insistito su una cosa che non era in contrasto con la normativa nazionale, che era quella, per (l'ho spiegato prima e non lo ripeto) l'importanza che aveva lo screening e la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sorveglianza sanitaria sul personale sanitario, di dare una priorità anche all'effettuazione del processamento dentro i laboratori.

È vero che gli indicatori rispetto ai quali è stata mantenuta la zona gialla erano indicatori dati dalla normativa nazionale in quel momento, la nostra era una valutazione di opportunità, che ci saremmo aspettati da parte della Regione Veneto al di là del rispetto di quegli indicatori, poi - ripeto - quegli indicatori erano costruiti su tutta una serie di parametri di ricostruzione della situazione reale nel territorio veneto, che è stata oggetto anche di molte polemiche, di diverse discussioni, e io su quello non voglio entrare.

Quello che è certo è che in quella fase, per quello che noi registravamo da parte di quelli che rappresentiamo nel territorio, per cui i lavoratori e i pensionati, lavoratori che vivono nei territori, la pressione sulle strutture sanitarie era fortissima, quasi insostenibile dal punto di vista organizzativo e operativo, e la percezione degli effetti di quella situazione era una percezione molto forte in termini di impatto sulla salute e anche sui decessi, per cui noi avevamo sollecitato, perché lo abbiamo esplicitato pubblicamente, lo abbiamo richiesto pubblicamente anche al Presidente Zaia, avevamo sollecitato che la Regione si facesse carico di una misura di ulteriore precauzione rispetto a quella fase, per cui adottare le misure che erano previste per la zona arancione o per la zona rossa, che erano maggiori di quelle per la zona gialla.

Sulla scuola sì, è vero, io mi riferivo alla prima fase, poi è vero che, dopo la seconda ondata, i tempi invece il Veneto li ha allungati, la riapertura è stata oggetto viceversa di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

polemiche, questo è vero, però le situazioni erano un po' diverse, comunque io mi riferivo a alla prima fase, quella iniziale.
Mi pare di aver interloquito.

Presidente
Prego.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.
Ringrazio per la relazione. Le chiedo – se possibile – di farci avere, magari, la relazione che ha svolto oggi e i dati che prima avevamo chiesto, per noi importanti.
Come è stato detto, a seguito del tracciamento saltato per la carenza di personale, il fatto delle USCA attivate al 50% rispetto alla previsione iniziale della normativa, i tamponi fatti a tutti nelle RSA (ospiti e personale compreso), così come nel personale sanitario degli ospedali di prima e seconda generazione, con incertezza ampia rispetto al risultato, anche per noi la Regione avrebbe dovuto pensare a una restrizione maggiore, quindi a non far rimanere la zona gialla, ma sicuramente andare oltre, quindi arancio o addirittura rossa. Anche perché abbiamo dati oggettivi relativi ai numeri delle morti, dei decessi; tra l'altro, in una categoria completamente di persone fragili; soprattutto, una percentuale molto più elevata nella seconda ondata rispetto alle altre zone d'Italia. Per cui, di fatto, i dati oggettivi ci sono. Questo avrebbe dovuto far riflettere la Regione, prendendo delle decisioni completamente diverse.
Detto questo, sono due le domande che le vorrei porre. Una –

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'ho fatta anche ai suoi colleghi – è relativa alla formazione del personale. Noi stiamo approfondendo questo argomento perché lo riteniamo importante, al di là dell'emergenza di cui tutti siamo consapevoli e della straordinarietà di quello che è successo. Vero è che eravamo in carenza di personale anche prima. Soprattutto, un momento di emergenza del genere ha comportato decisioni drastiche, tra le quali, visto che non si sono fatte delle restrizioni, l'accesso molto numeroso al pronto soccorso. Questo, tra l'altro, poco da parte delle RSA. Anche questa è una domanda che le vorrei porre.

Il personale, quindi, è stato spostato nei reparti di terapia sub-intensiva, personale che non aveva nulla a che fare con questa specialità, quindi con corsi di poche ore.

Sulla base di questo, vorrei sapere se c'era un'adeguata formazione da parte sua, se sono state rilevate questioni, se il personale ha riportato criticità in tal senso e se, magari, possono essere anche collegate ai numeri degli infortuni successi, occorsi all'interno del Veneto.

Un'altra domanda che le volevo porre è questa. Le case di riposo hanno visto numerosi decessi dei propri ospiti. Noi abbiamo avuto segnalazioni di ospiti anziani che non sono stati portati in ospedale, già sovraccarichi, ovviamente, e che sono rimasti all'interno delle strutture, pur nella difficoltà di mancanza di personale, e sappiamo perfettamente che il medico all'interno delle case di riposo ci va solo qualche ora, e pur nella carenza degli operatori sociosanitari e degli infermieri. Questa è una domanda.

L'altra domanda che vorrei porre riguarda la durata dei risultati. Prima lei diceva, giustamente, che il risultato, soprattutto nelle case di riposo, dei tamponi eseguiti rapidi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

arrivava – questa è la segnalazione che noi abbiamo avuto – anche dopo 7-8-9 giorni. Chiedo conferma se le stesse segnalazioni le avete avute voi.
Grazie.

Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL)
Io rappresento – lo ripeto – la Confederazione e non ho la responsabilità diretta sulla categoria che segue il personale. Per cui, potrei non avere contezza piena delle situazioni articolate rispetto alle quali mi si chiede riscontro, ma posso recuperarle.
Io mi sento di dire che la formazione del personale che in quella situazione di emergenza veniva spostato nelle terapie sub-intensive o intensive non era una formazione adeguata. Però era una situazione straordinaria. Bisognava correre per gestire l'esplosione dei casi positivi, della malattia.
Sinceramente non so se c'era una possibilità vera, in quel momento, di fare una formazione adeguata, per un cambio di mansioni, però di farlo in corso d'opera.
Non mi sentirei di dire che in quella situazione straordinaria c'era questa possibilità. Di sicuro non è stata fatta in modo adeguata, perché, appunto, c'era una emergenza in corso.
Se questo ha un possibile collegamento con la dimensione degli infortuni sul lavoro che erano caratterizzati così, denominati così per il personale sanitario, può essere, senz'altro, che abbia inciso. Perché anche non avere una formazione adeguata, non sapere come gestire bene tutte le operazioni che, invece, servono per la separazione, per la gestione attenta, i contatti e via dicendo, può aver avuto una sua influenza. La maggior parte degli infortuni - denominati infortuni sul lavoro del

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

personale sanitario di personale sanitario (che a sua volta è stato positivo) ha avuto effetti sulla salute, qualche caso di decesso, purtroppo, in Italia c'è stato - la maggior parte erano effetti sulla salute in termini di malattia.

L'altra domanda mi pareva che fosse su casi di ospiti di RSA positivi, non spostati in ospedale.

Io aggiungerei anche: non spostati in ospedale nelle situazioni dove non si era riusciti a mettere in campo una gestione separata degli spazi. Dove, in qualche caso, è stato fatto, magari poteva anche essere che, essendoci la gestione separata, il paziente non grave, magari, non veniva spostato in ospedale.

Invece dove - e forse era la maggior parte, almeno all'inizio – gli spazi non erano separati, un paziente positivo, un paziente malato o con malattia in corso, dal nostro punto di vista - e l'abbiamo anche sollecitato pubblicamente, doveva essere spostato in ospedale.

Abbiamo avuto segnalazioni di casi di questo tipo. Io adesso non li ricordo a memoria. Probabilmente, il sindacato dei pensionati, magari, ne ha visibilità più specifica. Mi ricordo che, anche giornalisticamente, erano emersi dei casi di questo tipo e, sicuramente, erano scelte sbagliate, perché contribuivano a diffondere in quella struttura senza avere la situazione organizzativa necessaria a gestire la separazione, contribuivano a diffondere ulteriormente, per cui, laddove è stato e se è stato fatto, è stato un grave errore.

Non mi ricordo l'ultima, non ho fatto in tempo ad appuntarmela.

Sulla durata è quello che rispondevo anche prima. Cioè formalmente… Sì, c'è stato un periodo che c'era…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Il contraddittorio fuori microfono non è che sia una cosa carina. Okay.

Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL)

C'è stato un periodo in cui anche per i tamponi rapidi c'era un lasso di tempo un po' più lungo, fra l'effettuazione e il risultato. Lì era proprio anche un po' la fase, perché, come diceva il consigliere Brescacin, c'è stata una continua evoluzione delle circolari, delle disposizioni. Era veramente difficile seguire in modo preciso.

La valutazione che facciamo noi è che, complessivamente, per gestire la massa e quelle che avrebbero dovuto essere, invece, delle attenzioni prioritarie, perché riguardavano proprio il personale sanitario o gli ospiti delle case di riposo, è stato un po', soprattutto nella fase iniziale, un po' lasciato e non fatto rientrare tra le priorità e le attenzioni che avrebbero dovuto esserci.

Presidente

Collega Brescacin, prego.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Solo una cosa alla consigliera Bigon, che parlava prima dei dati, delle incidenze, eccetera. Abbiamo ricevuto qualche settimana fa il fascicolo della relazione della dottoressa Russo, che riporta i dati ufficiali, da dove si evince chiaramente come i dati della nostra Regione non hanno un'incidenza superiore a quella delle altre Regioni.

Quindi, penso che sia corretto ricordare che questa

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione ha ricevuto un fascicolo ulteriore di documenti e di dati da cui emerge chiaramente anche l'oggettività dei dati, perché siamo tutti d'accordo sull'oggettività dei dati. Quindi, io ho piacere di richiamarli visto che sono in disponibilità di tutti i Consiglieri.

Presidente
Credo che la collega Bigon voglia rispondere.
Procediamo però con la collega Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Prima diceva, quando rispondeva alla mia domanda, che adesso non riesce giustamente a ricostruire le tempistiche. Le chiedo se può per far pervenire, invece, alla Commissione le tempistiche magari con cui avevate segnalato quando c'è stata la riunione perché io credo sia molto importante per la Commissione. Anche per riprendere un po' quello che diceva la consigliera Brescacin, io ho letto tutte le circolari che si sono susseguite sui tamponi rapidi, perché è un tema a me particolarmente caro, perché una mia parente è deceduta, perché è stata contagiata dentro l'ospedale ed era entrata per un'altra patologia. Quindi, me le sono lette tutte. In tutte le circolari europee e nazionali c'è un principio chiarissimo. Credo che non si debba mettere in dubbio il fatto che il tampone molecolare è la prima scelta, il tampone rapido è una seconda scelta, a seconda di una serie di casi, tra cui la gravità del momento, e credo che questo sia abbastanza chiaro. Tra l'altro, Palù, che qui cito, quindi non è una domanda, ma ho bisogno di rilasciare a verbale, riprendendo quello che ha

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dichiarato Palù, visto che il consigliere Zecchinato diceva una cosa diversa, lui stesso, quando gli viene chiesto se condivide l'impostazione del Ministero della salute che in ospedali ed RSA bisognava usare prevalentemente i tamponi molecolari, lui risponde "certo che sono favorevole al test molecolare. Assolutamente va fatto proprio in quelle condizioni, e lo ribadiamo costantemente. Lo dico nel mio ruolo attuale, soprattutto nel CTS e continuo a ribadirlo. Il molecolare è il test principe, anche se vi ho spiegato che è diventato standard prima di esserlo, ma lo è diventato sul campo, perché è più sensibile e sicuramente in posti come la rianimazione, i ricoveri, eccetera va fatto. Non posso che ammetterlo".

Io prendo questo virgolettato di una persona molto più autorevole di me, io non so dare delle risposte scientifiche, ma guardando quello che io so leggere di delibere, di circolari e incrociandolo con questa dichiarazione a me viene da dire che, visto che la Commissione serve non a dire chi è stato bravo o cattivo, ma a capire, se dovesse risuccedere, che dobbiamo adottare delle soluzioni diverse, almeno io sono qui per questo, penso che questa dichiarazione incrociata con le dichiarazioni possa poter dire che se oggi ci ritrovassimo in quella fase e avessimo la possibilità di essere più razionali e non in un'emergenza, bisognerebbe utilizzare il test molecolare per il controllo degli operatori sanitari.

Arrivo a questa conclusione. Mi sembra che sia abbastanza chiara.

Presidente

Bigon.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Solo una precisazione sui dati che diceva prima la collega Brescacin. L'oggettività era riferita al numero dei decessi, e credo che lì non ci siano dubbi e i dati li abbiamo già. Per il resto era in accoglimento e in appoggio della richiesta della collega, che, ovviamente, dobbiamo confrontare con i dati che abbiamo, quelli pubblicati. Grazie.

Presidente
Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Solo per chiarire. Ricordo benissimo quanto ha letto la collega Ostanel, che condivido, nel senso che è proprio quello che ho detto. I test molecolari vanno bene come verifica precisa, puntuale eccetera, perché sono sempre stati quelli, il tampone gold standard, ma per il tracciamento, per la verifica e per lo screening servono i tamponi rapidi, tanto che in alcune ULSS – l'ho detto anche prima nel mio intervento, cosa che abbiamo audito proprio qui dentro – ci hanno raccontato che venivano fatti i tamponi rapidi di controllo, dopo venivano fatti anche i tamponi molecolari, per cui c'era un controllo immediato con il tampone rapido e un secondo controllo con il tampone molecolare. Per cui, io non ho detto qualcosa di diverso da quanto detto dal professor Palù qui dentro e anche da altri intervenuti. Del resto, questo lo ritroviamo ampiamente sia sulla stampa sia sulle trasmissioni in Tv, dove hanno partecipato tantissimi virologi, e penso che questo sia un dato consolidato.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Grazie.

Presidente
Nessun altro? Segretario, la ringrazio.

Dott. Paolo RIGHETTI (Segretario regionale CGIL)
Anch'io vi ringrazio. Vi faccio avere la nota scritta ed eventuale altro materiale che potesse servire.

Presidente
Grazie.
Passerei la parola a Obiettivo Ippocrate. Gentilmente mi dice il suo nome?

Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate)
Io sono il dottor Zaramella.

Presidente
Zaramella, okay.

Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate)
Sono presidente di Obiettivo Ippocrate. Qui con me c'è anche il dottor Zambon, che è il segretario.

Presidente
Grazie. A voi la parola.

Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate)
Giusto per chiarire, Obiettivo Ippocrate non è un sindacato. Obiettivo Ippocrate è un'associazione che riunisce le

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

rappresentanze di tutte le professioni sanitarie (medici, infermieri, psicologi, operatori sociosanitari, biologi, tecnici sanitari). Io sono un chirurgo vascolare, il dottor Zambon è un neurochirurgo, quindi immaginatevi un chirurgo vascolare e un neurochirurgo gettati nella pandemia da Covid. Voi direte che cosa c'entrano questi due? Questi due praticamente hanno fatto quello che ha fatto tutto il personale sanitario: si sono rimboccati le maniche e hanno dato piena disponibilità, per quelle che sono le nostre capacità, a dare una mano in una situazione che definire drammatica è veramente un eufemismo.

Ascoltavo prima il collega e mi è venuto un coccolone, perché a un certo punto, all'inizio del suo intervento, ha detto: è difficile ricordare ciò che è successo due anni fa. Sappiate che io quello che ho vissuto non è che lo dimentico adesso, non lo dimenticherò per tutta la mia vita. E come non lo dimentico io non lo dimentica Giampaolo. Io mi ricordo perfettamente nome e cognome del primo ragazzo Covid che ho operato e mi ricordo che la sera ho telefonato a casa dicendo che non sarei tornato a casa. Io ho tre figli. Ho dovuto contrattare con mia moglie e i miei figli per rientrare a casa, perché mi hanno voluto a casa. Io non volevo tornare a casa. Come mi ricordo il primo paziente a cui noi abbiamo fornito il tablet per poter salutare i figli prima di morire. Quindi, queste cose – credetemi – non si dimenticano e non si dimenticheranno mai.

Come associazione hanno abbiamo dato piena disponibilità sia a livello locale, quindi della ULSS 8, ma anche a livello regionale a dare una mano. La questione era: di cosa abbiamo bisogno e noi vi diamo una mano. Quindi, nella prima ondata

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sappiamo tutti che il punto critico è stato il reperimento dei DPI, dei sistemi di protezione individuale. Perché è stato un problema? Fondamentalmente per due questioni: il primo per il numero inimmaginabile di questi DPI che servivano; il secondo per una questione temporale. Il reperimento di questi sistemi era incompatibile con i tempi tecnici classici. Non c'era il tempo di fare la gara, di ordinarne altri.

Abbiamo quindi dovuto percorrere delle strade alternative, anche perché sapete bene che in quel periodo il mercato improvvisamente è collassato. L'unico mercato che in qualche modo poteva essere affrontato era quello cinese. Cosa abbiamo fatto quindi?

Come associazione abbiamo cominciato a fare una raccolta fondi, insieme alla Fondazione San Bortolo di Vicenza; insieme alla ULSS 8, direzione medica, direzione strategica, e soprattutto con gli uffici tecnici abbiamo valutato le caratteristiche dei prodotti, in modo da capire se fossero adeguati e idonei in base ai marchi CE o ai marchi americani, per decidere eventualmente l'acquisto e l'utilizzo.

In questo abbiamo anche creato dei collegamenti e delle collaborazioni con il mondo imprenditoriale veneto, che aveva già dei canali, magari in Cina, o addirittura, con degli imprenditori in Veneto che avevano delle industrie che potevano essere reimmaginate per produrre le visiere, i caschi, eccetera. Per darvi un'idea: in quel periodo, utilizzando un giovane ingegnere e una stampante 3D abbiamo creato e brevettato una valvola che applicata alle maschere da snorkeling della Decathlon, poteva far sì che potessero essere utilizzate in situazioni di emergenza, quindi quando non c'era null'altro, eventualmente per l'ossigenoterapia.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Questa prima fase quindi è stata dedicata alla messa in sicurezza del personale sanitario, non solo perché era giusto così, ma perché se tu non hai il personale sanitario che cura, i pazienti sono abbandonati. La priorità quindi è stata questa.
Nella seconda fase il panorama è cambiato: i DPI c'erano; c'era il problema di reinventarsi gli ospedali.
E gli ospedali andavano reinventati: vuol dire che la tipologia di richiesta di assistenza era tale che quotidianamente andavano riviste sia la logistica, sia l'organizzazione, sia la ridistribuzione di tutto quello che era l'ospedale.
Voi dovete immaginare, so che è molto difficile, come se il nostro ospedale fosse un formicaio: quotidianamente, questi eserciti di formiche reinventavano l'ospedale – quotidianamente, non sto scherzando – non perché non ci fosse una programmazione, ma perché la situazione era talmente in evoluzione quotidiana che quotidianamente appunto si doveva affrontare l'urgenza nell'urgenza, - ma neanche l'urgenza, l'emergenza nell'emergenza, l'imprevedibile nell'imprevedibile.
In tutto questo, forse non è stato dato abbastanza risalto, va sicuramente preso atto di quelle che sono state le disponibilità dei medici, degli infermieri, del personale amministrativo, perché credetemi, in quella fase anche il personale amministrativo ha fatto dei lavori pazzeschi.
Ma una cosa mi ha impressionato, e forse non se ne è mai parlato: mi riferisco agli elettricisti, agli idraulici, ai falegnami, ai muratori che quotidianamente creavano dal nulla nuovi spazi, nuove cose.
È difficile descrivere quello che noi abbiamo vissuto. A me è piaciuto molto l'ultimo intervento che ha fatto la consigliera

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

–mi perdoni, non conosco il nome – quando ha detto: qual è lo scopo, l'obiettivo di una Commissione d'inchiesta? Ebbene, l'obiettivo è quello di fornirci gli strumenti o le idee per affrontare meglio ciò che accadrà in futuro.

Vi dico questo: il futuro non è solo il Covid, quindi l'esperienza Covid, secondo me, deve essere uno strumento per affrontare molte più cose, perché non è detto che la prossima emergenza urgenza sia effettivamente il Covid, quindi, al di là dei singoli strumenti che sono stati utilizzati in questa pandemia, secondo me quello di cui dovremo far tesoro è un modo di lavorare, un modo di pensare e un modo di affrontare le questioni. Questa esperienza potrebbe essere quindi un investimento per il futuro,

Io concludo dandovi quelle che, secondo me, sono le tre priorità per il futuro del Sistema sanitario regionale e nazionale. Si parlava di investimenti, e gli investimenti sono importanti, però potete avere la migliore macchina di Formula 1, ma, se non avete dei bravi piloti, tenerla nel garage, potete spendere miliardi per costruire questa macchina, ma, se non avete un bravo pilota e anche un secondo pilota, perché il primo pilota potrebbe anche ammalarsi, la tenete in garage. Mancano i medici, mancano gli infermieri: "ni", non è proprio così, i medici e gli infermieri ci sono, è che vanno altrove, vanno in altre realtà sanitarie e tante volte abbandonano il lavoro in sanità. Allora, la priorità è rendere attrattivo il Sistema sanitario nazionale e regionale, e badate bene che rendere attrattivo non vuol dire semplicemente pagare di più, rendere attrattivo vuol dire dare prospettive di carriera, di sviluppo, di valorizzazione e di coinvolgimento del personale sanitario. A quel punto, il personale sanitario è difficile

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che venga comprato, perché il denaro non può comprare tutto. Secondo aspetto, cui accennava la consigliera Bigon, la questione formazione. La formazione è basilare, la formazione è un valore aggiunto ed è qualcosa su cui investire assolutamente a lungo respiro. La formazione non va fatta adesso per la settimana prossima, non va fatta quest'anno per l'anno prossimo, la formazione va fatta in un progetto di 5-10 anni.

Un ultimo aspetto che secondo me l'esperienza Covid ha fatto esplodere è l'importanza della comunicazione. La comunicazione è un'arma che ha un potere infinito, nel bene e nel male, è uno strumento come un bisturi, e un bisturi nelle mani giuste può essere curativo, nelle mani sbagliate diventa un'arma letale, e la comunicazione è la stessa, identica cosa, la comunicazione con i pazienti, la comunicazione con i familiari, la comunicazione tra le professioni sanitarie.

Voi sapete che oltre il 70 per cento dei contenziosi che finiscono in tribunale ha alla base un errore o un misunderstanding di tipo comunicativo. Voi sapete che la medicina difensivistica o meglio astensionistica ormai ha dei costi per lo Stato italiano, che sono sovrapponibili a una manovra finanziaria. Allora, qual è il messaggio? Investiamo sulla comunicazione, all'ULSS 8 Berica da tre anni si facevano corsi sulla comunicazione. Qual è il problema? Che questi corsi sulla comunicazione spesso vengono fatti da personale che viene dal mondo del business, per cui paziente è uguale cliente, sono gli stessi che vengono nella mia azienda, mi fanno il corso sulla comunicazione e il giorno dopo lo vanno a fare alla Coop e il giorno dopo vanno magari a farlo al personale di un aeroporto, e non può essere che la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

comunicazione venga gestita in ambito sanitario come viene gestita la Coop, con tutto il rispetto per la Coop, perché sono due cose completamente diverse. Non è vero che il paziente è un cliente, non è vero, non lo sarà mai, e mai chi viene fuori dal nostro ambiente riuscirà a gestire la comunicazione all'interno del nostro ambiente, per cui l'ULSS 8 è partita 3 anni fa con un percorso di formazione di medici in comunicazione.

Cosa vuol dire? Vuol dire che l'ULSS 8 Berica attualmente ha 30 medici brevettati, che sono in grado di fare formazione in comunicazione a tutto il personale sanitario. Avete questo capitale inestimabile, perché in Italia non esiste nessun altro progetto uguale, utilizzatelo, portatelo in Regione, portatelo in Azienda Zero, obbligate tutte le aziende e tutti i personali sanitari a quelli che sono gli obiettivi di budget, mettete l'obbligo di avere un corso di formazione, e vedrete che i risultati saranno inimmaginabili da un punto di vista sia di qualità delle prestazioni che di costi.

Una volta si diceva nel business che il cliente ha sempre ragione, in realtà, dato che molto del mondo imprenditoriale è stato portato all'interno della sanità, se voi guardate adesso il mondo imprenditoriale, il mondo del business ha ripudiato questo principio, perché ha capito che, se i dipendenti sono quelli maggiormente tutelati, maggiormente contenti, se ne giovano prima di tutto i clienti, quindi, se il personale sanitario è soddisfatto e lavora bene, secondo voi chi ci guadagna di più, il personale sanitario? No, i pazienti.

Capisco che può essere un modo strano di ragionare, ma questa è la realtà. Grazie.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Grazie.

Colleghi, domande? Dottor Zaramella, la ringraziamo.

Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

Volevo intanto ringraziare, perché sentire una testimonianza dall'interno di chi era in prima linea è sicuramente diverso dal sentire categorie oppure chi si è occupato della pandemia ma magari non in maniera così diretta, sul campo operatorio.

Solo una questione, visto che a me risulta, quindi volevo una conferma che l'ULSS 8 si sia avvalsa del doppio tampone, visto che abbiamo discusso dei tamponi, sia del molecolare che del tampone rapido. Questo solo a conferma di quanto ho potuto verificare personalmente, però volevo una conferma. Grazie.

Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate)

Sì, queste sono questioni che sicuramente avete toccato più e più volte.

Parto dal presupposto che vi dicevo prima: io sono un chirurgo vascolare, se volete, parliamo per un'ora di un aneurisma dell'aorta addominale e vi sfinisco, sui tamponi diciamo che non è il mio ambito, per cui vado per quello che è la realtà vissuta e le percezioni.

La questione tamponi è una questione estremamente complessa. Perché? Perché è qualcosa che è nato in itinere, è qualcosa che è stato gestito non solo localmente, ma a livello nazionale, a livello regionale, a livello aziendale, per cui l'utilizzo di questo presidio è sempre stato frutto del tempo,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ma non per dei limiti intrinseci, ma per la storia della pandemia e dell'evoluzione.

L'ULSS 8 ha utilizzato sia i rapidi, sia i molecolari. È naturale che l'utilizzo della tipologia di rapido era legato all'uscita sul mercato del tampone, ma non solo. Qual è una cosa particolare della pandemia? Che l'attività di ricerca è stata sul campo, la verifica dell'efficacia, purtroppo, è stata sul campo, la verifica dell'efficacia dei farmaci è stata sul campo. È un qualcosa di nuovo e di difficile. Provate a pensare. Prima il collega leggeva i numeri dei morti. Io non so quanti pazienti ho visto morire. Non li ho contati. Non li ho contati semplicemente perché non sapevo quando sarebbe finita.

Dovete cercare di capire che per un medico e per chi lavora all'interno di un ospedale l'idea di avere così tanti morti è devastante. Nessuno di noi era preparato. Nella mia carriera i morti li ho visti, ma li vedevo in uno spazio temporale di un certo tipo. Non dico che sei psicologicamente preparato, ma hai il tempo di riprenderti e di prepararti. E hai dei numeri che sono in un contesto generale a cui tu, per cultura, per formazione, sei bene o male preparato.

In sala operatoria puoi avere il decesso. In emergenza puoi avere il decesso. Ma sai che in una carriera, in un anno, in sei mesi... Quello è stato un qualcosa a cui nessuno di noi era preparato. Per cui, anche l'impatto emotivo e psicologico per ciascuno di noi nessuno riuscirà a spiegarvelo. Nessuno può immaginare quella che era la nostra quotidianità dentro e fuori dall'ospedale. È impossibile da spiegare.

In tutto questo, dovete immaginare la gestione di tutto il resto. La domanda è: si poteva fare meglio? Per principio, io

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

penso di sì. Chi pensa che qualsiasi cosa non possa essere fatta meglio è di per sé limitativo. Si poteva fare di più? No. Più di così no. Era umanamente impossibile fare di più.

Presidente
Collega Bigon, prego.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie veramente per la relazione. Condivido tutto quello che è stato detto, sicuramente. Non si poteva fare di più. Condivido anche questo, assolutamente. Da quale punto di vista, però, le chiedo, dottore? Dal punto di vista sanitario, del personale, condivido pienamente. Non c'è alcun dubbio. Anzi. Dal punto di vista delle scelte politico-amministrative (le faccio la domanda senza dire il mio pensiero, ovviamente) o dal punto di vista sanitario o da tutti i punti di vista? Grazie.

Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate)
Per quella che è la mia esperienza diretta, ribadisco il concetto: con il senno di poi, forse si poteva fare meglio. In quel contesto, se quotidianamente qualcuno mi avesse chiesto "rispetto a ciò che si sta facendo, tu faresti diversamente?" io avrei risposto o "no" o "non ne ho la minima idea". Era un qualcosa di estremamente... Come dire? Cambiava di momento in momento.
Non so se in questa Commissione sia venuto fuori anche un altro aspetto, di cui, purtroppo, parliamo poco, ma che sarà il debito che ci trascineremo nei prossimi vent'anni: tutte le persone che non avevano il Covid. Noi adesso dobbiamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

affrontare il problema di tutte quelle persone che in questi due anni sono state abbandonate, per necessità o perché avevano paura e non venivano in ospedale o perché non potevano fare altri esami.

Noi stiamo parlando di un'emergenza passata, ma voi non avete idea dell'emergenza che avrete da affrontare nei prossimi vent'anni. Nessuno ne ha sentore, percezione. Noi lo cominciamo a vedere nei nostri reparti. Noi abbiamo persone che non si sono curate due anni, ci arrivano pazienti che sono in condizioni disastrose. Ogni paziente che ci arriva adesso ci costa 3 - 4 volte le energie, i costi e i tempi, di quando ci arrivava prima del Covid, perché ci arrivano in condizioni disperate. Perché non si sono curate, perché hanno aspettato. In tutto questo c'è, quello che era già il problema precedente, quello che è il limite delle risorse umane.

Quindi, con un numero di persone uguali a prima, forse un po' meno, dovremo affrontare una mole di lavoro che, credetemi, sarà almeno quattro o cinque volte quello che abbiamo fatto fino adesso. Quindi non ho la minima idea io, sinceramente, di come faremo ad affrontare questa cosa. Non ne ho la minima idea.

Vi rubo l'ultimo secondo, perché io sono chirurgo vascolare, però tra i nostri iscritti ci sono anche dei pediatri. Siccome nella convocazione si accennava anche dei pediatri, mi ero dimenticato di dirvi una cosa, che mi era stata sottolineata. Allora, noi abbiamo avuto nella sfortuna una grossa fortuna che è stata quella che, soprattutto nella prima ondata, i bambini, i ragazzi sono stati risparmiati per la tipologia del virus e un po', perché, comunque, se ne sono stati a casa. Questa è stata una grande fortuna, perché? Perché voi sapete

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che la Regione Veneto, attualmente, ha attivi 20 posti di terapia intensiva pediatrica. Parlando con i colleghi pediatri, con i primari di pediatria, chiedevo: "Ma alla luce di quella che è la situazione e quella che è la popolazione nel Veneto, questi 20 posti sono un buon numero?" La risposta è stata: "Ci è andata bene perché non hanno coinvolto i bambini". Ho detto: "Ma allora quale potrebbe essere un numero ragionevole di posti in terapia intensiva pediatrica in Veneto". Mi hanno detto: "Come da schede regionali del 2019. 46".

Quindi il progetto, che è in essere, sarebbe sufficiente a garantire una copertura di posti di terapia intensiva pediatrica adeguata per affrontare situazioni a rischio.

Questo è un messaggio che mi avevano chiesto i pediatri di portare e io me ne stavo dimenticando, sarei stato imperdonabile.

L'altra criticità, ma è la stessa che è stata sottolineata, probabilmente, in tutti gli altri ambiti, è che andrebbe migliorato il collegamento tra il territorio e gli ospedali.

Come vale per tutte le altre specialità, vale anche per la pediatria. Dopo, questa è una cosa personale, tenete presente che nel periodo della pandemia, quando la pediatria è stata risparmiata, i colleghi infermieri e medici della pediatria hanno dato, naturalmente, disponibilità e si sono dislocati negli altri reparti.

La domanda prima, della formazione del personale in ambienti specialistici, nella realtà, che ho vissuto, non ho mai visto personale medico deputato a fare cose non adeguate al proprio livello di preparazione. Per chiarirci, in rianimazione c'erano rianimatori, non ci è mai andato nessun altro tipo di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

specialista. Per il personale infermieristico, sicuramente, la questione è stata più complessa, nel senso che c'è dovuta essere una redistribuzione, semplicemente per ottimizzare e coprire le necessità.
Il personale sanitario - infermieristico ha fatto, per quanto possibile, una formazione per andare nei nuovi reparti, però è sempre funzionale alla situazione.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Grazie mille. Mi scusi, allora nelle terapie intensive i medici non sono stati spostati e nemmeno nelle sub-intensive? Perché allora abbiamo informazioni diverse.

Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate)
Nella realtà in cui ero io. Io parlo della mia esperienza.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Ho capito. Io pensavo a livello veneto. Mi scuso.

Dott. Massimiliano ZARAMELLA (Presidente Obiettivo Ippocrate)
No, no. Assolutamente. Io non mi posso permettere.
Però, nell'esperienza che ho vissuto io, intensive e sub-intensive c'erano medici intensivisti. Di altre realtà non posso rispondere, però nella mia, personale, assolutamente no.

Presidente
Bene. Vi ringrazio, dottor Zaramella e dottor Zambon.
Dovremmo avere il rappresentante della FIMMG, il Vicesegretario vicario regionale, dottor Guastella.
Dottor Guastella, buongiorno a lei.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

La invito a premere la parola "microfono", che vede sul piccolo monitor davanti a lei. Perfetto.

Dott. Giovanni GUASTELLA (Vice Segretario vicario FIMMG)

Buongiorno a tutti. Scusate per il disguido. Oggi doveva esserci il Segretario regionale, dottor Scassola, purtroppo ha avuto degli impegni, per cui mi ha delegato a essere presente qui oggi.

Io sono il Vicesegretario regionale vicario, quindi parlo anche a nome della FIMMG e anche a nome suo.

La richiesta dell'audizione è quella relativa al secondo periodo Covid, la seconda ondata in pratica. Io vorrei fare un attimo il punto, voi sicuramente lo saprete meglio di me, ma volevo fare un attimo il punto e contestualizzare il periodo di cui stiamo parlando.

La seconda ondata è stata quella che, praticamente, va da ottobre 2020 a gennaio 2021. È stato caratterizzato da un periodo in cui si sono effettuati moltissimi tamponi. I casi hanno raggiunto un numero elevato di persone. Questo, praticamente, periodo arriva fino all'inizio della campagna vaccinale per il Covid, tra l'altro, il nuovo vaccino, che poi è iniziato il 27 dicembre, ma la vaccinazione anti-Covid è iniziata molto, molto lentamente. Dopo, naturalmente, ha preso piede e si è potuta avviare con l'organizzazione migliore che è stata fatta, anche a livello statale e regionale, per la distribuzione dei vaccini.

L'inizio della seconda ondata è stato preceduto, se non ricordo male, anche da una serie di problematiche, relative anche ai testi sierologici per gli insegnanti, che noi come medici di famiglia abbiamo fatto, ci siamo organizzati e abbiamo fatto.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Nella seconda decade di ottobre 2020 i medici della Regione Veneto hanno visto l'avvicinarsi dell'autunno e l'aumento dei casi che incominciava a essere abbastanza importante. Ci siamo resi disponibili, fin da subito, a fare dei test rapidi, primi in Italia, test rapidi per i propri assistiti.

Dopodiché la normativa è stata estesa anche a livello nazionale e dal 1° novembre i test sono stati confermati. Una cosa importante che è stata fatta con la Regione Veneto è un accordo sul discorso dei provvedimenti contumaciali.

Ricordo che a partire dal 12 ottobre un paziente per essere considerato negativizzato doveva soddisfare dei criteri: i casi sintomatici se possedevano un tampone negativo dopo due giorni dalla data dei primi sintomi e con almeno tre giorni senza sintomi e i casi asintomatici se possedevano un tampone negativo dopo dieci giorni dal primo tampone.

Da ottobre del 2020 potevamo accedere al portale di Azienda Zero per registrare l'esito dei tamponi, che effettuavamo noi. Noi facciamo tamponi rapidi, antigenici rapidi di prima generazione. Le criticità di questo periodo quali sono state? Intanto il numero dei casi in ottobre è aumentato in modo esponenziale in modo molto rapido. I punti tampone delle ASL rapidamente sono andati in tilt, nel senso che i tamponi antigenici per poter essere refertati spesso impiegavano una tempistica molto lunga, anche cinque, sette giorni e in alcuni casi non arrivava neanche la risposta a casa.

Io ho avuto pazienti direttamente che avevano fatto il tampone e non gli è mai arrivata la risposta dell'esito del tampone. Questi sono dei tempi che creavano un grossissimo problema di gestione da parte dei pazienti sospetti positivi, oltre ai pazienti, naturalmente, da mettere in quarantena.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Inoltre, il fatto che i tamponi non venissero, tra l'altro, registrati, poneva dei problemi anche dal punto di vista burocratico alla medicina generale. Sembrano problemi banali però nell'attività quotidiana che ci impegna e che impegna tempo per noi erano problemi molto importanti e fondamentali nella gestione.

Il fatto di aver stipulato l'accordo con la Regione per i provvedimenti contumaciali… Ricordo che noi siamo medici di medicina generale. Non siamo dei pubblici ufficiali. Siamo incaricati di pubblico servizio e per legge non potremmo fare questo perché altrimenti potremmo dover poter rilasciare i certificati per patenti e quant'altro. Però, visto il periodo emergenziale, abbiamo fatto un'eccezione, d'accordo con la Regione, e abbiamo concordato di fare i tamponi rapidi, di certificare la positività del paziente di emettere il provvedimento di quarantena per i contatti stretti e quindi fare tutto il tracciamento per ogni caso che noi abbiamo individuato. In più, nei casi di pazienti positivi, dare il periodo di isolamento. Questo si è reso necessario perché, di fatto, il SISP, probabilmente per l'altissimo numero di casi, era assolutamente inesistente. Quindi, se avessimo dovuto aspettare un provvedimento da parte del SISP per poter fare una certificazione medica di malattia per un paziente, avremmo dovuto aspettare (ed è successo questo) parecchio tempo. Prima del 1° novembre ci sono stati pazienti che non hanno mai ricevuto il provvedimento di quarantena, a cui non abbiamo potuto rilasciare il certificato di malattia. Questo è stato un problema che ci ha impegnato moltissimo in un continuo dibattito e "contrattazione" con il paziente, che non capiva questo tipo di problematiche, cioè il fatto che per potere

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

emettere un certificato di malattia era necessario assolutamente che ci fosse un provvedimento dell'autorità competente, che era l'ufficio competente.

Questo è uno dei problemi che ci hanno impegnato moltissimo, hanno impegnato moltissimo la categoria.

Tra l'altro, noi siamo stati sempre aperti come studi dei medici di medicina generale, sempre naturalmente con il triage, facendo attenzione per quanto riguarda l'accesso dei pazienti in studio, però, grazie ai tamponi rapidi, abbiamo potuto in quel momento gestire i pazienti e fare una serie di diagnosi notevoli, importanti.

Io sono un medico di famiglia, quindi, oltre ad essere rappresentante sindacale, ho operato sul campo in prima persona, e posso assicurarvi che la gestione di quel periodo è stato solo ed esclusivamente con i test rapidi, salvo qualche rara eccezione, anche perché, nel momento in cui li individuavo, chiedevo anche la conferma del test molecolare, che arrivava dopo giorni, ma di fatto la diagnosi era già fatta, e devo dire che i tamponi rapidi che abbiamo utilizzato avevano una buona sensibilità, almeno io non ho percepito grosse falle.

Tra un tampone rapido, poter avere una risposta immediata, poter attivare tutti i provvedimenti del caso, e avere un tampone molecolare, che sicuramente è più preciso del rapido, da cui però si aveva una risposta dopo qualche giorno, se non 5-6 giorni, non avevo dubbi su cosa scegliere, fermo restando che potevo sempre chiedere la conferma del tampone rapido o, nei casi dubbi e fortemente sospetti, di un tampone molecolare.

Tra l'altro, nonostante tutta la diatriba che c'è stata sui tamponi rapidi, secondo me in quel momento sono stati per noi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

molto utili nel porre rimedio all'alto numero di casi che si sono verificati.

Facevo anche 7-8 diagnosi al giorno di pazienti Covid in quel periodo, a novembre-dicembre. Tra l'altro, bisogna pensare che in ottobre si avviava anche la campagna vaccinale e abbiamo organizzato anche la campagna vaccinale antinfluenzale, che era diversa dagli altri anni, in quanto doveva rispettare norme Covid come il distanziamento, però, dai dati che la Regione possiede, il 95% delle vaccinazioni le abbiamo fatte noi e abbiamo vaccinato un alto numero di persone, tra l'altro una platea più allargata rispetto alla precedente, perché abbiamo vaccinato pazienti dai 60 anni in su.

L'INAIL è stata chiusa, per cui tutte le certificazioni INAIL sono ricadute su di noi. Questo per dire cosa? Per dire che in quel momento la medicina generale è stata travolta da un numero di casi enorme, che si è riversato sull'attività quotidiana, perché per noi le patologie che c'erano non sono sparite, continuiamo a trattarle, e in più avevamo la chiusura di molti reparti di strutture di secondo livello, che spesso ci creavano problemi nel poter dare risposta ai pazienti.

È stato quindi un momento particolarmente delicato, in cui la possibilità di effettuare i tamponi ci ha permesso di porre rimedio a una parte delle problematiche, però sicuramente è stato un periodo difficile, che ha ridotto l'attività medica normale, perché mancavano strutture di secondo livello che potessero ricevere, quindi alcuni accertamenti sono stati rimandati, i pazienti avevano comunque timore di venire in studio per una serie di problematiche comprensibili (il discorso del distanziamento, eccetera).

La Regione Veneto comunque, a fine dicembre 2020, ha fatto una

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

rilevazione, perché noi mandiamo dei dati della nostra attività quotidiana con i flussi, ce li ha presentati ed è significativo quello che è emerso dai numeri.

Possiamo vedere dal numero di tamponi che sono stati fatti che praticamente il 95% dei medici ha fatto dei tamponi, chi più, chi meno, e si è visto che in base all'organizzazione del medico, se operava in una forma tipo medicina di gruppo integrata, medicina di gruppo semplice o associazione o semplice, il numero di tamponi è andato aumentando in base all'aumento della complessità organizzativa della medicina generale. Aver avuto delle forme associative nel Veneto ha quindi aiutato anche in questo.

Si vede anche il numero di tamponi eseguiti, e nel periodo da ottobre a dicembre 2020 abbiamo effettuato, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, pedici di medicina assistenziale, 270.000 tamponi, 160.000 solo la medicina generale, quindi sono numeri importanti in quel periodo.

Abbiamo rilevato una positività di questi tamponi del 14%, quindi abbiamo individuato 23.900 pazienti. Devo dire, tra l'altro, che noi facevamo il primo tampone positivo, dopo il controllo doveva essere fatto un tampone di secondo seconda generazione o un tampone molecolare per dare la guarigione, quindi di fatto sono pazienti che abbiamo individuato noi con tamponi positivi di prima generazione. Quindi 23.983 positivi, a fronte di 145.882 tamponi negativi.

Per quanto riguarda la complessità della rete ho già detto, per quanto riguarda le disposizioni contumaciali in questo periodo il 18% delle disposizioni contumaciali è stato fatto dai medici di medicina generale, nella nuova il 17%, quindi in

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

media intorno al 12-13% delle disposizioni contumaciali è stato effettuato dai medici di medicina generale.
Inoltre, per quanto riguarda l'afflusso nello studio del medico, si è visto che nel 2020, rispetto al 2021, il numero degli accessi è sono aumentato, non diminuito, quindi noi siamo stati aperti e abbiamo continuato a lavorare, naturalmente organizzandoci per poter fare anche i tamponi.
Questo è quello che in 10 minuti di tempo ho potuto esporre, se avete domande, sono qui a vostra disposizione.

Presidente
Colleghi, domande? Collega Bigon, prego.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Molto velocemente. La ringrazio. Grazie, Presidente. Grazie a lei per la relazione.
La domanda che le vorrei rivolgere è sulle attivazioni delle USCA fatte nel Veneto nel 50% dei casi. Sono state collaborative e a disposizione o quantomeno di sollievo per l'attività del medico di base, il medico di famiglia?
Per quanto riguarda il tracciamento, l'importanza ovviamente da parte del medico di base dell'attività svolta è stata fondamentale. Nel 2021, per quanto riguarda la convenzione, l'accordo con i medici di base e Regione sull'attività vaccinale, i vaccini sono arrivati in Veneto a fine dicembre 2020. Chiedo se c'è stato un ritardo nella predisposizione dell'accordo tra rappresentanza dei medici di base e Regione per poter partire con la vaccinazione. Noi crediamo importante anche questo aspetto.
Grazie, per il momento.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Giovanni GUASTELLA (Vice Segretario vicario FIMMG)

Per quanto riguarda i rapporti con le USCA, in quel momento ci sono state d'aiuto per la gestione dei pazienti a domicilio. Anzi, è stato proprio il momento in cui le abbiamo utilizzate per un buon numero. Il problema dell'accesso a domicilio del medico poneva dei problemi di vestizione e svestizione, quindi di osservazione delle norme di asepsi, naturalmente, che necessitavano, per forza di cose, di due persone. Il medico da solo non era in grado di poter accedere, anche volendo, al domicilio.

C'era un accordo con le USCA. Sono state utilizzate in quel momento. È stato il momento in cui era necessario utilizzarle. In quel momento sono andate bene. Dopodiché, sono state utilizzate anche per altre cose, le USCA. Il numero elevato di USCA ha portato a un utilizzo per aspetti burocratici nei distretti, eccetera.

Quello che, forse, è mancato veramente è il rapporto diretto tra le USCA e la medicina generale, spesso mediato dal distretto. In quel momento è stato possibile utilizzarli, però poi il servizio è andato sempre più per conto suo rispetto alla medicina generale.

Il rapporto che ho avuto io è lo stesso che ho sentito dai colleghi. C'è stato un rapporto con le singole USCA. Si era creato un meccanismo di comunicazione con dei moduli condivisi, tramite posta elettronica. Questo è avvenuto.

Per quanto riguarda i vaccini, l'accordo per i vaccini l'abbiamo fatto con la Regione l'11 marzo 2021. Ero presente, quindi lo ricordo benissimo. Avevamo fretta di farlo. Lo abbiamo scritto non benissimo, però lo abbiamo scritto e lo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

abbiamo fatto. Quello che dopo è mancato... Il problema delle vaccinazioni era che non c'erano, probabilmente, vaccini a sufficienza. Pur avendo fatto l'accordo, avevamo tutta una serie di paletti per poterli fare. Quando si diceva che si potevano fare i vaccini prima solo ai settantenni, dopo ai settantacinquenni e agli ottantenni, dopo a coloro che avevano patologie gravi e croniche, a quel punto per la medicina generale diventava difficile gestire il vaccino.

Il vaccino anti-Covid è un vaccino che necessita di un'organizzazione particolare: deve essere ritirato per tempo, deve essere programmato, deve avere un numero ben determinato di persone da vaccinare. E, soprattutto, avere la certezza che il vaccino ci arrivasse. Purtroppo questa certezza l'abbiamo avuta più avanti, molto più avanti, quando poi, ovviamente, è partita la vaccinazione. All'inizio, però, fino al mese di maggio 2021, di fatto noi abbiamo vaccinato in modo spot. Nella ASL 6 un fine settimana ci comunicarono che avevano a disposizione dei vaccini che avrebbero dovuto fare. Ci chiesero se eravamo disponibili a fare i vaccini ai nostri pazienti fragili. Noi ci siamo organizzati e in un fine settimana (sabato, domenica e lunedì) abbiamo vaccinato l'80% dei pazienti a domicilio che avevamo. L'unico modo per poter vaccinare questi pazienti, di fatto, era da parte del medico di medicina generale. Ci siamo organizzati e lo abbiamo fatto. Però, il problema che è successo veramente, secondo me si poteva fare in modo diverso, l'importante era programmare correttamente e dire: bene, noi siamo soggetti vaccinatori, a pari degli hub vaccinali, e vogliamo essere trattati alla stessa stregua, poter avere i vaccini che ci servivano. Perché la programmazione del vaccino, mentre l'hub vaccinale fa

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vaccini e basta. Io faccio vaccini e faccio attività medica normale, che faccio ordinariamente.
Quindi per noi è stato un grosso problema. Li abbiamo fatti, però il fatto che non avevamo vaccini e poi ci davano delle indicazioni, continuamente che cambiavano, questo ci ha creato questi problemi e ha ritardato, sicuramente, la campagna vaccinale. Oltre al fatto che allora c'era un grosso problema di approvvigionamento dei vaccini.

Presidente
Prego.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie. Ultima domanda.
Visto che, insomma, è medico di base e l'importanza del tracciamento. Vediamo che c'è questo aumento nell'ottobre - novembre 2020 di casi. Il Veneto si attesta, appunto, tra le prime Regioni, proprio come anche RT. Come medico, visto che il Covid si trasmette e si trasmetteva, soprattutto, prima ancora del vaccino, ancor di più con contatto personale, lei crede che una restrizione maggiore delle misure, quindi dell'apertura, in quel caso lì, da parte di chi di competenza, sarebbe stato utile per diminuire gli accessi agli ospedali, per diminuire l'aumento di casi? Grazie.

Dott. Giovanni GUASTELLA (Vice Segretario vicario FIMMG)
Sì, scusi, forse anche prima aveva fatto questa domanda. Io non avevo risposto al discorso del tracciamento.
Allora il tracciamento è una cosa molto, molto importante. È un'attività che impegna più del trattamento del Coronavirus,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

a meno che non sia un paziente ricoverato in strutture particolari. Perché è un'indagine che necessita di molto tempo e di conoscenza.

Noi, come medici di medicina generale facevamo il tracciamento dei pazienti che individuavamo noi, in famiglia, eccetera.

Il SISP si occupava di tracciamenti in delle scuole. Ci sono stati degli errori anche commessi in quel momento. Tracciamento sui luoghi di lavoro, altri errori che sono stati commessi.

Purtroppo, il numero di casi era talmente alto che le scuole, di fatto, i tracciamenti non li faceva spesso il SISP, si faceva in modo ritardato e spesso li facevano le scuole.

Quindi, personale non adeguato a fare i tracciamenti.

Fare i tracciamenti era, in quel momento, secondo me, fondamentale, anche per l'esperienza che ho potuto avere, piccole esperienze. Però il discorso dei contatti all'interno della famiglia era una delle fonti principali, oltre ai luoghi pubblici. Allora c'era il lockdown, c'erano delle situazioni in cui aver chiuso è stato fondamentale, anche perché non avevamo vaccinazioni in quel momento. Quindi la popolazione era fortemente esposta. Secondo me, è stato giusto chiudere.

Abbiamo potuto vedere, nel primo lockdown che c'è stato, che è stato fondamentale poter chiudere.

Il fatto di non aver chiuso dopo completamente ci ha permesso di lavorare, eccetera, è aumentato il numero di casi. È chiaro che un lockdown più stretto avrebbe ridotto i casi, ma non so se questo avrebbe accelerato la risoluzione del problema.

Secondo me, la risoluzione del problema è la vaccinazione. Questo è poco ma sicuro. Quindi in quel momento là abbiamo dovuto fare se era accettabile un numero di morti così elevato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

perché probabilmente, a fronte di una condizione economica generale, avrebbe generato anche per la tenuta del Paese stesso. Quindi questo è un aspetto. Per me il discorso del contatto è fondamentale nel Covid. Adesso è altamente diffusivo. Ci sono stati degli errori nei tracciamenti, dei messaggi, per dire: i bambini che andavano a scuola, quando in una classe c'era un bambino positivo, venivano messi in isolamento i bambini della classe, però non venivano messi in isolamento anche i familiari dei bambini, per cui tante volte ho potuto osservare dei numeri di casi positivi, parecchi casi positivi anche di familiari e di fratellini che frequentavano la scuola normalmente.

Comunque, il discorso del lockdown, sicuramente, secondo me, era da fare. Difficile da accettare. Io penso che è stato giusto farlo. Diversamente sarebbe stato veramente… anche perché io ho molti assistiti anziani, fragili e quei pazienti fragili, che hanno contratto il Coronavirus, molti di questi sono deceduti. Quando c'è stato, alcuni erano vaccinati, questi hanno superato brillantemente.

Quindi, per me, nel momento in cui non c'è la copertura vaccinale è bene farlo, perché altrimenti avremmo avuto un numero alto di morti. Ancora più alto.

Presidente

Nessun'altra domanda, colleghi^

Dottore la ringrazio.

Arrivederci. Buona giornata.

Abbiamo già collegato il dottor Cauchi. Se siete d'accordo, io procederei.

Dottor Cauchi, ci sente?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Salvatore CAUCHI
Sì, sì. Sono qui.

Presidente
Grazie. Le do subito la parola.
Prego.

Dott. Salvatore CAUCHI (SNAMI)
Buongiorno a tutti. Sono Cauchi Salvatore, Presidente regionale dello Snami, secondo sindacato dei medici di medicina generale.
Sono grato…

Presidente
Dottor Cauchi, mi attenda, perché non la sentiamo più.
Non la sentiamo.

Dott. Salvatore CAUCHI (SNAMI)
Ecco. Mi sente?

Presidente
Perfetto. Grazie.

Dott. Salvatore CAUCHI (SNAMI)
Dicevo che sono grato per essere stato chiamato in questa Commissione, perché il mio sindacato, nella mia persona in particolare, è stato molto presente e "critico" un po' sulla gestione dell'emergenza Covid da parte un po' della Regione.
Allora, per noi le criticità, come ho visto, sono stato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

collegato un po' e ho sentito un po' quello che ha detto il collega che mi ha preceduto e anche gli altri colleghi. Però, la criticità maggiore che abbiamo riscontrato, all'inizio sono stati i dispositivi anti-Covid, di cui non ne eravamo proprio forniti. Quelli che avevamo abbiamo dovuto procurarceli, chi li aveva, magari li aveva in ambulatorio e quant'altro. Andavamo a visitare i pazienti senza dispositivi. Questo ha creato una massa di colleghi che si sono ammalati con il ceppo Delta, che sono finiti in terapia intensiva e alcuni, purtroppo, non ci sono più.

In Italia contiamo ben 350 medici di medicina generale deceduti.

Questo perché? Si dice: è stata una pandemia inaspettata, eccetera. Ma, io, come avevo fatto presente a suo tempo, in Italia doveva esserci un piano pandemico. Era stato licenziato nel 2008. Poi le Regioni avrebbero dovuto recepirlo entro il 2013. Però alla nascita della pandemia di questo Piano c'era solo carta, ma niente struttura.

Questo è un dato incontrovertibile perché non c'era attrezzatura e non c'era vestiario per i medici. Addirittura in alcuni reparti ospedalieri, i primari intimavano ai colleghi di visitare con le mascherine chirurgiche, pazienti Covid. Questo per non dire altro.

Da parte mia c'è stata una segnalazione agli organi competenti.

Durante il periodo che avete citato voi, quello della massima esplosione del Covid nella nostra regione, con gli indici tra i più alti d'Italia, le carenze ci sono state e si sono viste le criticità.

C'è stata un'esplosione a ottobre, vado a memoria, comunque nell'autunno del 2020 e lo stesso nell'autunno del 2021, anche

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

se ha dato meno morti del precedente, perché iniziavano i vaccini e quant'altro. È stato ben più grave e ben più massiccio di quello dell'anno prima.

Nella prima ondata i SISP hanno tardato a funzionare perché si sono trovati alla sprovvista, le ASL non erano tanto attrezzate e questo ci poteva stare, ma nella seconda ondata abbiamo avuto i SISP ancora con più criticità nella prima. C'era stato un anno di tempo per sopperire a questa mancanza, però al dato di fatto i SISP sono crollati come un muro di carta con un soffio di vento. A questa carenza chi ha dovuto sopperire? La medicina generale, la medicina di famiglia, la continuità assistenziale e quant'altro.

Abbiamo dovuto fare, per decreto regionale, gli ufficiali sanitari. A livello legislativo nazionale e anche di legislazione delle varie leggi sanitarie che si sono succedute in Italia noi non abbiamo assolutamente il titolo, ma grazie a un decreto regionale ce l'hanno dato. Siamo stati promossi sul campo. Abbiamo dovuto fare noi le contumacie quando facevamo i tamponi, i tracciamenti e quant'altro. Dovete ben capire che una cosa è che lo faccia una struttura pubblica, che è deputata a fare questo, un'altra cosa è che lo faccia il singolo medico, da solo, senza altra organizzazione.

Parliamo di un'altra cosa che doveva funzionare e che doveva supportarci. Parliamo appunto delle USCA.

È stato un decreto del Presidente del Consiglio che le ha istituite. In Veneto sono partite un po' a rilento e poi, alla fine, sono state il 50% del personale. È stato reclutato il 50% del personale che doveva essere reclutato.

Hanno aiutato moltissimo la medicina primaria, la medicina generale, però, visto che erano sotto dosate come personale,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

hanno potuto quello che hanno potuto. Anche noi, oltre alle USCA, andavamo a visitare i pazienti Covid con i pochi DPI che avevamo.

Adesso questa organizzazione sta per scadere per decreto regionale, il 31 giugno. Il Governo mi sembra che abbia prolungato fino a fine dicembre di quest'anno. Per noi sono ancora importanti, anche perché la pandemia non è finita ed io penso che a settembre-ottobre ci ritroveremo a fare i conti con i numeri dell'anno scorso. Quindi, dismettere questa organizzazione, questa struttura adesso, per dagli altri compiti – già le ASL hanno pensato di impiegarle in altro modo – per me è prematuro e può essere anche pericoloso.

Che altro dire? Cosa è venuto a mancare in tutto questo? In tutto questo c'è stata anche la notevole fuga di personale sanitario, medico, amministrativo e paramedico, dalla medicina territoriale (più che altro medico), in quanto a questi due nefasti anni di pandemia si è venuta ad incrociare anche la gobba pensionistica, per cui molti colleghi, raggiunta l'età pensionabile, sono usciti dal lavoro, per cui si sono create carenze in moltissime zone della nostra Regione.

La cosa si è acuita, perché all'uscita del collega non c'era la sostituzione di un collega giovane, e questo per due motivi, perché per un giovane era molto più remunerativo e forse anche più appagante dal punto di vista professionale fare il medico USCA, meno fare la medicina generale in pandemia, con notevoli rischi professionali e paghe certamente non luculliane, checché ne dicano i vari organi di stampa e le varie televisioni.

C'è quindi questa doppia carenza, dove i colleghi giovani, anche "non formati", perché dovete anche considerare che fino

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

all'anno scorso o a due anni fa il Veneto licenziava ben 40 medici di medicina generale l'anno, numero assolutamente irrisorio perché, come sapete, la popolazione veneta ha quasi 5 milioni di abitanti, 40 medici formati l'anno sono davvero pochissimi.

Alle nostre rimostranze, alle nostre richieste non è stato mai dato seguito, e ci siamo trovati al punto attuale, in cui la medicina territoriale è allo sfascio, perché non c'è ricambio generazionale, non ci sono medici formati, magari i medici ci sono anche, ma non quelli formati, che dovrebbero lavorare sul territorio, quelli con la specializzazione, oppure quelli che dovrebbero fare la specializzazione vanno in altri lidi europei, dove per fare lo stesso lavoro sono assai più remunerati e hanno altri optional, sono seguiti e la burocrazia li martella molto meno.

Siamo quindi ancora sul guado, non abbiamo passato tutto, a livello di medicina generale siamo allo sfascio, se la Regione non trova un metodo di colloquio con le organizzazioni sindacali per poter trovare una soluzione, cosa che sta rinviando nonostante richieste ormai biennali.

Dovete pensare che avevamo licenziato un accordo ben due anni e mezzo fa per fare nel Veneto come le attuali Case della salute, ci avevamo pensato due anni e mezzo fa, grazie all'esperienza delle nostre medicine di gruppo integrate, che hanno anticipato i piani del Governo nazionale di ben otto anni, piani che sono praticamente una copia di quello che stiamo facendo.

Comunque, dopo due anni e mezzo che avevamo licenziato questo accordo con delibera regionale, la cosa è ancora ferma, la Regione sta aspettando non so cosa, però loro aspettano e la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

situazione peggiora sempre, stanno facendo solo emergenza, cioè dare pazienti ai medici neolaureati o ai neo iscritti alla Scuola di formazione, prima 650 pazienti, poi, visto che c'era ancora tantissima gente senza medico, hanno portato a 1.000, magari li porteranno a 2.000 o 3.000, ma questa non è una soluzione. La soluzione deve essere strutturale, ben diversa, non questa, comunque noi stiamo aspettando e vedremo. Grazie.

Presidente
Colleghi, domande? Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie mille.
Volevo ringraziare per la completezza della relazione.

Presidente
La ringrazio, dottor Cauchi. Buon lavoro. Arrivederci.
Sono appena arrivati due rappresentanti dell'ANAAO ASSOMED. Li faccio accedere. Buongiorno, prego. Parlo con i dottori Barutta e Zanon? Per prendere la parola, basta schiacciare la parola "microfono" sul piccolo monitor che avete davanti.
Se accendete il microfono che avete davanti a voi, vi passo subito la parola. Prego.

Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED)
Posso togliere la mascherina o preferite che la tenga? Perfetto, grazie.
Io sono rappresentante e nuovo segretario regionale dell'ANAAO, e presento questa relazione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

L'emergenza epidemiologica dovuta al Sars-Cov 2, che ha travolto l'Italia nella prima ondata, ha evidenziato l'assenza di piani emergenziali, le insufficienze del Sistema sanitario nazionale e le contraddizioni dei Sistemi sanitari regionali. L'archetipo di sorveglianza sanitaria individuata nel Veneto si basò sulla individuazione dei casi sospetti, sul tracciamento dei contatti di caso e sulla sorveglianza dei dipendenti del Sistema sanitario regionale, dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei farmacisti e anche degli operatori delle RSA, attraverso una effettuazione di tamponi nasofaringei di tipo molecolare, che erano gli unici validati dalla comunità scientifica.
Questi tamponi si basano sulla ricerca dell'RNA del virus e vengono effettuati in laboratori autorizzati. L'indicazione di questi laboratori è stata posta dall'Istituto Superiore di sanità e dal Comitato tecnico-scientifico nazionale, espresse nel decreto del Capo della Protezione civile n. 371 del 2020. Questa tipologia di test ha un altissimo grado di sensibilità e di specificità, cioè ha un bassissimo grado di falsi negativi. A fine ottobre 2020, però, 2020, nel corso della seconda ondata fu approvato dalla Giunta regionale del Veneto un nuovo piano, che andava ad aggiornare e a rimodulare le modalità di screening previste nei precedenti piani. In particolare, veniva sostituito il test molecolare con il test antigenico rapido, di prima e seconda generazione, anche per gli operatori sanitari. Questo tipo di test fu quindi elevato a un nuovo test di riferimento diagnostico ed imposto alle Aziende sanitarie, le quali, in qualità di datori di lavoro, sottoposero in via prioritaria il test antigenico rapido al personale sanitario, stratificato in specifiche sotto-

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

categorie definite da intervalli temporali per l'esecuzione del test.

Il test antigenico si basa sulla ricerca di proteine virali. Il metodo di prelievo del campione è uguale a quello del test molecolare. L'esito è, però, molto più rapido (circa 15 minuti) e non richiede l'invio a laboratori specifici per essere processato. Di contro è meno sensibile, nel senso che rappresenta il 20-30% di falsi negativi in più rispetto a quello molecolare.

Sia il Ministero della salute sia una nota del Comitato tecnico-scientifico della Regione considerarono il test antigenico meno affidabile rispetto al molecolare, pertanto considerato come seconda scelta o scelta alternativa laddove la refertazione del molecolare non fosse mantenuta entro le 36 ore. La stessa nota del Comitato tecnico, inoltre, suggeriva che il personale sanitario (intendendo medici, infermieri e tecnici) venisse monitorato con test molecolari, in ragione del loro alto grado di esposizione e della peculiarità dell'attività svolta nei reparti di degenza. Infatti, gli operatori sanitari, in ragione della tipologia del lavoro che svolgono, sono molto più esposti rispetto alla restante popolazione a rischio di contagio e se non correttamente controllati diventano inconsapevoli veicoli di trasmissione del virus.

La percezione di costoro (intendo degli operatori sanitari), peraltro già sperimentata nel corso della prima ondata, quando portarono assistenza ai pazienti Covid senza gli adeguati dispositivi di protezione individuale, fu quella di subire ancora una volta l'onta del prevalere degli interessi economici sul principio della tutela della salute. Non furono

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

le pubblicazioni di tabelle o di grafici relativi alla sensibilità del test antigenico a creare l'allarme nel personale sanitario, ma fu il rilevare nei pazienti in accesso ospedaliero la fallosità del test antigenico confrontato con quello molecolare eseguito subito dopo, a completamento del processo.

Non possiamo dimenticare, inoltre, che il contagio degli operatori sanitari fu superiore al triplo dei contagi rilevati nel corso della prima ondata.

Le aziende svolgono un ruolo di tutela della salute dei cittadini e, in qualità di datori di lavoro, rivestono ex lege una posizione di garanzia e sono obbligate alla salvaguardia dell'integrità fisica e della salute psicofisica dei propri dipendenti. In questo merito interviene il Testo unico sulla salute e sicurezza del lavoro, il decreto legislativo n. 81/2008, che all'articolo 15 sintetizza che il datore di lavoro – in questo caso sono le aziende sanitarie e non la Regione – è chiamato, in collaborazione con l'RSPP e con il medico competente, ad individuare e adottare le misure di prevenzione e protezione più idonee a garantire la massima sicurezza tecnologicamente fattibile, soprattutto quando il bene da tutelare è rappresentato dalla vita, dalla salubrità e dall'integrazione fisica delle persone.

È evidente come nel controllo e nel monitoraggio della circolazione del virus Covid-19 la sostituzione del test molecolare, che è un test riconosciuto in campo internazionale come "gold standard" in termini di sensibilità e specificità per la diagnosi della Sars-Cov-2, con il test antigenico di prima o seconda generazione, che presenta, invece, una sensibilità – come detto prima – inferiore del 20-30%, comporti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tra il personale sanitario rischi enormi, perché la refertazione di falsi negativi finisce per far detonare per la proliferazione del contagio, come successe nei presìdi ospedalieri di Nembro e di Alzano.
In merito a questo, la nostra associazione aveva inoltrato a tutte le aziende sanitarie del Veneto ben due diffide e predisposto il 30 dicembre 2020 un ricorso al Tribunale Amministrativo Regionale, del Veneto, che non è stato depositato per il sopravvenire dei test antigenici di terza generazione, che hanno una sensibilità e una specificità quasi, ripeto quasi, sovrapponibile al test molecolare.
Mi corre, comunque, l'obbligo di sottolineare e ricordare che lo stesso Ministero della Salute, nella circolare 705, dell'08 gennaio 2021, raccomandava, per il personale sanitario, il ricorso come prima scelta il test molecolare e solo dove vi era impossibilità o per ragioni di carattere urgente, di sanità pubblica, il test antigenico di terza generazione.
Ho concluso.

Presidente
Grazie. Colleghi, avete domande?
Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie mille per la relazione, che, ovviamente, credo la invierà, quindi la rileggerò.
Lei ha toccato un punto che sto toccando durante le varie audizioni e non solo oggi, ma anche nelle volte scorse, rispetto all'uso dei tamponi rapidi, per il controllo degli operatori sanitari.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Citavo prima, nell'audizione precedente, anche una frase del dottor Palù, che diceva e ha detto qui, presente, il fatto che, comunque, sono quelli molecolari quelli da ritenere come utili per lo screening. Ormai le circolari le ho lette tutte, quindi si vede che quello è il prioritario e quello rapido è un'alternativa, prevista solo per alcuni casi.

Ho davanti, appunto, la DGR, che lei ha citato, di ottobre.

Siccome una delle cose che, invece, vengono dette, a giustificazione dell'uso dei tamponi rapidi dentro gli ospedali, è il fatto che ogni tot venisse fatto un controllo con un molecolare, diciamo di controllo e, comunque, poter permettere di fare più tamponi e avere la risposta in maniera più breve, avrebbe garantito un maggior controllo.

Ovviamente io non la penso così. Però quello che mi viene risposto, tendenzialmente, è questo.

Io volevo chiedere: dalla vostra esperienza ogni quanti giorni e se veniva effettuato questo tampone di controllo. Perché da quello che io ho potuto raccogliere, nel mio territorio di riferimento, ci sono state delle settimane in cui non venivano fatti i tamponi molecolari di controllo sul rapido e che, quindi, si usava solo il rapido. Volevo capire il vostro osservatorio.

Un'altra cosa è rispetto ad altre Regioni. Cioè in quella fascia, dove la Regione del Veneto ha utilizzato in maniera massiccia i tamponi rapidi, per il controllo degli operatori sanitari, nella stessa fascia temporale, voi avete delle esperienze in altre Regioni, invece, che facevano diversamente e che hanno, quindi, recepito la direttiva nazionale, diversamente da come è stata recepita dalla Regione del Veneto?

Ultima domanda. I dati INAIL, che citavo anche nelle audizioni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

precedenti, cioè la Regione del Veneto, è quella che ha avuto più denunce per infortuni sul lavoro durante il Covid dagli operatori sanitari.
Mi chiedo un commento rispetto al fatto se questo, secondo voi, è collegato alle misure di screening di cui parlavamo prima.
Grazie.

Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED)
Per quanto riguarda la prima domanda, cioè la tempistica di esecuzione dei tamponi antigienici del personale sanitario, varia, ovviamente, dalla tipologia di attività che svolge il personale sanitario, nel senso che era molto più frequente all'interno delle strutture che gestivano prioritariamente i pazienti Covid. Era più rado nelle altre strutture, che si introduceva, comunque, in una disposizione del medico competente che portava, per quanto riguardava le strutture Covid, a un tampone mediamente - questo almeno dal settembre del 2020 - ogni otto giorni. Per le strutture, invece, non coinvolte nella gestione del paziente Covid ogni 20-30 giorni. A mio ricordo, quello che io ho subito, è sempre stato un tampone antigenico. Non è mai stato fatto un secondo tampone di verifica di tipo molecolare.
È pur vero che io non ero in quelle unità Covid. Ma i miei colleghi avevano lo stesso problema. Nel senso che avevano sempre un tampone di tipo antigenico e solamente in caso di sintomi o di avvisaglia di sintomi o di riscontro di contatto stretto, veniva effettuato un tampone di tipo molecolare.
Per quanto riguarda, poi, l'attività svolta nelle altre Regioni non so per certo, quindi è solo una chiacchiera. Ma

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'utilizzo dei tamponi antigenici rapidi, nel periodo della seconda ondata, è stato prioritario nel Veneto. Nelle altre Regioni l'utilizzo era principalmente molecolare e anche con intervalli un po' più dilazionati.
La terza domanda, per quanto riguarda il rapporto INAIL.
Sicuramente, l'elevato tasso di riscontri che si avevano a livello lavorativo dei colleghi che avevano sintomi di tipo Covid o che veniva riscontrato il Covid entravano, di fatto, nel sistema dell'infortunio INAL.
Questo era abbastanza generalizzato ed era determinato, molto probabilmente, da quella percentuale di falsi negativi che comunque si sono manifestati.

Presidente
Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Grazie. Riprendo un po' il suo intervento partendo dall'inizio, richiamando quando diciamo di fatto è partito principalmente da febbraio 2020, quando si sono verificati i primi casi. Quindi un susseguirsi di definizioni, sia a livello regionale, sia a livello statale, in particolare, anche non statali. Lei si riferiva alla definizione del caso, eccetera. Di casi, che si sono, nel giro di pochi giorni, anche non contraddette, ma sono cambiate. Quindi non vi era una chiara definizione, anche a livello legislativo, a livello di circolari, di direttive, eccetera, nazionale, rispetto al quale, comunque, la Regione ha attivato tutta la sua macchina organizzativa, che ha portato a marzo del 2020, verso il 23 marzo 2020, ad adottare il primo Piano di sanità pubblica e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in particolare poi tutta una serie di azioni. In particolare, visto che parliamo del tema anche dei tracciamenti, degli screening, eccetera, degli screening, in particolare tutta un'attività di potenziamento dei laboratori e, quindi, della capacità di effettuare tamponi e di refertarli nei tempi, in particolare, e in modo corretto, nei mesi successivi.

Ricordo che all'inizio il laboratorio di riferimento era il laboratorio dell'Università di Padova. Una delle scelte che fu presa, fu quella di prevedere in ogni Azienda sanitaria un laboratorio che potesse avere la capacità di effettuare tamponi e poi di refertarli, così come anche tutta l'attività di acquisto e di potenziamento dei macchinari, pur sapendo delle difficoltà che si sono registrate in quel periodo, in particolare per l'approvvigionamento dei reagenti, ma anche l'acquisto di una serie di macchinari che avevano una capacità di refertare un numero più consistente di tamponi, in un lasso di tempo più ristretto, proprio perché la pandemia, essendo una situazione, ovviamente, non a detta mia, ma a detta di chi è più titolato di me a riconoscerlo, ovviamente era meno facile affrontarla con il sistema ordinario, con il sistema normale, ma richiedeva un tipo di risposta più importante. Un tipo di risposta che viene richiesto in caso di emergenza, con le difficoltà, ovviamente, dettate da una situazione imprevista e imprevedibile.

Quindi, volevo capire. Siccome questo l'abbiamo appurato nelle varie audizioni che abbiamo avuto in questi mesi, quindi questa grande capacità di potenziamento e di refertare che, ovviamente, a un certo punto incontra anche un limite fisico, oltre il quale, probabilmente, non si riesce ad andare oppure oltre il quale ci si trova con il tema che diceva e quindi i

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tempi della refertazione, delle 24 ore, delle 36 ore, eccetera. Il tema dei tamponi rapidi, che è entrato e che la circolare del Ministero dell'8 gennaio 2021 ha chiaramente chiarito la possibilità dell'utilizzo dei tamponi rapidi, come anche gli studi scientifici che sono poi usciti, hanno testimoniato la possibilità di utilizzare i tamponi rapidi in una azione regionale che ha visto poi ridurre anche i tempi di somministrazione anche a quattro giorni. Adesso vado pure io a memoria. Quindi, laddove il tampone… Anche perché il tampone molecolare, ovviamente, per direttive statali e imposizioni statali, correttamente, andava sottoposto a determinate categorie di soggetti, quindi anche alla popolazione risultata positiva per il test successivo che si fa dopo il tampone molecolare per accertare chiaramente la positività, così come a fine quarantena era previsto che il processo venisse completato con il tampone molecolare. Per cui, tutta una serie di tamponi molecolari che necessariamente il sistema sanitario doveva garantire a qualsiasi positivo che la Regione avesse e che quindi chiaramente necessita di andare d'accordo con una capacità di tamponare e di refertare, tenendo conto del potenziamento che era stato fatto nei mesi precedenti, con un impegno non indifferente, e anche e soprattutto del tema della necessità di ridurre i tempi di refertazione o comunque andare a trovare soluzioni ugualmente efficaci, ma che non richiedessero dei tempi di refertazione superiori magari a 24 ore, 36 ore che lei citava prima, rispetto ai quali il tampone poteva essere certamente il gold standard, ma refertato dopo un lasso di tempo troppo lungo inficiava l'efficacia dell'azione complessiva.

Quindi, volevo capire innanzitutto se secondo la vostra

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

visione, secondo la vostra esperienza, l'azione regionale e l'azione soprattutto delle aziende sanitarie di potenziamento della capacità di effettuare tamponi e di refertarli sia stata effettuata, così come io l'ho raccontata adesso, sulla base delle audizioni che abbiamo fatto prima, e anche se una refertazione oltre il tempo che lei aveva citato la ritenevate una cosa opportuna o no. Grazie.

Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED)

Sulla questione dei tamponi dall'inizio della pandemia ricordo che ci siamo trovati in una condizione di scarsità di reagenti. Quando l'indicazione dei tamponi stessi per i casi di contatto a quel tempo erano ogni 48 ore. Sono stati da varie aziende, per motivi di carenza di reagente, traslati a giorni differenti, alcuni dopo quattro, altri dopo sette, addirittura qualcun altro ogni 14 giorni, cioè a scadenza della situazione. Non entro nel merito per quanto riguarda il periodo della prima ondata, perché è quella più "drammatica", più difficile del sistema. La Regione Veneto ha trovato una quadra ed è stata invidiata da tutti quanti, la Regione Veneto attraverso le sue aziende sanitarie.

Il problema inizia dopo. Non entro nello specifico del territorio, della popolazione, entro solo nel concetto dei lavoratori e dei dipendenti del sistema sanitario. Questo perché? Perché questi sono quelli più esposti. Questi sono quelli che, se positivi e asintomatici e non controllati, rischiano di aumentare la trasmissione nei propri degenti, considerando che chi arriva in ospedale non ci arriva nel massimo delle condizioni, ci arriva sempre con una situazione di difetto quantomeno immunitario. Questo è il problema. È

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vero che per il tampone molecolare ci si impiega di più rispetto al tampone antigenico, ma è anche vero che per questa specifica categoria di lavoratori era necessario e si poteva pensare di avere la risposta prima delle 36 ore, anzi entro 12 o 24 ore, quindi non avrebbe creato grosso disturbo nella situazione.
Quello che voglio dire è che resta evidente che l'aver insistito nelle Aziende sanitarie per l'utilizzo del tampone antigenico ha in un certo senso favorito la diffusione, quantomeno all'interno dell'ospedale, del virus del Covid-19.
Non so se le ho risposto.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Siccome in questa Commissione più volte ho sentito non dire che la Commissione si basa sui fatti, valuta i fatti, raccoglie i fatti, penso che anche su queste affermazioni bisognerebbe basarsi su dei fatti dimostrati.

Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED)
È più che triplicato il numero di sanitari contagiati nel corso della seconda ondata, prendendo a riferimento gli stessi mesi, ottobre, novembre, dicembre, perché poi a gennaio la situazione migliora, ma grazie all'arrivo del vaccino.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Siccome alle audizioni precedenti avevo chiesto i dati su morti e contagi in corsia, se magari anche voi potete inviare questi dati, così vediamo i documenti...

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED)

D'accordo.

Dott.ssa Annalisa ZANON (ANAAO ASSOMED)

Intervengo, scusatemi, proprio in base alla mia esperienza.

Presidente

Dottoressa, gentilmente si presenti.

Dott.ssa Annalisa ZANON (ANAAO ASSOMED)

Sì, sono la dottoressa Zanon e, anche se in pensione, ho seguito un po' l'ospedale, non solo, ma sono andata a dare una mano per fare i tamponi non nei centri tampone, ma mi è stato chiesto da Sindaco e farmacista, perché era un momento impegnativo, quindi la mia esperienza è anche questa.

Io parto terra terra, scusatemi, ma è questa: i tamponi antigenici, quelli di prima generazione, dipendevano da tante cose, fatti sul personale sanitario, fatti sulla cittadinanza. Per l'operatore che faceva il tampone era importante la modalità di esecuzione del tampone. La differenza era tra soffermarsi un momento sull'anamnesi o non soffermarsi e come si faceva,

I tamponi antigenici potevano risultare negativi quando si faceva il tampone, positivi dopo 24-48 ore. Cosa voleva dire? Voleva dire che il paziente entrava in ospedale, faceva il tampone, faceva l'antigienico, arrivava in reparto, ma non nel reparto Covid, perché il primo tampone era risultato negativo. Dove era arrivato? Era arrivato, perché aveva problemi, in ortopedia, e in ortopedia si faceva il molecolare e il paziente risultava positivo, logicamente c'erano stati contatti di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tutta questa fila di sanitari.
Il paziente veniva trasferito nel reparto Covid, ma questo cosa vuol dire? Vuol dire che gli operatori sanitari che si trovavano lungo la scia e sono stati prima vicini o hanno accudito il paziente hanno avuto questo contatto stretto. La figura dell'operatore sanitario è di fondamentale importanza, perché logicamente è circondato dai suoi colleghi, è circondato dalla famiglia, quindi a contatto con i familiari, a contatto con la famiglia, a contatto con i pazienti e con i colleghi di altri reparti. Questa è la trafila che ricorda quanto sia importante fare gli accertamenti adeguati sugli operatori sanitari.
Questo perché anche in prima persona mi sono messa a disposizione, e ho lavorato per tanti anni in Pronto Soccorso, ma anche con il medico competente, e mi occupavo dalla legge n. 210 di tutti i vaccini, i danni da vaccino e altro, e sono pro vaccino.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Vi ringrazio per la relazione completa.
Il fatto di non aver adottato restrizioni maggiori è stata una scelta della Regione Veneto, quindi abbiamo visto anche questo aumento di contagi che, a nostro parere, è dovuto al fatto che non c'è stato il lockdown, o quantomeno una chiusura molto importante, come c'era stata nella prima ondata, per una scelta sicuramente politica.
Questo ha comportato un appesantimento, come si diceva prima, degli ospedali, quindi del numero degli accessi, da una parte sospendendo tutte quelle che erano le attività ordinarie di prevenzione o di cura delle altre patologie, il Covid è stato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

caricato per il 95% (questi sono i dati) sulla sanità pubblica, e nello stesso tempo però sapevamo della carenza di sanitari che già avevamo prima del Covid.
Questo ha comportato il trasferimento di medici e infermieri da alcuni reparti a quelli interessati dal Covid. Noi abbiamo avuto segnalazioni del fatto che quel corso di qualche ora che hanno fatto gli operatori sanitari, medici e infermieri per alcuni non sia stato sufficiente. Al di là del fatto che c'era una carenza, siamo tutti consapevoli dell'emergenza, del fatto che il medico non rinuncia a fare il proprio lavoro, il proprio dovere di fronte a una cosa del genere, però, al di dei presìdi, son stati dati ai medici sufficienti strumenti formativi, pur tenendo conto dell'emergenza, perché ne siamo tutti consapevoli, per poter affrontare questo momento? Grazie.

Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED)
Per quanto riguarda la formazione, dobbiamo distinguere la formazione sul personale sanitario non medico (infermieri, OSS) e formazione sul personale medico.
La formazione sul personale medico è una formazione che in linea di massima è rappresentata da (mi passi il termine) vestizione e svestizione per accedervi. Per quanto riguarda invece la formazione del personale infermieristico e degli operatori, oltre a questo, c'è tutto un altro processo. In gran parte dei casi la formazione è stata non carente, di più. Ho il dato di estrazione, come al Superenalotto, dei nomi del personale infermieristico da destinare ai reparti normali e ai reparti Covid, in palese violazione della criticità individuale che può esserci, della particolarità di ciascun

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

lavoratore e anche delle caratteristiche familiari che può avere alle spalle.
Questa è la situazione che si è verificata, che è stata un po' accettata nella prima ondata, ma che si è verificata e ripetuta pienamente anche nella seconda. Questo per quanto riguarda la formazione.
Solo su richiesta di azione e quindi di intervento da parte dell'RSPP, si è avuto qualcosina in più, ma il tutto si traduceva in una lezione frontale di due ore al massimo.

Presidente
Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Grazie, Presidente.
Io ho bisogno di un chiarimento in merito alla questione trattata riguardo al tampone rapido e al tampone molecolare, quindi all'utilizzo dell'uno piuttosto che dell'altro piuttosto che di tutti e due per avere la conferma del tracciamento fatto con i rapidi, i molecolari, e lo stesso riguardo ai DPI oppure anche riguardo alla formazione. Il dato che lei dà in nome dell'Ente che rappresenta è regionale, fa riferimento ad alcune ULSS particolari? Anche noi, magari, abbiamo dati differenziati. In questo caso, credo sia utile non entrare nello specifico, ma capire se questo è dettato dalle analisi dei dati rilevati su alcune situazioni particolari o a livello regionale, secondo una media del dato che avete a disposizione. Capire, cioè, se è una cosa generalizzata, localizzata, o se rappresenta, secondo voi, chiaramente, il dato del Veneto. In questo senso. Non so se

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

mi sono fatto capire.

Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED)

Penso di sì.

Per quanto riguarda la questione dei DPI, la gestione è sempre stata fatta da Azienda Zero. Azienda Zero ha fornito tutte le aziende dei dispositivi. I dispositivi che arrivavano nelle aziende non erano di certo conformi. Erano in deroga a qualsiasi cosa. Per cui, ci si trovava con mascherine chirurgiche che di chirurgico avevano poco. Erano molto più accorte nella selezione dei DPI di tipo FFP2 o FFP3. Quindi, erano anche quelle destinate ai reparti di degenza Covid.

Questa situazione è andata avanti per tutto il 2020 e per una parte del 2021, con una difficoltà di reperire dei dispositivi adeguati. Non che non ce ne fossero, alla fine. Ce n'erano forse troppi, ma non efficienti.

Per quanto riguarda la questione dei tamponi, personalmente mi viene da dire: ma perché devo fare un doppio tampone per validare il primo? È preferibile fare il secondo. Il concetto è questo. Io non entro nel merito della necessità di fare i tamponi nel territorio e se questi possono essere prioritariamente di tipo antigenico. Entro nel concetto che all'interno di una struttura ospedaliera, che si dedica ed è il primo punto di rischio, il primo punto di contatto, di contaminazione, lì mi aspetto che vi sia la massima assistenza, la massima valutazione da parte del medico competente, da parte dell'azienda stessa nella ricerca del miglior sistema di sorveglianza sanitaria.

Cedere a una situazione solo per averlo in 15 minuti e permettere che il 30% di queste persone positive possano girare

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

liberamente all'interno di un ospedale, ragazzi, credetemi, per me è inammissibile, perché vuol dire contaminare non solo i pazienti, ma vuol dire contaminare infermieri, medici e tutti quelli con cui vengono liberamente a contatto. Oltre che portarsi a casa il problema. Questa non è una questione di dati.

Presidente
Prego, collega Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Al di là di questo, ed è un dato che interessava me, questo è un dato in tutta la regione, in tutte le ULSS? Il dato dal quale voi partite. La conoscenza di una situazione, la sua, piuttosto che di altri medici è una cosa che si può generalizzare a tutto il Veneto o ha riguardato solo alcune aree? È una domanda, una curiosità mia.

Dott. Luca BARUTTA (ANAAO ASSOMED)
È generalizzato a tutto il Veneto.

Presidente
Qualcun altro?
Dottori, vi ringraziamo di essere venuti in Commissione.
Colleghi, se siete d'accordo, io farei un'oretta di pausa. Gli altri sono convocati per le 15.45.
Ci rivediamo qui alle ore 15.45.

La Seduta è sospesa alle ore 14.48
La Seduta riprende alle ore 15.54

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Cominciamo con lo SMI, visto che sono in presenza, perché Cobello non riusciamo a raggiungerlo.

Buongiorno a voi. Benvenuti. Correggetemi se non ho i nomi esatti: dottor Alberto Pozzi e dottor Vincenzo Miglietta.

Chi di voi decide di prendere la parola basta che clicchi la parola "microfono" sul piccolo monitor che ha davanti e io vi passo subito la parola.

Dott. Vincenzo MIGLIETTA (Delegato regionale Assistenza primaria SMI)

Sicuramente la seconda ondata pandemica si è giovata di diversi fattori che nella prima ondata non c'erano, come per esempio la disposizione dei dispositivi individuali di protezione, la presenza dei tamponi in numero maggiore. Quindi, l'azienda si era organizzata, si è organizzata e ha avuto una maggiore efficienza nell'organizzazione delle sedi per fare i tamponi. Anche la medicina generale ha contribuito e i medici hanno dato la loro disponibilità. Questo ha permesso anche per quei medici che hanno fatto i tamponi di "accorciare", di ridurre il numero dei contatti con i pazienti in quanto, se positivi, veniva rilasciato il certificato di malattia e contestualmente gli veniva dato anche l'appuntamento per il tampone di uscita. I tracciamenti per gran parte sono stati fatti dei medici di medicina generale, perché nella prima fase della seconda ondata il Dipartimento di Prevenzione praticamente è stato assente, quindi la gestione degli isolamenti e delle quarantene, sia dal punto di vista clinico che dal punto di vista degli appuntamenti, è stato gestito dai medici di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

medicina generale.

Soltanto nelle ultime tre o quattro settimane il Dipartimento di Prevenzione, di fronte ad un tampone positivo, è stato in grado di contattare i pazienti e di dar loro appuntamenti di uscita, ma prima questo non è assolutamente accaduto.

Rapporto pubblico/privato. Ci sono stati problemi riguardo la registrazione dei tamponi eseguiti presso i centri privati, e questo ha comportato in alcuni casi la mancata chiamata dei pazienti al proprio medico, pazienti che si sono quindi autogestiti la malattia, dall'altra, invece, un aumento del carico di lavoro dei medici, in quanto non sempre c'era l'esito del tampone, quindi bisognava trovare l'esito del tampone per rilasciare i certificati per dargli poi il tampone di uscita.

Le forniture vaccinali sono state un altro elemento che ha differenziato la prima dalla seconda fase. La Regione aveva previsto tre modalità di esecuzione della vaccinazione, quella attraverso i centri hub, interamente gestiti dall'azienda con personale proprio, quelli gestiti sempre dalle ASL, ma chiedendo la disponibilità ai medici di medicina generale. Questa parte della gestione delle vaccinazioni si è dimostrata veramente carente, perché veniva chiesta una grande disponibilità da parte dell'azienda ai medici, i medici davano la disponibilità e su due o tre ore di disponibilità venivano piazzati due o tre appuntamenti per le vaccinazioni. La terza modalità riguardava la gestione propria dei medici di medicina generale per le vaccinazioni. In una prima fase, questo è stato fortemente osteggiato dalle direzioni aziendali.

Le carenze strutturali di personale dei servizi di igiene e di prevenzione è emersa anche nella seconda ondata, è mancato un punto di riferimento preciso per la medicina generale. In

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

questo ci ha salvato la conoscenza diretta e le relazioni personali con le persone, in alcuni casi anche agli Enti istituzionali venivano dati pareri fuorvianti rispetto all'indicazione nazionale, non ultima quella sulla vaccinazione in gravidanza. Il numero 1500 ha notevolmente complicato la vita del medico di assistenza primaria, in quanto venivano date indicazioni sbagliate, quindi si è trasformato in un vomitatoio di tutte le carenze del sistema.

Di fatto venivano dirottate sul medico di medicina generale tutte le problematiche, prima fra tutte il mancato arrivo del Green pass conseguente alla vaccinazione o ad un tampone, e talora anche per pazienti vaccinati dal medico stesso. Il medico poteva accedere sul portale regionale, ma non su quello ministeriale, quindi il mancato passaggio dei dati dal sito regionale al sito nazionale ci ha complicato la vita anche dal punto di vista relazionale con il paziente, perché il numero verde veniva visto come un numero istituzionale, e, quando gli dicevano che il medico di medicina generale doveva risolvere il problema ma noi dicevamo di non essere in grado di risolverlo, si arrabbiavano perché l'aveva detto il 1500.

Per quanto riguarda invece le controversie dal punto di vista clinico, dal punto di vista della gestione delle esenzioni, molte richieste venivano dirottati sul centro di Verona, ma anche questi risultavano oberati di lavoro.

Maggior abbandono si è avvertito in questo senso anche rispetto alla prima ondata a livello aziendale e anche regionale, le call e i meeting vertevano principalmente sulla disponibilità di eseguire tamponi e vaccini. È mancato un fronte comune regionale a tutela dei medici di medicina generale nei confronti degli avvocati prescrittori, gli esami strumentali

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e di laboratorio che hanno esposto i medici a contenziosi legali con i propri pazienti per l'esonero dalla vaccinazione, fonte di ulteriore stress psicofisico, di perdite di tempo e anche di abbandono precoce della professione.

Poco si sono ascoltate le criticità espresse in itinere e la categoria ha sofferto e soffre tuttora della carenza di ristori del lavoro e di rispetto dei tempi anche per la vita privata. Molti di noi non sono riusciti a fare giorni di sospensione per riposo, perché, stante la carenza di personale convenzionato e dipendente, non si trovava chi potesse poi coprire il servizio.

Per la terapia domiciliare abbiamo avuto un valido aiuto per quanto riguarda le USCA, un buon riscontro delle terapie monoclonali e degli antivirali. Il portale regionale delle segnalazioni è stato un ottimo strumento di integrazione ospedale/territorio.

Per quanto riguarda il personale USCA, se da un lato ha dimostrato la sua utilità, dall'altro ha messo in luce le criticità contrattuali in termini di peso della guardia medica, dello svuotamento del personale medico che preferiva svolgere un'attività diurna e meglio retribuita rispetto ad un'attività notturna prefestiva e festiva, e questo ha comportato la chiusura di molte sedi di guardia medica, con lo spostamento delle stesse presso strutture ospedaliere, con spazi che non rispondono agli standard strutturali della guardia medica, ai sensi della DGR n. 1335 del 2017.

Per quanto riguarda poi l'assistenza sanitaria presso i centri di servizio e le RSA, la pandemia ha reso evidente le criticità contrattuale delle quattro ore al dì per cinque giorni su sette per 60 pazienti e il sabato di due ore, ha praticamente reso

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

impossibile la presa in carico di questi pazienti da parte dei medici di medicina generale, in quanto non si è tenuto conto dei tempi della pandemia con abbandono di numerosi professionisti.

Sono stati impiegati medici USCA per tamponare questa situazione, non adeguatamente preparati ad affrontare questa situazione emergenziale.

L'integrazione ospedale/territorio è rimasta lettera morta, non ci sono stati coordinamenti per la gestione delle liste d'attesa, riqualificazione delle priorità, accessi guidati al setting di emergenza urgenza. La conversione delle degenze in unità di Covid ha determinato un imbuto sui flussi ospedalieri per le patologie a gestione elettiva, riordinate con un ulteriore sovraccarico di un territorio già compromesso dalla carenza dei dipartimenti di sanità pubblica e dei servizi di prevenzione, incapaci di fronteggiare il problema del tracciamento dei contagi.

Lo stato emergenziale pandemico ha acuito una situazione ospedaliera già precaria sul fronte delle risorse umane, impoverite dal blocco del turnover, dai prepensionamenti, dal disinteresse dei professionisti per i concorsi, dalla fuga verso il privato. Sono emerse tutte le criticità legate ad una carenza di programmazione per fronteggiare l'emergenza, che sono state gestite con provvedimenti tampone, impegnando discipline specialistiche nei settori dell'emergenza prive di competenza e formazione, con esiti di cura non ancora quantificati e definiti.

L'impegno lavorativo aggiuntivo ha inoltre determinato sovraccarichi di lavoro, non adeguatamente ristorati con i dovuti riposi e riconoscimenti economici. In sintesi,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

un'organizzazione carente sotto il profilo amministrativo e politico delle singole aziende sanitarie, che ha determinato un rilevante contributo a *burnout* del personale.
Queste sono le nostre considerazioni conclusive.

Presidente
Colleghi, avete domande? Vi ringraziamo. Visto che lei l'ha letta, se gentilmente ce la invia o se preferisce lasciarla qui, la alleghiamo agli atti. Grazie mille.

Dott. Alberto POZZI (Presidente regionale SMI)
Chiedo la gentilezza di potervi lasciare una serie di documenti, che poi è un solo documento, sottoscritto da più parti, sono medici della continuità assistenziale che hanno espresso le loro considerazioni sulle criticità organizzative del servizio, anche alla luce delle nuove disposizioni organizzative.
Se posso lasciarvele, ritengo che sia comunque un modello rappresentativo di quelle che possono essere le criticità in analoghi servizi a livello regionale, per cui un benchmark utile anche a livello politico.

Presidente
Mi permetta, lei vuole che noi le alleghiamo alla documentazione?

Dott. Alberto POZZI (Presidente regionale SMI)
Se è possibile, sì.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente
Ok, perfetto.

Dott. Alberto POZZI (Presidente regionale SMI)
Piccola nota: queste considerazioni sono state inviate, come è dovuto, alle Direzioni generali della ULSS, ma non c'è stato alcun riscontro, come spesso accade.

Presidente
Per mettere agli atti, se si presenta con il suo nome e cognome.

Dott. Alberto POZZI (Presidente regionale SMI)
Pozzi Alberto.
Le lascio anche copia del documento.

Presidente
Grazie e arrivederci.
Dottor Cobello, mi sente?

Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR)
Perfettamente. Buongiorno.

Presidente
Fantastico. Le cedo subito la parola. Buon pomeriggio. Benvenuto.

Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR)
Buon pomeriggio a voi. Grazie. Mi sentite bene, spero.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Molto bene. Fantastico. Grazie.

Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR)

Io seguirò la linea delle cose che mi sono state richieste in questa comunicazione di questa Commissione. Ringrazio anche dell'occasione per poter dire alcune cose riguardo all'enorme lavoro che è stato fatto dall'Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona nel periodo in cui l'ho diretta, per sottolineare sin da ora l'enorme e pregevole lavoro fatto da tutti i dipendenti dell'Azienda. Questo mi permetto di dirlo come premessa. È una premessa non retorica. Devo dirlo perché è una premessa molto sentita. Ho avuto poche occasioni per dirlo, ma credo che di fronte a questa Commissione e a questo Consiglio sia corretto farlo.

La data di inizio di questa situazione è il 20 febbraio, in cui c'è stata una riunione importante in Prefettura con tutte le Istituzioni della provincia di Verona, e da quella data lentamente, ma poi un'accelerazione importante, perché all'inizio, nonostante ciò che stava accadendo in Lombardia, tutto sommato Verona era ancora poco toccata, poi sono cominciate ad affluire persone malate e abbiamo dovuto affrontare immediatamente la pandemia.

L'Azienda ospedaliera di Verona era già dotata di tutta una serie di procedure e di piani di emergenza, quindi, nonostante ovviamente l'originalità della situazione, era pronta ad intervenire, credo al pari di quelle che erano le istituzioni pubbliche e private della provincia, che hanno fatto un lavoro enorme. Come si è mossa l'Azienda? Innanzitutto l'elemento fondamentale per noi è stata una sede di comunicazione

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

continua. Quindi, ogni giorno, dalle 6.30 del mattino in poi, si avevano riunioni immediate, estemporanee e comunque continuative relative a quella che era la situazione in itinere. Per cui, di giorno in giorno si affrontava, secondo un piano predeterminato, la situazione in modo incrementale, sino a maggio.

Non le lascio agli atti, ma sono agli atti dell'Azienda di Verona, che ringrazio per avermeli forniti non lavorando più lì. Abbiamo immediatamente attivato, alla data del 28 febbraio, delle procedure interne nei pronto soccorso di Borgo Trento e Borgo Roma – rammento che avevamo due ospedali e, quindi, due pronti soccorsi – con le procedure Covid 19 per Borgo Roma e Borgo Trento e le istruzioni per la gestione dei campioni per sospetta infezione da SARS. Quindi, otto giorni dopo la riunione in Prefettura erano già attivate tutte le procedure di pronto soccorso per affrontare la situazione, che, ripeto, era ingravescente.

Ditemi, quando ritenete di interrompermi, se vi sono domande. Lo stesso vale per la gestione operativa dei triage, con l'esemplificazione di quella che era la situazione dei sintomatici e degli asintomatici, di come andavano trattati, isolati e quant'altro, quindi con casi ed esemplificazioni specifiche, fatte direttamente dall'Azienda.

Guardo le cose principali, rammentando i documenti, ma sotto i documenti c'è la sostanza. Anche qui sono state date indicazioni per i trasporti dei pazienti, per le allocazioni fra una sede e l'altra. Una delle cose che abbiamo iniziato e mantenuto è stata la continua comunicazione alla Regione di qual era la situazione dal punto di vista organizzativo delle attrezzature aziendali.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ad esempio, il 24 marzo 2020 – queste sono lettere firmate dal direttore – si fa il riepilogo delle attività messe in atto. Qui credo sia importante sottolineare che l'azienda si è data un'organizzazione particolarmente flessibile, avendo aggiunto alla struttura ordinaria anche delle strutture straordinarie, affidandosi a dei commissari di ospedale, di plesso ospedaliero: posso anche dire tranquillamente chi erano, ovverosia, il professor Michele Milella, dell'Oncologia a Borgo Roma e il dottor Micheletto, pneumologo, come capi logistici.

Secondo un piano prestabilito, quindi, man mano che vi era l'esigenza di aprire posti Covid sia in terapia intensiva, sia in semintensiva, sia posti-letto di degenza "ordinari" (che ordinari ovviamente non erano) vi erano un piano di apertura, piani di spostamento, seguiti, anzi, prevenuti dall'analisi fondamentale su cui io stesso mi sono cimentato, proprio perché volevo essere, dico francamente a questa Commissione, tranquillo che non vi fossero possibilità di epidemia all'interno dell'ospedale, di verifica di tutti i percorsi affinché non vi fosse alcuna commistione fra persone entranti e uscenti, fra persone che erano malate, persone che potevano esserlo, o persone che proprio non lo erano, e che venivano in ospedale per le esigenze. Quindi, organizzazione del pronto soccorso in questo senso, organizzazione di percorsi interni ai due ospedali, revisione continua, sulla base delle occupazioni.

Per dare qualche numero, penso che questo possa interessare questa Commissione, nella data che dicevo del 28 marzo 2020, cioè a un mese dall'inizio della data dello start della pandemia, avevamo – vi do solo lettura di un po' di numeri –

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

già approntato, nell'ospedale di Borgo Roma, 75 posti letto ordinari più 22 posti letti di degenza possibili, insomma, un numero di posti-letto pronti per la pandemia e una ventina di posti-letto di terapia semintensiva, con più 12 posti-letto di terapia intensiva.

Nell'ospedale di Borgo Trento avevamo attivato invece 48 posti di terapia intensiva – poi vi spiego anche come, perché c'è stato un esperimento estremamente interessante – per un totale ovviamente attivati man mano che vi era l'esigenza, e un gran numero di posti letto ordinari.

C'è un fatto fortunato, se vogliamo chiamarlo fortunato, in questa situazione, o comunque una positività di questa situazione. Poi dirò quali sono state alla fine le conclusioni nel febbraio, io sono uscito dall'azienda il 28 febbraio, quindi posso parlare sino a quella data, ma una data significativa, e dirò alla fine quali sono state le conclusioni numeriche della dotazione di posti letto, di dotazione di posti letto ordinari e di terapia intensiva e semintensiva.

La positività che ha avuto l'azienda è di essere stata chiusa. Penso ci siano dei veronesi, quindi chi è veronese probabilmente conosce un po' la geografia degli ospedali: a Borgo Trento vi è, di fronte al pronto soccorso, un intero edificio che noi chiamavamo in gergo "la spina", che era destinato ad essere restaurato e veder trasferita lì tutta la geriatria e altri reparti sussistenti nell'ospedale, nel geriatrico.

Ora, ovviamente, quei lavori sono stati bloccati. C'era un inizio dei lavori, è stata bloccata. Tutta la spina è stata adibita a un pieno ospedale Covid. Per cui, per essere estremamente sintetico, eravamo arrivati a 18 posti letto di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

terapia intensiva Covid e una sessantina di posti letto, ordinari, con all'interno multintensiva, quindi un'ottantina di posti letto, in un ospedale dedicato al Covid.

Questo ci ha permesso pur, ovviamente, nell'ambito di grande attività complessiva, di esercitare, comunque, le funzioni fondamentali dell'ospedale per quanto, ovviamente, nell'increscere dell'epidemia, vado a memoria, ma il primo periodo, la prima ondata, penso, i numeri sono dei primi di maggio, eravamo arrivati a circa 165 posti letto, 170, ma a febbraio eravamo arrivati a ben 257, se ricordo bene, posti letto, di cui 52-55 posti letto di terapia intensiva.

Quindi, uno sforzo enorme che, però, vedeva l'Azienda ospedaliera collocata in una posizione buona, essendoci questi spazi, che erano soggetti a restauro - e dovranno esserlo in futuro – comunque, riattivati con velocità estrema. Quindi devo dire che anche qui l'ingegneria clinica, la parte tecnologica e edilizia ha fatto un'attività importante, di ricostituzione di un ospedale ad hoc. Rammento anche che chi fu il gestore di questo ospedale, ma lo dico perché mi pare doveroso dirlo, insomma, senza nulla togliere a tutti coloro che hanno lavorato, è stato il dottor Michieletto, che, sostanzialmente, ha trasformato la sua pneumologia in Covid e l'ha spostata qui.

È stata una esperienza importante. Credo che il personale che è stato coinvolto, sia a Borgo Trento, Borgo Roma e nella spina abbia dato tutto quello che poteva dare in termini di assistenza, di impegno, di coinvolgimento personale.

Personalmente, ero ogni giorno lì, andavo a vedere, devo dire, anche con un po' di sprezzo del pericolo, ma senza aver avuto, probabilmente, sono stato fortunato, nessun coinvolgimento dal

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

punto di vista epidemico, ma, insomma, ho visto l'attività intensa fatta da tutti i dipendenti, a qualsiasi livello, che sono stati effettivamente formidabili. Credo che in questo periodo abbiano veramente fatto la differenza.

Ecco, se dovessi dire le cose principali sono queste: attivazione di piani di emergenza a cascata. Quindi, ogni mattina si sapeva che cosa sarebbe successo. Ogni mattina si metteva a punto ciò che era successo. Attivazione di piani a cascata. Liberazione di posti secondo un piano preordinato e ridefinizione dell'attività ospedaliera che mai è stata cessata. Penso che il collega Bravi vi avrà detto, comunque, che l'attività, anche ambulatoriale, è stata comunque espletata, per quanto possibile, in numeri effettivamente rilevanti.

Poi, è chiaro che, insomma, la pandemia ha provocato dei rallentamenti. Tutta l'attività oncologica e salvavita è stata effettuata, con tutti i limiti che ci possono essere stati in questa esperienza, credo di poter dire che, sicuramente, la prima ondata è stata difficile e ci ha rodato.

La seconda ondata è stata particolarmente difficile, ma l'esperienza ci è stata, effettivamente, favorevole, nel senso che, ripeto, abbiamo attivato una ottantina di posti letto in più.

Faccio notare, comunque, che le delibere regionali prevedevano, dovrei andare a guardare, ma senza annoiarvi, un numero complessivo di posti letto per epidemia, mi pare che fosse addirittura sui 600. Beh, noi eravamo in grado di farlo. Ovviamente, avremmo dovuto bloccare tutta una serie attività, ma a quel punto avremmo dovuto trasformare un ospedale in ospedale Covid. Però questo, per fortuna o per grazie a Dio o

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anche perché, insomma, è successo così, non è servito. Ecco, diciamo che nel picco abbiamo avuto sui 260 posti letto occupati, che sono una cifra importante.

Sempre seguendo un po' la vostra indicazione, faccio notare che, conseguentemente, venivano fatti continuamente dei protocolli. Il collegamento con i colleghi territoriali era quotidiano. Sostanzialmente – anche qui, i plausi si sprecano, ma, ripeto, non per retorica – l'attività del 118 e il coordinamento fatto dal 118 ogni mattina era di allocazione di malati nuovi e di dislocazione di non più malati o comunque non più contagiosi, di cui venivamo informati e si valutava assieme dove collocare i nuovi soggetti, tenendo conto del lavoro enorme che è stato fatto sia dagli ospedali del territorio sia anche dai privati. Qui mi permetto di rammentare il complesso dei soggetti che lavoravano nel territorio.

Sul personale credo che quello che poteva essere fatto – è chiaro, tutto è perfettibile - è stato fatto, nel senso che Azienda Zero ha fatto un lavoro enorme di reperimento di personale, che però si è affiancato a un analogo lavoro di reperimento del personale da parte nostra che arrivava – purtroppo la situazione è questa – a utilizzare liste anche di altre aziende, di aziende di regioni limitrofe. È stato un lavoro continuo di ricerca e di raccolta di personale, di medici – poi ci sono stati i provvedimenti straordinari che ci hanno aiutato – di infermieri, di OSS, con un continuo recupero di personale.

Credo in questo senso che, date le situazioni oggettive di dotazioni complessive a livello nazionale e regionale di infermieri e OSS, sarebbe stato difficile fare di più. Nel complesso, spero di aver rispettato quanto più possibile turni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e diritti dei lavoratori, tenendo conto che la situazione, comunque è stata veramente straordinaria.
Gli aspetti critici sono quelli di affrontare una situazione che muta di giorno in giorno. Questo sarà il grande insegnamento. Qui in Fondazione, di cui oggi sono Direttore, stiamo lavorando per il Piano pandemico, il cosiddetto PanFlu. Credo che uno degli aspetti che sarà interessante sarà quello dell'elasticità, di essere elastici il più possibile.
L'ospedale, per sua natura, ha una sorta di genetica e di rigidità militare, quindi divisione per reparti, divisione per aree, anche se l'ospedale di Verona è molto attrezzato in termini di MDA, di moduli, di attività, di letti per intensità di cura. Però, probabilmente, bisognerà ragionare di più sulla capacità di essere elastici, senza utilizzare il termine ormai inflazionato, proveniente dalla meccanica, della resilienza. Io mi accontenterei di una buona elasticità.
Dovremo lavorare sulla elasticità.
Ditemi se posso continuare.

Presidente
Prego. Preferisce finire o preferisce le domande nel frattempo?

Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR)
Come vuole. Vi do i numeri dei tamponi e mi taccio.
I tamponi che sono stati fatti da febbraio a febbraio sono 317.184, quasi 318.000, di cui circa 8.000 in una parte minima a carattere sierologico, gli altri erano tutti molecolari.
Su questo devo sottolineare che i tempi di refertazione erano molto rapidi, cioè refertavamo entro le 24 ore, mediamente il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

95%, abbiamo fatto questo calcolo, era refertato alle 24 ore, quindi una buona tempistica per i molecolari.
Nella seconda ondata, dopo maggio, avevamo acquistato, non essendone dotati in microbiologia, un'attrezzatura sostanzialmente identica, un po' più moderna, per ovvi motivi, a quella posseduta dall'Azienda ospedaliera di Padova, che permetteva e permetterà un numero di analisi di campioni pari a 4000 al giorno.
Abbiamo quindi dotato l'Azienda ospedaliera, tramite peraltro interessanti dotazioni, di una catena che permette di fare questa attività. Serve per la ricerca sostanzialmente la macchina, le macchine a cascata anche a Padova, e abbiamo preso anche noi con una dotazione e un investimento importante, con beneficio d'inventario, circa 1,5 milioni di euro, in buona parte donati.
Se posso essere utile, ditemi.

Presidente
Grazie.
Chi aveva domande? Ostanel.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Grazie, Presidente.
Intanto grazie della relazione, una domanda di chiarimento perché credo lo abbia citato, ma non ho capito. Come era organizzato in Azienda ospedaliera il reclutamento nelle terapie intensive per i malati gravi Covid? Com'era organizzato proprio il reclutamento nel periodo della seconda ondata?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR)
Lei parla con un medico, quindi mi consentirà qualche imprecisione, ma sostanzialmente la valutazione veniva già fatta dal 118, quindi, quando venivano portati, erano già idonei alla collocazione nella terapia intensiva. È chiaro che vi sono state anche delle situazioni in cui le persone si sono aggravate e il ricovero in ospedale quindi era duplice.
Non so se le ho risposto, ma non vedo cos'altro potrei rispondere, quando c'erano criteri di carattere medico per essere collocati in terapia intensiva veniva fatto.

Elena OSTANEL (Il Veneto che Vogliamo)
Forse mi sono spiegata male, intendevo per il personale che stava nelle terapie intensive.

Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR)
Le chiedo scusa, avevo capito l'accesso dei malati. Nel personale veniva data innanzitutto priorità a quelli che erano esperti o che erano esperti in materia affini. A chi non lo era veniva comunque data un'istruzione idonea ed era accompagnato, quindi nessuno veniva abbandonato o lasciato in modo non professionale, però la priorità veniva data a coloro che hanno perso il personale o di terapia intensiva stessa o di sala operatoria, quindi che aveva questo tipo di professionalità o di pneumologia o di malattie infettive, personale che aveva questo tipo di professionalità.

Presidente
Grazie.
Qualche altra domanda? Bigon.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, dottor Cobello, per la relazione.
Volevo chiedere come avveniva l'istruzione per il personale che non era già formato e non era abilitato per la terapia o la sub terapia intensiva?

Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR)
Si prendeva innanzitutto personale già formato, quindi la prevalenza, nel caso specifico veniva collocato (dovrei fare una verifica specifica) e adeguatamente istruito nell'ambito dei settori, quindi nessuno veniva lasciato a sé stesso o improvvisato in una materia così delicata.
Se rammento bene, ma adesso dovrei verificare, venivano anche fatti dei corsi appositi, però dovrei verificarlo nel numero e nella quantità, però - ripeto - problemi particolari di adattamento non ne ho avuti, avendo dato priorità soprattutto alla parte già esperta.
Tenete conto comunque che parla un medico, ma, visto come si lavorava nell'ambito delle parti, per quanto riguarda le persone che erano in terapia intensiva, contava soprattutto essere lì ed avere cognizione di indicatori e situazioni. Quando vi erano situazioni importanti, era sempre presente personale esperto e medici esperti.

Presidente
Se non ci sono altre domande, io congederei il dottor Covello. Grazie, dottore.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Francesco COBELLO (Ex Direttore Generale AOUI VR)
Grazie a voi, arrivederci.

Presidente
Arrivederci, buon lavoro.
Abbiamo collegati rappresentanti di AIOP. Ci sentite?

Dott. Vittorio MORELLO (AIOP)
Sì, Presidente, grazie. Spero che l'audio sia corretto.

Presidente
Sì. Presentatevi, grazie. Vi lascio la parola.

Dott. Vittorio MORELLO (AIOP)
Grazie, Presidente.
Questa è la Associazione Italiana Ospedalità Privata, chiedo preliminarmente scusa per l'assenza del Presidente, ragioniere Giuseppe Puntin, che per impossibilità oggi non è qui con noi. In questo momento siamo in tre, cioè il direttore Roberto Manente, il vice presidente Massimo Calvani e io, che sono anche un vice presidente ma fungo da portavoce.
Anche noi abbiamo un documento, che cercherò di riassumere e che eventualmente metteremo a vostra disposizione.

Presidente
Mi permetta, dottore, non abbiamo sentito il suo nome...

Dott. Vittorio MORELLO (AIOP)
Vittorio Morello.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Grazie.

Dott. Vittorio MORELLO (AIOP)

Grazie a lei, Presidente.

Innanzitutto grazie a lei e a tutto il Consiglio per l'opportunità che ci date di illustrare la nostra relazione, relativa a un periodo che è stato veramente difficile, quindi oggi è giusto guardare indietro per cercare di capire quali potrebbero essere i correttivi che in futuro potrebbero essere implementati.

Innanzitutto consentiteci di esprimere quella che è la consistenza del privato accreditato in parte in Italia, in parte anche nella Regione Veneto. In Italia le strutture ospedaliere private rappresentano il 30% in termini di posti letto sul totale ed erogano il 26,8% del totale delle dimissioni, pesando per il 13% della spesa ospedaliera.

Nella Regione Veneto, queste Istituzioni sanitarie di diritto privato sono, in termini di consistenza, le seguenti. Come numero di posti letto rappresentano il 16,5%, quindi circa la metà rispetto alla media delle altre Regioni italiane, come economia di scala non costano alla fiscalità generale per quanto riguarda gli investimenti in conto capitale, ma in conto economico, con il 10% del fondo ospedaliero, ricoverano oltre il 19% dei pazienti.

Inoltre, in termini di qualità delle prestazioni erogate, misurabile con la capacità di attrazione in mobilità sanitaria, con il 16,50% dei posti letto assistono il 50% di tutti i ricoveri provenienti da fuori Regione.

Fatta questa debita premessa, vorremmo rappresentare in

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

estrema sintesi la situazione relativa al periodo di emergenza epidemiologica. Con l'inizio della pandemia e del suo rapidissimo sviluppo nella nostra Regione, le strutture private hanno concorso a rispondere al fabbisogno emergenziale in collaborazione con le aziende ULSS di riferimento.

Con l'avvio della prima ondata Covid, in linea con le prime disposizioni nazionali e con apposite determine dei Direttori Generali delle aziende ULSS, sono state coinvolte nella rete ospedaliera Covid strutture private dotate di Pronto Soccorso, in particolare la clinica Pederzoli e il Sacro Cuore di Negrar. In ambito di pianificazione emergenziale, sono state inserite poi altre strutture, come Villa Salus a Mestre, e San Camillo a Treviso. Ulteriori strutture ospedaliere private sono entrate nella rete delle strutture ospedaliere Covid nel corso della prima ondata, alla luce delle necessità territoriali e degli sviluppi pandemici, come nel caso delle strutture Sileno e Anna Rizzola, Policlinico San Marco, sempre a Mestre, Villa Maria a Padova, nell'ambito della funzione di ospedale di comunità.

Con specifico riferimento alla seconda ondata, la più pesante, le strutture private presentavano un sistema organizzativo inserito nell'ambito della programmazione emergenziale, predisposta dalla Regione, e, alla luce della maggiore incisività e persistenza del fabbisogno ospedaliero che ha caratterizzato la seconda ondata, sono state coinvolte nella rete ospedaliera Covid ulteriori strutture private, in particolare Madonna della Salute a Porto Viro, Eretenia e Villa Berica a Vicenza.

Va constatato, comunque, che anche nell'ambito delle strutture non rientranti nella rete ospedaliera Covid, alla luce

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dell'andamento epidemiologico in particolare nel corso della seconda ondata, sono stati gestiti e curati pazienti affetti da Covid non critico, coordinandosi con l'Azienda ULSS di riferimento. Devo dire per inciso che è stata una collaborazione continua e costante sin dalla prima ondata, sia pure con tutte le difficoltà inerenti in particolare al reperimento degli strumenti per diagnosticare il Covid, e mi riferisco in particolare ai tamponi molecolari.

Il coinvolgimento delle strutture private nell'ambito emergenziale ha riguardato non solo l'assistenza ai pazienti Covid, ma anche la necessità di ridurre la pressione sulle strutture pubbliche per l'assistenza, trasferimento e presa in carico di pazienti non affetti da Covid, con particolare riferimento a quelle situazioni non rinviabili in considerazione del quadro clinico e per le quali la prognosi e le gravi conseguenze cliniche fossero influenzate dalla tempistica dell'intervento. In poche parole, anche tutte le altre strutture accreditate sono diventate una stanza di compensazione per tutte le attività che non potevano essere gestite direttamente dagli ospedali territoriali.

Non sono mancate situazioni in cui la collaborazione ha previsto il collocamento in comando di nostri dipendenti presso altre istituzioni in funzione delle indicazioni delle ULSS, ovvero anche il prestito di materiale ospedaliero utile per far fronte all'esplosione pandemica, in particolare nella prima ondata. Ricordo che alcune strutture hanno trasferito anche i ventilatori per le terapie intensive laddove ce n'era maggiormente bisogno.

I ricoveri ospedalieri della prima ondata presso le strutture aderenti alla scrivente associazione sono stati 428, mentre

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nella seconda ondata i degenti sono stati circa 1.500. In entrambi i casi – purtroppo è un dato che va anche sottolineato – la mortalità rilevata all'interno delle strutture è stata del 13%.

Rispetto all'attività Covid prodotta dalle strutture private accreditate, preme osservare come si sia registrato anche un pesante effetto sulla sostenibilità e sul governo delle aziende, sottoposte ad una pressione insostenibile dei costi, sia per tutto il materiale di supporto, che, come avete sicuramente rilevato, ha aggravato i conti economici, quindi tamponi, accesso ai varchi, DPI, anche il fatto che le strutture ospedaliere private hanno dovuto riorientare la propria offerta sanitaria adeguandosi alla situazione emergenziale e, quindi, distogliendo personale e attività da quelle che sono le loro funzioni ordinarie, che seguono la programmazione regionale. Al riguardo, però, ci preme ricordare quanto previsto dalle norme nazionali in tema di ristoro dei maggiori costi sostenuti. Ricordo che l'articolo 18 del decreto-legge n. 18/2020 – all'inizio, quindi, della pandemia –, in considerazione delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del Covid, ha disposto che ciascuna Regione si dotasse di un Piano di sanità pubblica per la gestione epidemiologica. In Veneto, con la DGR n. 344/2020, la Regione ha, quindi, adottato il proprio Piano di sanità pubblica, che è stato poi aggiornato nel corso dei mesi in funzione dell'evoluzione epidemiologica. In attuazione di tale Piano regionale, tutte le strutture private hanno adeguato le proprie procedure alle direttive regionali, prevedendo: l'esecuzione dei tamponi nasofaringei e test sierologici al personale e ai pazienti ricoverati con la frequenza per tempo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vigente; l'acquisto di dispositivi di protezione individuale per dipendenti e pazienti; la sanificazione e decontaminazione dei locali; la presenza di personale preposto ai varchi di accesso alle strutture; l'adeguamento delle strutture, per quanto possibile, ovviamente.

In relazione al preventivato aumento degli oneri derivanti dall'attuazione dei Piani regionali, l'articolo 18 del DL n. 18/2020 ha provveduto a incrementare di 1.410 milioni di euro (1,41 miliardi) il Fondo sanitario nazionale, prescrivendo che ogni Regione provvedesse all'apertura di un centro di costo dedicato contrassegnato dal codice univoco "COV20", garantendo, pertanto, una tenuta distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza.

Rispetto a quanto sopra solo recentemente abbiamo rilevato l'approvazione da parte della Regione di una disposizione di copertura per le strutture private, che tuttavia risulta limitata, in quanto riferita ai costi del 2020 e non ancora a quelli sostenuti nel 2021, e parziale, in quanto la copertura non è stata completa (non raggiunge l'80% dei costi realmente sostenuti).

Poi, in riferimento all'attività ospedaliera Covid propriamente detta, vi riferiamo come le disposizioni nazionali prevedessero, all'articolo 4 del decreto legge n. 34 del 2020, e al successivo decreto attuativo del 12 agosto 2021, una remunerazione a copertura dei costi degli specifici ricoveri Covid ed una specifica funzione per i posti-letto allestiti, dedicati alle cure Covid, determinata sulla base delle giornate di degenza non occupate.

Rispetto a tale disposizione, recentemente la Regione ha adottato un provvedimento di riconoscimento per la copertura

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dei costi che risulta in linea con le disposizioni nazionali per la parte relativa alla copertura dei costi dei ricoveri Covid effettuati, ma insufficiente e non coerente con la norma nazionale per la parte relativa alla copertura dei costi di attesa dei posti-letto allestiti, con un riconoscimento di un finanziamento-funzione di circa un terzo rispetto alle previsioni, seppur di massima, indicate nella relazione tecnica del decreto ministeriale del 12 agosto 2021.

Rileva altresì ricordare come, nella seconda ondata, l'avvio di imponenti concorsi nel settore pubblico per il reperimento di personale in ambito sanitario abbia prodotto situazioni contingenti di riorganizzazione aziendale che, unitamente alla sospensione delle attività ordinarie imposte dall'emergenza Covid, sia nella prima che nella seconda ondata, hanno deteriorato considerevolmente la sostenibilità delle nostre aziende. Basti pensare come nel corso del solo 2020 l'attività di ricovero proveniente da altre Regioni (la cosiddetta mobilità attiva) si sia ridotta di 20 milioni di euro, e anche per l'attività ordinaria ai pazienti regionali, nel corso del 2020, diverse strutture non hanno avuto la facoltà di recuperare l'attività.

Da ultimo, e ho concluso, vi do due dati che mi sembra che siano di vostro interesse: possiamo comunicarvi che nel corso di questi due anni sono stati messi a disposizione da parte sia delle strutture AIOP che anche dell'altra parte, che mi pare giusto citare, la ARIS (quella degli ospedali di organizzazione religiosa) i 400 posti-letto messi a disposizione della Regione. Nel corso di questi due anni inoltre abbiamo effettuato oltre 200.000 tamponi tra personale e pazienti.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sperando di essere stato sufficientemente breve ed esaustivo, siamo a disposizione per eventuali domande.
Grazie.

Presidente
Grazie mille. Colleghi?
Collega Bigon, prego.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie per la relazione. Grazie, Presidente.
Volevo chiedere prima di tutto se ci potete inviare la relazione con tutti i dati, in modo tale da poterla esaminare.
Grazie.

Dott. Vittorio MORELLO (AIOP)
Certo.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Poi, all'interno del numero dei ricoverati, che adesso non ricordo, ma circa 400 la prima ondata e oltre 1.000, la seconda, di ricoveri per quanto riguarda il Covid, volevo chiedere quanti sono di area intensiva e quanti di sub-intensiva, oppure di reparto effettivo.

Dott. Vittorio MORELLO (AIOP)
Reparto ordinario.
Io non ho in questo momento il dato, che però vi comunichiamo a latere del documento che verrà trasmesso. Ovviamente, le strutture…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Massimo CALVANI (AIOP)
Prevalentemente sono ordinari, tranne le due strutture dotate di pronto soccorso, che sono quello di Peschiera e il Negrar.

Dott. Vittorio MORELLO (AIOP)
Il collega ha ricordato che di strutture dotate di pronto soccorso con terapia intensiva dedicata al Covid ne abbiamo avuti sostanzialmente due: il Negrar e quello di Peschiera, a cui si è aggiunto anche, successivamente, Porto Viro.
Prevalentemente, i nostri sono stati ricoveri di carattere ordinario, quindi con una acuzie clinica prima dell'eventuale trasferimento in una terapia intensiva.
Faremo però una puntuale trasmissione su questo fronte, ve lo assicuriamo.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie.

Dott. Vittorio MORELLO (AIOP)
Prego.

Presidente
Qualcun altro? Io vi ringrazio. Attendiamo il materiale che ci avete letto, se gentilmente ce lo mandate per mail.

Dott. Vittorio MORELLO (AIOP)
Assolutamente.
Noi la ringraziamo, Presidente. Buon lavoro.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Altrettanto. Grazie. Arrivederci.

Abbiamo collegata la dottoressa Patrizia Simionato, ex direttore. Provo con la dottoressa Ghiotto.

Dottoressa Ghiotto, lei mi sente?

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)

Sì. Buongiorno a tutti.

Presidente

Buongiorno a lei.

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)

Mi sentite?

Presidente

Sì, adesso sì. Lei è ex dirigente responsabile… non la vediamo. Lei ci sente?

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)

Sì. Io vi sento, anche se ho un ritorno.

Vediamo un attimo. No, non riesco.

Presidente

Nessun problema. Se lei ci sente, noi la sentiamo forte e chiara, possiamo procedere comunque.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)
Un attimo solo che provo, perché sento un rientro… Mi sentite?

Presidente
Sì. Lei ci sente?

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)
Sì, sì io sento. Purtroppo ho questo rientro e provo a scollegarmi, magari.

Presidente
Va bene. Dottoressa Scroccaro, è collegata?
Mi sente?

Dott.ssa Giovanna SCROCCARO (Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici)
Sì, la sento.

Presidente
Perfetto. Quasi, quasi, se non le dispiace, proseguirei con lei finché ripristiniamo il collegamento con la dottoressa Ghiotto.

Dott.ssa Giovanna SCROCCARO (Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici)
Va bene.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Grazie mille.

Le do subito la parola, prego.

Dott.ssa Giovanna SCROCCARO (Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici)

Buongiorno. Grazie, Presidente.

Mi è stato chiesto di parlare di cure domiciliari e, quindi, mi sono organizzata per parlare delle attività che hanno coinvolto l'area della farmaceutica.

Le azioni che sono state portate avanti, nel corso della pandemia, sostanzialmente, sono state tre.

La prima è quella della emanazione di indirizzi sui trattamenti farmacologici. Ne sono stati emanati tanti nel corso della pandemia e, naturalmente, risentivano delle nuove evidenze scientifiche che venivano pubblicate via via e dei nuovi farmaci che uscivano.

La seconda area di intervento è stata il coinvolgimento delle farmacie di comunità in tre attività.

La prima è stata quella dei test antigenici rapidi, la seconda delle prenotazioni che le persone e gli utenti potevano fare direttamente in farmacia, prenotazioni alla vaccinazione nei centri Covid, e, da ultimo, poi, la stessa vaccinazione fatta dai farmacisti.

La terza area di intervento è stata quella dei provvedimenti finalizzati a ridurre l'accesso dei pazienti in ospedale per andare a farsi fare le prescrizioni da parte degli specialisti e a ritirare i farmaci.

Quindi, l'ultimo intervento, lo posso già anticipare, ha previsto la proroga di molti piani terapeutici prescritti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dagli specialisti, evitando così ai pazienti di dover tornare dallo specialista per farsi rifare il piano.

C'è stata poi anche la erogazione di quantità superiori di farmaci distribuiti in distribuzione diretta. C'è stato anche l'orientamento di alcuni farmaci che non sono stati più distribuiti in distribuzione diretta, ma sono passati attraverso la distribuzione dalle farmacie al pubblico, quindi più vicini ai pazienti, senza fargli fare spostamenti. Questo ha riguardato sia i farmaci che anche i prodotti sanitari.

Per venire al primo punto, che è quello dei protocolli, il primo protocollo è stato emanato in marzo del 2020. In realtà, conteneva poche informazioni sui farmaci, perché a quel tempo c'erano solo delle informazioni molto aneddotiche, poche pubblicazioni, qualche caso riportato in riviste cinesi e quindi sostanzialmente erano poche le informazioni che sono state date. Si è data, però, l'informazione di utilizzare l'idrossiclorochina, di usare degli antiretrovirali che erano farmaci già in uso per i pazienti con HIV, che sembravano – poi la realtà è stata smentita, le prove hanno smentito questa ipotesi – essere utili nei pazienti Covid, e anche qualche antinfiammatorio, qualche prodotto utilizzato per l'artrite reumatoide, che sembrava (e poi l'ha dimostrato in effetti) di essere utile nel trattamento dei pazienti con il Covid.

Questi protocolli, come dicevo prima, sono stati successivamente aggiornati. Il cambiamento più importante è stata la modifica che ha fatto l'Agenzia italiana del farmaco rispetto all'idrossiclorochina e agli antiretrovirali. Inizialmente li aveva autorizzati come usi speciali, pur in assenza di prove. In realtà, successivamente, quando siamo arrivati a maggio del 2020, l'Agenzia ha tolto, ha eliminato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

questa possibilità di uso dell'idrossiclorochina e degli antiretrovirali, stante la mancanza di dati e di dimostrazione di efficacia.

Quindi, di fatto, anche noi abbiamo dato comunicazione alle nostre aziende sanitarie, comunicando appunto che, ai sensi e come conseguenza di una ordinanza, di una decisione, scusate, del Consiglio di Stato, l'idrossiclorochina poteva essere somministrata solo come uso off-label. Il medico di medicina generale doveva richiedere il consenso informato del paziente e l'Agenzia italiana del farmaco intendeva anche tracciare in maniera molto precisa quanto di questo farmaco venisse utilizzato. Quindi, per tutto il 2020 non ci sono state delle grosse novità rispetto ai farmaci. Un intervento che è stato fatto è stato quello relativo all'ossigenoterapia. Mentre l'ossigenoterapia domiciliare poteva essere prima prescritta solo dagli pneumologi, con il Covid si è consentito anche ai medici di medicina generale e ai medici delle USCA di poter prescrivere l'ossigenoterapia. Questa è stata un po' la novità. I primi protocolli sono usciti nel 2021, perché nel 2021 si incominciavano ad avere già delle informazioni più precise e alcuni farmaci, ancorché non specificatamente destinati e dedicati al Covid-19, dimostravano di essere utili nel trattamento del Covid. Quindi, sono stati redatti due protocolli, uno nel gennaio del 2021, come dicevo, perché il Ministero della salute, attraverso l'Istituto Superiore di sanità e l'agenzia, avevano emanato i primi documenti, che si chiamavano proprio "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-Cov", quindi i nostri documenti regionali hanno fatto specifico riferimento a questi documenti.

L'abbiamo poi successivamente aggiornato man mano che uscivano

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nuovi studi e nuove dimostrazioni, però la prima, reale novità di farmaci specificamente studiati per il trattamento del Covid-19 arriva nel febbraio del 2021, quindi per tutto il 2020 non c'è stato niente.

Nel febbraio del 2021 arriva il primo anticorpo monoclonale, a cui seguono altri tre. Sono farmaci che vengono acquistati dalla struttura commissariale e distribuiti alle Regioni sulla base di incontri, algoritmi, che tengono conto dell'utilizzo che se ne fa e della popolazione delle singole Regioni.

La struttura commissariale ci chiede anche di individuare un unico magazzino regionale e noi individuiamo la farmacia dell'Azienda ospedaliera di Padova, quindi gli anticorpi monoclonali vengono portati lì, sono prodotti che devono essere infusi in ospedale dallo specialista ospedaliero, utilizzabili con una certa agilità perché richiedono un'infusione che ha una durata di solo un'ora.

Aggiorniamo quindi i nostri protocolli, soprattutto concentrandoci sugli anticorpi monoclonali, monitorando settimanalmente il consumo degli anticorpi monoclonali, sapendo che un buon effetto si ottiene solo se vengono somministrati entro i primi 5-7 giorni dalla comparsa dei sintomi. È quindi estremamente importante che il medico di medicina generale si metta in contatto rapidamente, attraverso una piattaforma informatizzata che viene attivata, di cui immagino parlerà la dottoressa Ghiotto, con gli specialisti. Questa è la grande novità.

La seconda, grande novità è la fornitura dei primi antivirali orali, che arrivano, ahimè, a gennaio 2022. Di nuovo, sono farmaci che possono essere somministrati e prescritti dagli specialisti ospedalieri, ma la Regione Veneto per prima, unica

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nel panorama nazionale, prevede che tali compresse antivirali orali possano essere prescritte anche dalle unità di cura, dalle cure primarie dei distretti e solo molto recentemente, ad aprile 2022, quindi qualche mese fa, l'Agenzia italiana del farmaco consente anche i medici di medicina generale di poter prescrivere direttamente questi antivirali.

Questo tipo di attività, che è stata fatta di continue riunioni, informazioni, incontri, circolari, ha collocato la Regione Veneto ad una buona graduatoria di utilizzo di questi farmaci. Basti pensare che gli anticorpi monoclonali sono stati prescritti per 9.800 pazienti in Veneto, su 58.000 in tutta Italia, quindi la Regione Veneto è la prima, con 9.800 trattamenti, quando, ad esempio, la Lombardia ne ha fatti 4.500. La seconda Regione è il Lazio.

Abbiamo avuto una buona prescrizione anche di antivirali (4.900 pazienti trattati), anche se è un numero più basso. È importante considerare anche che di tutti questi antivirali una parte molto consistente è stata prescritta dalle cure primarie distrettuali, quasi il 40%, quindi il 60% è stato prescritto dagli specialisti, ma il 40% è stato prescritto dalle unità di cure primarie dei nostri distretti.

Condivido con voi solo brevemente ancora due numeri, per dire che a dicembre del 2020 abbiamo fatto un accordo con le farmacie, perché potessero eseguire i test antigenici rapidi. Le nostre farmacie (1.000 su circa 1.500) hanno aderito e hanno fatto 8.664.000 tamponi, portando un grosso contributo e aiuto alle nostre strutture sanitarie, che sono state sgravate con questa modalità dal dover fare i tamponi.

Le vaccinazioni sono state attivate, così come indicato da un accordo nazionale tra il Ministro della salute e le

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

associazioni di farmacie. Questo accordo è stato fatto ad aprile 2021, noi l'abbiamo recepito, anche le nostre farmacie hanno vaccinato, decisamente in numero inferiore rispetto ai tamponi, perché hanno fatto 132.000 vaccinazioni. perché hanno aderito 284 farmacie. Evidentemente il tipo di impegno, l'organizzazione richiesta era superiore rispetto all'organizzazione richiesta per fare i tamponi.
Complessivamente, attraverso una forte interazione con le nostre Aziende sanitarie, i nostri specialisti e i medici, e attraverso anche una forte interazione con le farmacie, siamo riusciti - ci sembra - a posizionarci ad un buon livello del sistema nazionale, con l'utilizzo degli unici, veri farmaci che servono, che sono gli anticorpi monoclonali e gli antivirali, e anche le nostre farmacie hanno dato un discreto contributo, soprattutto per quei pazienti più anziani che con più difficoltà potevano accedere alle strutture delle nostre aziende sanitarie.

Presidente
Colleghi, avete delle domande? Dottoressa, noi la ringraziamo e le auguriamo buon lavoro.

Dott.ssa Giovanna SCROCCARO (Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici)
Grazie a voi. Se volete, vi posso mandare la relazione con le informazioni che ho dato.

Presidente
Gentilissima, ci fa piacere, grazie. Arrivederci.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott.ssa Giovanna SCROCCARO (Direttore Direzione farmaceutico, protesica, dispositivi medici)
Grazie ancora a voi. Buongiorno.

Presidente
Dottoressa Ghiotto, ce la facciamo? Niente. Dottoressa, sembra che lei abbia due microfoni accesi che vanno in conflitto. Dottoressa Simionato, lei mi sente?

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)
Sì, buonasera, mi sentite voi?

Presidente
Fortunatamente sì.

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)
Ho un ritorno ho un ritorno di audio, però io mi sento.

Presidente
Anche noi la sentiamo, per cui le lascio la parola, se riesce a procedere. Proviamo.

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)
Intanto buonasera e grazie. Chiedo scusa per il problema tecnico che ho avuto prima per il collegamento.
Farei una premessa, partendo dal fatto che il Presidente della Regione... mi vedete (penso di sì)?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Sì, la vediamo e la sentiamo benissimo.

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)

Benissimo, chiedo scusa, perché io non vedo.

Allora, il Presidente della Regione, in qualità di soggetto attuatore, sappiamo che con proprio decreto ha individuato il CRAV, cioè il Centro Regionale Acquisti del Veneto, quale soggetto competente, cui ha voluto affidare l'acquisizione di beni e servizi per fronteggiare l'emergenza Covid.

Questo cosa ha implicato? Ha implicato per noi, come Azienda Zero, una rivisitazione dell'attività propria del CRAV. Il CRAV, per conto dell'intero sistema sanitario regionale, come sapete, era competente ed è competente a seguire le procedure di gara d'acquisto, quindi le procedure di gara dall'indizione all'aggiudicazione. Per quanto riguarda, invece, la gestione dei contratti, come pure l'emissione degli ordini di acquisto, rientrano nelle competenze della singola azienda sanitaria.

Ci siamo, quindi, riorganizzati, ovviamente con una certa celerità, vista la problematica emergenziale, agendo in un contesto difficile. Ci siamo riorganizzati, dicevo, innanzitutto verificando, proprio nelle prime giornate, se esistevano delle delibere già aggiudicate che ci consentissero di acquisire i dispositivi di protezione individuale e i prodotti necessari per l'emergenza. Abbiamo verificato se esistevano delle delibere delle singole aziende sanitarie di aggiudicazione di tali prodotti; dopodiché, se esistevano anche delle delibere di aggiudicazione in tal senso effettuate

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

da parte di altri soggetti aggregatori.

Abbiamo avviato tutta una serie di indagini di mercato, quindi indagini per verificare chi fossero i produttori, i distributori dei dispositivi di protezione individuale, come pure di altri prodotti necessari per il Covid.

Ovviamente, il contesto in cui ci siamo trovati ad agire – non serve neppure questa precisazione – è sicuramente il contesto di un mercato in grosse difficoltà, un mercato dove c'era una crescita esponenziale della domanda rispetto all'offerta, un mercato che implicava soprattutto una valutazione da parte nostra rispetto a tutte le offerte che ci trovavamo ad esaminare, che ci imponeva di verificare e soprattutto di declinare le offerte speculative.

Cosa abbiamo fatto? Abbiamo selezionato gli operatori economici, innanzitutto mediante ricerche e indagini di mercato, utilizzando il web aziendale, effettuando ogni quindici giorni delle pubblicazioni dei bandi europei, quindi dalla Gazzetta Ufficiale Europea, nonché facendo delle indagini mediante il mercato elettronico delle Pubbliche amministrazioni.

Torniamo, però, ai primi giorni. Quando ci siamo organizzati, abbiamo anche valutato, però, mettendoci in linea con tutte le aziende sanitarie, la consistenza dei singoli magazzini. Abbiamo ridistribuito ciò che era presente come scorte da un'azienda all'altra. La ridistribuzione l'abbiamo fatta in favore delle prime aziende colpite dal Covid.

Per quanto riguarda, invece, l'aspetto, sicuramente molto importante, del fabbisogno di DPI, il fabbisogno dei dispositivi di protezione individuale, per quanto riguarda le aziende sanitarie del Veneto, è stato effettuato da parte

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dell'Area Sanità e Sociale, da parte di un gruppo coordinato (inc.), che ha attivato un portale che veniva alimentato dalle singole aziende sanitarie. Quindi, il fabbisogno determinato dalle singole aziende sanitarie che alimentavano il portale, che mutavano le quantità richieste a seconda del fabbisogno; dopodiché questo, una volta validato da parte dei referenti, dei responsabili delle singole aziende sanitarie, veniva trasmesso ad Azienda Zero per procedere agli acquisti.

Questo, praticamente, è l'iter che abbiamo seguito. L'iter è stato mutato, affinato via via che anche noi ci organizzavamo, tanto è vero che, per quanto riguarda l'altro aspetto, quello dei DPI relativi alle RSA piuttosto che ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, il portale delle singole aziende è stato alimentato anche rispetto ai fabbisogni di tali strutture, di tali Enti. Parlo di RSA, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta. Questo nel mese di marzo. È stato alimentato anche da questo, perché, pur trattandosi di strutture con propria autonomia giuridica, organizzativa, eccetera, avevano meno capacità di approvvigionamento rispetto ad Azienda Zero. Per quanto riguarda le RSA, abbiamo effettuato, verso la fine del 2020, delle consegne, esattamente quattro consegne, noi come Azienda Zero, direttamente alle RSA per 9.915.237 pezzi di dispositivi di tipologia diversa, e li abbiamo, quindi, direttamente consegnati noi sulla base di prodotti che erano giunti dalla Protezione civile.

Per quanto attiene all'aspetto della struttura commissariale – io vado, dopo mi chiedete – noi sappiamo che, ovviamente, oltre ad Azienda Zero, avevamo una struttura a livello centrale che operava le acquisizioni. Vi do dei numeri, perché sulla

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

base dei numeri ci si rende conto che ciò che è stato acquistato e destinato alle singole Regioni da parte delle strutture ministeriali, stante proprio la difficoltà mondiale di acquisire dispositivi, non sarebbe stato certo sufficiente per coprire il nostro fabbisogno. Anno 2020, mascherine chirurgiche ad Azienda Zero 32.981.980, quelle della Protezione civili 6.623.966; le P2 9.710.330, mentre quelle della Protezione civile 3.876.000; le P3 640.208, mentre quelle della Protezione civile 236.280.
Ovviamente, come dicevo all'inizio, ci siamo mossi con delle procedure straordinarie, ovviamente non con gare ordinarie, ci siamo mossi sulla base delle direttive ministeriali, ci siamo mossi comunque garantendo sempre la procedura negoziale senza pubblicazione di bando, però effettuando delle comparazioni rispetto a prezzi e qualità che ci venivano proposti dai vari offerenti.
Magari sono stata troppo sintetica. Io sono a disposizione.

Presidente
Colleghi, qualcuno ha domande? Prego, collega Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Buongiorno, dottoressa. Grazie per la sua relazione.

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)
Buongiorno.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Le volevo fare alcune domande di precisazione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)
Con chi parlo? Non ho capito, scusi.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Sono Sonia Brescacin. Buongiorno.

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)
Buongiorno, Sonia.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Prima del Covid immagino ci fosse un certo fabbisogno di DPI, quindi di mascherine, di vestiario e quant'altro. Con l'arrivo del Covid abbiamo capito che questo numero, questa necessità è aumentata esponenzialmente. Se ci può dare delle indicazioni su questo.
Collegato al fabbisogno è il tema, evidentemente, della necessità di svolgere procedure di evidenza pubblica comunque rispettose della normativa e del Codice degli appalti, però contemperate anche con la necessità dei tempi, perché ovviamente non erano i tempi normali, ma erano i tempi di un'emergenza.

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)
Indubbiamente.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Le completo magari il mio tema. Quindi, vorrei sapere tra la prima e la seconda ondata come ci siamo organizzati rispetto a questo, se i DPI che sono stati forniti sia alle Aziende sanitarie che ai servizi socio-sanitari o agli MMG erano sempre conformi alla normativa e, quindi, alle certificazioni richieste dalla normativa e se rispetto alle RSA e agli MMG il sistema sanitario ha fornito i DPI.

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)
Vado in ordine. Rispetto all'incremento esponenziale, come dicevo prima, della domanda, certo, c'è stato un incremento molto significativo. In questo momento, però, non ho i dati dell'utilizzo dei DPI prima e dopo la pandemia. Certo che, però, tutti noi abbiamo ben presente che – pensiamo alle mascherine – si vedevano solamente al chirurgo quando usciva dalla sala operatoria, che era dotato di mascherine. Dopodiché, come sappiamo, oltre a dotare di mascherine, abbiamo anche suddiviso il materiale a seconda delle aree di rischio, tra basso, medio e alto rischio. Anche questo è stato fatto. Quindi, sicuramente l'incremento è notevole, però, mi scuso, in questo momento non ho il dato del consumo prima e dopo. Lo posso far pervenire.
Mi diceva poi rispetto alla prima e alla seconda ondata. Sicuramente, quando si è presentato il Covid, si è presentata una situazione per tutti noi, ovviamente, della cui entità non avevamo avuto conoscenza, e neppure dell'evoluzione che avrebbe avuto.
Ci siamo organizzati, ovviamente, cercando di accelerare il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

più possibile gli acquisti, ma ci siamo anche organizzati affidando l'incarico ad una struttura esterna per la gestione del magazzino (carichi e scarichi).

I numeri di cui vi ho dato lettura prima penso che possano darne l'idea: 32 milioni di mascherine gestite, quindi consegnate (quelli sono i dati forniti dai magazzini, delle consegne effettuate nel 2020). Ci siamo organizzati, dicevo, con un magazzino centralizzato e abbiamo anche cercato, ovviamente, di rispondere il più possibile al fabbisogno delle strutture del Servizio sanitario regionale. Contestualmente, però, quanto prima, ci siamo occupati anche di avviare le procedure ordinarie di gara. Tali procedure ordinarie di gara le abbiamo avviate tra la prima e la seconda ondata.

A giugno quindi abbiamo avviato una procedura per l'acquisto di DPI in genere e l'abbiamo aggiudicata subito dopo l'estate, quindi prima della seconda ondata.

Per dare risposta ovviamente ci siamo attrezzati cercando di attivare anche le procedure ordinarie, laddove la tempistica lo consentisse, quindi ci siamo organizzati in tal senso.

Quanto alla idoneità tecnica delle mascherine e dei DPI ci siamo organizzati così: inizialmente, proprio nei primi giorni della pandemia, era l'RSPP (il responsabile della prevenzione e protezione) di Azienda Zero che valutava e verbalizzava l'idoneità del prodotto, distinguendolo a seconda delle aree di destinazione. Dopo, invece, abbiamo creato un gruppo di lavoro, anche con RSPP di altre aziende per valutare esattamente tutto questo.

C'è anche da dire ovviamente che oltre alla valutazione del prodotto ogni dispositivo era dotato di propria scheda tecnica, quindi si facevano le valutazioni anche sulla base

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

della tecnica e sulla base del prodotto.
Per quanto riguarda le quantità prima della pandemia, posso acquisirle. Non so se sono stata esaustiva.

Presidente
Va bene. Grazie, dottoressa. Se non ci sono altre domande, noi la salutiamo e la ringraziamo.

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)
Se avete bisogno, posso essere utile con documentazione e quant'altro. Sono qua.

Presidente
Grazie mille e buon lavoro.

Dott.ssa Patrizia SIMIONATO (Ex Direttore Generale Azienda Zero)
Vi saluto e vi ringrazio. Buonasera.

Presidente
Buonasera.
Dottoressa Ghiotto, ci siamo?

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)
Riproviamo. Mi sentite?

Presidente
Finalmente. La vediamo, anche.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)
Scusatemi tanto per questi problemi tecnici.

Presidente
Perfetto.
Le lascio la parola. Prego.

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)
Grazie.
Entro subito nel merito. L'argomento principale è quello delle USCA, quindi un brevissimo accenno a quando sono nate, e soprattutto alle peculiarità del modello veneto.
Sono nate con il DL n. 14, ricordo, del 9 marzo 2020. In questa Regione, con la Direzione regionale della prevenzione e con la struttura che dirigevo, abbiamo redatto quelle indicazioni operative per la gestione della presa in carico del paziente sintomatico, che sono state anche condivise con le organizzazioni sindacali della medicina generale, approvandole il 30 marzo 2020.
Sottolineo i tempi perché sono sempre stati molto stretti, e come squadra regionale abbiamo sempre lavorato su tempistiche strette, per avere approvazione di provvedimenti in velocità, in modo tempestivo.
Le peculiarità del modello veneto sono sostanzialmente queste, come USCA: immediatamente abbiamo esteso il concetto di domicilio anche alle RSA, nel senso che era un setting particolare, lo sappiamo, particolarmente colpito dalla

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

pandemia.

Sostanzialmente, abbiamo ritenuto che il concetto di domiciliarità potesse anche essere adatto per andare a supportare anche la gestione di questa particolare categoria di pazienti.

La seconda peculiarità riguarda le dimensioni. Il decreto legislativo, lo ricordo, il n. 14, parlava di una USCA ogni 50.000 abitanti. Quindi, per la nostra Regione sostanzialmente voleva dire 97 USCA. Però, capite che fin da subito abbiamo privilegiato la dimensione dell'USCA correlata al bisogno, alle zone e quindi anche all'orografia del territorio.

Era molto importante correlarla. Era uno standard teorico e quindi andava calato sul nostro territorio, e così abbiamo fatto. Siamo arrivati ad avere l'attivazione di 62 USCA con 520 medici. Lo ricordo perché questo era un periodo, quello di ottobre-dicembre 2020, molto molto particolare.

La terza peculiarità riguarda il reclutamento dei medici. Il DL prevedeva che i medici che potevano far parte delle USCA fossero o medici di continuità assistenziale o corsisti della scuola di formazione specifica in medicina generale o semplicemente medici iscritti all'Ordine.

Nel nostro caso, siccome tenevamo un monitoraggio costante sia degli incarichi sia, ovviamente, della composizione delle nostre USCA, posso dire che il 65% dei medici USCA afferivano a questa terza categoria. Eravamo partiti subito con Azienda Zero, con la collaborazione con Azienda Zero, per bandire sostanzialmente una manifestazione di interesse e quindi raccogliere tutte le candidature, che poi Azienda Zero provvedeva di volta in volta a mandare e trasmettere alle altre aziende.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

L'altra peculiarità importante del modello veneto, che poi ho visto che è stata anche ripresa negli atti successivi ministeriali, riguardava la collaborazione con le cure domiciliari.

Noi, tra l'altro, come Veneto, abbiamo un sistema di cure domiciliari infermieristiche molto forte, performante. Lo posso dire perché partecipavo ai tavoli nazionali e al coordinamento tecnico dell'assistenza territoriale interregionale. Quindi, il confronto era costante, era quotidiano anche con le altre Regioni. Abbiamo previsto da subito che il medico USCA, che soprattutto era un giovane medico, uscisse assieme all'infermiere delle cure domiciliari. Questo favoriva anche una sorta di formazione sul campo e quindi anche un rafforzamento proprio del percorso di formazione.

Nel nostro modello abbiamo anche previsto che ci fosse una formazione specifica per questi medici, giovani medici, proprio perché erano giovani medici, magari con poca esperienza, e quindi avevamo chiesto alle aziende di mettere a disposizione una collaborazione di infettivologi piuttosto che di pneumologi che remuneravamo. Abbiamo riconosciuto con remunerazione anche l'attività svolta come formazione. Questo era molto importante per questi giovani medici.

Un'altra peculiarità riguardava l'afferenza, quindi il chi coordinava queste USCA. È stato molto importante aver dato il coordinamento all'unità operativa Cure Primarie del distretto perché questa unità operativa coordina anche l'équipe dell'ADI, dell'assistenza domiciliare. Quindi, è molto importante che ci fosse questa sinergia. Ovviamente, doveva esserci anche un collegamento funzionale con i SISP, perché

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dovevano lavorare assieme per la sorveglianza epidemiologica e tutta l'attività. Quindi, il coordinamento doveva esserci.
Abbiamo costruito un modello flessibile con delle squadre che potevano essere rimodulate a seconda delle condizioni, della situazione epidemiologica e del bisogno. Ogni USCA era dotata di un kit che prevedeva il saturimetro, il termometro a distanza, in alcuni casi anche, dov'era disponibile, l'ecografo e l'ECG portatile.
Infine, sottolineo che, a livello regionale, abbiamo fin da subito attivato, con uno strumento molto semplice, un Google Drive, subito un monitoraggio sia delle USCA, cioè dell'attività e della composizione, sia dell'attività.
Era molto importante, anche se lavoravamo veramente in condizioni molto veloci, anche con tanti imprevisti, era importante però che riuscissimo a quantificare sia – ripeto - le composizioni, sia le disponibilità dei medici, sia i pazienti che erano seguiti.
Ricordo un dato a mio avviso significativo proprio in quel periodo, ottobre-dicembre 2020: siamo arrivati ad avere giornalmente anche 9.300 pazienti seguiti dalle nostre USCA.
Non so se posso dire due parole anche sui tamponi rapidi e l'accordo degli MMG o se ci sono delle domande.

Presidente
Non vedo domande, per cui se vuole aggiungere lei...

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)
Per quanto riguarda l'accordo con gli MMG e i PLS sull'esecuzione dei tamponi rapidi, anche questo è stato un

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

provvedimento molto importante.

Devo dire che l'accordo nazionale era stato siglato il 28 ottobre 2020 e due giorni dopo noi avevamo già approvato il nostro accordo integrativo regionale. Questo in forza del fatto che una componente dei nostri MMG si era già resa disponibile, prima ancora dell'accordo nazionale, a collaborare a somministrare dei tamponi rapidi, quindi questo ci aveva favorito anche nella individuazione dei modelli organizzativi.

Importante è stato poi che nel nostro accordo abbiamo inserito anche le disposizioni sui provvedimenti contumaciali. Questo è stato un punto forte per i pazienti innanzitutto, ma per tutto il sistema, perché in qualche modo andavamo a chiudere un cerchio di collaborazione molto importante.

Siamo arrivati ad avere a fine 2020 170.000 tamponi eseguiti dalla medicina generale e, in minima parte, dalla pediatria di libera scelta. Il nostro accordo, tra l'altro, economicamente era esattamente quanto previsto dall'ACN. Visto che però in concomitanza vi era anche la campagna antinfluenzale, cui i medici di medicina generale di questa Regione hanno sempre molto contribuito, fino ad arrivare ad eseguire il 95% dei vaccini antinfluenzali di questa Regione, avevamo aggiunto una piccola quota economica, un incremento dell'indennità per il personale infermieristico che potesse dare supporto anche nell'attività dei tamponi.

Queste, in estrema sintesi, le cose principali.

Presidente

Brescacin.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Buongiorno, dottoressa.

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)
Buongiorno.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)
Le volevo chiedere in merito all'attivazione delle USCA e quindi alle procedure di selezione del personale, che citava prima, se potesse precisarci meglio le procedure fatte e se il personale che ha risposto a queste procedure di selezione, a questa attivazione di bandi sia stato assunto e organizzato nelle USCA (tutto il personale che si era reso disponibile). Grazie.

Dott.ssa Maria Cristina GHIOTTO (Ex Dirigente responsabile UOC Assistenza distrettuale e Cure primarie)
Sì, diciamo che l'indirizzo nazionale ci dava soltanto le tre tipologie di medici che potevano essere reclutati e non specificava altro. Noi, in collaborazione con Azienda Zero, fin da subito abbiamo elaborato un avviso per una manifestazione d'interesse e permettevamo ai medici di scegliere fino a tre possibilità di ULSS, abbastanza vicine o comode al loro territorio.
Tutte le manifestazioni di interesse venivano quindi raccolte da Azienda Zero e trasmesse in modo tempestivo ad ogni Azienda ULSS. L'Azienda ULSS poi provvedeva alla stipula del contratto convenzionale. La quota di retribuzione era già stata stabilita a livello nazionale, quindi non potevamo entrare nel

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

merito di questo.
Come dicevo prima, siamo arrivati ad avere la costituzione di 62 USCA, con 520 medici incaricati. Va detto, però, che il numero di USCA secondo me è poco indicativo, nel senso che questa Regione ha fatto una scelta strategica, cioè potenziava, privilegiava – diciamo così – la dimensione dell'USCA a fronte di una riduzione del numero unitario. Quindi, meno USCA, ma con più medici. Questo proprio per far fronte sia alla turnistica sia correlandole proprio al bisogno dei vari territori.
Non so se ho risposto.

Presidente
Sì, grazie.
Ci sono altre domande?
Grazie, dottoressa. A posto così. Arrivederci. Buon lavoro.
Dottoressa Tacconelli, ci sente?

Dott.ssa Evelina TACCONELLI (Direttore UO malattie infettive AOUI VR)
Perfettamente. Buonasera.

Presidente
Anche noi sentiamo lei. Le lascio subito la parola. Prego.

Dott.ssa Evelina TACCONELLI (Direttore UO malattie infettive AOUI VR)
Buonasera.
Io avrei una breve presentazione, così come mi era stato chiesto. Chiedo solo conferma che effettivamente sia visibile

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

per voi.

Presidente

Sì. Grazie.

Dott.ssa Evelina TACCONELLI (Direttore UO malattie infettive AOUI VR)

Perfetto.

Io ho avuto qualche problema nel comprendere che cosa, in realtà, vi aspettavate da me. Spero di rispondere alle vostre domande. Le poche diapositive, in quei 10-15 minuti che mi erano stati chiesti, per chiarire alcuni punti, ovviamente si basano sull'evoluzione delle evidenze scientifiche sulle cure domiciliari durante le varie ondate di pandemia e come siano state implementate nella pratica clinica.

Ovviamente io non ho un ruolo dirigenziale per quanto riguarda le cure domiciliari, per cui quello che riporto è parte fondamentalmente del mio contributo al CTS della Regione e a quello dei tavoli ministeriali per il trattamento domiciliare dell'infezione da SARS-CoV-2.

Per capirci, quando parlo di "ondate" mi riferisco alle quattro ondate febbraio-maggio 2020, ottobre-gennaio 2021, febbraio-luglio 2021 e agosto 2021-marzo 2022 (questi sono i ricoveri in terapia intensiva e nei reparti della regione Veneto), che si basano non solo sui casi, ma anche su come, poi, si sono distribuite le varianti, perché questo ha avuto un effetto anche sul tipo di trattamento che è stato scelto per i pazienti che rimanevano a domicilio.

Quando parlo di "cure domiciliari" mi riferisco a tutte le terapie che sono prescritte ad un paziente che non necessita

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di ospedalizzazione. Sono convinta che altri colleghi oggi abbiano mostrato la classificazione che noi utilizziamo, che è quella americana e dell'OMS. Quindi, le cure domiciliari sono per chi non ha sintomi, per chi non ha la polmonite o per chi ha una polmonite lieve, come normalmente facciamo anche per altre polmoniti virali o per altre polmoniti batteriche: sono pazienti che possono essere trattati al proprio domicilio senza terapia.

Due diapositive. So che tra di voi ci sono sicuramente colleghi, ma anche persone che hanno tutto un altro tipo di conoscenza e di esperienza. Quando noi dobbiamo decidere che tipo di terapie dare a un paziente in medicina, ci basiamo su tre punti: la visita del paziente, la nostra esperienza, ma prevalentemente le evidenze scientifiche. Senza queste evidenze scientifiche noi non possiamo dare indicazioni terapeutiche. Per fare questo, abbiamo una scala di studi che valutiamo. Quindi, se lo studio è solo di laboratorio, se è solo sugli animali, se è solo un singolo caso o una serie di casi, per noi queste non sono "evidenza scientifica", quindi non possiamo utilizzare questi studi per trattare i pazienti. Abbiamo bisogno di studi che noi definiamo "di alta qualità", che sono i clinici randomizzati o le revisioni sistematiche.

Mi piace molto quello che è stato detto da una sentenza del Consiglio di Stato, che sicuramente voi conoscete, del febbraio 2022, in cui, a seguito di tutta la discussione che c'era stata sull'utilizzo dell'azitromicina in comunità oppure meno, c'è una specifica sul fatto che ogni trattamento che noi andiamo a consigliare o a prescrivere deve fondarsi su un approccio scientifico e non può basarsi sull'opinione personale del medico. Questo è un approccio che io condivido

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

completamente e credo sia un diritto del paziente.

Questo riassume quello che è successo sulle terapie comunitarie durante le quattro ondate di Covid, in maniera molto schematica. La prima ondata. Questi sono i farmaci approvati da AIFA per essere utilizzati dai pazienti a casa propria. Durante la prima ondata e durante la seconda ondata non ci sono stati farmaci nuovi. Quindi, ci sono stati solo nella prima ondata tre farmaci, che noi utilizzavamo per altri scopi, che sono stati testati per il Covid e poi revocati addirittura durante la prima ondata, perché si è capito – poi vedrete qualche dettaglio – che non erano efficaci. Un solo "farmaco", perché in questo caso mi riferisco all'eparina, che non è un vero e proprio trattamento per il Covid, è stato utilizzato per limitare alcuni degli effetti collaterali del Covid.

La seconda ondata, che è stata la più drammatica da un punto di vista di pazienti. Noi non abbiamo avuto nessun farmaco licenziato per il Covid a domicilio, nessun farmaco già in uso e nessun farmaco nuovo. L'unico, durante la seconda ondata, che noi abbiamo avuto a disposizione è stato il cortisone, che però non era una terapia contro il Covid, ma aiutava a trattarlo meglio. Questo è stato il grande problema della prima e della seconda ondata.

Nella terza ondata arrivano per la prima volta tre nuovi farmaci, quindi sviluppati appositamente per il Covid, di cui uno immediatamente revocato perché a causa delle varianti non più efficace e due che, invece, hanno continuato ad utilizzarli per tutta la terza ondata.

Nella quarta ondata i farmaci diventano sette. Una della precedente ondata non può essere più utilizzato, quindi noi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

abbiamo sei farmaci nuovi. Questa è la grande differenza, oltre alle vaccinazioni, tra la prima e soprattutto la seconda ondata e la terza e la quarta.

Molto rapidamente – uso questo schema nelle prossime diapositive – evidenzio che questo è il virus, il quale, una volta che penetra nell'organismo, ha una sua replicazione. Se il nostro organismo è in grado di interrompere la penetrazione, quindi la maggior parte degli individui, si ha una risposta immunitaria e il paziente guarisce. Se non guarisce perché non siamo in grado, si va incontro a polmonite. Se si peggiora ulteriormente, si può arrivare al coinvolgimento di altri organi e, quindi, in terapia intensiva o addirittura la morte. Quindi, quando io parlo di cure che posso dare a domicilio, io ho quattro possibilità. Posso dare al paziente qualcosa prima addirittura che si infetti, immediatamente dopo che si è infettato, quando non ha sintomi o quando ha pochi sintomi. Se il paziente è ospedalizzato, non è in questa discussione. Nella prima ondata io non avevo nessun farmaco per le prime tre situazioni e avevo solamente tre farmaci, la famosa azitromicina, la clorochina e due farmaci per l'HIV, per le persone con pochi sintomi che io potevo curare a casa. Tutti e tre questi farmaci sono in rosso perché tutti e tre all'interno della prima ondata si sono dimostrati non efficaci per trattare il Covid.

Perché l'azitromicina è stata inserita il 2 aprile 2020 e perché poi vedremo che è stata tolta. È da notare che la Regione Veneto – questo sicuramente l'avrete visto dalle presentazioni dei colleghi precedenti – già il 13 marzo la introduceva, quindi addirittura anche prima di AIFA, perché si basava sulla discussione scientifica. L'azitromicina era stata

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dimostrata in laboratorio e su animali efficace nel ridurre la risposta immunitaria negativa a livello polmonare. Quindi, era stato visto che sulle infezioni batteriche, sull'influenza, sul MERS, che sarebbe il cugino povero del Covid, non c'era stata nessuna differenza, qualche francese aveva visto qualche efficacia sui pazienti che avevano il Covid. Da tutto questo parte immediatamente l'intuizione di utilizzarlo. Siccome siamo in una situazione di pandemia, questo viene accettato come evidenza minima per utilizzarlo.

Cosa succede il 5 maggio? Che non c'è nessuno studio che dimostra l'efficacia dell'azitromicina. Ma ancora più importante e più grave è che ci sono, invece, numerosi studi che cominciano a sottolineare che c'è un rischio di mortalità e un rischio di aritmia cardiaca che pone a rischio di vita i pazienti che assumono l'azitromicina, soprattutto se fragili e soprattutto in associazione. Ecco perché il 5 maggio immediatamente AIFA e la Regione Veneto limitano l'utilizzo.

La clorochina è un discorso molto simile: introdotta il 2 aprile, revocata il 29 maggio. Perché introdotta? Perché in alcuni studi di laboratorio e su animali sembrava essere utile; tutti gli studi fatti dimostrano che non c'è nessuna efficacia e, soprattutto oggi, a distanza di due anni, ci sono grandi studi di quella evidenza importante che vi dicevo, cioè randomizzati e controllati: su più di 1.300 pazienti a cui viene data nei primissimi giorni dell'infezione a casa "clorochina verso niente", non c'è assolutamente nessun effetto sull'ospedalizzazione.

Non è solo AIFA, non è solo la Regione Veneto. EMA, che voi sapete è responsabile delle terapie in Europa, il 24 aprile comincia a dire "attenzione agli eventi avversi", e il 27

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

novembre "attenzione per disturbi psichiatrici e suicidari", quindi consiglia di non utilizzarlo. Per FDA, che è il corrispondente di EMA in America, stesso processo: il 23 marzo approvato immediatamente, il 24 aprile, attenzione per gli effetti collaterali. Sanità pubblica – scusate, questa è americana, non è inglese – stessa cosa: marzo 2020 approva, ottobre 2020 revoca per mancanza di efficacia, ed effetti collaterali.

Quella della seconda ondata è la situazione più difficile. Io non ho assolutamente nessun farmaco che mi viene consigliato da AIFA, o da nessun altro ente internazionale per curare pazienti. Ho a disposizione solo l'eparina e i corticosteroidi. Cosa cambia? Si comincia a capire un po' meglio il paziente, quindi comprendo che esiste – questa è l'indicazione ministeriale del novembre 2020 – un paziente a basso rischio, fortunatamente la stragrande maggioranza, ed un paziente ad alto rischio, che è il paziente anziano con patologie croniche (l'obesità, patologie cardiovascolari o polmonari).

Il Ministero quindi dà delle indicazioni, quelle che già in Regione Veneto utilizzavamo da tempo, anzi, con una leggera differenza: per il Ministero il cut-off è del 92%; per far correre meno rischi possibili al paziente, in Regione Veneto il cut-off è stato stabilito al 94% di saturazione, prima di rivolgersi al medico di medicina generale, o all'ospedale.

Il Ministero dice anche che non ci sono evidenze per vitamine ed integratori alimentari. Tutte queste indicazioni sono recepite da nota di protocollo della Regione Veneto, che senz'altro avete già visto, sia a novembre che a gennaio. Anzi, le norme che vengono fatte a gennaio includono nel dettaglio

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

tutte queste terapie indicate dal Ministero e da AIFA, ma si cerca anche di individuare dei farmaci che cominciano a dare delle evidenze come possibili, come per esempio l'utilizzo dell'acido acetilsalicilico.

Terza e quarta ondata: arrivano i monoclonali. Di monoclonali ne arrivano immediatamente tre. Vengono indicati per tutti i pazienti ad alto rischio, che sono più o meno sempre gli stessi che abbiamo già visto prima, e qui cambia completamente la mia possibilità di trattamento. Ho un anticorpo monoclonale, addirittura come precedente all'esposizione, e ho quelli più anticorpi monoclonali per il trattamento del paziente a casa. Regione Veneto già il 26 marzo rende immediatamente operativa l'indicazione sugli anticorpi monoclonali nelle delibere. Questo secondo me è un segnale molto importante di quello che è successo: questo è il primo rendiconto di AIFA dell'utilizzo dei monoclonali in Italia.

A distanza di 14 giorni dalla possibilità di utilizzo, il 21% dell'utilizzo viene fatto solo in Regione Veneto su 1.297 pazienti trattati. Qual è l'impatto esorbitante? Qui parliamo tutti di pazienti non vaccinati: il rischio di andare in ospedale era del 26%, con il Covid; se avevano una malattia renale, di morire nel 44% dei casi; sui primi 635 pazienti non vaccinati che avevano almeno un rischio importante, trattati in Veneto nel 2020, la mortalità a domicilio è stata dell'1.9%. Una differenza quindi, vi assicuro, che riempie veramente il cuore di chi ha visto la differenza nell'introduzione dei nuovi farmaci e il beneficio avuto su pazienti che arrivano la mattina, tornavano a casa dopo un'ora e non venivano ricoverati in ospedale.

Cosa fa AgeNaS? Oltre al Ministero, AgeNaS dà anche delle

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

indicazioni sul trattamento, il 17 giugno 2021, che fondamentalmente sono le stesse di quelle, di nuovo, della Regione Veneto, sempre con questa differenza, addirittura di una saturazione più bassa.

A fine della terza ondata, anzi, della quarta ondata, qui siamo già all'8 giugno 2022, il Veneto continua a essere il più grande prescrittore di terapie monoclonali con il 16% dei 61.000 pazienti trattati in tutta Italia.

Cos'altro cominciamo a vedere? Questi sono 847 pazienti trattati da noi. Comincia a esserci una grande differenza anche tra i vaccinati e i non vaccinati, perché i non vaccinati, su 400 non vaccinati che noi riusciamo a trattare con i monoclonali solo il 10% finisce in ospedale e solo l'1%-1.5%, purtroppo, di pazienti molto gravi, va incontro al decesso.

Nei vaccinati trattati con monoclonali meno del 2% va in ospedale, e qui parliamo di pazienti ad altissimo rischio.

La quarta ondata è la situazione, in assoluto, che mi permette di lavorare con più serenità. Ho farmaci che posso dare prima dell'esposizione, post esposizione, nei sintomatici e negli asintomatici. Non ho solo gli anticorpi monoclonali, ma anche gli antivirali. Sono tre gli antivirali che ho, che possono essere dati per bocca o per endovena, e questa è la riduzione. Uno è il Molnupiravir, l'altro è il Paxlovid. Sono tutte compresse che vengono assunte per cinque giorni. Il Molnupiravir, che è stato il primo che è stato indicato da AIFA Regione Veneto, riduce il rischio di ospedalizzazione nei pazienti a rischio del 48%, il Paxlovid di oltre l'80%. Questi sono più o meno i dati di utilizzo. Questo è qualcosa di divertente che è successo in AIFA. Fino a poco tempo fa, la classifica era in ordine di chi lavorava di più. Adesso è stata

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

cambiata ed è in ordine alfabetico. Comunque, il Veneto ha fatto circa il 10% di tutti i trattamenti antivirali, quindi è la quinta regione anche per il trattamento di antivirali in assoluto.

L'ultima diapositiva che ho riguarda quello che è stato il mio contributo e del mio gruppo alle terapie domiciliari. Noi abbiamo un ambulatorio per i monoclonali ed antivirali che ha aperto il 19 marzo del 2020, tutti i giorni, mai nessun giorno è stato chiuso, inclusi tutti i festivi. Abbiamo trattato 3.126 pazienti, il 58% dei primi trattati con il Molnupiravir, il 21% di tutti i pazienti trattati in Regione. Considerate che adesso, come sapete bene, c'è anche il medico di medicina generale, quindi questa è una percentuale che si riferisce anche ai trattamenti del medico di medicina generale.

Vi lascio come momento di riflessione il fatto che la reale problematica oggi per i pazienti domiciliari sono le conseguenze del Covid. Quindi, sarà il long Covid il grande problema per la sanità pubblica. Noi abbiamo un ambulatorio aperto il 21 maggio che ad oggi ha trattato 1.605 pazienti. Cosa ho imparato io personalmente su questa malattia e sulle cure domiciliari? Che senz'altro, fortunatamente, la maggior parte dei casi può decorrere senza sintomi ed è simile a una forma influenzale. Nei pazienti fragili, però, la malattia può assumere una forma severa che in un quarto dei casi dei non vaccinati è letale. Nei vaccinati, la malattia si presenta molto più raramente con sintomi gravi, che possiamo curare, soprattutto se i pazienti arrivano a noi precocemente, grazie ai farmaci orali e per via endovenosa precoci. È essenziale che si continui ad investire sui trattamenti domiciliari precoci, anche e soprattutto per evitare la sindrome del long

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Covid, che ha già un impatto a mio parere sostanziale sul sistema sanitario regionale.
Spero di avervi dato una descrizione il più rapida possibile.
Per qualunque domanda sono a vostra disposizione.

Presidente
Qualcuno ha qualche domanda? Se gentilmente ci invia le slide con la sua relazione le alleghiamo agli atti.

Dott.ssa Evelina TACCONELLI (Direttore UO malattie infettive AOUI VR)
Molto volentieri, certo.

Presidente
Grazie mille. Buon lavoro.

Dott.ssa Evelina TACCONELLI (Direttore UO malattie infettive AOUI VR)
Grazie a voi. Buon lavoro. Arrivederci.

Presidente
Non ci sono altre persone da audire per oggi. Chiudo qui la Commissione. Ci vediamo venerdì.
Buona serata.

La Seduta termina alle ore 17.50

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 12 del 17 giugno 2022

O.D.G.

1. Comunicazioni del Presidente.

2. Approvazione verbale e resoconto della seduta precedente.

3. Audizione ai sensi dell’art. 54 del Regolamento con:

- URIPA Veneto;

- UNEBA Veneto;

- Coordinamento Veneto sanità Pubblica;

- Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime del Covid.

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 12 del 17 giugno 2022

PRESENTI

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Tomas PICCININI (Veneta Autonomia)

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

ALTRI PRESENTI

(in modalità presenza)

Dott. Jacopo CAPUZZO (Responsabile Segreteria della commissione speciale d'inchiesta)

Dott.ssa Viviana SCHIAVO (Servizio Affari giuridici e legislativi)

Dott. Roberto VOLPE (Presidente URIPA)

Dott. Mauro MICHIELON (Vicepresidente URIPA)

Dott.ssa Elisabetta ELIO (Vicepresidente UNEBA Veneto)

Dott.ssa Maria PIANA RIZZO (COVESAP)

Arch. Salvatore LIHARD (COVESAP)

Sig.ra Alessandra CASARIN (Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime Covid)

Sig.ra Lucia CAVASIN (Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime Covid)

Sig.ra Antonella NOVELLO (Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime Covid)

Sig.ra Lorenza SARTO (Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime Covid)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Seduta n. 12 del 17 giugno 2022

ALTRI PRESENTI

(in modalità telematica)

Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali)

Presiede

Milena CECCHETTO

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 12 del 17 giugno 2022

Sommario

Presidente..... 1
Dott. Roberto VOLPE (Presidente URIPA)..... 1
Presidente..... 6
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 6
Dott. Roberto VOLPE (Presidente URIPA)..... 9
Presidente..... 10
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 10
Dott. Roberto VOLPE (Presidente URIPA)..... 12
Presidente..... 15
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 15
Dott. Roberto VOLPE (Presidente URIPA)..... 17
Presidente..... 18
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 18
Dott. Roberto VOLPE (Presidente URIPA)..... 18
Presidente..... 19
Dott.ssa Elisabetta ELIO (Vicepresidente UNEBA Veneto).... 20
Presidente..... 27
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 27
Dott.ssa Elisabetta ELIO (Vicepresidente UNEBA Veneto).... 29
Presidente..... 32
Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)..... 32
Presidente..... 35
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 35
Presidente..... 39
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 39
Presidente..... 40
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 40
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 40
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 40
Presidente..... 41
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)..... 41
Presidente..... 43
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 43
Presidente..... 46
Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)..... 46
Presidente..... 47
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 47
Presidente..... 48
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 48
Presidente..... 48
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)..... 48
Francesca SCATTO (Zaia Presidente)..... 49
Presidente..... 49
Presidente..... 49

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 12 del 17 giugno 2022

Sig.ra Antonella NOVELLO (Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime Covid) 50
Presidente 53
Sig.ra Antonella NOVELLO (Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime Covid) 53
Presidente 53
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 53
Presidente 53
Dott.ssa Maria PIANA RIZZO (COVESAP) 53
Presidente 61
Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali) 61
Presidente 61
Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali) 61
Presidente 65
Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali) 65
Presidente 65
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 65
Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali) 67
Presidente 68
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 68
Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali) 69
Presidente 69
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 69
Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali) 69
Presidente 69
Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali) 69
Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto) 70
Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali) 70
Presidente 70
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 70
Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali) 71
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 72
Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali) 72
Presidente 73
Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto) 73

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 12 del 17 giugno 2022

Presidente..... 73

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda “ondata”

Seduta n. 12 del 17 giugno 2022

La Seduta inizia alle ore 10.36

Presidente

Buongiorno a tutti.

Se siete d’accordo, comincerei i nostri lavori.

Ricordo a tutti che siamo in diretta streaming. Ringrazio il pubblico che ci segue e gli auditi, che vedo già in Aula.

Comincio con l’approvazione del verbale e resoconto della seduta precedente. Favorevoli? Contrari? Astenuti?

Il verbale è approvato.

Saluto il dottor Roberto Volpe, Presidente dell’URIPA Veneto, a cui do subito la parola per cominciare le audizioni.

Buongiorno a lei.

Dott. Roberto VOLPE (Presidente URIPA)

Buongiorno, Presidente. Buongiorno a tutti.

Per rendere più agevole e anche potenzialmente più breve la nostra relazione, vi ho fornito un breve riepilogo.

Faccio prima una considerazione di carattere generale. A noi, naturalmente, fa piacere che sia stata istituita questa Commissione, che ci sia stata data la possibilità di intervenire e di fornire quello che, a nostro giudizio, è un angolo visuale di chi dall’interno ha vissuto questi due anni.

Stiamo parlando, nella regione Veneto, di 346 strutture e di 32.588 posti letto. Lo vedete anche riepilogato nella tabella.

Sostanzialmente, tra l’altro, il Veneto è la prima regione d’Italia per rappresentanza di gestori pubblici dell’area no-profit in termini percentuali, perché insieme superiamo l’85% di Enti che in questo settore non hanno finalità di lucro.

Un'altra premessa, prima di entrare nel merito dell'oggetto, ossia la seconda ondata pandemica, è un breve esame anche della prima ondata pandemica. La prima ondata pandemica, partita a marzo 2020, aveva visto, alla fine, a bilancio, 55... Qui ci sono dei dati riferiti al 15 aprile, però i dati di giugno ci parlano di circa 60 strutture colpite da Covid, con un tasso di mortalità di circa 600 ospiti. Nella seconda ondata le cose cambiano radicalmente, si invertono le percentuali: oltre 220 gli enti colpiti e un bilancio complessivo – i dati noi li abbiamo un po' acquisiti, sarete voi della Commissione ad avere dei dati più certi – che porta a un bilancio di decessi nelle strutture di ospiti con Covid di 4.200 complessivi. Quindi, la seconda ondata colpisce circa 3.500 anziani.

È importante ricordarsi di alcune cose. La prima, ogni qualvolta c'è stata un'ondata pandemica chi ha pagato il prezzo più alto nella storia di questo Paese sono sempre state le persone anziane, in particolare gli ospiti delle strutture. Qualcuno non so se ricorda il 2015. Nel 2015, dati a oggi abbastanza consolidati a livello nazionale, il tasso di mortalità di quell'anno è stato di circa il 35% inferiore a quello che è stato il tasso di decessi Covid in quest'annata. Ricorderete che il 2015 è stata la stagione della influenza di Singapore e poi l'estate caldissima.

Se poi qualcuno ha… Sarebbe interessante che lo facesse la Commissione; io non ho potuto produrlo oggi perché nella ricerca l'ho trovato troppo tardi. Nel 2005 ci fu un'altra drammatica ondata pandemica, dove ci fu l'ennesima percentuale di aumento di decesso negli anziani.

Considerate che più le pandemie avvengono negli anni, in questi anni, più la popolazione anziana è fragile. Gli anziani del

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

2005 non erano gli anziani di oggi, così come gli anziani di oggi non sono gli anziani del 2015. Più gli eventi pandemici andranno in là nel tempo, più sono destinati a colpire una popolazione che è altamente fragile.

L'età media di oggi degli ospiti che abbiamo è sopra gli 85 anni. Nel 2005 era di molto inferiore. Nel 2015 comunque era un po' inferiore rispetto a oggi. Voi pensate che nel 2005 c'erano le geriatrie e le lungodegenze, che non ci sono più. Oggi questo ruolo è svolto dalle strutture. Quindi noi abbiamo un contenitore di persone fragili e gli eventi pandemici per noi sono…

Io vi ho qui riepilogato perché ne abbiate documento alcuni articoli dei giornali che nel 2020 ricordano quei fatti pandemici del 2015. Vi ho riportato anche una ricerca, uno scritto dell'Istituto superiore di sanità… Sì, qua parla di pandemia. Il Covid è una pandemia. Sto cercando di spiegarvi… Prego? Sto arrivando, sto arrivando.

In questo arco temporale, tralascio alcune considerazioni, la differenza sostanziale tra la prima e la seconda ondata è questa. Vi ho messo alcuni numeri che sono 25.000, 14.500, 101.500 e 435.000. Questi numeri ricordateli, perché 25.000 sono il personale delle nostre strutture; 14.500 sono le porte che si aprono ogni giorno nelle nostre strutture; 101.500 volte sono le porte che si aprono nelle strutture per anziani in una settimana; 435.000 volte le porte che si aprono nelle nostre strutture.

Prima ondata pandemica, tutto il nostro personale, che è questo che vi ho detto, veniva al lavoro, tornava a casa e trovava una famiglia statica: marito, figlio, moglie, figlia a casa per il lockdown. Quindi, il passaggio lavoro-casa, lavoro-casa

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

era un passaggio sostanzialmente protetto, prova ne è che nella prima ondata noi siamo stati la prima regione d'Europa come minor tasso di mortalità.

Nella seconda ondata cosa avviene? Avviene esattamente il contrario. Siamo in presenza di un virus, più variante Delta, un Rt del 39% superiore a quello della prima ondata e la stessa popolazione in quel periodo non è protetta dal lockdown e quindi rientra a casa e trova non più una famiglia statica, ma una famiglia in movimento. Quindi, trova il compagno che lavora, la moglie che lavora, figli a scuola. Quindi il tasso di contagio aumenta.

Se voi andate a vedere i grafici dei momenti di contagio delle strutture per anziani e li confrontate con i grafici del territorio, vedete che corrono in parallelo. Più crescono nei territori, più crescono da noi, perché i nostri ragazzi comunque non passano… La loro è anche una vita normale, una vita di relazioni. Non avevamo uno strumento per intercettare nel momento in cui uno dei nostri ragazzi poteva essere positivo. Li intercettavamo anche facendo… Ricordo che c'erano giorni in cui facevamo tamponi anche ogni tre giorni, però tu puoi anche avere una finestra di tre giorni. Quindi, il dato è questo.

Non c'è una risposta diversa. Il virus entrava con noi che lavoriamo all'interno delle strutture. Nella prima tornata, ripeto, andavamo tutti a casa e al lavoro, casa, lavoro. Nella seconda ondata trovavamo un contesto ambientale completamente diverso. Quindi, a nostro avviso, è un nostro cono visuale, perché lo abbiamo visto, l'abbiamo vissuto.

Tra l'altro, fatte anche questa considerazione. Nella prima ondata, con minor contagi e minor morti, non avevamo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

addirittura neanche le attrezzature per proteggerci, perché in quei mesi, se vi ricordate, non c'erano mascherine, non c'era materiale monouso, non c'era niente. Non c'erano neanche le procedure. Nella seconda ondata, pur avendo le procedure, pur avendo i dpi, pur avendo tutto, ci siamo trovati una situazione in cui il contagio è dilagato, ma è avvenuto esattamente quello che è avvenuto nei territori.

Poi, se vogliamo chiudere la partita, ormai quello che è stato il giudizio sulle nostre strutture lo sappiamo tutti. Lo sappiamo tutti. Ormai non troviamo più personale che viene a lavorare nelle strutture. Tutti cercano la fuga. Poi ci sono mille altre spiegazioni, però la realtà è che oggi l'immagine delle strutture per anziani è stata demolita dalla pubblica opinione.

Se poi interessa, lo potete vedere anche da tutte le risorse messe a disposizione. Ricordiamoci che lo Stato ha dato 26 centesimi al giorno per l'esercizio 2026 come contributi, 26 centesimi al giorno per ospite. Se voi pensate anche al PNRR, alle strutture non è stato riservato assolutamente niente per il loro adeguamento.

Poi ci si dimentica che un evento pandemico come questo ha trovato anche una realtà strutturale, probabilmente, molto inadeguata. Chi di voi non conosce le strutture venga a vedere. Molte strutture sono vecchie, obsolete e molte volte l'evento pandemico ha trovato anche gioco facile. Se noi avessimo avuto una dotazione del 30 o 40% in più di posti singoli, probabilmente avremmo potuto gestire gli isolamenti meglio.

Questo è un dato oggettivo, ma questa situazione logisticamente non c'è, per cui molte volte ti trovavi a non avere neanche la disponibilità fisica per fare mobilità di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ospiti.

Presidente
Vicepresidente, vuole intervenire? Ci sono domande da parte dei colleghi? Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, vicepresidente. Grazie anche agli auditi che hanno fatto un quadro, un focus su una questione che è un dramma nel dramma rispetto ai temi che noi stiamo trattando in questa Commissione. Non ci sfuggono le difficoltà che le strutture che voi rappresentate hanno dovuto affrontare durante tutte le ondate di Covid e come poi quelle conseguenze siano ancora nel vostro conto. Penso alla vicenda del personale o dell'affidabilità, come si diceva prima.
Naturalmente il presidente sa meglio di me che, riguardo alle strutture o alla qualità del servizio o alla quantità del servizio, sono decisioni che spettano alla Regione del Veneto e non allo Stato. Quindi concordo con lei. Lo Stato di solito ci mette i soldi, però per metterceli deve anche avere un progetto su cui investire. Quindi, condivido con lei la necessità, che ci sarebbe in questa Regione, di rimettere seriamente le mani rispetto a un servizio sempre più fondamentale per la cura degli anziani e delle persone non autosufficienti. Su questo le assicuro che concordiamo nel giudizio di prospettiva, a prescindere dai fenomeni pandemici, che, come lei ci ha ricordato – certo, quello del Covid è stato particolarmente violento perché generale –, non sono certo una novità dentro strutture che di fatto sono contenitori di soggetti fragili, e dunque avrebbero bisogno di una tutela

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

maggiore.

Poi però come potrà immaginare, e non tanto come scrivete nella relazione, che bisogna trovare un colpevole, con questa Commissione noi stiamo cercando di capire se qualcosa poteva essere fatta diversamente, sia per dare un giudizio su ciò che è stato, sia soprattutto per costruire le condizioni perché non avvenga nuovamente ciò che è avvenuto in questa Regione con la seconda ondata.

Da questo punto di vista il vostro osservatorio per noi è importante, proprio perché può essere considerata una specie di lente di ingrandimento rispetto a quei fenomeni che in realtà si sono replicati da altre parti.

Lei sostiene, ma mi corregga se ho inteso male, che sostanzialmente la seconda ondata (quella definita come seconda ondata) ha avuto effetti, impatti più gravi presso le strutture che lei rappresenta perché c'era più facilità di contagio, in particolar modo per gli operatori, con le persone che da fuori andavano e venivano dalle case di riposo.

Se questa è la lettura che lei dà, le chiedo se concorda sul fatto che il limite di quell'approccio è stato nel non porre una maggiore cautela nel controllo di chi entrava e di chi usciva. Che giudizio dà quindi delle modalità, dei protocolli definiti dalla Regione per quanto riguarda lo screening del personale in entrata e in uscita? Intendo dire: è chiaro che se questi quando tornano a casa dopo il lavoro trovano persone in movimento, e io per capire se porto dentro persona contagiata o meno mi affido soltanto a dei tamponi rapidi, soprattutto in contesti come quelli – e io concordo con l'impostazione del tampone rapido per lo screening della popolazione, o per monitorare grandi numeri – abbiamo sempre

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sostenuto che per strutture, o contesti particolarmente fragili, come quelli che voi rappresentate, quella scelta sia stata discutibile. Una strada quindi era quella. Va bene, non entriamo nel merito di ciò che succede fuori da noi, ma metteteci nelle condizioni di essere sicuri che chi entra qui non è contagioso. L'altra ipotesi poteva essere quella che riguardava voi, ma che riguardava in generale tutte le strutture, di ripristinare per quanto possibile, soprattutto nella fase più acuta, un livello di restrizioni differente.

Io concordo con la lettura che lei dà: aver mantenuto fino alla fine la libertà di circolazione per tutti e aver associato questa libertà di circolazione ad uno screening approssimativo come quello dei tamponi rapidi ha contribuito all'aumento dei contagi, e ovviamente, nei contesti più esposti a rischio, anche all'aumento esponenziale dei decessi. Voi ci avete mostrato infatti come sia andata su la curva dei decessi nelle vostre strutture: non è poi così diverso da quello che è accaduto fuori dalle vostre strutture, o dove perlomeno l'incidenza della fragilità non era così rilevante. La tendenza all'aumento dei contagi e all'aumento dei decessi è venuta anche fuori.

Io le chiedo quindi, sempre nella logica davvero di non, come dite voi, trovare un colpevole, lo dico per essere chiara non solo con voi, anche con la Commissione, non nella logica di cercare un colpevole, ma di capire cosa si sarebbe potuto fare per evitare la strage che abbiamo avuto sotto gli occhi, se secondo lei la scelta di procedere con delle restrizioni diverse da quelle a cui il Governo ci avrebbe obbligato, stante il permanere pervicace in zona gialla, avrebbe potuto aiutare, e/o se si sarebbe dovuto utilizzare procedure di screening del

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

personale più rigorose, almeno per il vostro; o se c'erano altre ipotesi di lavoro su cui state ragionando o avete ragionato.

Dott. Roberto VOLPE (Presidente URIPA)

…perché aiuta a capire.

Voi considerate che in quel momento in cui c'era quell'evoluzione della pandemia, oltre ai contagi degli ospiti, avevamo il contagio del personale. Noi ci siamo trovati cioè con organizzazioni dimezzate: come ho scritto nella relazione, ci siamo trovati in giorni in cui avevamo in turno due operatori con 60-70 ospiti da assistere, contro i 9 di un turno normale, perché non c'era personale. Erano contagiati. Come Commissione li potete trovare perché il nostro personale è tutto nella banca dati dei contagi, perché erano inseriti in tempo reale.

Rispetto all'altra domanda, se potevamo fare di più, considerate che in quel momento le strutture erano chiuse a tutti, fuorché al personale che lavorava all'interno. Erano chiuse anche sostanzialmente ai fornitori, perché non entravano neanche i fornitori. Li fermavamo fuori. In realtà, i tamponi rapidi ci sono serviti tantissimo, perché hanno un tempo zero. Cioè, noi facevamo il tampone, eri negativo, entravi al lavoro. Il tampone molecolare aveva un tempo di attesa che in termini organizzativi per noi era impossibile. Cioè, tu entri oggi al lavoro, ti faccio il molecolare e torni a casa in attesa che arrivi l'esito per farti lavorare. E nel frattempo? Poi c'è sempre un "T0": a noi è capitato di trovare un operatore negativo al mattino e positivo alla sera. Perché? Perché c'è un "T0" del contagio, c'è un momento in cui tu passi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dal non contagio al contagio, e questo può avvenire anche in ambito… È capitato in decine e decine di strutture di trovare operatori oggi negativi, all'ingresso, e il giorno dopo positivi.
Si diceva: la differenza rapido e molecolare. Ma non avrei avuto i tempi di monitorare con il molecolare. La risposta del molecolare quando arriva? Noi facevamo screening ogni tre giorni con il rapido e ogni sette con il molecolare. Sono tempi tecnici. Intercettavi con quello, e ne abbiamo intercettati tantissimi.

Presidente
Prego, collega Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente. Grazie della relazione e anche dei dati che ci avete fornito.
Condivido anch'io, come ha detto la collega Camani, quanto è stato detto, nel senso che, da una parte, noi abbiamo avuto altre pandemie e, nonostante ciò, ci siamo trovati nel 2020, anzi nel 2021, dove avevamo ancora più esperienza, a dover affrontare un numero di morti così elevato, nonostante in regione fosse già successa, come avete già detto voi, un'altra pandemia nel 2015. Nel 2020, appunto, ci troviamo e ancora più grave nel 2021. Così come condividiamo anche il fatto che le case di riposo sono letteralmente in ginocchio, ma di fatto, sia per quanto riguarda il numero di posti, sia per quanto riguarda il personale, sia per quanto riguarda il contributo. Insomma, questa è competenza della Regione, per cui anche noi da tempo chiediamo alla Regione che intervenga a favore delle

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

case di riposo, pubbliche o private che siano, perché vengano messe in condizione di poter dare servizi adeguati.

Certo è che c'è anche un altro discorso che riguarda i tamponi rapidi, che dicevamo prima. Noi abbiamo avuto segnalazione che anche sui tamponi rapidi effettivamente le risposte arrivassero dopo sette, otto o nove giorni. Per cui, le chiedo… Sui rapidi. Le risposte proprio dell'esito. Quindi, le chiedo questo. D'altronde, inizialmente – parliamo anche di tamponi – c'è stata la prima generazione, poi la seconda e poi la terza, per arrivare nel marzo 2021 anche alla quarta generazione, utilizzati poi dai mesi successivi, per cui le chiedo se effettivamente i tamponi rapidi potevano avere una risposta e quanto venivano fatti all'interno del personale.

Per quanto riguarda le restrizioni, è vero che le case di riposo – ancora adesso sono chiuse, e abbiamo chiesto anche un adeguamento su questo – erano chiuse ai familiari, ma è altrettanto vero che, come è stato detto, erano aperte al personale, personale che poi, quando andava a casa, trovava i familiari, che lavoravano in un contesto completamente diverso, tanto che, come giustamente lei ha detto, mentre il Veneto bene affrontò la prima fase, grazie anche a un lockdown molto, molto restrittivo, alla seconda fase il Veneto si trovò impreparato, perché, di fatto, la restrizione era quella della zona gialla e quindi molto, molto leggera.

Condividiamo anche il fatto che effettivamente la differenza tra la seconda e la prima ondata erano le mancate restrizioni. Anche su questo, da una parte le case di riposo erano chiuse. Dall'altra, però, il personale che andava avanti e indietro trovava il mondo aperto, i negozi aperti, a differenza del primo, le scuole, tutto aperto. Ricordiamo benissimo

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'ordinanza anche della Regione.
Sulla base di questo, sulla base anche della sua esperienza e di quello che è successo, da una parte, sui tamponi rapidi, quando venivano fatti e ovviamente le risposte del tampone rapido. I molecolari, per quanto riguarda il personale sanitario, infermieri e OSS, quanti e in che occasione sono stati fatti? Per quanto riguarda le restrizioni, anch'io riformulo la domanda perché, di fatto, insomma, non abbiamo sentito la risposta, se effettivamente le restrizioni sarebbero servite a diminuire i morti che poi abbiamo avuto o quantomeno a diminuire quella che era la gravità della seconda parte della pandemia.
Per quanto riguarda il personale, la carenza di personale, anche qua, ci vediamo sempre d'accordo nel doverla denunciare da anni, ma soprattutto nella fase pandemica ci siamo visti ridurre di tanto il personale, anche dovuto al Covid e alla pandemia, ma già gravemente in sofferenza prima. Anche sul personale, qual è la situazione attuale? La situazione sarebbe stata migliore nel caso in cui avessimo avuto personale a disposizione, maggiore nel numero rispetto a quello che, in realtà, abbiamo avuto?
Grazie.

Dott. Roberto VOLPE (Presidente URIPA)
Parto dall'ultima. Nel mondo ideale, per essere andati bene in quell'arco temporale noi avremmo dovuto avere nel mercato del lavoro, dico una cifra, almeno 1.000 infermieri non occupati e almeno 3.000-4.000 operatori non occupati per poterli prendere nel momento in cui avevamo il contingente di personale contagiato. Ci sono strutture che si sono trovate con il 40-

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

50% di contagi, il personale contagiato. Il mercato del lavoro non ti dava una sostituzione di questo personale. Non c'era l'equivalenza da poter prendere dal mercato del lavoro.

Considerate che in quei giorni – chi ha vissuto da dentro lo sa – le professioni sono saltate tutte. I fisioterapisti facevano gli operatori, gli educatori aiutavano gli operatori, i manutentori. Tutti eravamo lì a servizio degli ospiti, perché abbandonavi qualsiasi altra attività. Gli psicologi imboccavano. Tutti facevano tutto, perché i numeri ve li ho detti prima.

Le restrizioni. Assolutamente sì. Noi più ristretti di così non potevamo essere. Ci volevano restrizioni fuori. Considerate un altro dato. Il 95% della popolazione lavoratore all'interno delle strutture sono donne. Le donne sono in stragrande maggioranza mamme. L'impatto che abbiamo avuto di contagi spesso… Andate a vedervi i dati. Voi avete accesso a tutti i dati che non abbiamo nemmeno noi. La scuola ci ha messo in ginocchio. I contagi che avvenivano da noi venivano spesso dall'ambito familiare, dal fatto della genitorialità. Ricordate quei giorni cos'erano i contagi nell'ambito dei giovani e delle scuole che portavano? Sono dati statistici. Li vedete e li trovate tutti quanti. È chiaro che noi, avendo una popolazione femminile che, tra l'altro, è una popolazione attiva. La donna, fuori dal lavoro, ha anche una sua attività familiare. Spesso è colei che è chiamata ad andare a fare la spesa, a muoversi negli spazi. Quindi, noi avevamo bisogno, e l'abbiamo visto nella prima ondata, di restrizioni. Le restrizioni fuori ci portavano beneficio. Quando mancavano le restrizioni fuori non ne pagavamo il prezzo. Quanto si è detto e scritto in quel periodo dicendo che in quel momento

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l’economia non poteva permettersi ancora blocchi? Ve lo ricordate? Perché poi bisogna tornare a quei giorni. La lettura è la nostra, è il nostro punto di vista. Noi vi diciamo avendolo vissuto da dentro. Poi, sugli altri temi... Non so se ho risposto a tutto o se è rimasto qualcosa sul...

I tamponi rapidi. Primo dato: il tampone rapido non ha un tempo di maturazione di sette giorni. Il tampone rapido ha un tempo di maturazione di pochissimi minuti. Peraltro, è lo stesso strumento utilizzato anche in ambito ospedaliero. Nei pronti soccorsi funzionavano i tamponi rapidi, come funzionavano da noi.

Il tampone rapido è servito. È chiaro che, nell’arco del tempo, più si è evoluta la tecnologia, più è diventato affidabile. Nessuno esclude che ci possano essere stati casi in cui il tampone non era... Guardate che noi abbiamo decine di molecolari che ci sono tornati indietro inevasi, cioè non rilevabili.

Ricordo che nella prima ondata i tamponi molecolari restavano in laboratorio dieci giorni. Quindi, noi avevamo l’operatore, l’infermiere fermo a casa in attesa dell’esito.

I molecolari venivano utilizzati a conferma dei rapidi e negli screening periodici. Tutta la tabella degli screening io non l’ho a memoria, però noi facevamo gli screening in rapporto al Piano di sanità pubblica. Nei Piani di sanità pubblica che si sono susseguiti, quindi, trovate anche tutti i parametri. Facevamo tamponi ogni tre giorni. Addirittura, in alcune strutture che avevano la disponibilità anche di acquistarli in proprio, spesso, soprattutto su alcune figure, facevamo i tamponi tutti i giorni.

Esempio: gli infermieri. Molti di noi facevano i tamponi tutti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

i giorni a inizio turno, perché l'infermiere era la persona che nell'organizzazione viaggiava trasversalmente. Quindi, era importante intercettare, eventualmente, quello che era più a rischio di trasmettere il contagio. Nell'organizzazione orizzontale puoi censire quella mappa di operatori attraverso gli screening di tre giorni, di quattro, di dieci, quello che si è fatto nel rispetto del Piano di sanità pubblica. Quando tu hai figure verticali che, quindi, rischiano di portare la trasmissibilità in verticale, i tamponi...

Guardate, sarebbe interessante che voi cercaste quanti tamponi rapidi sono stati consegnati da Azienda Zero alle strutture per anziani. Vi rendereste conto della dimensione di quello che è stato fatto. Noi abbiamo fatto centinaia di migliaia di tamponi.

L'affidabilità. Io non sono uno scienziato per poterlo dire. Mi pare che oggi all'orizzonte non ci sia scienza che dica che erano più o meno affidabili. Noi possiamo dire che molte strutture che non sono state contagiate hanno comunque intercettato il virus con i tamponi rapidi. Avete visto il bilancio: 70-80 strutture sono rimaste fuori dalla dinamica del contagio.

Alla fine, ricordatevi sempre una cosa: se il vaccino fosse arrivato a settembre 2020, probabilmente oggi non saremmo qui a parlare di una strage. Vediamo adesso l'effetto del vaccino.

Presidente

Altre domande? Collega Marco Zecchinato, prego.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)

Grazie, Presidente.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Intanto ringrazio il dottor Volpe per l'esposizione. Mi viene in mente una frase che ha detto il dottor Zaramella, di Ippocrate, proprio lunedì, qui: a fronte della valutazione e del lavoro che sta facendo adesso la Commissione, diceva, si poteva fare meglio. Si può sempre fare meglio. Abbiamo fatto tutto il possibile? Sì, abbiamo fatto tutto il possibile e anche l'inimmaginabile. Quindi, ogni volta che sento le relazioni di chi interviene e ci spiega la situazione di quel periodo, mi viene in mente questa frase detta dal dottore lunedì.

Volevo chiedere una cosa. Ho sentito i vari interventi. Mi associo a quanto ha detto anche la collega Camani sull'attenzione che serve sulle strutture, sulle Case di riposo. So che, parlando del PNRR, alcuni finanziamenti non hanno un focus precisamente su questo tipo di strutture, e lo abbiamo anche evidenziato – è capitato – nelle discussioni anche in altre Commissioni.

Volevo capire una cosa. Su queste strutture che sono rimaste fuori... Ha toccato un punto sul quale volevo chiedere una cosa. A quanto mi risulta, alcune strutture fortunatamente sono rimaste fuori. Siccome nelle audizioni che abbiamo fatto si parlava – anche con il dottor Palù – del fatto che è una malattia, una pandemia, un virus tipicamente nosocomiale, che, cioè, quando entra in un nosocomio, chiaramente, fa più danni, rispetto ai dati che avete, le percentuali di contagio sono legate alla dimensione della struttura? Nelle strutture più grandi il contagio, chiaramente, è andato molto veloce, quindi ha numeri maggiori. Dall'altra parte, se le strutture che sono rimaste fuori magari erano quelle più nuove e con minore numero di utenti. Solo un dato di curiosità, nel senso che non posso

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

eccepire niente di quello che ha detto perché conosciamo la situazione.

Dott. Roberto VOLPE (Presidente URIPA)

Posso rispondere? Come sapete, noi siamo un'associazione, quindi i nostri dati sono empirici, nel senso che rileviamo. Non abbiamo la capacità di rilevare 342 strutture, magari arriviamo a 250, 280, che sono quelle che magari rispondono di più all'attività associativa nel senso dei dati.

Quei quattro numeri che vi ho scritto lì sono dei moltiplicatori. In statistica e matematica i numeri spiegano molte cose. È chiaro che più piccola è la struttura, meno personale ha e meno quei numeri diventano probabilistici per la struttura.

Non mi cito. Vi cito solo il mio ente. Nella stessa località, Comune di Valdagno, a 300 metri di distanza, 235 ospiti una struttura, 55 l'altra. In quella da 235 ho avuto un evento pandemico di oltre 45 decessi; nella struttura da 55 nessun decesso. L'organizzazione è uguale.

Cosa è avvenuto? La massa di personale che si muoveva era totalmente diversa. Il parametro statistico e matematico… Siccome basta una persona che è positiva, nel momento in cui entra il virus, quando ha varcato la porta va ovunque. Non è che ci fossero chissà che possibilità di intercettarlo. Era il punto di accesso. Più persone sono a rischio, più tu sei a rischio. Quindi, sicuramente l'aspetto dimensionale è quello che ha ridotto il rischio rispetto ai volumi grandi.

Poi, anche nei grandi volumi è interessante vedere come erano fatti, com'erano strutturati. Laddove c'era la nuclearità o compartimenti stagni, in alcune strutture ci sono stati dei

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

reparti colpiti e altri non colpiti. È una lettura che sarebbe interessante capire. Questa potrebbe essere un'altra cosa su cui fare delle riflessioni.
Ripeto, la dimensione sicuramente ha influito, ma per quell'aspetto matematico. È calcolo probabilistico. Lo direbbe qualunque statistico.

Presidente
Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente. Una precisazione sulla prima fase nelle case di riposo. Lei diceva che mancavano presìdi e che le circolari, le indicazioni sono arrivate tardi. I presìdi effettivamente mancavano. Quindi le chiedo se poi sono stati acquistati dalle case di riposo oppure se la Regione è intervenuta e in che periodo. Parlo della prima fase.
Poi, per quanto riguarda sempre la prima fase, i tamponi come venivano fatti e i tempi d'attesa anche qua. Grazie.

Dott. Roberto VOLPE (Presidente URIPA)
Se parliamo della prima ondata, vi ricordate? Noi facevamo le mascherine con gli elastici della biancheria intima e con la carta da forno. Non eravamo solo noi. Era il mondo senza mascherine. La prima circolare dell'Istituto superiore di sanità sulle procedure mi pare esca verso la fine di marzo. Quindi, eravamo di fronte a un qualcosa di sconosciuto. Dopo l'Istituto Superiore di Sanità non si è fatto mancare niente perché ha fatto ritardo a fare la prima, ma dopo, in otto mesi, ne ha fatte 81. Le circolari non si fanno mancare a nessuno.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

In quella prima fase è chiaro che non c'era disponibilità di dpi, ma non c'era disponibilità nel mercato mondiale. Voi ricordate che in quel periodo queste mascherine qua le pagavamo – credo anche voi in Regione con l'azienda – forse 4 o 5 euro. Noi disinfettavamo le mascherine per poterle riutilizzare, potete immaginarvi. Facevamo le stanze con l'ozono per sanificare. Ne abbiamo viste di tutte e di più, ma credo sia una pagina scritta e tradotta già da molto.

Nella seconda ondata no. Nella prima ondata non c'erano i tamponi rapidi e i tamponi molecolari, come ho detto prima, avevano tempi di attesa lunghissimi. In effetti, per esempio noi, parlo dell'esempio di Vicenza, andavamo su Padova. Venivano lavorati a Padova e passavano anche 10, 12 giorni prima di avere la risposta. Spesso le risposte con così tanto tempo di attesa davano tampone non rilevabile, perché anche per i tamponi la rilevazione ha un tempo vita. O lo metti a – 90°, dicono i tecnici, o dopo due giorni lo puoi buttare via. Quella era una cosa che organizzativamente ti uccideva perché tu facevi lo screening, i tamponi e senza sintomi dovevi aspettare il referto. Passavano quattro, cinque o sei giorni e tu la persona dovevi tenerla a casa. In quel periodo non c'erano tamponi rapidi, c'erano solo i molecolari e la capacità di lavorazione nei territori era molto, molto bassa perché, lo sapete, le macchine sono arrivate dopo.

Non è che ci fosse più di tanto.

Presidente

Qualcun altro?

Grazie, presidente. Grazie per la relazione.

Passo la parola alla dottoressa Elisabetta Elio,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vicepresidente della UNEBA Veneto.
Buongiorno a lei.

Dott.ssa Elisabetta ELIO (Vicepresidente UNEBA Veneto)
Buongiorno e grazie per il tempo che ci date.
Io condivido quanto ha detto il dottor Volpe rispetto alla panoramica che ha presentato. Mi premeva fare una premessa, probabilmente superflua, ma credo che sia importante per inquadrare il fatto che le nostre strutture, i centri di servizio nel Veneto sono normati dalla legge n. 22 del 2002 e la ratio fondamentale di questa norma è che i centri servizi siano strutture di territorio, legate ai territori, aperte ai territori.
L'elemento fondamentale dei centri di servizio è la socializzazione con i territori, quindi verso l'esterno, affinché il territorio entri, e la socializzazione dentro la struttura. Quindi, dal punto di vista architettonico e dal punto di vista delle attività che in esse vengono organizzate, questo è stato l'elemento che ha fatto del Veneto una regione avanti, almeno negli ultimi 25 anni, rispetto ad altre regioni italiane ed europee nella cura delle persone non autosufficienti, gravi e gravissime.
È altrettanto vero che il grosso impegno degli enti privati e pubblici, nella maggioranza non profit, della nostra regione ha fatto sì che la qualità dei servizi, dentro a una visione della tutela e della presa in carico a 360 gradi della vita fragile, abbia realizzato delle strutture aperte, con la volontà di essere costantemente in condivisione, in un'alleanza terapeutica con le famiglie, dei piani assistenziali di chi vive dentro le strutture.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ecco, in questo panorama si è inserita la pandemia. Quindi ha trovato delle strutture su cui l'impatto pandemico è stato scioccante anche perché, dalla sera alla mattina, qualcuno ci ha chiesto di isolare, ma noi non siamo nati per isolare. Samo nati per mettere insieme, per socializzare, per fare entrare e per condividere. Questa è stata una criticità nella prima e, devo dire, ha continuato nella seconda. In alcuni territori i centri di servizi hanno dovuto rimboccarsi le maniche e soprattutto districarsi dentro a un groviglio normativo, che chiamare inquietante è anche poco, a tutti i livelli nazionale, regionale e locale.

Ce l'abbiamo fatta grazie alla presenza delle nostre associazioni, che hanno aiutato a creare corpo, buone prassi, nonostante la situazione faticosissima. Questa la ritengo, in aggiunta a quello… Perché a volte si dà per scontato. Noi capiamo che la pandemia ha travolto qualsiasi istituzione. Capiamo anche, come diceva lei prima, che si poteva fare meglio, perché sempre meglio si può fare, certo.

In alcune aziende ULSS, proprio perché le nostre strutture sono di territorio, il territorio della regione Veneto non è tutto uguale e le aziende ULSS non si sono mosse tutte in modo uguale, sono mancati i dpi, certamente nella prima fase. Tenete conto però che in alcuni territori fino a novembre del 2020 le strutture hanno acquistato in proprio i dpi, comprandoli... A volte non abbiamo neanche voluto sapere da chi li compravamo. Sulla questione dei tamponi, è vero. Quando la scienza è andata avanti, c'è stata più affidabilità anche nei tamponi rapidi.

È vero anche che con una circolare del Ministero della salute del primo dicembre 2020 si era scritto nero su bianco in merito alla inaffidabilità dei tamponi rapidi. Come giustamente

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

diceva il dottor Volpe, alcuni dei nostri enti hanno vissuto nella prima bozza pandemica il fatto che proprio i tamponi non c'erano, non sapevamo come isolare, quindi che tipo di direzione prendere in questa situazione che ci è scoppiata tra le mani.

È vero anche, e qui, probabilmente, nei singoli territori c'è chi ha fatto meglio e c'è chi ha fatto meno bene, che se gli interventi dei laboratori avessero dato priorità alle strutture nostre, perché proprio fragili, fragilissimi, probabilmente i molecolari avrebbero orientato meglio.

È chiaro: se ci facevano aspettare i dati per una settimana, era meglio arrangiarsi, come abbiamo fatto. Questo è il tema, quindi questo è il problema. Ci siamo fatti i tamponi rapidi; tenete conto che in quel momento quello che abbiamo potuto isolare lo abbiamo fatto. Abbiamo cercato di ridurre il rischio non facendo entrare nessuno e cercando modi altri di relazione, in particolare con le famiglie, perché la presenza delle famiglie, va detto, è mancata prima di tutto ai centri servizi in questa ottica di un piano assistenziale condiviso. Ma va anche detto che nella maggioranza dei centri servizi, a differenza forse che in qualche ospedale, nessuno se ne è andato senza aver dato un saluto al proprio caro.

Questa è un'esperienza che ho raccolto dalla maggioranza dei servizi nostri: chi ha avuto il compito, chi ha il compito della direzione dei centri servizi, e l'ha avuto in questa vicenda, si è sempre trovato a dover scegliere il male minore, tra una normativa difficilmente interpretabile e applicabile, e il buonsenso, la relazione che riteniamo fondamentale all'interno delle attività dei nostri centri servizi.

Molti dei nostri enti hanno fatto lo sforzo, anche al limite

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

della normativa, di fare entrare sempre i familiari nei momenti più difficili dei saluti finali: questa è esperienza diretta di molti enti della nostra zona, di molti enti della Regione. Magari non tutti ce l'hanno fatta.

Altro tema: il personale, al momento della seconda ondata pandemica, e ripeto quello che diceva Roberto Volpe, i dati sono molto disponibili sui siti regionali, voi li avete tutti, c'è stata l'infezione del personale. In alcuni territori, le ULSS hanno mandato in ausilio infermieri per alcuni turni che gli enti si sono pagati con dei prezzi anche notevoli, però non avevamo alternative. Ripeto: sono stati in carico al personale sanitario degli enti gli screening che abbiamo fatto regolarmente, sulla base dei calendari determinati dai piani di sanità pubblica.

L'ultimo piano di sanità pubblica ci faceva fare lo screening ogni quattro giorni. Tutto questo a carico dell'attività degli infermieri dei nostri enti. Capite bene quindi come il lavoro sia stato impegnativo e lo sia ancora.

Durante la pandemia non solo fisioterapisti, educatori, qualche amministrativo che non fosse impegnato a caricare dati per darli alle ULSS o alla Regioni sono andati a letto dei nostri ospiti, proprio per riuscire ad ausiliare un'attività che si era problematicizzata al massimo; ma molti in quel tempo hanno dato le dimissioni, anche per cambiare completamente lavoro, e questa è un'altra criticità, oltre che per andare a lavorare magari nella sanità, negli ospedali.

Lo stesso dicasi dei medici di medicina generale: carenti allora, carenti adesso, non solo sui territori, ma anche nei centri servizi. Questo è un problema per la soluzione del quale la Regione forse potrebbe spingere a livello governativo per

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

risolvere.

Un'altra delle criticità che noi vediamo è una disaffezione in generale nei confronti dei lavori di cura. Questo è un problema serissimo. Questo è il problema fondamentale rispetto al fatto che gli enti adesso siano chiusi o non chiusi, aperti o non aperti. Sicuramente questa Commissione chiedeva due cose molto puntuali: le criticità e i fabbisogni. Ma il fabbisogno sicuramente è un fabbisogno economico, chiaramente se la visione della Regione è quella di dare continuità ai centri servizi che in questo momento stanno cogliendo persone gravi e gravissime, che non so se le famiglie oggi abbiano la capacità di accogliere o di curare, nel senso ampio del termine "cura". In questo senso il valore delle impegnative di residenzialità lo stiamo discutendo su un tavolo che l'Assessore ha avuto la lungimiranza di creare con le nostre associazioni, un tavolo all'interno del quale si affrontano i problemi madre di questa situazione in cui versano oggi i servizi residenziali e anche quelli domiciliari alle persone fragili e fragilissime, che sono, appunto, i due temi di fondo, a cui già faceva cenno il dottor Volpe, vale a dire la presenza o la carenza di personale all'interno di una visione che, a nostro dire, è un po' miope rispetto a ciò che è il sistema sanitario oggi, perché pare che dal sistema sanitario nel suo complesso i servizi alle persone anziane siano un po' relegati, quando invece ne fanno parte di diritto e sono una colonna portante dell'intero sistema.

I continui concorsi che già da marzo 2020 Azienda Zero ha fatto per gli infermieri e gli operatori sociosanitari hanno avuto come esito la chiusura di interi nuclei di strutture e di centri servizi perché oggi manca il personale, e già mancava

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nella seconda ondata. Questo significa non dare risposte. Questo significa ancora lasciare alle famiglie in esclusiva il peso della cura. Anche qui, probabilmente va fatto un pensiero su quelli che sono stati gli anziani e le famiglie prime vittime della pandemia, e sono gli anziani con demenza e con disturbo del comportamento. Nessuno dei centri servizi ha avuto la possibilità di accogliere queste persone durante la seconda ondata della pandemia. Vi faccio una domanda semplice: come facciamo ad isolare una persona con il disturbo del comportamento di vagabondaggio o con crisi catastrofiche? Quindi, la pressione che c'è in questo momento di questa domanda deve trovare una risposta, ma oggi neanche gli standard del secondo livello riescono a dare una risposta dignitosa a queste creature e alle loro famiglie. Quindi, credo che vada fatto un pensiero particolare, tenendo conto che il 37 per cento di chi domanda l'ingresso in casa di riposo oggi è composto di persone che sono affette da demenza, con un'età che può essere anche inferiore ai sessant'anni.

Credo e crediamo che vada data implementazione all'attività domiciliare, laddove questa possa esprimersi e laddove vi sia un nucleo familiare in grado di reggere un'attività domiciliare. Quindi, la nostra associazione, chiaramente previo incontro con l'Assessore, previ confronti, intende introdurre anche una figura intermedia dell'operatore generico di assistenza adeguatamente formato, un assistente familiare che possa, a fronte di una carenza endemica ormai dell'operatore socio-sanitario e di una disaffezione ai lavori di cura, dare un proprio apporto.

L'altro tema è questo. Come fabbisogno vi chiediamo a gran voce i medici di medicina generale, che non ci sono,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

soprattutto nei territori di Verona. Io vengo da lì e nella zona montana, ma anche nella pianura verso Mantova, pare addirittura che intere generazioni siano senza medico. Sembrava che i medici in specialità potessero lavorare. Ecco, non si può dimenticare la presenza dei centri servizi per gli anziani o per i disabili gravi in queste scelte, anche perché il medico di medicina generale, secondo la convenzione che abbiamo siglato con la Regione, attraverso le aziende ULSS, è un livello essenziale di assistenza, ma alcune strutture sono rimaste senza.

Capite che se oggi il medico di medicina generale è una garanzia la sua presenza, secondo le ore stabilite dalle convenzioni per la cura che è diventata sempre di più sanitaria perché non dobbiamo dimenticarci le case di riposo solo di 10 anni fa. Non sono più così. Non è giusto che uno entri e sia ancora capace di farsi la spesa, di farsi da mangiare, di fare le scale. Deve restare a casa sua, non c'è dubbio su questo. Infatti, la domanda oggi è per persone gravi, gravissime, tutte tendenti al secondo livello per quello che la Regione oggi ha stabilito. In questo senso va fatta una proiezione per il futuro, perché è corretto che si allarghi la base del servizio domiciliare, così come è altrettanto corretto che si pensi a dei servizi per i gravi, gravissimi e fragilissimi o per delle situazioni intermedie che richiedano dei sistemi di appartamenti protetti piuttosto che di co-housing piuttosto che di servizio domiciliare. A ciascuno il suo, secondo il suo bisogno.

Questa deve essere la visione, secondo noi. Altro elemento, come bene è emerso prima: la fisicità delle strutture ha determinato anche, più o meno, l'allargamento dei focolai.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Anche la fisicità. L'architettura delle nostre strutture va cambiata. Abbiamo già capito che il futuro è stanza singola, percorsi sporco/pulito. Ma che cosa significa per i nostri enti? Va detto questo. Ci sono delle strutture, oggi, che devono essere rifatte, ma non solo per l'antisismico o per qualcos'altro, proprio per creare spazi che possano rispondere anche a queste emergenze che, come ci dicono gli scienziati, forse non sono neanche le ultime. Non lo so.
Anche qui si dovrebbero pensare a delle risorse straordinarie, tutte quelle che finora non sono state pensate.
Questo nell'ottica non tanto delle strutture. Io penso alle persone che in queste case dovranno vivere, che potremmo essere noi, forse. Questo dipende chiaramente da scelte non solo della Regione, mi rendo conto.
Vi ringrazio molto.

Presidente
Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente.
Ringrazio tantissimo per la relazione. Questa Commissione ha come obiettivo la prospettiva di migliorare la situazione attuale ed effettivamente è così. Da una parte abbiamo una carenza di personale incredibile che da tempo lamenta e che poi, ovviamente, si è evidenziato ancora di più con la pandemia, lo sappiamo tutti. Gli infermieri sono figure importantissime anche all'interno della casa di riposo, così come lo sono i medici di base.
Formare e ampliare gli accessi sarà sicuramente una priorità.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

La casa di riposo è diventata un piccolo ospedale, e questo è evidente dai dati che abbiamo, ma soprattutto anche per il fatto che non solo con il PNRR, dove arriveranno 300 milioni in Veneto per l'assistenza domiciliare, che è fondamentale, soprattutto per chi può restare a casa, deve rimanere a casa, ma nello stesso tempo intervenire nelle case di riposo, da una parte, e sulle strutture, perché, di fatto, in buona parte sono da rivedere completamente, perché le pandemie, di qualsiasi forma si tratti, arrivano.

Dobbiamo mettere in sicurezza nei prossimi anni ovviamente le persone più fragili. Siccome nei prossimi anni saremo in aumento come anziani, perché il Veneto ha un altro problema, che è la denatalità, Veneto, Italia, ma qui abbiamo una concentrazione anche molto molto grave di denatalità e un aumento di anzianità. Per cui, dobbiamo pensare che nei prossimi anni dovremo programmare più personale e soprattutto investire da una parte sulla natalità, ma anche sulla cronicità per le persone oltre i 65 anni. Abbiamo circa un 10% di non autosufficienti. Questo è un problema molto, molto pesante per una famiglia sempre più sola, come numero, anche, e poi anche per le case di riposo, che vanno riviste sia sotto l'aspetto fisico, come si diceva prima, e strutturale, ma anche dal punto di vista del personale qualificato.

La domanda che le faccio è questa. A noi arrivano segnalazioni che, nel momento in cui l'anziano era grave, all'interno della Casa di riposo, perché positivo e perché non era stato messo in isolamento per mancata possibilità di isolamento all'interno della Casa di riposo, spesso non veniva portato in pronto soccorso per le difficoltà di accesso nel pronto soccorso o per le difficoltà di trasporto all'interno della

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Casa di riposo.

L'altra domanda riguarda sia la prima che la seconda fase della pandemia, quindi la prima pandemia e la seconda. I tamponi. Sappiamo che nella prima parte avevamo il molecolare. Nella seconda parte abbiamo, invece, l'avvio ai tamponi rapidi, con la prima generazione, poi la seconda, la terza, la quarta. Sappiamo che la prima e la seconda generazione, di fatto, hanno messo in difficoltà le Case di riposo, aumentandone la contagiosità, perché era il meno sicuro. Poi è migliorato con la terza e la quarta. Questo è un dato scientifico. La domanda che le pongo è questa, secondo la sua esperienza: il fatto che nella seconda parte, quindi da ottobre in poi del 2020, non siano state adottate misure restrittive maggiori rispetto a quelle che effettivamente, poi, il Veneto ha mantenuto, tipiche della zona gialla... Se ricordiamo, c'era la zona gialla. Sarebbe stato un modo per evitare, per diminuire o rallentare la contagiosità anche all'interno delle Case di riposo?

Grazie.

Dott.ssa Elisabetta ELIO (Vicepresidente UNEBA Veneto)

Grazie a lei.

Faccio una premessa. Il virus, questo sconosciuto, lo è anche oggi. Si stanno rialzando i contagi, i focolai ripartono, eccetera. Allora lo era ancora di più.

C'è uno studio bellissimo che ha fatto l'Università di Bologna, Sociologia, con la Fondazione Alberto Sordi di Roma, a cui circa 25 strutture dell'Italia hanno partecipato, che ha sostanzialmente detto che le Case di riposo sono diventate un po' il capro espiatorio di questa pandemia. Io non voglio fare

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

lo stesso gioco di chi ci ha gettato la croce addosso, perché dentro la pandemia... Se andiamo a leggere gli articoli dei giornali della Spagnola dei primi anni del Novecento, ci sono le stesse scene che abbiamo vissuto sui giornali e che abbiamo visto nel 2020 e nel 2022, anche se sono passati più di 100 anni.

C'è un dato. Noi, come strutture, ci siamo trovate in difficoltà a creare un corpo unico in alcuni territori con chi ha la competenza sanitaria, che poi sono le aziende ULSS. È vero anche che, nel momento in cui, nella fase acuta, noi tentavamo di portare, molti di noi, al pronto soccorso i nostri ospiti... Sapete meglio di me che i pronto soccorso e gli ospedali hanno scelto, a un certo punto, chi curare e chi no. Di fatto, è stata fatta una scelta.

Non più tardi della settimana scorsa, in alcune strutture della nostra ULSS, per esempio, la guardia medica si è rifiutata di uscire, perché quando sente "Casa di riposo", che una persona sta male, dice: "Sicuramente ha il Covid". E non esce neanche. C'è un po' di psicosi, quindi, che ci riguarda tutti in questa vicenda.

Sicuramente, come diceva già il Presidente di URIPA, abbiamo visto la differenza nella seconda ondata. In generale, la seconda ondata ci ha trovati rilassati, a tutti i livelli. Ed è il problema che c'è adesso. A tutti i livelli. Nessuno, dal punto di vista scientifico, si sente di dire che cosa può fare questo virus, il che vuol dire che la nebulosa c'è e che il rischio è ancora alto.

In quel momento, quindi, la riapertura per una riconquistata libertà, perché quel lockdown ci aveva misurati in tutti i sensi – penso alle imprese, penso alle attività, penso a noi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in generale –sicuramente ha creato dei problemi seri per noi, perché comunque noi non potevamo rinunciare al personale. Penso sia logico, però chiunque di noi aveva una vita fuori. Alcuni di noi hanno i loro cari anziani a casa. Non è che potessero abbandonarli. Qualcuno lo ha anche fatto per paura di diramare l'infezione, ma con che risultato? Nell'esperienza domiciliare che io ho potuto constatare da vicino in alcuni nostri ambiti territoriali, una coppia di anziani che vive a casa, 80 e 85 anni, e uno si positivizza… Non c'era nessuno che ha impiantato, se non alcuni enti, un servizio domiciliare Covid, perché il rischio era altissimo.

Ecco, quindi, che ci siamo trovati ad affrontare una situazione impreparati, perché di fronte a situazioni di questo tipo non si è preparati a sufficienza. Ripeto, non ha aiutato la schizofrenia normativa, che peraltro continua.

I tamponi rapidi: ripeto, quando si sono riaperte le scuole pare che la Regione abbia fatto questa scelta perché non ce la faceva a stare dietro a tutti i molecolari. Non ce l'avrebbe fatta con i suoi laboratori a processare tutti i molecolari, per cui qualcosa ha scelto. Quindi, ha scelto che nelle strutture si andasse avanti con i rapidi, soprattutto spostando il carico di lavoro della processazione di un molecolare dai laboratori delle ULSS alle case di riposo. Su questo non c'è dubbio.

È anche vero, però, che, se i tempi che potevano assicurare ai nostri centri i laboratori delle ULSS erano di sette giorni, anche no, grazie, perché era già tardi. Capito? Era già tardi. Quando c'è il sintomo è già tardi. Dobbiamo mappare la situazione per fare l'isolamento migliore, non quello più giusto. Il più possibile, non so come dire.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Non è che da zero a 100 le nostre strutture, nate per la socializzazione, la condivisione, i festoni che facevamo – dentro tutti –, il giorno dopo diventano reparti di isolamento. Non ce l'hanno fatta neanche le terapie intensive, scusate. Non è che noi siamo i peggiori, anzi no.

Quello che ho dimenticato di dire è che un altro impegno enorme che abbiamo avuto, e questo è bene che si sappia, sono state le visite dei NAS, delle procure della Repubblica, delle aziende ULSS e dello SPISAL. Noi, nella prima ondata, nella seconda ondata e oggi siamo visitati costantemente da aziende ULSS, SPISAL, sicurezza sul lavoro, NAS e procure della Repubblica. Siamo controllati, voglio dire. A queste persone noi apriamo, poi sono loro che si fermano fuori o negli uffici e non entrano, anche perché qualcuno non ha fatto la terza dose. È difficile entrare nei centri servizi se non hai il green pass.

Ecco, questo. Non so se le ho risposto, dottoressa.

Presidente

Brescacin.

Sonia BRESCACIN (Zaia Presidente)

Grazie, buongiorno. Volevo intervenire in merito agli interventi che ho sentito perché è già da diversi mesi che stiamo svolgendo i lavori all'interno di questa Commissione, abbiamo avuto varie giornate di audizioni e quindi abbiamo sentito molteplici persone che sono venute in questa sede a parlarci.

Mi riferisco anche alla sua dichiarazione di prima relativa alla scelta di chi curare o no da parte delle aziende sanitarie

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e degli ospedali. Ecco, all'interno di questa… Ha detto questo, lei.

All'interno di questa Commissione, i rappresentanti che sono venuti in audizione e in particolare… Vado a memoria perché sono passati vari mesi e non ho i verbali qui con me. Dovrebbe essere stato il dottor Rosi, che segue ovviamente il SUEM e la rete del 118, che ha molto ben chiaramente precisato che a nessuno è stata non data la cura di cui aveva bisogno, in una valutazione di quello che era il bisogno della persona, dell'anziano come può essere anche di un qualsiasi altro cittadino a casa, ma nel caso dei centri servizi residenziali si tratta evidentemente di anziani; chi aveva bisogno dell'ospedale è stato portato in ospedale. Questo mi sento di dirlo perché resti a verbale.

Sul tema delle misure restrittive, penso che corra l'obbligo sempre di ricordare i vari passaggi che abbiamo fatto all'interno dei lavori di questa Commissione. L'assegnazione del colore a cui seguivano una serie di misure dipende da indicatori del Ministero della salute e dell'Istituto Superiore di Sanità e seguono a un calcolo che viene fatto a livello nazionale sulla base dei dati che loro avevano e hanno in tempo reale, quindi fuori dalla disponibilità delle varie Regioni.

La nostra Regione comunque ha adottato in vari momenti, anche, in particolare, nell'autunno del 2020, delle misure aggiuntive, per cui c'erano zone chiamate "zone giallo plus", con sistemi di misure restrittive che si avvicinavano di fatto alle zone arancioni.

Anche il tema della scuola infatti è un tema che soggiace alle direttive per le varie zone, per le varie colorazioni, al punto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

che poi la nostra Regione invece ha fatto una scelta più restrittiva a gennaio del 2021, scegliendo di ritardare l'apertura della scuola, il che ha portato a varie critiche che sono arrivate alla nostra Regione.

Quanto ai tamponi rapidi, conosciamo ormai tutti bene i vari protocolli, le varie circolari, le misure che sono arrivate a livello ministeriale e poi anche a livello regionale, così come tutti gli studi scientifici che hanno ben definito l'utilizzo dei tamponi rapidi e dei tamponi molecolari, la loro efficacia. Certamente c'è il tema che si richiamava anche nell'audizione precedente alla sua, cioè il tema della difficoltà in certi momenti di avere una refertazione in tempi rapidi, nell'arco delle 24 ore (36 ore per i tamponi molecolari) dopo un lavoro che si è svolto dalla primavera del 2020, anche a seguito dei primi casi positivi in cui l'attività delle aziende sanitarie partiva con un unico centro laboratorio di refertazione di riferimento, che era il laboratorio di Padova. Ci ricorderemo tutti la scelta, subito, di ampliare ovviamente a tutte le aziende sanitarie, quindi di avere un laboratorio attivo in tutte le province, così come anche l'acquisto di vari macchinari che erano disponibili nel mercato, per avere un maggior numero di possibilità di refertare e di tamponare, le difficoltà di avere i reagenti, soprattutto in una prima fase.

Pur avendo ampliato quindi la capacità, in modo esponenziale, di eseguire tamponi e di refertarli, comunque sia l'intensità dei contagi ha determinato quello che anche voi avete detto, quindi l'allungamento dei tempi di refertazione del tampone molecolare, quindi, di fatto, il venir meno dell'efficacia di questo tampone che è riconosciuto come il "gold standard",

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

l'attuazione, quindi, di un'attività di screening e di tamponamento attraverso i tamponi rapidi, con un intervallo molto ristretto che arrivava anche entro i quattro giorni. Adesso abbiamo sentito che comunque nella vostra autonomia avete svolto tamponi in modo più sistematico, anche giornalmente, a maggior ragione a tutela della garanzia del servizio che deve essere prestato.
Mi sentivo di richiamare gli interventi che abbiamo sentito nelle audizioni precedenti, e anche di richiamare alcuni passaggi.

Presidente
Collega Camani, prego.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie, presidente.
Giusto perché la collega Brescacin ha ritenuto utile richiamarvi un po' all'ordine e dirvi quale deve essere la linea, io invece vorrei che fosse messo esattamente a verbale il fatto che oggi è stato dichiarato il fatto che, contrariamente a quanto asserito in audizione in questa Commissione – fatalità – dal direttore generale o dal responsabile generale del servizio, può essere accaduto che in quei mesi complicati le strutture ospedaliere che dipendevano da Azienda Zero, non avendo la possibilità di accogliere pazienti delle case di riposo che non potevano essere più curati lì per l'aggravamento delle loro condizioni, non li hanno accolti. A me lascia abbastanza sconcertata il fatto che un'affermazione del genere, anziché essere approfondita soprattutto dall'Ufficio di Presidenza di questa Commissione,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

venga stigmatizzata e si lasci intendere all'audita che certe cose qui è meglio non dirle. Quindi, vorrei che fosse messo a verbale e che anche nei lavori della Commissione su questo elemento si facesse un focus preciso, perché è un elemento grave. È comprensibile, forse, rispetto alle situazioni date, ma è un elemento grave, che forse ci aiuta anche a capire perché dentro quelle strutture è successo quel dramma che è successo, in termini in particolar modo non tanto di contagi, perché su quello abbiamo capito più o meno come erano avvenuti, quanto di decessi, perché è chiaro che quelle strutture non avevano e non dovevano avere le competenze per poter curare pazienti che si aggravavano fortemente, perché per quella funzione dovevano esserci gli ospedali pubblici, gli ospedali Covid, che arrivati al riempimento totale dei posti disponibili hanno scelto – lo ripeto, hanno scelto – di non farsi carico anche dei pazienti delle case di riposo.

Questo lo dico perché dietro le persone che sono decedute nelle case di riposo in quei mesi durissimi ci sono delle famiglie, che vogliono sapere come mai il loro parente che era in casa di riposo non ha avuto la stessa tutela della salute dell'altro parente da un'altra parte. Quindi, la ringrazio per l'informazione. E se una di queste ragioni è che il virus circolava troppo in questa regione, e circolava non perché facevamo tanti tamponi ed eravamo i più bravi, li scoprivamo di più, circolava perché – è stato anche qua ricordato nel corso delle audizioni – si è scelto di dare priorità alle necessità economiche rispetto alla salute delle persone.

Guardate che questa è la grande questione, non solo politica, direi etica, rispetto alla quale i gruppi dirigenti si sono misurati negli anni e nei mesi del Covid. Cos'è più importante?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Il Governo l'ha detto chiaramente, subendo anche conseguenze: salute delle persone, lockdown. Alcuni Governatori e alcuni Amministratori locali hanno fatto una scelta diversa. È vero, consigliera Brescacin, che il colore delle regioni e, dunque, la proporzionalità delle misure restrittive era decisa sulla base di parametri valutati dal Governo nazionale, ma siccome un conto sono i parametri, che riguardano numeri, un conto è la vita delle persone, non a caso il Governo ha sempre detto: io vi do gli strumenti, io stabilisco i limiti massimi, ma lascio a chi ha la responsabilità sul territorio di tutelare la salute dei cittadini la possibilità di incrementare quelle misure restrittive. Allora, forse il tema è che, mentre in questa regione morivano 4.000 persone dentro le case di riposo, il racconto che veniva fatto pubblicamente era che in realtà problemi non ce n'erano, perché i posti in terapia intensiva c'erano, perché facevamo tanti tamponi, perché siamo i più bravi del mondo. La Regione del Veneto è la prima Regione in Italia per quantità di deroghe concesse, durante il lockdown e successivamente, alle attività economiche. Ha ragione il Presidente di URIPA a dire: durante il lockdown nessuno lavorava. Il Veneto è la regione in cui, anche in quella fase lì, in tanti lavoravano, perché per via del meccanismo di deroga concedibile per i cosiddetti "servizi essenziali" – fatalità – in questa regione nessuna Prefettura ha rifiutato nessuna richiesta di deroga. Una? No! Tutte le imprese che hanno presentato richiesta di deroga sono state accettate in questa regione. Le assicuro che dalle altre parti non è andata così.

Quindi, volendo, consigliera Brescacin, se il Governo non aveva colto, perché i parametri non glielo facevano cogliere,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

la gravità della situazione in questa regione durante la seconda ondata, il Presidente della Regione avrebbe potuto assumersi la responsabilità di dire che così non si poteva andare avanti e che qualche limitazione e restrizione in più era necessario metterla. E non nel mondo della scuola soltanto, che pure è stato sicuramente un elemento critico. Ma non soltanto nel mondo della scuola. Forse andava fatta una valutazione più generale.

Io posso anche comprendere l'idea che sta alla base dell'estendere le restrizioni per una settimana – perché poi sono arrivate quelle del Governo – al mondo della scuola, se in quella settimana ne approfitto per fare uno screening della popolazione scolastica, come noi più volte abbiamo chiesto, in modo da approfittare di quella settimana per capire lì cosa stava succedendo.

Il progetto delle scuole sentinella è stato un manifesto che avete sventolato per spiegarci come monitoravate la scuola, ma che nel momento più complicato non è stato attivato, non ha funzionato, non è esistito.

Ringrazio, ovviamente, gli auditi. Oggi erano audizioni abbastanza complicate, perché il focus era davvero su un tema che ha avuto un impatto gravissimo in termini di vite. Per cui, vi ringrazio per essere venuti. Vi ringrazio per il quadro che ci avete dato, che aggiunge elementi alla riflessione che questa Commissione, spererei in maniera laica, senza ideologie e senza dover difendere nessuno, prova a mettere, per rispetto di quelle persone che dentro quelle Case di riposo – e non solo – non hanno potuto essere salvate, e un po' di serenità rispetto al fatto che, io penso, qualcosa in più si poteva fare. Anzi, qualcosa in più si doveva assolutamente fare.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Grazie.

Presidente
Collega Scatto, prego.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Grazie, Presidente.
Anch'io ringrazio le persone che sono intervenute.
Vorrei soffermarmi un attimo su alcune considerazioni, attingendo le mie osservazioni da quanto appena riferito dalla consigliera Camani. Premetto, anzitutto, che troppe volte ho sentito in quest'Aula, in questa Commissione dire: "Non è una Commissione che deve trovare un colpevole". Troppe volte l'ho sentito perché l'affermazione mi passi inosservata e io me la possa far scivolare letteralmente addosso. Mi viene da dire che, se proprio questa Commissione fosse a 360 gradi laica, e non lo è, non certo perché la Vicepresidente o l'Ufficio di Presidenza lo sia, mi vien da dire – dicevo – che a posteriori tutte le cose vengono facili. Abbiamo tutti delle soluzioni prêt-à-porter. Così come siamo tutti bravissimi, quando si gioca a calcio, a fare gli allenatori.
Quando io mi sento dire che non c'è bisogno di dover difendere nessuno... Le persone di solito assumono un atteggiamento di difesa quando vengono attaccate. Se ci sono delle accuse, è chiaro che l'altra parte si difende. Io non posso accettare, senza avere un atteggiamento di difesa, un'affermazione da una Consigliera regionale che dice che le priorità economiche sono venute prima della salute nella gestione della pandemia. Non lo posso accettare, quando ho avuto un Presidente che ha cercato di fare tutto quello che era possibile. La domanda era

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

se qualcosa poteva essere fatta diversamente e meglio. Mi pare, mi è stato riferito, che nella scorsa Commissione ci sia stato qualcuno che ha detto che meglio si può sempre fare. Tanto è stato fatto. Ricordo, come diceva il dottor Volpe, che ci siamo trovati in una condizione che provo imbarazzo a dover dire che era straordinaria.

Strutture, che sono adibite, come diceva la dottoressa, ad accogliere e improvvisamente le devi chiudere, che cosa potevano fare se non fare dei tamponi rapidi per capire se le persone potevano, nell'immediato, entrare e avere contatti? Come si fa a dire che abbiamo fatto morire le persone nei centri perché non le abbiamo ricoverate? Vi rendete conto di quello che state dicendo? Io certo che mi rendo conto.

Allora la mia domanda è questa. Lei, consigliera Camani, come avrebbe gestito la cosa?

Presidente

Se Camani non vuole rispondere, Bigon.

Non fuori microfono.

Bigon.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

La prendo come una domanda retorica, perché la Commissione deve audire le persone…

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)

Era una domanda retorica. Ha capito bene.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Certo, immagino.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente
Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie, Presidente. Certo che avremmo potuto e avremmo dovuto fare in modo completamente diverso, ma non è che lo diciamo adesso col senno di poi. Noi l'abbiamo sempre detto. Noi abbiamo detto in tempi non sospetti, sicuramente prioritari a quello che poi è successo, in una fase antecedente, a settembre e ottobre abbiamo chiesto immediatamente di fare restrizioni maggiori. Questo abbiamo chiesto.
A un certo punto noi abbiamo chiesto al Presidente Zaia di venire in Aula, in Consiglio, a esporre com'era la situazione. Noi non possiamo dimenticare che vedevamo tutte quelle conferenze stampa giornaliere, ma di fatto in Consiglio regionale non riuscivamo a discutere del problema che stava succedendo. Di morti nel Veneto ce ne sono stati tantissimi.
Allora una domanda ce la dobbiamo porre e questa Commissione è stata fatta esclusivamente per analizzare quello che è successo, e poi, ovviamente, vedere quello che potrebbe essere fatto in futuro per evitare certe cose. Non è che dobbiamo qua trovare un colpevole. Noi abbiamo un'amministrazione. Non è una questione di responsabilità, è questione di amministrare questa Regione in modo tale che questa situazione non avvenga più.
Sul passato noi l'abbiamo sempre detto che le scelte dovevano essere completamente diverse. Dopodiché le scelte politiche si fanno. Certo, ci mancherebbe. L'apertura dei negozi c'è stata a un certo punto. Noi abbiamo detto di mettere le restrizioni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

da zona rossa perché, mentre le agevolazioni e gli allargamenti non potevano essere fatti, dal Ministero è giunta una direttiva chiara che le restrizioni maggiori rispetto a quelle nazionali la Regione poteva farle e noi le abbiamo chieste. Le abbiamo chieste in ogni modo.

Abbiamo iniziato a chiedere restrizioni maggiori già dall'ottobre dell'anno scorso, quando abbiamo visto che nel Veneto i casi aumentavano in misura incontrollabile rispetto alle altre regioni. Siamo passati per quelli che vogliono uccidere l'economia, che non vogliono bene ai nostri commercianti. Qua non era una scelta da fare. Non è che volevamo bene o non bene ai commercianti. Volevamo quantomeno vedere numeri meno alti di decessi o quanto meno vedere verificare se, con maggiori restrizioni, potevamo avere una situazione diversa sotto l'aspetto delle case di riposo, la gestione e i decessi.

Perché non abbiamo provato? Perché non abbiamo provato? Noi l'abbiamo chiesto. Non è questione di trovare un responsabile oppure di dire che col senno di poi son tutti bravi, assolutamente no. Basta trovare i comunicati, basta trovare le richieste che abbiamo fatto per poi arrivare all'audizione.

Per quanto riguarda le case di riposo, è vero che la circolare arrivò il 28 marso 2020. È altrettanto vero che, da quello che risulta a noi, ma credo anche a voi, la prima notizia, la prima circolare da parte della Regione ci fu, all'interno delle case di riposo, esattamente un mese dopo, i primi di aprile. Da parte dello Stato avvenne prima, perché eravamo a gennaio. Da parte della Regione, 28 marzo, notificata i primi di aprile nelle case di riposo.

Dopodiché, ci sono state anche delle dichiarazioni da parte

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dello stesso Presidente che diceva che le case di riposo erano autonome: questo lo dimentichiamo?
Anche lì siamo intervenuti dicendo che comunque il servizio è pubblico. Il servizio è pubblico. Non possiamo permettere di estraniarci in un mondo dove abbiamo tutto il nostro patrimonio umano fragile, perché è vero che sono dei piccoli ospedali, ormai, le case di riposo, da qualche anno.
Sapevamo, una cosa era sicura, che il Covid colpiva soprattutto i fragili, quindi le case di riposo. Ma lo sapevamo anche prima, non è una questione di responsabilità, di scelta politica: potevamo farne un'altra.

Presidente
Collega Camani, prego.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Grazie.
Io avrei fatto così: intanto avrei ribadito che la priorità della politica è tutelare la salute dei cittadini. Se fossi stata il Governatore del Veneto non avrei chiesto al Governo di cancellare la provincia padovana dalla definizione della zona rossa nel primo lockdown. Se fossi stata il Governatore della Regione del Veneto avrei evitato di dire le stesse cose che in quei mesi diceva Salvini, e cioè che le restrizioni e il lockdown erano crimini contro l'economia. Avrei cercato di far capire ai miei cittadini che era un sacrificio necessario per la salute delle persone.
Se io fossi stata il Governatore del Veneto, quando iniziavo a vedere i numeri della circolazione del virus che salivano in questa Regione in maniera preoccupante, avrei evitato di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

spiegare ai cittadini veneti che non c'era da preoccuparsi perché quei numeri in realtà dipendevano solo dal fatto che noi, essendo eccellenti, facevamo tanti tamponi.

Se fossi stata il Governatore della Regione del Veneto avrei evitato di raccontare ai veneti la bugia che non si dovevano preoccupare dei contagi perché "il 97% è asintomatico," ha dichiarato, salvo poi vedere in questa Commissione che, fatalità, quel numero era stato utilizzato proprio nel momento in cui il sistema informatico della Regione del Veneto, certificato dalla dottoressa Russo ed altri, era andato in tilt e non registrava più sintomatici e asintomatici.

Se io fossi stata il Governatore della Regione che in quell'ondata stava avendo la maggior percentuale di contagi e di decessi, avrei evitato di chiedere al Governo di modificare i parametri per l'assegnazione del colore delle zone per continuare a restare in zona gialla.

Se io fossi stata il Governatore del Veneto, avrei evitato di inventarmi sulla carta numeri di terapie intensive che in realtà non c'erano per chi usciva dalle case di riposo e aveva bisogno di essere attaccato a un respiratore.

Se io fossi stata il Governatore del Veneto, avrei riflettuto su cosa stava capitando e accadendo dentro le case di riposo, dentro gli ospedali, utilizzando i tamponi rapidi. Che è vero, consentivano di dare il giro al personale delle strutture. Ma quanti poi si sono ammalati per via di dare il giro? Allora mi sarei preoccupata di come poter rinforzare quegli organici, però mettendoli in sicurezza. Se io fossi stata il Governatore del Veneto, avrei fatto almeno questo.

Soprattutto, consigliera Scatto, se io fossi il Governatore della Regione del Veneto, oggi, a un anno e mezzo di distanza,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

a bocce più o meno ferme, speriamo ferme, non mi preoccuperei di dover difendere ad oltranza un atteggiamento di un anno e mezzo fa.

Mi chiederei invece se davvero qualcosa di diverso avrei potuto farla. La necessità che continuate a ribadire di non voler cercare la verità, di non voler capire realmente cosa è successo, io credo non deponga a favore neppure di chi ha provato in quei mesi a risolvere la situazione.

Se fossi il Governatore della Regione del Veneto farei questo, come avrei fatto allora: cercherei davvero la verità, prenderei anche in considerazione l'ipotesi che forse non sono infallibile – notizia! Forse non è infallibile – e forse, per il futuro, qualche valutazione in più potrebbe essere fatta, cercando di fare quello che diceva correttamente la consigliera Bigon prima, una cosa che in questi mesi non avete mai fatto: ascoltare le richieste degli altri.

Era ottobre-novembre 2020 quando con quei numeri drammatici abbiamo supplicato il Presidente Zaia di venire in quest'Aula, per la seconda volta in due anni per dirci cosa stava accadendo e che intenzioni c'erano, e neanche in quell'occasione, dentro quest'Aula, non dico nella conferenza stampa a reti unificate, dove, per carità, uno fa il monologo, ma neanche dentro quest'Aula il Presidente ha avuto la consapevolezza o ha manifestato la consapevolezza di ciò che stava accadendo.

Allora, siccome io penso che ci siano due livelli, uno è quello che deve ricercare il consenso, ciascuno di noi fa politica e sa benissimo come funziona, l'altro è quello di assumersi delle responsabilità, la differenza tra chi è eletto Presidente e chi è un politico, uno statista sta in questo: chi ha il coraggio di assumersi anche la responsabilità di decisioni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

scomode, come qualcuno in quei drammatici mesi ha fatto e come qualcun altro, nello stesso momento, non ha avuto la capacità di fare.

Presidente
Prego, collega Zecchinato.

Marco ZECCHINATO (Zaia Presidente)
Grazie, Presidente.
Io non voglio addentrarmi nel dibattito che si è avviato, anche perché lo trovo – magari sarà la mia poca esperienza da Consigliere regionale – poco edificante. Qua abbiamo audito medici, abbiamo audito professori, abbiamo audito dirigenti ULSS, abbiamo audito sindacati, abbiamo audito rappresentanti nelle varie sedute che ci sono state e ognuno ha dato chiaramente la sua versione, ma mi pare che adesso il dibattito si stia spostando un po' più su un confronto più che da Commissione da Consiglio regionale. Sono abituato a questi dibattiti e a questi confronti durante il Consiglio.
La Commissione produrrà una relazione, tutti i documenti e tutti gli interventi sono registrati, chiaramente ognuno si prenderà le proprie responsabilità, il tutto viene inviato – se sbaglio, mi corregga, Vicepresidente – in Procura, che credo sia l'organo che deve valutare quanto viene detto in quest'Aula, quanto è stato detto e quanto è stato fatto. Per cui, il mio è più che altro un richiamo ai lavori, anche perché, se non sbaglio, a una certa ora i sistemi informatici oggi saranno sospesi per lavori, per cui credo, anche per rispetto di chi deve intervenire, dobbiamo lasciare spazio agli auditi e ascoltarli.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Grazie.

Presidente

Prego, collega Scatto.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)

Sposo in pieno l'osservazione del collega Zecchinato. Purtroppo non ha mai avuto forse, tranne in qualche raro momento, il tono di una Commissione d'inchiesta, e inchiesta vuol dire cercare di capire cosa è successo, e a me dispiace, mi dispiace molto sentire queste affermazioni perché, consigliera Camani, troppe volte io noto che lei, in quest'Aula, ha atteggiamenti di un'acredine nei confronti delle persone che esula da quella che è la materia di cui si discute. Allora, io non posso stare zitta quando sento che viene imputato al presidente Zaia di non voler cercare la verità, di sentirsi infallibile, di non ascoltare le richieste, di non metterci la faccia, quando per un anno tutti i giorni, tutti i santi giorni, insieme all'assessore Lanzarin, faceva i report di quello che succedeva.

Un'altra cosa. Lei ha affermato che il Presidente si è inventato i numeri. Siccome in quest'Aula non è la prima volta che lo sento, e so per certo, perché l'ha detto, e lo sapete anche voi tutti, perché il Presidente è rimasto qui tutta la giornata in cui si è, se non ricordo male, insediata questa Commissione, che ha detto che tutto quello che riguarda la pandemia, di ogni azione, di ogni cosa che è stata fatta, è depositato in Procura. Quindi, consigliera Camani, io prendo atto – e risulta a verbale – che lei ha detto che il Presidente si è inventato dei numeri. Allora, siccome in una situazione

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

del genere fare questa affermazione io lo reputo grave, vorrà dire che avrà un'altra valenza. No, no…

Presidente
Non parlate fuori microfono.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Io dico solo che non è che possiamo venire qui a dire che qualcuno, men che meno se è un Presidente di Regione, si inventa le cose. No. Non può essere.
In quanto alla sua presenza, alla partecipazione alla Commissione, la faccia ce l'ha sempre messa tutti i giorni davanti ai suoi cittadini.

Presidente
Collega Camani, prego.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Più per fatto personale.
Mi scuso davvero perché so che in quest'Aula, quando si osa associare a Zaia un'affermazione che non sia un complimento o un applauso, si scatena una reazione pazzesca. Mi scuso se ho involontariamente toccato la sensibilità di alcuni di voi. Portate pazienza. Il 70% e rotti è tanto. C'è anche un pezzettino che continuerà sempre a pensare di avere il diritto di dire che Zaia non è infallibile. Ma mi scuso se ho leso la sensibilità dei fan del Governatore.
Prendo anche atto, e naturalmente lo faccio a prescindere dal fare affermazioni dentro una Commissione come questa, che tutto quello che ho detto verrà inviato alla Procura. Anzi, vi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

invito a farlo. Così come è già successo – a proposito di veridicità delle informazioni che si danno in quest'Aula – sulla vicenda "esposto contro Crisanti". Magari sarà per me l'occasione di andare anche dentro un'Aula di tribunale a spiegare perché ho fatto quell'affermazione, di cui, naturalmente, mi assumo pienamente la responsabilità. Non serve che me lo ricordiate o che, ricordandomelo, pensiate di minacciarmi rispetto a questo fatto. Nella mia vita ho sempre risposto in prima persona delle cose che ho detto. Lo farò serenamente, a maggior ragione in quest'Aula.
È chiaro che le affermazioni di tutti vanno in Procura. Quindi, se qualcuno degli auditi non ha detto la verità, va in Procura. E allora ci divertiamo. Allora ci andiamo tutti insieme.

Francesca SCATTO (Zaia Presidente)
Non è una questione di sensibilità. È solo una questione di... Guardi, io sono molto aperta e mi ritengo una persona rispettosa...

Presidente
Sospendiamo un attimo la seduta.

La Seduta è sospesa alle ore 12.16
La Seduta riprende alle ore 12.18

Presidente
Passo la parola al Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime Covid.
Gentilmente dica il suo nome e si presenti.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sig.ra Antonella NOVELLO (Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime Covid)

Mi chiamano Novello Antonella e rappresento il Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime Covid 2019. Io leggerò il nostro comunicato e i nostri quesiti.

Siamo un gruppo che sta crescendo in Veneto e rappresentiamo la nostra Regione nel Comitato nazionale. Ci unisce un lutto, papà mamme, fratelli, sorelle, nonni, zii morti per Covid in Veneto, soprattutto nella seconda ondata, che si è abbattuta come uno tsunami sulla nostra regione, e in quelle successive. Ci unisce la difficoltà di superare questo lutto che non è dovuto a una nostra intrinseca fragilità, come qualche medico ha detto in un colloquio successivo al decesso del nostro caro, ma il fatto che si tratta di un lutto disumano e in quanto tale difficile da elaborare.

Ci uniscono la ferma volontà di tenere viva la memoria dei nostri cari e della loro crudele di partita e di contrastare la dilagante onda dell'oblio e della dimenticanza e l'altrettanto risoluta determinazione nello smantellare una narrazione che nulla ha a che fare con la verità dei fatti.

Ecco i nostri quesiti, in merito ai quali esigiamo una risposta, se possibile a ciascuno di essi, non uno di meno.

Perché nell'autunno del 2020 il Veneto è rimasto in zona gialla, più a lungo di altre regioni italiane, fino al 24 dicembre 2020, nonostante un picco di decessi del 32% in più dal 1° al 15 novembre e del 44% in più dal 16 al 30 novembre? Io insegno. Le scuole erano chiuse. Io facevo didattica on line a ragazzi che il pomeriggio uscivano. Il problema, quindi, non sono state le scuole. Il problema è che era aperto tutto tranne le scuole.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

La chiusura degli ospedali ai parenti è stata decisa per tutelare pazienti e parenti. Perché allora molti nostri parenti sono entrati in ospedale per motivi non legati al Covid e si sono poi contagiati là fino a morirne?

Potete confermare che la somma elargita agli ospedali per ogni paziente Covid non in terapia intensiva è stata di 3.700 euro giornalieri?

Potete inviarci il conto dettagliato relativo alla degenza di ciascuno dei nostri cari? Segue un elenco dettagliato.

Esiste la distinzione tra Covid e non Covid nei pronto soccorso degli ospedali della regione? Se sì dà quando? se no, perché no?

Perché nella RSA di Santa Maria dei Battuti a Mestre gli ospiti sono stati contagiati, a quanto ci consta, da personale obbligato ad andare al lavoro con la febbre, nessun dispositivo a tutela degli ospiti era usato correttamente e non c'era nessuna vigilanza? Ci sono stati nove decessi in quella RSA e nessuna inchiesta è stata avviata. Perché?

Perché a novembre del 2021 il pronto soccorso dell'ospedale di Dolo non distingueva ancora tra Covid e non Covid?

Al pronto soccorso dell'ospedale di Dolo adesso esiste questa distinzione? Perché all'ospedale di Dolo, nel marzo del 2022, era ancora proibito ai parenti far visita ai propri cari ricoverati nei reparti Covid del nosocomio, nonostante il decreto Speranza del luglio 2021? Perché il personale ospedaliero in cui erano ricoverati i nostri cari, dalla seconda ondata in poi, rispondeva centellinando le informazioni, o non chiamando affatto, o facendolo dopo alcuni giorni? Perché molte cartelle cliniche contengono errori ed omissioni? Perché dalla seconda ondata in poi ci è stato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vietato di visitare i nostri cari, anche nel momento del trapasso?

Tutti noi abbiamo chiesto di farlo, bardati come lo erano medici ed infermieri. Perché tuttora viene vietato, nonostante vaccini e tamponi? O viene concesso in via eccezionale da qualche primario? Perché è stato negato ai nostri cari il diritto all'estrema unzione? Perché a molti di noi è stata negata la possibilità di effettuare una videochiamata ai nostri cari?

Perché la Puglia, con decreto maggio 2021, ha aperto le terapie intensive ai parenti dei pazienti Covid e il Veneto non l'ha fatto? Qual è stato l'impiego delle cure monoclonali negli ospedali della Regione? Quante cure monoclonali sono state prescritte dai medici di medicina generale, da quando è stato possibile farlo? Perché molti medici di medicina generale, alla fine del 2020 e per tutto il 2021 hanno detto a noi parenti che non esistevano cure contro il Covid? Eppure abbiamo visto personaggi pubblici guarire, alcuni molto anziani, afflitti da numerose patologie, che hanno raccontato di essere stati curati con le cure monoclonali.

Se c'è stato, come dichiarato più volte da autorevoli esperti, un sottoutilizzo delle cure, anche nella nostra Regione, chiediamo di conoscerne il motivo.

Per la nostra esperienza è mancata qualsiasi sinergia tra i medici di medicina generale e gli ospedali. Come mai? Come mai i medici di medicina generale, pur avendo a disposizione i DPI non hanno fatto visita ai loro pazienti, che magari avevano in cura da venti, trenta o persino quarant'anni?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presidente

Ha concluso?

Sig.ra Antonella NOVELLO (Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime Covid)

Sì.

Presidente

Okay. Qualche collega ha domande?

Io la ringrazio del suo intervento. Gentilmente, visto che ce l'ha in forma scritta, se ce lo lascia, così lo alleghiamo.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)

Chiedevo anch'io se lasciava il documento…

Presidente

O se ce lo vuole mandare per mail fa lo stesso. La ringrazio. Passo la parola alla dottoressa Maria Piana Rizzo del COVESAP. Buongiorno.

Dott.ssa Maria PIANA RIZZO (COVESAP)

Buongiorno. Intanto mi presento.

COVESAP è un coordinamento di comitati di cittadini assolutamente spontanei che sono nati in tutte le province del Veneto, in difesa, appunto, del Servizio sanitario pubblico, perché in questi anni abbiamo visto che il Servizio sanitario pubblico è andato man mano scemando.

Noi siamo nati, per problemi precedenti, poco prima del Covid, quindi per tutto un periodo siamo stati anche noi fermi durante la prima ondata, perché ci rendevamo conto della difficoltà

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

della situazione.

Dopodiché, però, come giustamente è stato detto più volte, noi lo riprendiamo. Abbiamo cominciato come cittadini a interessarci della situazione, e abbiamo cominciato a vedere come tutti i dati nell'autunno, a cominciare dalla fine di ottobre dal 2020 in poi, relativi a contagi, incidenza, prevalenza, decessi e ricoveri, come tutti sappiamo, è inutile dirlo, sono cresciuti in maniera esponenziale.

Come era documentato da Azienda Zero e da tutti i report di Azienda Zero, la curva dei decessi, dei ricoveri, dei contagi è cresciuta in maniera esponenziale, su questo non si discute.

La prima osservazione che abbiamo fatto, guardando i dati del Ministero è che in quel periodo abbiamo guardato l'incidenza e anche i numeri assoluti dei contagi in Veneto e li abbiamo posti in confronto con quelli della Lombardia (poi dirò perché). Se noi cominciamo… Questo è il primo allegato. Io ho dato al Segretario i file, quindi poi dovreste averli. Comunque, se noi andiamo a vedere, appunto, i monitoraggi fatti dalla Cabina di regia del Ministero della salute, scopriamo che nella settimana dal 26 ottobre 2020 al 1° novembre 2020 abbiamo un Veneto che ha un'incidenza di casi di 533,37 e 16.500 assoluti, e una Lombardia che, invece, ha un'incidenza su 100.000 di 877,77 e 58.824 casi. Quindi, c'è un divario enorme.

Tuttavia, andando avanti, come potrete vedere poi scorrendo – non li leggo tutti –vediamo che andando avanti a mano a mano la Lombardia diminuisce, finché non arriviamo al periodo in cui in Veneto improvvisamente, intorno al 20 novembre, la situazione si capovolge: il Veneto ha un'incidenza di 831,28 e 19.700 casi, la Lombardia ne ha 741 e 28.000 casi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ricordiamoci che la Lombardia ha il doppio di abitanti del Veneto, circa 10 milioni. Finché non arriviamo a metà dicembre, in cui il Veneto ha anche in assoluto il maggior numero di contagi, cioè arriva a 24.362 contagi, con un'incidenza di 1.085, e cioè ha un quarto dei contagi di tutta l'Italia, pur avendo 5 milioni di abitanti. Parliamo di numeri assoluti.

Su questa tabella abbiamo fatto una riflessione e quello che vogliamo sottolineare è che il 4 novembre 2020 la Lombardia è entrata in zona rossa con un'ordinanza del Ministero della salute, dal 6 novembre la Lombardia è entrata in zona rossa e da metà novembre gli effetti di questa misura – certo, non possiamo stabilire una connessione causa-effetto – sono abbastanza "suggestivi".

Andando avanti, sempre in documenti ufficiali abbiamo visto il report, fatto sempre da Azienda Zero, quindi dati ufficiali della Regione, al 28 gennaio 2021, dove si dice chiaramente che siamo arrivati ad avere un più 64% di morti nel 2020 rispetto alla media dei tre anni prima – più di una volta e mezzo, insomma – come si è visto, a proposito di tutti i temi che abbiamo toccato prima, l'incidenza dell'infezione tra gli operatori sanitari, che ha toccato picchi, anche questa, al 28 gennaio, nella data del report, e il report dice che c'erano 1.730 operatori sanitari infettati. Inoltre, sempre lo stesso report mostra in maniera molto chiara che il tasso di occupazione dei letti era arrivato a livelli veramente notevoli.

L'ultimo approfondimento che abbiamo fatto, abbiamo chiamato un epidemiologo di fama nazionale, il professor Buzzetti, e insieme a lui abbiamo elaborato questi grafici, che comunque dopo avrete, se avrete piacere, in cui la linea azzurra è il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Veneto e la linea rossa è la media italiana. Confrontando in quel periodo la media italiana di contagiati, decessi e ricoveri, vediamo che il Veneto ha un picco… Però, ripeto, questo non è niente di nuovo. Quello che è importante è verificare la differenza rispetto a tutto il resto del Paese. Cioè, l'anomalia di quel periodo nel Veneto è forse soprattutto questa. Rispetto alla media nazionale in Veneto, che, come tutti sappiamo, nella prima ondata si era comportato molto bene, si rivela, invece, una situazione pesantissima.

Andando a verificare la situazione, che cosa abbiamo visto? Come si diceva prima, e come ho appena detto, la Lombardia era in zona rossa dal 6 novembre. Il Veneto è rimasto in zona gialla fino al 23 dicembre, quando sono subentrati i decreti del Presidente del Consiglio, che hanno imposto una restrizione in tutto il territorio nazionale.

Relativamente alla permanenza nella zona gialla, come si diceva, giustamente, c'erano degli indicatori che stabilivano la collocazione nelle zone a basso, medio e alto rischio. Questa era la definizione più aulica. Su questo abbiamo – anche qui – fatto un approfondimento e abbiamo verificato che uno dei primi indicatori importanti era il tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva. Sappiamo che il livello di allarme era il 30% di occupazione. Se guardiamo i grafici dell'epoca, i dati dell'epoca, vediamo che il Veneto dichiarava intorno ai 1.000 posti letto di terapia intensiva. Nel Piano emergenziale di autunno si parlava di 1.016. Insomma, intorno a 1.000.

Su questo numero, come è noto, ci sono state moltissime discussioni e ci sono state delle prese di posizione, anche da parte del sindacato degli anestesisti, l'AAROI-EMAC, del

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Veneto, che individuava come numero di letti reali circa 750-800, mentre gli altri, come diceva giustamente anche il Piano emergenziale, dovevano essere attivati. Su questa attivazione, però, gravavano due grossi problemi. Il primo problema riguardava le attrezzature, che non era chiaro se ci fossero per tutti. Sappiamo tutti che un letto di rianimazione non è una cosa semplice, banale. Non richiede semplicemente un CPAP, un respiratore. Richiede altre cose, tipo la presa dell'ossigeno.

Il secondo problema riguardava il personale, sicuramente non qualificato. Per un letto di terapia intensiva ci vuole un infermiere ogni due letti, dai due ai quattro letti. Lo stesso per i medici. Non c'erano sicuramente né gli anestesisti né gli infermieri qualificati per farli funzionare. Questa è la prima questione controversa – la chiamiamo noi – da porre all'attenzione.

Sui tamponi abbiamo discusso ampiamente, però è abbastanza evidente – e anche questo è acclarato, anche questo è stato denunciato dai sindacati medici ANAAO e CIMO – che l'uso dei tamponi rapidi in determinate situazioni, quali gli ospedali per il personale sanitario e anche le Case di riposo, non era indicato, perché il livello di affidabilità di questi tamponi non garantiva il loro scopo. Il loro scopo era di fare diagnosi, non sorveglianza. Mentre tutti riconoscevano che sulle popolazioni, come sistema di monitoraggio, andava bene, per fare la diagnosi è stato più volte detto che non erano adeguati.

Come dicevo prima, sempre se guardiamo il report di Azienda Zero, vediamo che proprio in quel periodo in cui l'ANAAO fa questa denuncia, questa segnalazione, intorno al 13 novembre

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

2020, abbiamo un picco, in quel periodo, verso fine novembre, degli operatori sanitari, come vi dicevo prima.

L'ultima questione – anche questa è stata citata – è stata questa falla nel sistema informatico, che ha fatto sì che per un periodo... Noi non sappiamo quanto è durato. Non abbiamo dati, non li abbiamo trovati. Insomma, per un certo periodo ha fatto sì... E anche questo pesava sugli indicatori.

Alla luce di questo discorso, di questi indicatori, che erano quantomeno controversi o che quantomeno dovevano essere un po' più approfonditi, permangono parecchi dubbi.

Relativamente alla segnalazione di questi eventi come COVESAP abbiamo fatto diversi interventi. Abbiamo fatto anche dei presidi a Porto Marghera, davanti alla sede della Protezione civile, dove il Presidente Zaia faceva le conferenze. Comunque abbiamo fatto un primo comunicato – io ne ho messi solo tre tra gli allegati – il 22 novembre, in cui indichiamo che la percentuale di positivi in Veneto passa dall'11,80% nel primo lockdown al 28,80% nel secondo lockdown; ed eravamo ancora al 9 novembre perché dopo sappiamo che è salita. Chiediamo se e quanto potrà resistere la nostra rete ospedaliera con questo carico di lavoro, non tenendo conto che purtroppo la situazione sarebbe ancora peggiorata.

Sempre più preoccupati di questa situazione, che vedevamo sempre più peggiorando, abbiamo fatto anche una lettera aperta sia al Presidente del Veneto, dottor Luca Zaia, che al Ministro della Salute, dottor Roberto Speranza, in cui illustriamo questa nostra preoccupazione, chiediamo se effettivamente questi mille posti letto fossero reali e ci chiediamo se ci fossero tutti i presidi tecnologici. Come dicevo, non è semplicemente il C-PAP, come in alcuni casi era visto. Si

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vedeva chiaramente, partendo dalla DGR n. 552, che i posti letto, che all'inizio erano circa 559, dovevano essere aumentati con 191 posti letto e poi altrettanti fino ad arrivare a mille. Però, ripeto, su questa attivazione non sappiamo.

Su quanto la situazione fosse drammatica in realtà, abbiamo citato – anche qua c'è un comunicato e troverete il link all'interno – la relazione veramente drammatica del dottor Flor, che parla proprio della situazione degli ospedali il 23 dicembre, se non ricordo male. Credo che sia abbastanza sintomatica al di là dei numeri. Lui era il responsabile e si rendeva conto di una situazione gravissima.

In questa lettera aperta chiediamo esattamente queste cose. Al Ministro chiediamo di rivalutare con urgenza l'attuale classificazione di rischio del Veneto, cioè chiedendo se era proprio da zona gialla il Veneto, detto in parole povere. Al Presidente, dottor Luca Zaia, chiedevamo l'adozione di misure urgenti di contenimento più efficaci, perché, ripeto, tutti ci ricordiamo lo shopping del Natale 2020 e la gente per strada. Tra l'altro, ecco l'altra cosa importante, il fatto di essere rimasti in zona gialla ha comunque affievolito la percezione della drammaticità tra la popolazione, tant'è che, ripeto, tutti ci ricordiamo le strade affollate per lo shopping prenatalizio.

Siccome questi documenti abbiamo cercato di farli pervenire a chi di dovere e speriamo siano arrivati perché risposte non ne abbiamo mai avute, l'ultima cosa che abbiamo fatto proprio per cercare di smuovere un po' il possibile è stato un esposto in ogni provincia del Veneto in cui, riportando tutti i dati che dicevamo sulla numerosità del contagio, dei ricoveri eccetera,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

chiedevamo se fossero state messe in atto tutte le misure necessarie per garantire la salute dei cittadini.

Chiudo per essere estremamente sintetica. I due punti che noi sottoponiamo alla discussione e su cui sollecitiamo la Commissione come cittadini, perché vorremmo cercare di avere maggior chiarezza possibile, sono proprio relativi a quanto l'allocazione nelle zone di rischio abbia potuto incidere su questa situazione epidemiologica nostra e sui dati di quel periodo e, oltre all'allocazione del rischio, anche l'attuazione, perché il Veneto, da questo punto di vista, effettivamente si era già premunito a aveva fatto delle buone norme.

Avevamo prima la DGR n. 552, del maggio 2020, che era il primo piano emergenziale ospedaliero di preparazione in risposta agli eventi pandemici, che poi ha avuto vari aggiornamenti. Avevamo la DGR n. 782, sempre per misure urgenti di sostegno e di lavoro all'economia e anche alle politiche sociali, connesse all'emergenza epidemiologica; purtuttavia, per quanto abbiamo potuto vedere e approfondire questi piani di emergenza sono stati attuati in maniera abbastanza… Certo, ci rendiamo conto che la situazione era quella che era, però sicuramente non ottimale.

Faccio un esempio e poi chiudo: le USCA, questo presidio che doveva aiutare nel territorio, sono state attivate in Veneto in maniera abbastanza parziale. Hanno sì funzionato, però per periodi successivi, e comunque in una percentuale decisamente inferiore a quella che era prevista dai piani emergenziali.

Chiudo dicendo che come cittadini chiediamo, se possibile, che la Commissione chiarisca meglio che si può le cause, proprio per evitare la ripetizione di questi eventi: speriamo proprio

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

di no. Grazie.

Presidente

Grazie.

Gentilmente, se ci fa avere… Abbiamo già tutto, perfetto. Grazie.

Ci sono domande? Ringrazio la dottoressa Rizzo.

Dovremmo aver collegato il dottor Garbin. Dottor Garbin, ci sente?

Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali)

Buongiorno.

Presidente

Buongiorno a lei.

Le passo subito la parola. Prego.

Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali)

Cerco di essere breve e anche sintetico.

Come è stato ripetuto, ed è noto, eravamo in una situazione emergenziale. Come Direzione dei servizi sociali di cui all'epoca ero il direttore, la prima operazione che abbiamo fatto, il 6 marzo 2020, è stata da un lato chiudere tutti i centri, o meglio, le attività semiresidenziali, scelta poi sostenuta da disposizioni nazionali. Per quanto riguarda più specificatamente le case di riposo, l'obiettivo era quello di garantire la messa, o il mantenimento in sicurezza, sia degli ospiti che anche degli operatori.

Abbiamo definito, attraverso una circolare emanata in quella data, l'attivazione delle aree di isolamento all'interno delle

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

case di riposo: aree di isolamento da un lato, contenimento e disciplina per quanto riguarda le visite dei familiari, in modo tale da contrastare il più possibile l'entrata del virus attraverso questo vettore, disposizioni poi che andavano a integrarsi con i programmi di screening messi in atto dalla Regione. Tali programmi di screening erano sia per ospiti che per operatori, che come avete discusso e sapete, hanno visto delle evoluzioni nel tempo rispetto agli sviluppi tecnologici di questo strumento.

Ovviamente, il tampone nasofaringeo aveva delle caratteristiche sotto il profilo della processazione, quindi i tempi per arrivare al referto di positività o meno. Quanto ai test rapidi, inizialmente si lavorava con i sierologici, che avevano una durata di processazione sostanzialmente istantanea.

Ricordo che il sierologico nel momento in cui veniva refertato positivo per quanto riguarda l'ospite, era considerato contagiato; per quanto riguarda l'operatore, veniva a sua volta confermato da un tampone nasofaringeo.

Questa è stata una prima base di riferimento, questa nota circolare, era un venerdì, che aveva la sua efficacia a decorrere dal giorno 9 marzo. Poi, con la frenesia, che conoscete, di tutte le disposizioni ministeriali e le messe a punto anche da parte nostra di tutte le misure necessarie a mano a mano che le conoscenze emergevano, nel giro di neanche dieci giorni abbiamo ulteriormente perfezionato questa circolare, con un maggior dettaglio nella descrizione delle misure da porre in atto nella definizione in queste strutture e nei nostri centri di servizi, che, grosso modo, come ha ricordato anche il dottor Volpe questa mattina, sono tra 33 e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

40 strutture nel Veneto, che sono strutture che hanno una loro fisionomia architettonica particolare, e in forza di questo, appunto con queste seconde indicazioni, abbiamo suggerito delle misure di intervento proprio per garantire l'isolamento, secondo anche gradazione rispetto alle gravità degli ospiti e ai contatti stretti probabili, secondo le varie classificazioni, che non sto a ripetere, ma conosciamo, in modo tale da adeguarsi il più possibile alle varie classificazioni di gravità degli ospiti.

Questa impostazione è stata, nel tempo, ripresa anche nelle varie ordinanze, più o meno perfezionata. In particolare, si è lavorato molto sulla disciplina dei visitatori, dei familiari, dei congiunti, per garantire il concetto della relazione, che abbiamo più volte sentito questa mattina richiamare proprio per queste strutture, per le caratteristiche dell'ospite, per garantire le visite nella massima sicurezza. È chiaro che alcune situazioni hanno richiesto anche delle sospensioni delle visite, ma è intervenuto, dall'altra parte, il soccorso attraverso la tecnologia, quindi da parte nostra con le indicazioni e da parte delle strutture con l'attivazione dei tele-contatti con i familiari.

Questo, lo ripeto, è stato l'intervento, ovviamente portato avanti in un contesto di una strategia di screening sia della popolazione in generale, che nello specifico di quel target di utenza e di popolazione che sono gli operatori all'interno delle strutture.

Questo è un primo obiettivo che abbiamo perseguito, che ritengo sia stato nel possibile della realtà portato avanti, con risultati, dal mio punto di vista, positivi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

L'altro obiettivo è stato quello di garantire un supporto alle strutture che maggiormente vedevano una presenza di operatori colpiti dal Covid e, quindi, contagiati attraverso l'intervento delle Aziende sanitarie, in particolare mediante l'attivazione delle USCA, che hanno apportato all'interno delle strutture quella dimensione clinica in parallelo e anche a supporto dei medici curanti che già operavano all'interno delle strutture. Quindi, vi è stata un'operazione di supporto sotto questo profilo da parte delle Aziende sanitarie. Dalla panoramica che ho avuto ho potuto seguire, attraverso anche incontri, se non settimanali, di quindici giorni in quindici giorni, in videoconferenza con i direttori dei servizi sociali per condividere, omogeneizzare e armonizzare i vari interventi che venivano fatti sui vari territori, in modo da tendere a risposte il più possibile omogenee, salve, ovviamente, le peculiarità.

Dall'altra parte, sempre con un'ottica attenta al tessuto delle Case di riposo presenti nel nostro territorio, che ha una sua storia sotto questo profilo, la Regione, da quello che mi risulta unica nella panoramica nazionale, ha portato avanti un intervento, anche economico, importante. Con due, tre, quattro provvedimenti (adesso non ricordo il numero), abbiamo fatto un intervento complessivo attorno ai 24 milioni di euro a sostegno di maggiori costi che le Case di riposo hanno dovuto sostenere nel far fronte alla pandemia, sia per – come dicevo prima – l'organizzazione o la riorganizzazione in aree di isolamento sia rispetto anche ai cali di fatturato dovuti a una flessione negli ingressi nelle strutture.

Quindi, ripeto, un'operazione economicamente importante, non corrisposta a livello dello Stato, perché lo Stato è

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

intervenuto sul fronte – e ci mancherebbe altro – della disabilità con misure specifiche, sulle quali abbiamo lavorato, ovviamente, anche noi, dando attuazione e portando avanti anche su quel fronte di utenza, un target di utenza molto delicato, interventi di messa in sicurezza e interventi di sostegno economico.

Questi sono i tre punti rispetto al quesito che mi avete posto in termini di "quali misure". Queste sono le più caratterizzanti, che si sovrappongono, ovviamente, a tutte le altre misure che la Regione ha messo in atto sul fronte igienico-sanitario, che sono state – immagino – già rappresentate dai miei ex colleghi per tutta l'area della sanità.

Presidente

A posto così?

Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali)

Sì.

Presidente

Ci sono domande? Collega Camani, prego.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)

Grazie.

Ringrazio, ovviamente, anche in questo caso, per le informazioni offerte.

Solo per specificare che i 24 milioni di euro che la Regione ha stanziato con le due delibere che lei ha citato erano fondi nazionali del Fondo nazionale per la non autosufficienza.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Quindi, sono stati soldi che lo Stato aveva già dato alla Regione per il Fondo per la non autosufficienza, che la Regione ha dirottato in questa direzione. Lo dico per precisare, visto che l'audito ha specificato che non erano risorse nazionali. In realtà, siccome attraverso le risorse nazionali straordinarie per il Covid si erano riempiti determinati capitoli, anche quelli che venivano finanziati con questo fondo, conseguentemente queste risorse si sono liberate. Però è sempre un intervento, nella sostanza, finanziato dal Governo. Lo dico tanto perché – come si dice – rimanga a verbale anche la precisazione rispetto ad alcune affermazioni che si fanno.

Fatta questa precisazione, vorrei capire un elemento, che mi sembra quello più rilevante. Rispetto ai protocolli di gestione o di modalità organizzativa che riguardavano il settore di cui lei si è occupato, ci sono state differenze sostanziali, sia in termini di contenuto che di tempistiche, tra le indicazioni del Governo e le decisioni assunte dalla Regione del Veneto? A fronte, cioè, del fatto che in questa regione in quei contesti c'era una criticità rilevante, la Regione del Veneto ha adottato procedure e protocolli particolari? Oppure si è limitata ad applicare – in maniera rigorosa, come lei ci ha spiegato – protocolli e modalità già previste a livello nazionale per situazioni anche meno pesanti?

La seconda domanda, invece, è questa. Rispetto alla gestione dei casi critici all'interno delle strutture, di cui abbiamo parlato anche nelle audizioni precedenti, lei ha qualche dato da fornirci sul punto. Quanti sono, ad esempio, se lei ne ha contezza, le persone decedute in casa di riposo che avrebbero

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dovuto essere o avrebbero potuto essere curate in altre strutture? Avete questo tipo di monitoraggio oppure tutti i decessi sono uguali per voi dentro alle case di riposo?
Le risulta che sia accaduto che in quei mesi alcune case di riposo avessero fatto richiesta per ricoverare in strutture ospedaliere i propri pazienti in condizioni critiche e non siano state messe nelle condizioni per farlo? Sostanzialmente c'è, secondo quanto vi risulta, un paziente che nelle case di riposo non era nelle condizioni di essere curato sulla base delle necessità cliniche che dimostrava?

Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali)
Le rispondo in sequenza.
I 24 milioni di euro a cui facevo riferimento non erano soldi del Fondo nazionale della non autosufficienza. A questi, se vogliamo, possiamo aggiungere altri 20 milioni di euro, questi sì del Fondo, che con alcuni dei presenti in questa giornata di oggi abbiamo studiati per andare incontro anche alle famiglie attraverso la definizione di una quota di accesso. Questi sì, sono fondi della non autosufficienza. Gli altri 24 milioni di euro erano risorse che abbiamo recuperato all'interno del bilancio regionale.
Seconda questione, i protocolli. Per quanto mi risulta, quello che abbiamo attivato l'abbiamo attivato prontamente e a volte anche in anticipazione a quelle che sono state delle misure messe in campo dallo Stato. Quindi, sotto questo profilo, le strutture regionali avevano un elemento in avanti rispetto alle indicazioni statali. Quando arrivavano le indicazioni statali, prontamente venivano subito comunicate e trasmesse alle aziende sanitarie per essere a loro volta trasmesse e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

illustrate ai centri di servizi.
Dai monitoraggi che noi abbiamo fatto e dai contatti con le Direzioni dei servizi sociali, a loro volta conferenze in *call* venivano fatte con sistematicità settimanale proprio per condividere le linee strategiche di applicazione delle disposizioni regionali prima e statali successivamente, ma anche dell'Istituto superiore di sanità. Pertanto questo garantiva quell'elemento di tempestività e immediatezza nell'applicazione delle disposizioni che dovevamo seguire.
Per l'ultima domanda quello che posso dirle è questo. Tutti gli ospiti che avevano bisogno di ricovero venivano ricoverati. Su questo, la presenza delle USCA e la presenza di medici curanti all'interno delle strutture è stata l'entità prescrittiva del ricovero. Per quanto mi risulta, non posso che dirle che non è mai stato trattenuto o rifiutato un ricovero che aveva necessità di essere ricoverato.

Presidente
Camani.

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Scusi, giusto perché non vorrei aver inteso male, lei ci dice che di fatto i protocolli adottati dalla Regione del Veneto erano gli stessi coincidenti con quelli adottati a livello nazionale. La differenza era che è accaduto che noi li abbiamo adottati qualche tempo prima, un po' prima in modo da essere più preparati quando arrivavano quelli nazionali. Ma tendenzialmente, erano le medesime o c'erano delle differenze?

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali)
Nella sostanza avevamo degli elementi per anticipare alcune misure. Ho fatto riferimento a quelle della (inc.) da un lato e quella…

Presidente
Non la sentiamo, dottor Garbin. Abbiamo l'audio…

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Quindi lei dice: avevamo degli elementi per sapere che il Governo sarebbe andato in quella direzione, li abbiamo anticipati coinvolgendo gli operatori: ma di qualche giorno, immagino, perché in realtà siccome sapevamo che si sarebbe arrivati lì, li abbiamo anticipati di qualche giorno. Però, non abbiamo ritenuto necessario, stante la situazione, adottare protocolli differenti o più rigidi rispetto a quelli stabiliti a livello nazionale. Era solo questo.

Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali)
Eravamo allineati… Mi sentite?

Presidente
Sì, anche se non benissimo.

Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali)
I protocolli ministeriali statali sono stati pubblicamente applicati dalla Regione, comunicati e quant'altro, se vuole con ulteriori rafforzamenti laddove c'erano i margini per poterlo fare.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Vanessa CAMANI (Partito Democratico Veneto)
Posso capire quali erano questi rafforzamenti?

Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali)
Ad esempio, le visite dei familiari.
Siamo stati abbastanza rigidi, noi, da un lato, ovviamente tenendo conto degli andamenti delle curve epidemiologiche, e anche nelle stesse strutture, a seconda della situazione che sperimentavano all'interno della loro struttura.

Presidente
Altre domande? Collega Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Buongiorno, dottor Garbin, grazie per la relazione, grazie per essere qua in audizione.
Le volevo chiedere questo: noi abbiamo la delibera n. 1231 del 2018, sul protocollo tra USL e case di riposo, non so se lo ha presente, dove vengono regolamentati i rapporti.
Mi saprebbe dire come mai in certi momenti, soprattutto nei momenti anche di gravità della pandemia, che poi per le case di riposo sono state sia nella prima fase che nella seconda, pur sicuramente peggiore nella seconda, si è parlato di autonomia di gestione delle case di riposo da parte della Regione? Soprattutto, se ne è parlato nel momento in cui dovevamo fornire alle case di riposo le strutture e i presìdi e nel momento in cui dovevamo fornire ovviamente tamponi sia per il personale che per gli utenti, e soprattutto anche laddove, nel momento in cui abbiamo capito che la divisione e l'isolamento poteva essere un fatto molto importante da

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

regolamentare all'interno delle stesse case di riposo, si era pensato di procurare, o comunque adattare strutture diverse di fatto mai attivate, per portare gli anziani Covid o non Covid, quantomeno per differenziare e isolare all'interno delle strutture che non potevano farlo, gli anziani pazienti.
Grazie.

Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali)
La delibera che lei ha richiamato è quella degli accordi contrattuali approvata nel 2018. Siamo in un periodo completamente fuori dall'emergenza. In effetti, le strutture sono strutture indipendenti, autonome, hanno personalità giuridica propria, sulla quale la Regione attraverso quel provvedimento, quindi, nell'ambito del regime dell'accreditamento, può intervenire su queste e stabilire i parametri e gli standard per poter essere da un lato autorizzate all'esercizio, dall'altro accreditate. Questo è il primo elemento.
Chiaramente, con le indicazioni che la Regione nel momento di emergenza pandemica ha portato avanti, le strutture avevano tutti gli elementi e le indicazioni per tutelare tutto il corpo, da un lato del personale, ma anche, ovviamente, degli ospiti, quindi, delle conoscenze che venivano progressivamente ad evolversi maggiormente nel tempo, a mano a mano che c'erano degli incrementi sulle conoscenze di come reagiva e di come agiva questo virus, e dovevano attenersi a quelle che erano le indicazioni fornite. Quindi, il fatto dell'autonomia è un fatto giuridico. Ci sta. Poi, è chiaro che si lavora a sistema e, come ho cercato di dirvi prima, attraverso il supporto e il coordinamento delle Aziende sanitarie le varie strutture

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

afferenti a ciascun territorio sono state seguite e le indicazioni sono state specificate caso per caso, ripeto, anche in relazione a quelli che erano i vincoli architettonici delle singole strutture.
Mi sfugge la seconda domanda che mi ha fatto, dottoressa. Me la potrebbe ripetere?

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Era relativa alla necessità di mettere in isolamento gli ospiti all'interno delle strutture che, per dimensioni o per struttura, non potevano farlo e, quindi, creare altre strutture per poi inserirvi le persone all'interno.

Dott. Fabrizio GARBIN (Ex Direttore Direzione Servizi Sociali)
Questo tipo di intervento è stato un intervento che è stato pensato, però a detta di tutti gli addetti ai lavori risultava di difficile concretizzazione. Uno, bisognava recuperare delle strutture, volontariamente anche, da destinare, ancorché temporaneamente, a una presenza Covid all'interno, appunto, della struttura. Due, l'operazione del trasporto degli ospiti dalla precedente struttura alla nuova struttura, con tutte le ripercussioni dal punto di vista dell'ospite, che sappiamo essere una persona delicata, soggetta a fattori di varia natura, psicologici in particolare, soprattutto se pensiamo al cambio dell'équipe e delle persone che si prendono cura di loro, per cui nella situazione di partenza questi li conoscono, nella situazione di arrivo sarebbero state persone diverse. Questo è uno degli aspetti. Poi, nella situazione in cui abbiamo vissuto nella seconda ondata pandemica, sarebbe stato un andirivieni su tutto il territorio di spostamenti vari.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Si è dimostrato, invece, fortemente efficace l'intervento all'interno delle strutture colpite, quello dell'isolamento, perché gli isolamenti sono stati fatti, da un lato, con aree dedicate all'isolamento funzionale e ai nuovi ingressi e, dall'altro, per mantenere separate, quindi non in contatto con gli altri ospiti, sezioni di strutture, appunto per mantenere quegli ospiti che erano contagiati in una situazione isolata. Per cui, lo spostamento dell'ospite, laddove è avvenuto, è avvenuto esclusivamente all'interno della stessa struttura.
Lo ripeto, questa è stata la formula che ha consentito di affrontare in maniera efficace la situazione soprattutto nella seconda fase della pandemia.

Presidente
Prego, collega Bigon.

Anna Maria BIGON (Partito Democratico Veneto)
Grazie mille per la relazione. Tengo solo a precisare rispetto a quel protocollo che si diceva che, se da una parte il termine giuridico sull'autonomia di per sé è evidente, dall'altra la Regione, pur questo protocollo sottoscritto prima della pandemia, quindi nel 2018, prevedeva l'erogazione di presìdi e prevedeva anche il sostegno nell'emergenza. Dopodiché, si è utilizzato, invece, questo protocollo sotto altri termini proprio per supportare, come autonomia, la gestione e la collaborazione tra l'uno e l'altro Ente.
Comunque, grazie per la relazione.

Presidente
Qualcun altro? Se non ci sono altre domande, ringrazio il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dottor Garbin.

Chiudiamo qui la Commissione. Arrivederci.

La Seduta termina alle ore 13.12

Allegato 2

Documentazione audizione dott.ssa Francesca Russo (13 luglio 2021)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 23 NOV. 2020 Protocollo N° 498884 Class: G.900.01.1 Prat. Fasc. Allegati N 2

Oggetto: trasmissione relazione del Gruppo Regionale per il supporto organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto finalizzato all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione di sanità pubblica nell'ambito dell'emergenza COVID-19 "*Incontro con i referenti per l'emergenza COVID-19 dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS 6 Euganea e ULSS 9 Scaligera*".

Alla c.a.
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi Igiene e Sanità Pubblica
Azienda ULSS 6 Euganea
Azienda ULSS 9 Scaligera

e p.c.

Gruppo Regionale per il supporto organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto

LORO SEDI

Con la presente si trasmette in allegato la relazione del Gruppo Regionale di cui all'oggetto.

Facendo seguito a quanto stabilito con Decreto n. 61/2020 del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, si è proceduto ad istituire un Gruppo di Lavoro Regionale al fine di supportare le Aziende ULSS della Regione del Veneto e, nello specifico, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione, nella realizzazione di strategie organizzative che possano dare un'efficace attuazione alle misure di prevenzione e protezione di Sanità Pubblica nell'ambito dell'emergenza COVID-19, stabilite a livello nazionale e regionale.

Tale relazione, redatta dal Gruppo di Lavoro Regionale a seguito dell'incontro intercorso in data 13.11.2020 con i referenti per l'emergenza COVID-19 delle Aziende ULSS 6 Euganea e ULSS 9 Scaligera presso le rispettive sedi dei Dipartimenti di Prevenzione, presenta una prima analisi organizzativa condotta alla luce dello scenario epidemiologico attuale e le criticità emerse nel territorio di competenza delle rispettive Aziende ULSS, individuando gli interventi prioritari da attuare al fine di garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Si informa, inoltre, che tali necessarie misure correttive nelle attività di inchiesta epidemiologica e di rintraccio dei contatti, individuate e riportate nel documento allegato, saranno oggetto di specifico monitoraggio periodico, anche attraverso un processo di benchmarking con altre realtà e in rapporto alla situazione epidemiologica in corso, al fine di individuare le più idonee strategie di sviluppo per il futuro per un'efficace gestione dell'emergenza e per il contenimento dei contagi.

Ringraziando per la consueta collaborazione, si porgono distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Responsabile dell'istruttoria:
Dott. Michele Tonon/BS
Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Oggetto: Gruppo Regionale per il supporto organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione relazione incontro con i referenti per l'emergenza COVID-19 dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS 6 Euganea e ULSS 9 Scaligera.

Al
Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Il Gruppo Regionale - istituito con Decreto n. 61/2020 del Direttore della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare, Veterinaria per il supporto organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto finalizzato all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione di sanità pubblica nell'ambito dell'emergenza COVID-19 - in data 13.11.2020 ha incontrato presso le rispettive sedi del Dipartimento di Prevenzione, i referenti per l'emergenza COVID-19 delle Aziende ULSS 6 Euganea e ULSS 9 Scaligera.

Incontro	**Presenti: Azienda ULSS**	**Presenti: Gruppo Regionale**
ore 10.00 Sede: Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 6	dott.ssa Benini, dott.ssa Simoncello, dott.ssa Gottardello, dott. Benacchio	dott. Selle, dott. Tonon, dott. Menon
ore 15.00 Sede: Dipartimento di Prevenzione Azienda ULSS 9	dott. Sandri, dott.ssa Napoletano, dott.ssa Marcer, dott. Girardi, dott.ssa	dott. Cinquetti, dott. Tonon, dott. Menon

Si premette che l'Azienda ULSS 6 Euganea e l'Azienda ULSS 9 Scaligera si caratterizzano per un'elevata numerosità di assistiti in quanto sono le Aziende ULSS più grandi della Regione del Veneto. Tale aspetto evidenzia un'elevata numerosità di nuovi positivi in termini assoluti e le conseguenti difficoltà oggettive per definire un modello organizzativo rispondente alle specifiche necessità e caratteristiche territoriali.

La situazione presentata e derivante dai dati elaborati dalla Direzione Prevenzione, si caratterizza principalmente nello scenario epidemiologico attuale per un ritardo relativo al subentrato carico di attività nella presa in carico di una quota di soggetti positivi e per la difficoltà nel garantire la tempestività delle disposizioni contumaciali necessarie. La modalità di presa in carico dei nuovi positivi e la conduzione delle principali azioni di sanità pubblica e di tracciamento dei contatti sono state quindi identificate come principali elementi da cui partire con l'analisi organizzativa. Parimenti si è analizzato quali strumenti informativi a supporto di tali azioni sono attualmente utilizzati dal personale e le modalità con cui le azioni attuate sono registrate sugli applicativi regionali appositamente individuati.

Dall'analisi condotta sono emerse le seguenti necessità di adeguamento alla luce dello scenario epidemiologico attuale:

1. adozione prioritaria di un **modello di presa in carico rapida (Vedi documento Allegato)**, standardizzata e semplificata per i nuovi positivi, che prevede
    a. a) una telefonata di presa in carico del positivo (durata media stimata di 10-12 minuti) da garantire tempestivamente per ogni nuovo positivo entro le 48 ore;

   b. b) una telefonata di contact tracing (durata media stimata di 30 minuti) da garantire entro 4-5 giorni dal riscontro della positività, per le attività di tracciamento ad integrazione di quanto eventualmente già effettuato dal MMG in accordo con l'OPGR n. 148 e successive modifiche;
2. **puntuale registrazione in SIAVR-COVID** dei dati relativi alla presa in carico (es. stato clinico e data primi sintomi) e dei dati relativi ai contatti individuati con le attività di tracciamento;
3. **coinvolgimento di tutte le diverse figure professionali disponibili** (es. tecnici della prevenzione, personale amministrativo, ecc.) **nelle attività di presa in carico rapida**, in seguito a breve *training* formativo e supportate da un operatore "esperto" di riferimento;
4. adeguamento del numero di operatori coinvolti nelle attività di presa in carico e tracciamento, anche su base giornaliera in funzione del numero di nuovi positivi quotidianamente registrati e tendente al numero definito con decreto regionale n. 782/2020;
5. reclutamento, a supporto del personale identificato per le attività di presa in carico e tracciamento, anche di personale impegnato in attività non-COVID per frazioni di giornata lavorativa, per rafforzare il numero di prese in carico;
6. identificazione precisa del personale coinvolto nelle attività di presa in carico e tracciamento anche su base giornaliera al fine di garantire la presa in carico dei nuovi positivi tempestivamente; identificazione del carico di lavoro e monitoraggio di quanto svolto da ogni operatore impegnato nelle attività di tracciamento;
7. **identificazione di personale referente** per le attività di cui al presente modello che svolga un ruolo di coordinamento, monitoraggio e suddivisione dei carichi di lavoro;
8. **monitoraggio attraverso rilevazione puntuale su base quotidiana** del n. di operatori coinvolti (unità tempo pieno equivalenti) suddivisi tra presa in carico del positivo e tracciamento, e per categoria professionale (assistenti sanitari, medici, tecnici della prevenzione, infermieri, studenti, amministrativi, altro); i dati relativi a tale monitoraggio dovranno essere valutati dai referenti individuati per le attività di presa in carico e di contact tracing e da rivalutare a distanza indicativa di 15 giorni;
9. introduzione di sistemi di intelligenza artificiale nell'attività di contact tracing;
10. specificamente per l'Azienda ULSS 6 Euganea si raccomanda l'utilizzo degli applicativi regionali per la registrazione dei dati relativi alle inchieste epidemiologiche evitando ovunque possibile l'utilizzo di altri strumenti alternativi di archiviazione; l'eventuale utilizzo di applicativi deve garantire un'attività di supporto non aggiuntiva a quanto previsto su base regionale.

In ragione delle indicazioni sopra esposte, la prima analisi condotta ha individuato, come priorità necessaria di intervento, quella di rimodulare la gestione della presa in carico dei nuovi positivi, al fine di renderla tempestiva e sostenibile, ribadendo la necessità di utilizzare sempre il gestionale regionale per le attività di sanità pubblica. L'attuale situazione, gravata da un ingente carico di lavoro richiesto dallo scenario epidemiologico nazionale e regionale, evidenzia quindi una disomogeneità dei modelli di presa in carico dei casi positivi di COVID-19 sotto il profilo degli interventi di Sanità Pubblica nel contesto del territorio della Regione del Veneto. Per uniformare le modalità e per rendere sostenibile la presa in carico tempestiva dei nuovi positivi si propone di definire **un modello per la presa in carico rapida del nuovo positivo che garantisca la tempestività sotto il profilo degli interventi di sanità pubblica.** Tale modello (Allegato 1) - da attuare prioritariamente nei contesti che hanno rilevato delle criticità nella presa in carico standard nei tempi previsti - deve definire la priorità di intervento nella cerchia dei conviventi e dei contatti stretti familiari garantendo, nei confronti del soggetto positivo, le prime e più importanti azioni di sanità pubblica per renderle tempestive e sostenibili.

Tale approccio di semplificazione risulta in linea con quanto previsto nel documento "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

autunno-invernale" redatto dall'Istituto Superiore di Sanità afferma che, nel periodo compreso tra novembre e dicembre 2020, in particolare in presenza di uno scenario epidemiologico caratterizzato da una trasmissibilità virale sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo (Scenario 3 e Scenario 4), le attività di inchiesta epidemiologica e contact tracing possono essere semplificate e rimodulate al fine di garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica per il contenimento dei contagi.

Con l'occasione si porgono distinti saluti.

Data 19.11.2020

IL GRUPPO REGIONALE
Il Coordinatore
f.to dr. *Sandro Cinquetti*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Linee di indirizzo

Modello regionale per la "presa in carico rapida"

dei nuovi casi positivi a SARS-CoV-2

v. 00 18.11.2020

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PREMESSA

L'attuale situazione, gravata da un ingente carico di lavoro richiesto dallo scenario epidemiologico nazionale e regionale, evidenzia una disomogeneità dei modelli di presa in carico dei casi positivi di COVID-19 sotto il profilo degli interventi di Sanità Pubblica nel contesto del territorio della Regione del Veneto.

Il documento "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*" dell'Istituto Superiore di Sanità afferma che, in presenza di uno scenario epidemiologico caratterizzato da una trasmissibilità virale sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo (Scenario 3 e Scenario 4), le attività di inchiesta epidemiologica e *contact tracing* possono essere rimodulate al fine di garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica per il contenimento dei contagi.

È importante valutare anche nuovi modelli organizzativi che consentano al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, nell'attuale scenario epidemiologico, di garantire in ogni condizione la tempestiva presa in carico dei soggetti positivi e di attuare le conseguenti azioni di sanità pubblica in sinergia con i diversi attori coinvolti.

OBIETTIVO

Garantire la **presa in carico rapida** di tutti i **nuovi positivi entro 24-48 ore** dal riscontro di positività al fine di disporre l'isolamento del positivo e comunicare ai conviventi e contatti stretti l'obbligo di rimanere in quarantena presso il proprio domicilio e informare gli interessati circa le misure igienico-comportamentali previste.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il modello di presa in carico "rapida" si applica prioritariamente ai contesti che, con il modello standard di presa in carico dei nuovi positivi e di conduzione dell'inchiesta epidemiologica, hanno riscontrato criticità nel garantire una presa in carico tempestiva.

MODALITÀ OPERATIVA

	CHI	AZIONE	QUANDO	COSA
1	**SISP**	**Invio SMS** di notifica	Al riscontro della positività[1]	● **informa della positività** ● contiene le indicazioni su come **ricevere**: ○ il **provvedimento formale di isolamento,** ○ informazioni sui **comportamenti da tenere** durante l'isolamento, ○ materiali o riferimenti a supporto dell'informazione e delle attività di *contact tracing*.
2	**SISP**	**Telefonata di presa in carico del positivo** (durata media stimata di 10-12 minuti)	**Entro 24-48 ore** dal riscontro di positività	● **informa della positività** ● **raccoglie informazioni** su ○ presenza di **sintomi nel soggetto positivo,** ○ presenza di **conviventi**; ● **informa** il **soggetto positivo:** ○ obbligo di **rimanere in isolamento,** ○ SMS informativo (se non è già stato ricevuto), ○ di rivolgersi al Medico curante per la gestione clinica in caso di sintomi, ○ predisporre un elenco con i riferimenti dei suoi contatti stretti, in attesa di essere richiamato dal SISP per il *contact tracing,* ● **dispone l'isolamento** (se non già disposto dal Medico curante); ● **raccomanda di informare i conviventi e i contatti stretti** (anche indirettamente tramite il soggetto positivo) della necessità di ○ **rimanere in quarantena presso il proprio domicilio,** ○ **rivolgersi al Medico curante per la disposizione formale di quarantena** e per richiedere il certificato INPS di malattia, se necessario, oltre che per l'eventuale gestione clinica in caso di insorgenza di sintomi.
3	**MMG**	Presa in carico del **Medico di Medicina Generale**	Su iniziativa dell'assistito positivo o contatto di caso	**Il MMG per i propri assistiti** (positivi e conviventi o altri contatti stretti di soggetti positivi): ● **valuta le condizioni cliniche**; ● **dispone l'isolamento del positivo e la quarantena dei conviventi o altri contatti stretti individuati** (se non già disposti dal SISP); ● **raccomanda e rinforza** i comportamenti da tenere durante il periodo di isolamento e di quarantena.
4	**SISP**	**Telefonata di contact tracing** (durata media stimata di 30 minuti)	Appena possibile, (entro 4-5 gg)	● **raccoglie eventuali ulteriori informazioni** (es. insorgenza sintomi); ● **dispone la quarantena per i conviventi** del soggetto positivo (se non già disposta dal Medico curante), ● **contatta eventuali altri contatti stretti** segnalati per disporre la quarantena (se non già disposta dal Medico curante). ● analizza e valuta con attenzione i **contesti lavorativi e le collettività frequentate**.

[1] *In graduale integrazione con funzionalità presente in SIAVR*

Si evidenzia che, rispetto a quanto attualmente previsto per la presa in carico "standard", il **personale coinvolto nella telefonata breve** di presa in carico del soggetto positivo potrà essere individuato anche tra le **risorse professionali con minor grado di specializzazione in ambito sanitario e di inchiesta epidemiologica** (es. personale tecnico-amministrativo, tirocinanti, studenti, personale della protezione civile, volontari, ecc.), considerati i compiti e le attività previste. Il Servizio garantirà al personale coinvolto in questa specifica attività un breve *training* formativo, individuando un operatore "esperto" di riferimento che risponda ad eventuali criticità (es. Assistente Sanitario).

La programmazione dei tamponi per i soggetti posti in quarantena e per la definizione della negativizzazione avviene secondo la specifiche modalità organizzative aziendali.

Le Aziende ULSS, al momento dell'attuazione del modello, provvederanno a comunicare ai Medici di Medicina generale e agli altri attori coinvolti i tempi e le modalità della presa in carico dei pazienti.

Tutte le attività svolte in materia di presa in carico del soggetto positivo e di tracciamento dei contatti devono essere registrate negli applicativi regionali (SIAVR per gli operaotri del SISP e Portale Operatore per la Medicina Generale, in graduale integrazione informatica) per gli opportuni scambi informativi tra gli attori coinvolti e per le conseguenti necessità di monitoraggio regionale e nazionale.

MONITORAGGIO

Al fine di valutare l'efficienza del modello di presa in carico proposto, verrà predisposto un sistema di monitoraggio attraverso la rilevazione di specifici indicatori individuati (es. tempo medio trascorso tra il riscontro della positività e la presa in carico, numero di soggetti positivi non presi in carico per data di rilevazione, ecc.).

ALLEGATO 1. STIMA FABBISOGNO RISORSE

In base ai dati riportati da Azienda Zero, considerando in particolare la prima metà del mese di novembre, si stima una media di 2700 nuovi casi/die (range stimato: 2500-2900 nuovi casi/die) e un'incidenza 55/100.000 abitanti (range stimato: 51-59/100.000 abitanti). Pertanto, si stima il seguente fabbisogno di risorse:

- **Telefonata di presa in carico del positivo** (10-12 minuti): 40 telefonate/die (10-12 minuti/telefonata) al netto di eventuali pause e tempi tecnici. Gli operatori possono essere individuati in figure professionali con minor grado di specializzazione.
- **Telefonata di contact tracing** (30 minuti): 20 telefonate/die (20 minuti/telefonata) al netto di eventuali pause e tempi tecnici. Gli operatori devono essere opportunamente formati.

Ipotizzando, per semplicità, che in ogni giorno della settimana (inclusi i festivi) venga garantito lo stesso numero di telefonate, si stima il seguente fabbisogno di risorse:

Provincia	**Abitanti (appross.)**	**Casi/die (stimati)**	**Stima[2] n. operatori (unità tempo pieno equivalenti) TELEFONATA DI PRESA IN CARICO DEL POSITIVO**	**Stima[1] n. operatori (unità tempo pieno equivalenti) TELEFONATA DI CONTACT TRACING**
Belluno	206000	113 (Range stimato: 105-122)	2-3	5-6
Treviso	885000	486 (Range stimato: 451-522)	11-13	21-24
Venezia	855000	470 (Range stimato: 435-505)	11-13	21-25
Rovigo	240000	132 (Range stimato: 121-143)	3-4	6-7
Padova	937000	515 (Range stimato: 477-553)	12-14	23-26
Vicenza	867000	477 (Range stimato: 441-511)	11-13	22-25
Verona	922000	507 (Range stimato: 470-544)	12-14	23-27
VENETO	**4906000**	**2700 (Range stimato: 2500-2900)**	**62-74**	**121-140**

[2] *Le stime considerate hanno valore indicativo.*

ALLEGATO 2. CHECK LIST TELEFONATA PER PRESA IN CARICO RAPIDA SOGGETTO POSITIVO

- □ Presentazione dell'operatore e della finalità della telefonata.
- □ Confermare l'identità del soggetto.
- □ Comunicare l'**esito** del test.
- □ Chiedere al soggetto se ha già ricevuto l'**SMS** contenente l'esito del test le informazioni su come ricevere:
    - il **provvedimento di isolamento**;
    - l'**informativa contenente le raccomandazioni igienico-comportamentali** da rispettare durante l'isolamento;
    - **ulteriore materiale** o riferimenti informativi e per le attività di contact tracing.
- □ Raccogliere informazioni riguardanti lo **stato di salute** attuale:
    - Se sintomi gravi (difficoltà a respirare), invitare a contattare 118;
    - Se sintomi non gravi (febbre >37,5 C°, tosse, assenza di gusto e/o olfatto ecc), invitare a contattare il Medico curante per valutazione clinica;
    - In assenza di sintomi, invitare a monitorare sintomi e misurare temperatura corporea 2 volte al giorno e a contattare il Medico curante in caso di insorgenza di sintomi. In caso di insorgenza di difficoltà respiratoria e/o altri sintomi gravi informare di chiamare il 118 immediatamente.
- □ Chiedere al soggetto se si trova presso la propria abitazione: **se il soggetto si trova fuori dalla propria abitazione**, informarlo che ha l'obbligo di legge di rientrare immediatamente al domicilio, se possibile evitando l'utilizzo di mezzi pubblici e da solo.
- □ Informare il **soggetto positivo** che ha l'**obbligo di legge di rimanere in isolamento 10 giorni** presso la propria abitazione, **isolandosi dai conviventi e rispettando le raccomandazioni igienico-comportamentali**.
- □ Informare i **conviventi e i contatti stretti**, indirettamente tramite il soggetto positivo, che devono **rientrare tempestivamente al domicilio per iniziare la quarantena di 10 giorni** e che devono rivolgersi al Medico curante per la disposizione formale di quarantena e, in caso di presenza di sintomi, per l'opportuna valutazione clinica.
- □ Invitare il soggetto e i conviventi e contatti stretti a rivolgersi al Medico curante per richiedere il certificato assenza dal lavoro a fini INPS, se necessario.
- □ Invitare i conviventi in quarantena a rispettare rigorosamente le raccomandazioni igienico-comportamentali evitando, per quanto possibile, i contatti con il soggetto isolato.
- □ Invitare i conviventi e i contatti stretti, indirettamente, ad automonitorare il proprio stato di salute e misurare la temperatura corporea 2 volte al giorno e, nel caso di insorgenza di sintomi, a contattare il proprio Medico curante per l'opportuna valutazione clinica. In caso di insorgenza di difficoltà respiratoria e/o altri sintomi gravi informare di chiamare il 118 immediatamente.
- □ Invitare il soggetto a predisporre un elenco con i riferimenti dei suoi contatti stretti e comunicare che verrà successivamente ricontattato dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica per il tracciamento dei contatti.
- □ Informare il soggetto circa le modalità di prescrizione ed esecuzione del tampone di fine isolamento.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data - 4 GEN. 2021 Prot. 708 Class.: G.120.04.1 Prat. Fasc. Allegati n. 2

Oggetto: Emergenza Covid 19 - Analisi e interventi per fronteggiare la persistenza di un'elevata incidenza nel territorio della Regione del Veneto.

Alla c.a.

Dott. Giovanni Rezza
Direttore Direzione Generale Prevenzione Sanitaria Ministero della Salute

Dott. Silvio Brusaferro
Presidente Istituto Superiore di Sanità

e, p.c. Assessore alla Sanità e Servizi Sociali

Alla luce dell'attuale scenario epidemiologico della Regione del Veneto (monitorato giornalmente attraverso una reportistica ad hoc, Allegato 1) si è provveduto ad analizzare nel dettaglio tutti gli interventi di carattere nazionale, regionale e locale già adottati rispetto a quanto previsto per lo Scenario di rischio attribuito alla Regione del Veneto sulla base del monitoraggio previsto dal DM del 30.4.2020.

Nello specifico sono stati attuati gli interventi di contenimento e mitigazione previsti per lo scenario 2 "*Trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo*" e in gran parte anche quelli previsti per lo scenario 3 "*Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo*" così come riportati nel documento "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*" trasmesso con circolare del Ministero della Salute del 9 ottobre 2020. Si allegano alla presente una tabella di sintesi di tutte le azioni intraprese (Allegato 2).

Considerato l'andamento dell'epidemia e degli indicatori adottati per classificare il rischio per le singole Regioni, nello spirito collaborativo si chiede se vi sono indicazioni da fornire su eventuali ulteriori interventi da attuare anche nell'ambito della scuola e dei servizi per l'infanzia e sulla mobilità interregionale e intraregionale. Su questi temi infatti la Regione del Veneto sta valutando ulteriori ipotesi restrittive.

Si resta in attesa di riscontro in tempo utile per intervenire in vista della ripresa delle attività scolastiche in presenza e di tutte le attività produttive, sociali e ricreative.

Con l'occasione si porgono distinti saluti.

AREA SANITÀ E SOCIALE
Il Direttore Generale
Dr. Luciano Flor

Referente dell'istruttoria: dott.ssa Francesca Russo

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia – tel. 041/2793455-1411-1473
e-mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it - pec.: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Fatturazione elettronica – Codice Univoco Ufficio 95VBT1

Cod. Fisc. 80007580279 P.IVA 02392630279

Allegato 1. Prospetto riassuntivo delle reportistica ad hoc per il monitoraggio epidemiologico

Si riporta di seguito l'elenco dei principali report prodotti a livello regionale, nei quali sono approfonditi specifici aspetti descrittivi dell'andamento dell'epidemia e della capacità di risposta nei singoli contesti. Tutti i report confluiscono nel sistema di biosorveglianza regionale, attivato fin dalle prime fasi con l'obiettivo di soddisfare i bisogni conoscitivi per il governo efficace dell'epidemia e per la definizione delle misure di prevenzione e controllo e delle necessarie azioni di sanità pubblica a tutela della salute dei singoli e della collettività, con l'obiettivo di contenere contagi, ricoveri e decessi.

Documento	Descrizione	Frequenza
Rapporto giornaliero nuovi positivi, ricoveri, decessi	Rapporto pubblicato 2 volte al giorno (ore 8.00 - ore 17.00) nel quale sono riportati (dati attuali e variazione rispetto alla pubblicazione precedente) i seguenti dati: casi positivi, ricoveri (area critica e area non critica), decessi, sia in strutture sanitarie, sia in strutture socio-sanitarie territoriali.	2/die
Rapporto giornaliero PS	Analisi degli accessi in Pronto Soccorso per singola Azienda ULSS	1/die
Rapporto giornaliero ricoveri	Analisi dettagliata dell'occupazione, per ogni singola Azienda, dei posti letto in Terapia Intensiva e in Area non critica	1/die
Rapporto giornaliero RSA	Analisi dettagliata dell'andamento dell'epidemia per ogni struttura socio-sanitaria territoriale, con descrizione di ospiti infetti, guariti e deceduti	1/die
Analisi tamponi effettuati dalla medicina territoriale	Analisi sull'attività di test con tampone antigenico effettuata da Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale e Pediatri di Libera Scelta	1/die
Analisi complessiva test (molecolari e antigenici)	Analisi sui principali dati relativi ai test effettuati (tamponi molecolari e tamponi antigenici), con dettaglio su strutture (pubbliche, private accreditate) ed esiti	1/die
Rapporto settimanale sull'andamento dell'epidemia	Rapporto pubblicato 1 volta a settimana con approfondimenti epidemiologici sui seguenti aspetti: - andamento giornaliero dei positivi - mappa dei tassi d'incidenza per comune e periodo di insorgenza - mortalità generale - ospedalizzazione - casi positivi nei centri servizi per anziani e disabili e strutture di riabilitazione - monitoraggio operatori sanitari	1/sett.

Tale reportistica si integra con il monitoraggio degli indicatori di cui al DM del 30.04.2020 e alimenta modelli previsionali utilizzati per stimare l'andamento della curva epidemica, con particolare riferimento a nuovi positivi, ricoveri in terapia intensiva e decessi.

Allegato 2. Tabella di sintesi di tutte le azioni intraprese per lo Scenario 2 e 3

Si riporta di seguito il dettaglio degli interventi previsti e le principali azioni attuate dagli organi nazionali e regionali per lo Scenario 3 "*Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo*" così come riportati nel documento "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*" trasmesso con circolare del Ministero della Salute del 9.10.2020.

Adeguamento delle strategie di testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	
semplificazione contact tracing [N, R, L]	Decreto Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 61 del 9 novembre 2020 - Istituzione di un Gruppo di Lavoro tecnico a supporto dei Dipartimenti di Prevenzione per l'organizzazione delle attività di presa in carico dei nuovi positivi e di tracciamento dei contatti stretti Definizione di un modello organizzativo di "*Presa in Carico Rapida*" da adottare nei momenti di rapido aumento dei soggetti positivi (23 novembre 2020) Costante sviluppo e adeguamento degli applicativi regionali (SIAVr-COVID integrato con Portale Operatore in uso a MMG/PLS) per la registrazione e tracciabilità delle attività di contact tracing.
priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione [R, L]	DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020 - Definizione delle priorità delle attività COVID rispetto alle attività ordinarie Incontri con Direttori SISP e Direttori Dipartimento di Prevenzione per prioritarizzazione delle attività Aggiornamento degli Obiettivi dei Direttori Generali con inserimento di un indicatore relativo all'attività di contact tracing
attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID [R, L]	DGR n. 782 del 16 giugno 2020- Piano di Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione e adeguamento delle dotazioni organiche Assunzione del personale reso disponibile a seguito del Bando di Manifestazione di interessa della Protezione Civile Nazionale e di Bandi Regionali (Azienda Zero) Avvio di un Monitoraggio ulteriore e specifico sulle attività e sul personale dei Dipartimenti coinvolto nelle attività di presa in carico e contact tracing (3 dicembre 2020) OPGR n. 148 del 31 ottobre 2020 con approvazione del Protocollo d'intesa con la MMG per le attività di esecuzione tamponi e provvedimenti contumaciali e contact tracing, con definizione di uno specifico protocollo operativo in sinergia con i Dipartimenti di Prevenzione DGR n. 1643 del 24 novembre 2020 - Approvazione di un progetto di ricerca dell'Università degli Studi di Padova e finanziato dalla Regione del Veneto che, tra gli obiettivi, dovrà studiare, sulla base dei dati raccolti dai Dipartimenti di Prevenzione, le modalità di diffusione del virus e generare un modello in grado di spiegare i dettagli delle catene di contagio ("*Progetto per valutare la prevalenza e la diffusione di SARS-CoV-2 nella popolazione")*
tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici	Definizione delle "*Indicazioni operativa per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2*" approvate in data 5 ottobre 2020. Definizione di uno specifico protocollo operativo per le attività di testing e tracciamento per SISP e MMG.

rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) [R, L]	DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020 - Rimodulazione delle attività di screening periodo per le categorie a maggior rischio
potenziamento alberghi per isolamento casi [R, L]	Individuazione di strutture alberghiere in accordo tra Azienda ULSS e Protezione Civile per le esigenze locali di isolamento e quarantena dei soggetti positivi, di soggetti post-dimissione o per gli operatori sanitari coinvolti in attività di assistenza a pazienti COVID-19.

Interventi di Comunità	
azioni (locali, provinciali e regionali) per l'aumento delle distanze sociali [R, L]	OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 (*ingresso per una sola persona per nucleo familiare, indici massimi di capienza degli esercizi commerciali:* - *esercizi fino a 40 mq di superficie di vendita: 1 cliente, come da allegato 11 del DPCM 3.11.2020* - *esercizi fino a 250 mq di superficie di vendita: 1 cliente ogni 20 mq.* - *esercizi sopra i 250 mq di superficie di vendita: 1 cliente ogni 30 mq.)* OPGR n. 67 del 10 dicembre 2020 (*raccomandazione di non recarsi in abitazioni non proprie, obbligo di indicare il numero massimo di clienti ammessi in ogni esercizio commerciale*)
possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto [R, L]	- Decreto Legge del 7 ottobre 2020 - OPGR n. 151 del 12 novembre 2020
zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt [R, L]	Specifiche misure restrittive per l'area del Comelico e dell'area di alcuni comuni del Vicentino Screening popolazione Auronzo di Cadore (BL) il 29 novembre 2020 Attento monitoraggio epidemiologico dei comuni a maggior incidenza (es. vicentino, bellunese, trevigiano, etc)
interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti [R, L]	OPGR n. 151 del 12 novembre 2020 (*dalle ore 15.00 somministrazione di alimenti e bevande esclusivamente seduti, divieto di consumo di alimenti e bevande all'aperto*) OPGR n. 169 del 17 dicembre 2020 (*non possono essere collocati più di quattro avventori per tavolo, anche se conviventi. Obbligo della mascherina al ristorante, anche seduti, anche durante la conversazione*)
valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio [N, R, L]	OPGR n. 151 del 12 novembre 2020 (*divieto mercati all'aperto su area, fasce orarie di accesso agli esercizi commerciali riservate per gli anziani, chiusura delle medie e grandi strutture di vendita nei giorni festivi e prefestivi*) OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 *(nei giorni prefestivi le grandi e medie strutture di vendita, sia con un esercizio unico, sia con più esercizi, comunque collegati, ivi compresi i complessi commerciali e i parchi commerciali, sono chiuse al pubblico, salvo che per la vendita di generi alimentari, le farmacie, le parafarmacie, le tabaccherie e le edicole. Nei giorni festivi è vietato ogni tipo di vendita, anche in esercizi di vicinato, al chiuso o su area pubblica, fatta eccezione per le farmacie, le parafarmacie, le tabaccherie, le edicole e la vendita di generi alimentari).*

possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione) [N, R]	OPGR n. 169 del 17 dicembre 2020 *(Dal 19 dicembre 2020 fino al 6 gennaio 2021, dopo le ore 14.00 non è ammesso lo spostamento in un comune veneto diverso da quello di residenza o dimora*) DPCM del 21 dicembre 2020

Interventi in tema di Scuola e Università	
obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza [R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per l'uso della mascherina obbligatorio in particolari situazioni in presenza di un caso a scuola*)
sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) [R, L]	- OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione di alcune attività in particolari situazioni in presenza di un caso a scuola*)
lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi [R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020
possibilità di attivare, a garanzia di distanziamento e prevenzione assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale [N, R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione dell'attività in presenza e di sorveglianza sanitaria*)
chiusura temporanea di scuole in base all'epidemiologia locale (es. singola struttura [R, L] o più strutture in un'area) [R, L]	- OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione dell'attività in presenza e di sorveglianza sanitaria*) - Interventi disposti dalle Aziende ULSS su base locale, in funzione dell'analisi epidemiologica specifica e del numero di positivi evidenziati in ogni singola struttura.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno 0061911 del 15-03-2023
Consiglio Regionale del Veneto - UFFICIO 12/07/2021 - 0061911

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 12 LUG. 2021 Protocollo N° 312409 Class: G1.20.04.1 Prat. Fasc. Allegati N 10

Oggetto: Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento dei contagi e dei decessi da SARS-COV-2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda ondata. Seduta 13 luglio 2021.

Gentile Presidente
della Commissione Speciale d'inchiesta
contagi e decessi SARS-COV -2
Francesca Zottis
Consiglio Regionale del Veneto

Gentile Presidente,

in vista della seduta del 13 luglio della "Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento dei contagi e dei decessi da SARS-COV-2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda ondata", come richiesto, si anticipa la documentazione.

Documenti del Ministero della Salute/ISS :

- Decreto del Ministero della Salute del 30 aprile 2020 "Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 26 aprile 2020";

- Circolare del Ministero della salute del 9.10.2020 Trasmissione documento "Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale";

- Rapporto ISS COVID-19 • n. 1/2021 "Il *case fatality* rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia- Versione del 20 gennaio 2021".

Con riferimento al Piano regionale di Sanità Pubblica, via via modificato ed integrato nel corso dell'evoluzione della pandemia, si trasmette :

- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 344 DEL 17 MARZO 2020" Approvazione del piano avente ad oggetto "epidemia covid-19: interventi urgenti di sanità pubblica";

- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1104 DEL 06 AGOSTO 2020 "Approvazione del nuovo piano "emergenza covid-19 - fase 3 - aggiornamento delle azioni del piano di sanità pubblica e

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dell'effettuazione dei test diagnostici e di screening" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020";

- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 1422 DEL 21 OTTOBRE 2020 "Approvazione del nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e ri-orientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e della successiva D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020";

- DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE N. 308 DEL 18 MARZO 2021 "Approvazione del "Piano di Sanità Pubblica - Aggiornamento indicazioni Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali", a modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e ss.mm.ii., e del documento denominato "Campagna Vaccinale anti-COVID19", a modifica della D.G.R. n. 1801 del 22/12/2020"- Allegato A;

- Nota del 23 novembre 2020, prot. n. 498884, a firma del Direttore della Direzione Regionale Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, "Trasmissione relazione Gruppo Regionale per il supporto organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Ulss del Veneto finalizzato all'attuazione delle misure di prevenzione e protezione di sanità pubblica nell'ambito dell'emergenza COVID -19 "Incontro con i referenti per l'emergenza Covid 19 dei Dipartimenti di Prevenzione dell'Azienda ULSS 6 Euganea e ULSS 9 Scaligera";

- Analisi sulla persistenza di elevata incidenza nel territorio della Regione del Veneto (periodo novembre - dicembre 2020) - Documento per Unità di Crisi COVID-19 della Regione del Veneto;

- Nota del 4 gennaio 2021, prot. n.708, a firma del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale "Emergenza Covid 19 - Analisi interventi per fronteggiare la persistenza di un elevata incidenza nel territorio delle Ragione del Veneto".

Con l'occasione si porgono distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

U.O. PREVENZIONE –SANITÀ PUBBLICA
Direttore : dott. Michele Mongillo

DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
P.O. Affari giuridici ed amministrativi
dott.ssa Emanuela Botta

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

XICSCOVID Struttura

Da: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
Inviato: lunedì 12 luglio 2021 14:55
A: protocollo@consiglioveneto.legalmail.it
Oggetto: COMMISSIONE SPECIALE D'INCHIESTA SULL'ANDAMENTO DEI CONTAGI E DEI DECESSI DA SARS-COV-2 DURANTE LA PANDEMIA, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA SECONDA ONDATA. SEDUTA DEL 13 LUGLIO 2021
Allegati: 12951971.PDF; segnatura.xml

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

0032732-12/10/2020-DGPRE-MDS-A

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

A

COMMISSARIO STRAODINARIO PER L'ATTUAZIONE E IL COORDINAMENTO DELLE MISURE OCCORRENTI PER IL CONTENIMENTO E CONTRASTO DELL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19
CommissarioEmergenzaCOVID19@governo.it

PROTEZIONE CIVILE
VIA ULPIANO 11 - 00193 ROMA
Coordinamento.emergenza@protezionecivile.it

PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE
affariregionali@pec.governo.it

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
ROMA

MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
ROMA

MINISTERO ECONOMIA E FINANZE
Via XX Settembre, 97 - 00187 Roma

MINISTERO SVILUPPO ECONOMICO
Via Molise 2 - 00187 Roma

MINISTERO INFRASTRUTTURE E TRASPORTI
Piazzale Porta Pia, 1 - 00198 Roma

MINISTERO DEL LAVORO E POLITICHE SOCIALI
Via Vittorio Veneto, 56 - 00187 Roma

MINISTERO DEI BENI E DELLE ATTIVITÀ CULTURALI E DEL TURISMO
Via del Collegio Romano, 27 - 00186 Roma

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
ROMA

MINISTERO DELLA DIFESA
ISPETTORATO GENERALE DELLA SANITÀ MILITARE
ROMA

MINISTERO DELL'INTERNO

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE, ALIMENTARI E FORESTALI

MINISTERO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE

ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI STATUTO ORDINARIO E SPECIALE
LORO SEDI

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE AUTONOME TRENTO E BOLZANO
LORO SEDI

ASSOCIAZIONE NAZIONALE COMUNI ITALIANI (ANCI)
ROMA

U.S.M.A.F. – S.A.S.N. UFFICI DI SANITA' MARITTIMA, AEREA E DI FRONTIERA
LORO SEDI

UFFICIO NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SALUTE
Conferenza Episcopale Italiana
salute@chiesacattolica.it

Don Massimo Angelelli
Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
m.angelelli@chiesacattolica.it

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
segreteria@pec.fnomceo.it

FNOPI FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
federazione@cert.fnopi.it

FNOPO FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
presidenza@pec.fnopo.it

FOFI FEDERAZIONE ORDINI FARMACISTI ITALIANI
posta@pec.fofi.it

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI DEI TSRM E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE
federazione@pec.tsrm.org

FEDERAZIONE DELLE SOCIETA' MEDICO-SCIENTIFICHE ITALIANE (FISM)
fism.pec@legalmail.it

AZIENDA OSPEDALIERA - POLO UNIVERSITARIO OSPEDALE LUIGI SACCO
MILANO

COMANDO CARABINIERI TUTELA DELLA SALUTE – NAS
SEDE CENTRALE

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
ROMA

ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE – IRCCS "LAZZARO SPALLANZANI"

CENTRO INTERNAZIONALE RADIO MEDICO (CIRM)
ROMA

TRENITALIA
ufficiogruppi@trenitalia.it

CONFARTIGIANATO
presidenza@confartigianato.it

CONFCOMMERCIO
confcommercio@confcommercio.it

ENTE NAZIONALE PER L'AVIAZIONE CIVILE - ENAC
protocollo@pec.enac.gov.it

ITALO - Nuovo Trasporto Viaggiatori SpA
Viale del Policlinico 149/b – 00161 Roma

ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTA'(INMP)
ROMA

REGIONE VENETO – ASSESSORATO ALLA SANITÀ
DIREZIONE REGIONALE PREVENZIONE
COORDINAMENTO INTERREGIONALE DELLA PREVENZIONE
francesca.russo@regione.veneto.it
coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

UFFICIO DI GABINETTO
MINISTERO DELLA SALUTE
SEDE

COMMISSARIO AGENAS
agenas@pec.agenas.it

OGGETTO: Trasmissione documento "Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale".

Si trasmette, in allegato, il documento "Prevenzione e risposta a Covid-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale", predisposto dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dal Coordinamento delle Regioni e Province Autonome ed altri (cfr. documento), che fornisce elementi generali per rafforzare la *preparedness* per fronteggiare in modo ottimale le nuove infezioni da SARS-CoV-2 nella stagione autunno-inverno 2020-2021 alla luce di tutti i possibili scenari epidemici che dovessero delinearsi.
Si invita a voler dare la massima diffusione del documento allegato ai servizi e ai soggetti interessati.
Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE DGPREV
**f.to* Dott. Giovanni Rezza

REZZA GIOVAN
2020.10.09 18:21:40
CN=REZZA GIOVANNI
C=IT
2.5.4.4=REZZA
2.5.4.42=GIOVANNI
RSA/2048 bits

IL DIRETTORE GENERALE DGPROGS
**f.to* Dott. Andrea Urbani
Firmato digitalmente da:URBANI ANDREA
Data:09/10/2020 18:38:25

**"firma apposta con modalità digitale, ai sensi dell'art. 15, comma 2bis, L. n 241/1990 e s.m.i."*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023
0032732-12/10/2020-DGPRE-MDS-A - Allegato Utente 1 (A01)

Ministero della Salute

Istituto Superiore di Sanità

PROTEZIONE CIVILE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

FONDAZIONE BRUNO KESSLER

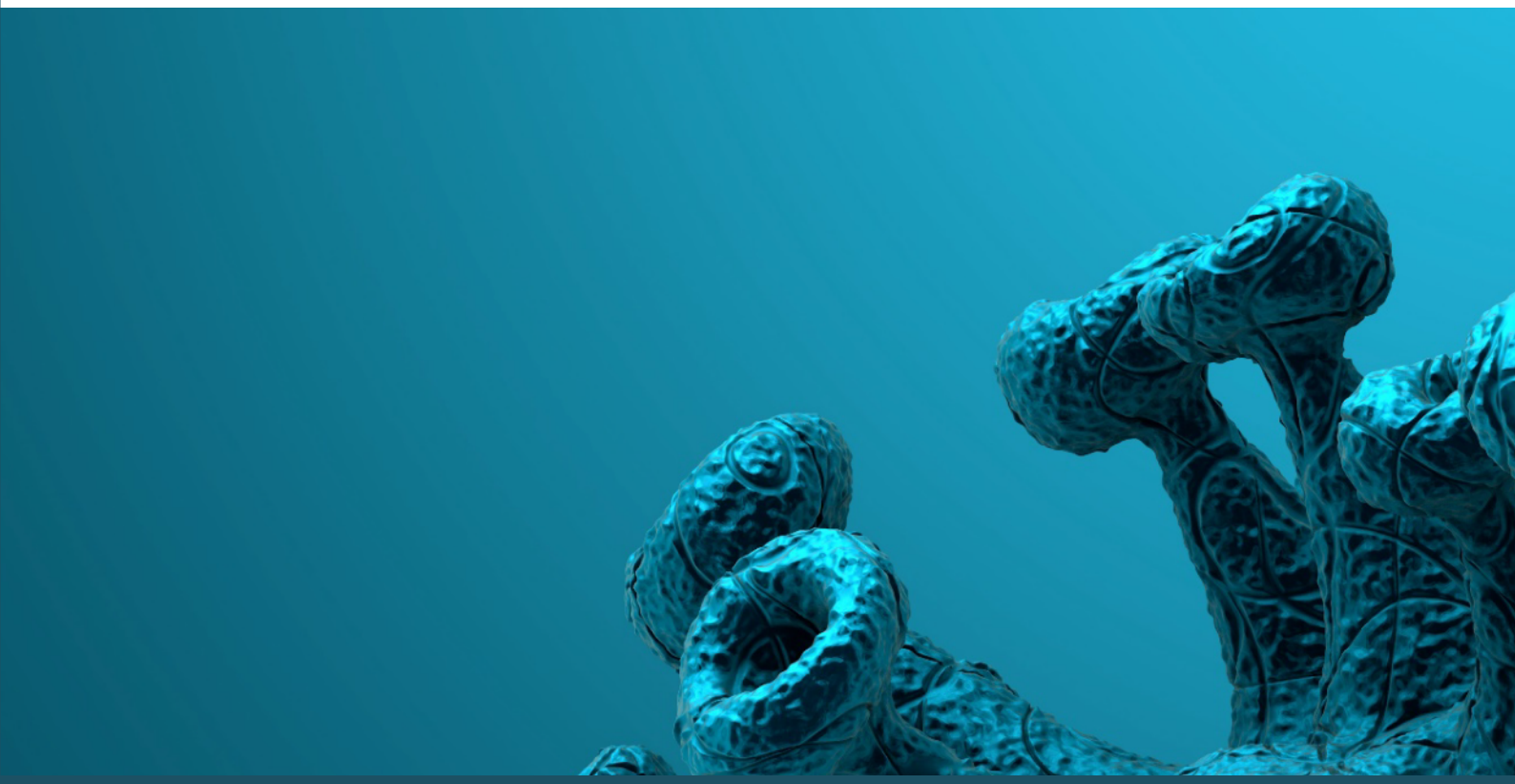
CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

AREU 118
RegioneLombardia

AIFA
AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

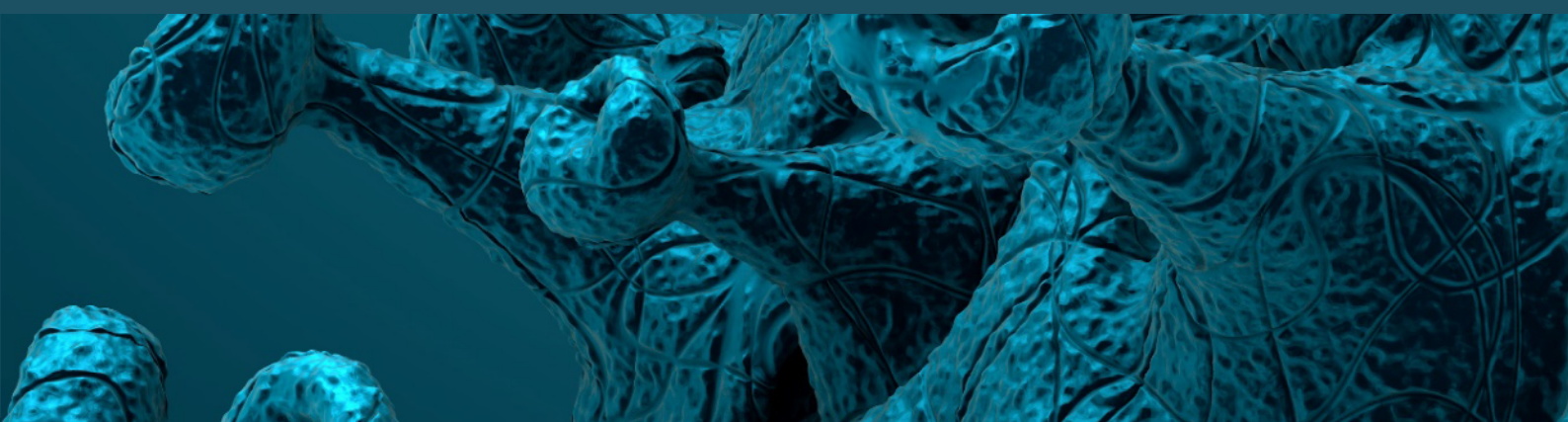
Istituto Nazionale per le Malattie Infettive IRCCS "Lazzaro Spallanzani"

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore



Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale

Approfondimento complementare ai documenti generali già resi pubblici su *preparedness*, pianificazione e contesti specifici



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale

Ministero della Salute
Andrea Urbani, Giovanni Rezza, Simona Carbone, Tiziana De Vito, Mariadonata Bellentani, Anna Maria Ferriero, Alessio Nardini, Francesco Maraglino, Mauro Dionisio, Ulrico Angeloni, Cesare Buquicchio, Andrea Natella, Nicola Del Duce

Istituto Superiore di Sanità
Silvio Brusaferro, Flavia Riccardo, Daniela Coclite, Antonello Napoletano, Xanthi Andrianou, Paolo D'Ancona, Paola Stefanelli, Annalisa Pantosti, Alessandra Ciervo, Mirella Taranto, Pierdavid Malloni, Gerolmina Ciancio, Paola De Castro, Antonio Mistretta, Arianna Gasparini, Sandra Salinetti, Patrizio Pezzotti, Antonino Bella, Martina Del Manso, Alberto Mateo Urdiales, Antonietta Filia, Cristina Rota, Alfonso Mazzaccara, Luca Lucentini, Mauro Grigioni, Andrea Piccioli

Consiglio Superiore di Sanità
Franco Locatelli

Dipartimento della Protezione Civile
Agostino Miozzo, Fabio Ciciliano, Laura Moscatello

INAIL
Sergio Iavicoli, Diana Gagliardi, Marta Petyx, Benedetta Persechino, Bruna Maria Rondinone

Fondazione Bruno Kessler (FBK)
Stefano Merler, Giorgio Guzzetta, Piero Poletti, Valentina Marziano, Filippo Trentini

Conferenza Stato Regioni
Paola Angelini, Emanuela Balocchini, Piergiuseppe Calà, Danilo Cereda, Nicoletta Cornaggia, Angelo D'Argenzio, Giuseppe Diegoli, Maria Gramegna, Michele Mongillo, Kyriakoula Petropulacos, Francesca Russo, Michele Tonon

AREU 118 Lombardia
Alberto Zoli

Struttura commissariale straordinaria per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19
Domenico Arcuri, Mario Nobile

AIFA
Nicola Magrini, Adriana Ammassari

INMI Lazzaro Spallanzani
Giuseppe Ippolito, Maria Rosaria Capobianchi

Università Cattolica Roma verifica
Luca Richeldi, Massimo Antonelli

Organizzazione Mondiale della Sanità
Ranieri Guerra

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità
Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale.
vii, 115 p.

Con l'inizio della stagione autunno-invernale l'Italia, come altri Paesi europei, si trova ad affrontare un lento e progressivo peggioramento della epidemia da virus SARS-CoV-2 in un momento in cui è prevista una aumentata co-circolazione di altri patogeni respiratori (come i virus influenzali). Sebbene l'andamento epidemico in Italia sia stato alla fine dell'estate più contenuto rispetto a quello di altri Paesi europei, è fondamentale rafforzare l'attività di *preparedness* alla luce di tutti i possibili scenari epidemici che potrebbero delinearsi. Questo documento, realizzato prendendo a riferimento i pilastri strategici individuati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la risposta a COVID-19, costituisce una "cassetta degli attrezzi" per le autorità di sanità pubblica impegnate nella risposta all'epidemia da SARS-CoV-2 nel nostro Paese. Dopo aver ricostruito le attività svolte dall'inizio di questo evento pandemico, il documento fa il punto per ciascuno degli otto pilastri strategici, declinando le iniziative nazionali messe in campo e operative durante la fase di transizione nei diversi settori e tutte le attività di *preparedness* in previsione della stagione autunno-invernale. Il documento identifica e riporta l'insieme degli strumenti e provvedimenti operativi oggi disponibili e propone un approccio condiviso alla ri-modulazione delle misure di contenimento/mitigazione in base allo scenario ipotizzato e alla classificazione del rischio in ciascuna Regione/PA.

Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità
Prevention and response to COVID-19: evolution of strategy and planning in the transition phase for the autumn-winter season.
vii, 115 p.

With the beginning of the autumn-winter season Italy, as other European countries, is experiencing a slow and progressive worsening of the SARS-CoV-2 epidemic at a time when increased co-circulation of other respiratory pathogens (such as influenza viruses) is expected. Although, as of the end of summer, the increase in the number of cases has been more contained in Italy compared with other European countries, it is critical to strengthen *preparedness* against all possible epidemic scenarios. This document, based on the 8 WHO Strategic Pillars of COVID-19 response, is a "tool box" for Public Health Authorities responding to the SARS-CoV-2 outbreak in Italy. After reconstructing the activities performed from the start of this pandemic event, this document describes for each of the 8 WHO Strategic Pillars, the national initiatives performed and currently available during the transition phase and the activities conducted to enhance preparedness to face the autumn-winter season. The document provides the list of available operational tools and documents as well as an appendix proposing a shared approach to escalation and de-escalation of mitigation/control measures for each scenario and possible level of risk assessed at regional level.

Citare questo documento come segue:

Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2020.

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità
(Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità – Ministero della Salute 2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Indice

Acronimi iii
Glossario v
Premessa vii
Introduzione 1
Capitolo 1. Preparazione e risposta alla pandemia COVID-19 3
Capitolo 2. Fasi della pandemia da COVID-19 in Italia (dicembre 2019 -settembre 2020) 7
2.1. Fine della fase inter-pandemica 9
2.2. Fase di allerta 9
2.3. Fase pandemica 12
Capitolo 3. Possibili scenari epidemici nel periodo autunno-invernale in Italia 17
Capitolo 4. Politiche adottate in Italia per affrontare la stagione autunno-invernale 2020 in riferimento ai pilastri strategici OMS 23
Pilastro 1. Coordinamento nazionale, pianificazione, e monitoraggio 26
Pilastro 2. Comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione 28
Pilastro 3. Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi 29
Pilastro 4. Punti di ingresso/sanità transfrontaliera 31
Pilastro 5. Laboratori nazionali 32
Pilastro 6. Infection prevention and control (IPC) 35
Pilastro 7. Gestione clinica dei casi 36
Pilastro 8. Supporto operativo e logistica 48
Capitolo 5. Approccio alla ri-modulazione delle misure di contenimento/mitigazione a livello regionale/PA in ambito di ipotetici scenari di trasmissione del virus SARS-CoV-2 sul territorio nazionale nel periodo autunno-invernale 53
SCENARIO 1. Situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto al periodo luglio-agosto 2020 57
SCENARIO 2. Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo 61
SCENARIO 3. Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo 67
SCENARIO 4. Situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo 74
Sintesi degli scenari 80
Appendice A
Strumenti e provvedimenti per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 83
Bibliografia 109

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Acronimi

ADA	Analisi Distribuzione Aiuti
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ARDS	*Adult Respiratory Distress Syndrome*
AREU	Azienda Regionale Emergenza Urgenza
CNOP	Consiglio Nazionale Ordine Psicologi
COVID-19	*Corona Virus Disease - 2019*
CTS	Comitato Tecnico Scientifico
DM	Dispositivi Medici
DM Salute	Decreto del Ministro della Salute
DPC	Dipartimento della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPI	Dispositivi di protezione Individuale
EBPM	Eparine a basso peso molecolare
ECDC	*European Centre for Disease Prevention and Control*
ECMO	Ventilazione meccanica invasiva o ossigenazione extracorporea a membrana
EMA	Agenzia Europea dei Medicinali
EUA	*Emergency Use Authorization*
EWRS	Early Warning Response System
FBK	Fondazione Bruno Kessler
FDA	*Food and Drug Administration*
GSC	Gruppo di Studio sul Coronavirus
HFOT	Ossigenoterapia ad alti flussi umidificati e riscaldati
HLH	*Hemophagocytic LymphoHistiocytosis (*linfoistiocitosi emofagocitica)
IDSA	*Infectious Diseases Society of America*
ILI	*Influenza-like Illness*
IMO	*International Maritime Organization*
INAIL	Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro
INMI	Istituto Nazionale Malattie Infettive
IPC	*Infection Prevention and Control*
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISS	Istituto Superiore di Sanità
MMG	Medici di Medicina Generale
NAS	Nuclei Antisofisticazioni e Sanità dell'arma dei Carabinieri
NIC/ISS	*National Influenza Centre*/Istituto Superiore di Sanità
NIH	*National Institutes of Health*
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PA	Provincia Autonoma
PEEP	Positive end-expiratory pressure
PHEIC	Public Health Emergency of International Concern
PLS	Pediatri di Libera Scelta
R0	Numero di riproduzione di base
RCCE	Risk Communication and Community Engagement
REACT	WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies
RECOVERY	*Randomized Evaluation of COVID-19 Therapy*
RSA	Residenza Sanitaria Assistita
RSSP	Responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione
Rt	Numero di riproduzione netto
SARS-CoV-2	*Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2*
SIC	*Sepsis Indiced Coagulopathy*
TI	Terapia Intensiva
UE/SEE	Unione Europea/Spazio Economico Europeo
USMAF	Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Glossario

De-escalation
Ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti

Epidemia nazionale in fase acuta
I nuovi casi a livello nazionale in sono evidente aumento con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari

Epidemia nazionale in fase di transizione
I nuovi casi a livello nazionale sono stabili o con variazioni contenute, l'incidenza è bassa e non è presente un sovraccarico dei servizi sanitari. In altre parole l'epidemia è controllata a livello nazionale

Epidemia nazionale in fase post-acuta
I nuovi casi a livello nazionale hanno raggiunto un picco e seppur ancora in numero elevato hanno un trend in diminuzione

Escalation
Ri-modulazione delle attività con misure più stringenti

Fase di allerta pandemica
Identificazione di un nuovo virus emergente nell'uomo

Fase di transizione pandemica
Diminuzione del rischio a livello globale

Fase inter-pandemica
Periodo tra le pandemie

Fase pandemica
Periodo caratterizzato dalla diffusione in tutto il mondo del nuovo patogeno

Lockdown
Realizzazione di misure su scala variabile volte a ridurre drasticamente il rischio di assembramento e contatto inter-personale quali la chiusura di esercizi commerciali, il divieto di eventi e manifestazioni, la limitazione della mobilità individuale, la chiusura delle scuole di ogni ordine e grado, l'istituzione su vasta scala di lavoro agile dal proprio domicilio

R0: numero di riproduzione di base
Trasmissibilità di un patogeno in assenza di interventi

Rt: numero di riproduzione netto
Trasmissibilità di un patogeno calcolata nel tempo in presenza di interventi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Premessa

La *preparedness* nelle emergenze di sanità pubblica comprende tutte le attività volte a minimizzare i rischi posti dalle malattie infettive e per mitigare il loro impatto durante una emergenza di sanità pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento (locale, regionale, nazionale, internazionale). Durante una emergenza di sanità pubblica sono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione.

Questo documento si inserisce come ulteriore evoluzione nell'ambito delle attività nazionali di *preparedness* per supportare la verifica, e se necessario il rafforzamento, dello stato di preparazione dei sistemi sanitari nelle Regioni/PA al fine di fronteggiare in modo ottimale un eventuale aumento nel numero di nuove infezioni da SARS-CoV-2 nonché i diversi scenari possibili nella stagione autunno-inverno 2020-2021. A seguito della analisi delle criticità riscontrate nella prima fase epidemica, della elaborazione di possibili scenari epidemici e dello sviluppo di uno strumento di autovalutazione della *preparedness* dei servizi sanitari (Circolare del Ministero della Salute "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale" pubblicata l'11 agosto 2020), questo documento, elaborato da molteplici istituzioni internazionali, nazionali e regionali, intende rafforzare il coordinamento e la pianificazione nazionale nel breve termine raccogliendo le iniziative, gli strumenti e i provvedimenti disponibili sviluppati dall'inizio di questo evento pandemico e operativi in questa fase.

La struttura del documento segue quella degli 8 pilastri strategici chiave identificati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la risposta alla pandemia COVID-19: Coordinamento nazionale, pianificazione, e monitoraggio; Comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione; Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi; Punti di ingresso/sanità transfrontaliera; Laboratori nazionali; Infection Prevention and Control (IPC); Gestione clinica dei casi; e Supporto operativo e logistica. Elementi trasversali a questi pilastri, come la formazione e la ricerca scientifica, vengono trattati quando rilevanti per la risposta operativa a breve termine, all'interno degli 8 pilastri elencati.

In sintesi, questo documento costituisce una "cassetta degli attrezzi" per le autorità di sanità pubblica impegnate nella risposta all'epidemia da SARS-CoV-2 nel nostro Paese. Dopo aver ricostruito le attività svolte dall'inizio di questo evento pandemico, il documento fa il punto per ciascun pilastro strategico declinando le iniziative nazionali messe in campo e operative durante la fase di transizione e le attività di *preparedness* realizzate in previsione della stagione autunno-invernale. Il documento propone un approccio condiviso alla ri-modulazione delle misure di contenimento/mitigazione, coerente con quanto definito nel DPCM n.108 del 27 aprile 2020, in base allo scenario ipotizzato e al livello di classificazione del rischio in ciascuna Regione/PA ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020.

In Appendice si riporta, inoltre, l'insieme degli strumenti e provvedimenti operativi per ciascun pilastro strategico.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Introduzione

La pandemia da COVID-19 è una emergenza globale legata alla comparsa di un nuovo virus (SARS-CoV-2). In poco tempo questo patogeno ha provocato una pandemia a cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) attribuisce tre caratteristiche specifiche (1):

- **Velocità e scala:** la malattia si è diffusa rapidamente in tutto il mondo ed è stata in grado di sovraccaricare anche i sistemi sanitari più resilienti;
- **Gravità:** complessivamente il 20% dei casi è grave/critico con una letalità attualmente superiore al 3% e più elevata in gruppi di popolazione con età più avanzata e affetti da co-morbidità;
- **Impatto sociale ed economico:** ampie ripercussioni socio-economiche per il forte impatto sui sistemi sanitari e sociali e per l'effetto delle misure prese per controllare la trasmissione.

In assenza di farmaci efficaci e di un vaccino, in una popolazione completamente suscettibile, SARS-CoV-2 dal 31 dicembre 2019 al 18 settembre 2020 ha provocato oltre 30 milioni di casi confermati di infezione nel mondo e oltre 900.000 decessi (2). In base ai dati pubblicati dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (*European Centre for Disease Prevention and Control*, ECDC), nei Paesi UE/SEE (Unione Europea/Spazio Economico Europeo), si registrano oltre due milioni di casi confermati e oltre 185.000 decessi (3). In Italia sono stati notificati complessivamente oltre 290.000 casi confermati di infezione da SARS-CoV-2 e oltre 35.000 decessi (4).

Il Gruppo di Studio sul Coronavirus (CSG) del Comitato internazionale per la tassonomia dei virus (*International Committee on Taxonomy of Viruses*) ha classificato ufficialmente, con il nome di SARS-CoV-2, il virus provvisoriamente chiamato dalle autorità sanitarie internazionali 2019-nCoV e responsabile dei casi della malattia COVID-19 (*COronaVIrus Disease 2019).* Il CSG dopo aver valutato la novità del patogeno umano e sulla base della filogenesi, della tassonomia e della pratica consolidata, ha associato formalmente questo virus con il coronavirus che causa la sindrome respiratoria acuta grave (SARS-CoVs, *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronaviruses*) classificandolo, appunto, come *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2).

Con il suo periodo di incubazione relativamente lungo (mediana 5-6 giorni, range 1-14 giorni) (5), uno *shedding* virale documentato da 1-2 giorni prima della comparsa di sintomi (6), in grado di prolungarsi per settimane dopo la comparsa degli stessi (7), che possono essere inizialmente lievi e aspecifici, e la presenza di casi asintomatici e paucisintomatici in grado di trasmettere l'infezione (8), SARS-CoV-2 mostra di essere maggiormente adattato all'uomo rispetto al virus SARS-CoV emerso nel 2002 e in grado quindi di trasmettersi in modo molto più efficiente.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Capitolo 1

Preparazione e risposta alla pandemia COVID-19

L'OMS (9) e l'ECDC (10) individuano le seguenti fasi "in continuum" nella risposta ad una pandemia da virus emergenti:

- **Fase inter-pandemica:** periodo tra le pandemie.
- **Fase di allerta:** identificazione di un nuovo virus emergente nell'uomo (es. nuovo *sub-type* influenzale). In questa fase è necessario aumentare l'attenzione e svolgere una valutazione del rischio a livello locale, nazionale e globale. Se le valutazioni del rischio indicano che il nuovo virus ***non ha*** la potenzialità di evolvere in un ceppo pandemico, si procede verso una *de-escalation*, ossia una ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti, ovvero corrispondenti a quelle della fase inter-pandemica.
- **Fase pandemica:** periodo caratterizzato dalla diffusione in tutto il mondo del nuovo patogeno, che viene monitorato dalla sorveglianza globale. La transizione tra la fase inter-pandemica, la fase di allerta e la fase pandemica può avvenire rapidamente o in modo graduale, principalmente sulla base dei dati virologici, epidemiologici e clinici.

  All'interno della fase pandemica ciascun Paese può osservare diverse fasi della **epidemia a livello nazionale** con:

  - **fasi acute** in cui i casi sono in aumento evidente, con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari;
  - **fasi post-acute** in cui i nuovi casi riscontrati al giorno hanno raggiunto un picco e, seppur ancora in numero elevato, hanno un trend in diminuzione;
  - **fasi di transizione epidemica** in cui i casi sono stabili o con variazioni contenute, l'incidenza è bassa e non si assiste ad un sovraccarico dei servizi sanitari. In altre parole sono fasi in cui l'epidemia è controllata a livello nazionale.
- **Fase di transizione pandemica:** con la diminuzione del rischio a livello globale, può verificarsi una *de-escalation* delle azioni, con riduzione delle attività di risposta alle epidemie in ambito nazionale e lo spostamento verso azioni di recupero, in base a valutazioni del rischio paese-specifiche.

Il *continuum* delle fasi di una pandemia è riportato in Figura 1.

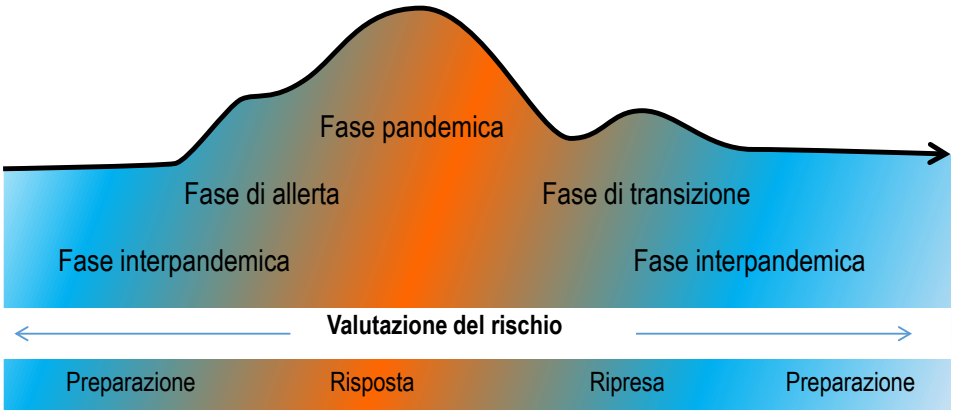


Figura 1. *Continuum* delle fasi di una pandemia (Fonte OMS)

Durante una epidemia da patogeni emergenti, per i quali una popolazione si deve presumere completamente suscettibile e in assenza di farmaci e vaccini efficaci, il rischio associato ad una diffusione

senza controllo risiede nel fatto che è possibile osservare molti casi di malattia in poco tempo con sovraccarico di tutte le strutture e dei servizi dedicati alla loro gestione.

Per questo motivo si devono attuare misure non farmacologiche volte a ridurre il rischio di contagio, come aumentare i livelli di igiene e praticare un distanziamento fisico su larga scala. Queste misure avranno l'effetto di rallentare la diffusione dell'infezione, "appiattendo la curva" e permettendo la gestione di un numero inferiore di casi di infezione concomitanti, per un periodo di tempo più lungo (Figura 2).

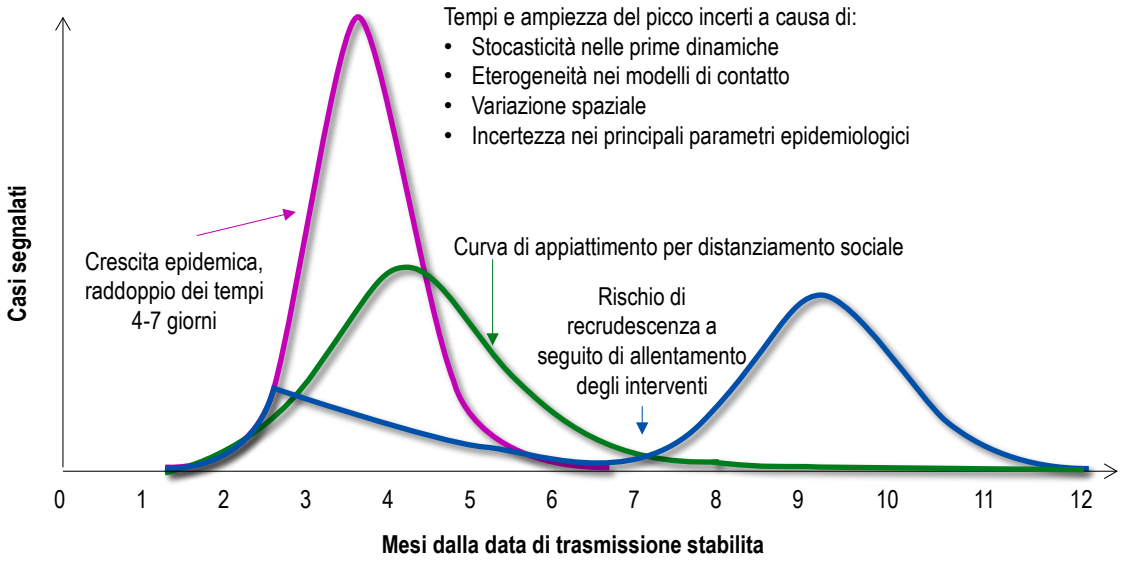


Figura 2. Simulazione illustrata di un modello di trasmissione di COVID-19 (11)

Sono state descritte numerose misure non farmacologiche per rallentare la trasmissione di SARS-CoV-2 (11) che dovrebbero essere realizzate in combinazione per una migliore efficacia (12). Sono state inoltre identificate **4 fasi nella risposta ad una epidemia da COVID-19** (13):

i) Fase 1: rallentare la diffusione con misure di contenimento;

ii) Fase 2: transizione con rimodulazione delle misure di contenimento,

iii) Fase 3: sviluppo di immunità e sospensione delle misure di distanziamento fisico,

iv) Fase 4: ricostruzione e preparazione dei sistemi.

Di queste, le prime due rientrano nella fase pandemica.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Capitolo 2

Fasi della pandemia da COVID-19 in Italia (dicembre 2019 -settembre 2020)

Questa sezione riporta la linea temporale della preparazione e risposta alla pandemia da COVID-19, con particolare attenzione alle misure adottate in Italia al 30 settembre 2020.

2.1. Fine della fase inter-pandemica

Il 31 dicembre 2019, le autorità sanitarie cinesi hanno notificato un focolaio di casi di polmonite ad eziologia non nota nella città di Wuhan (Provincia dell'Hubei, Cina). Poiché molti dei casi iniziali hanno riferito una esposizione al Wuhan's South China Seafood City market, inizialmente è stato sospettato un possibile meccanismo di trasmissione da animali vivi.

Il 9 gennaio 2020, il China CDC (il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina) ha identificato un nuovo coronavirus (provvisoriamente chiamato 2019-nCoV) come agente eziologico di questa patologia.

2.2. Fase di allerta

Il 14 gennaio 2020 l'OMS riportava nelle sue comunicazioni che l'evidenza della possibile trasmissione interumana del nuovo virus era limitata. Tuttavia, il 22 gennaio dopo una missione in Cina, l'OMS ha dichiarato che vi era evidenza di una trasmissione interumana dell'infezione, ma che sarebbero stati necessari ulteriori studi per verificarne l'estensione (14). Questo fatto ha determinato l'inizio della fase di allerta.

Il 22 gennaio 2020 è stata costituita in Italia dal Ministro della Salute una task force nazionale per contrastare COVID-19 coordinata dal Ministero della Salute (Direzione Generale della prevenzione e programmazione).

Tra le Istituzioni partecipanti si annoverano l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Dipartimento della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPC), l'Istituto Nazionale Malattie Infettive (INMI) L. Spallanzani (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS), la rete degli Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (USMAF), i Nuclei Antisofisticazioni e Sanità dell'Arma dei Carabinieri (NAS), l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e Forze Armate e le Regioni/PA con il compito di:

- allertare le strutture sanitarie competenti;
- attivare controlli agli aeroporti;
- riportare in Italia in sicurezza e/o in bio-contenimento, connazionali provenienti dalla Cina e dal Giappone in contesti di elevata trasmissione di SARS-CoV-2;
- diramare indicazioni operative per le norme di profilassi in caso di epidemia e di restrizione della mobilità delle persone;
- verificare il loro avviamento e la loro rispondenza alle indicazioni internazionali (OMS, ECDC);
- gestire i casi confermati in Italia in collaborazione con tutti i Servizi Sanitari Regionali, Aziende Sanitarie Locali (ASL), Aziende ospedaliere e IRCCS.

Il 30 gennaio sono stati inoltre sospesi i voli diretti dalla Cina in Italia (Figura 3).

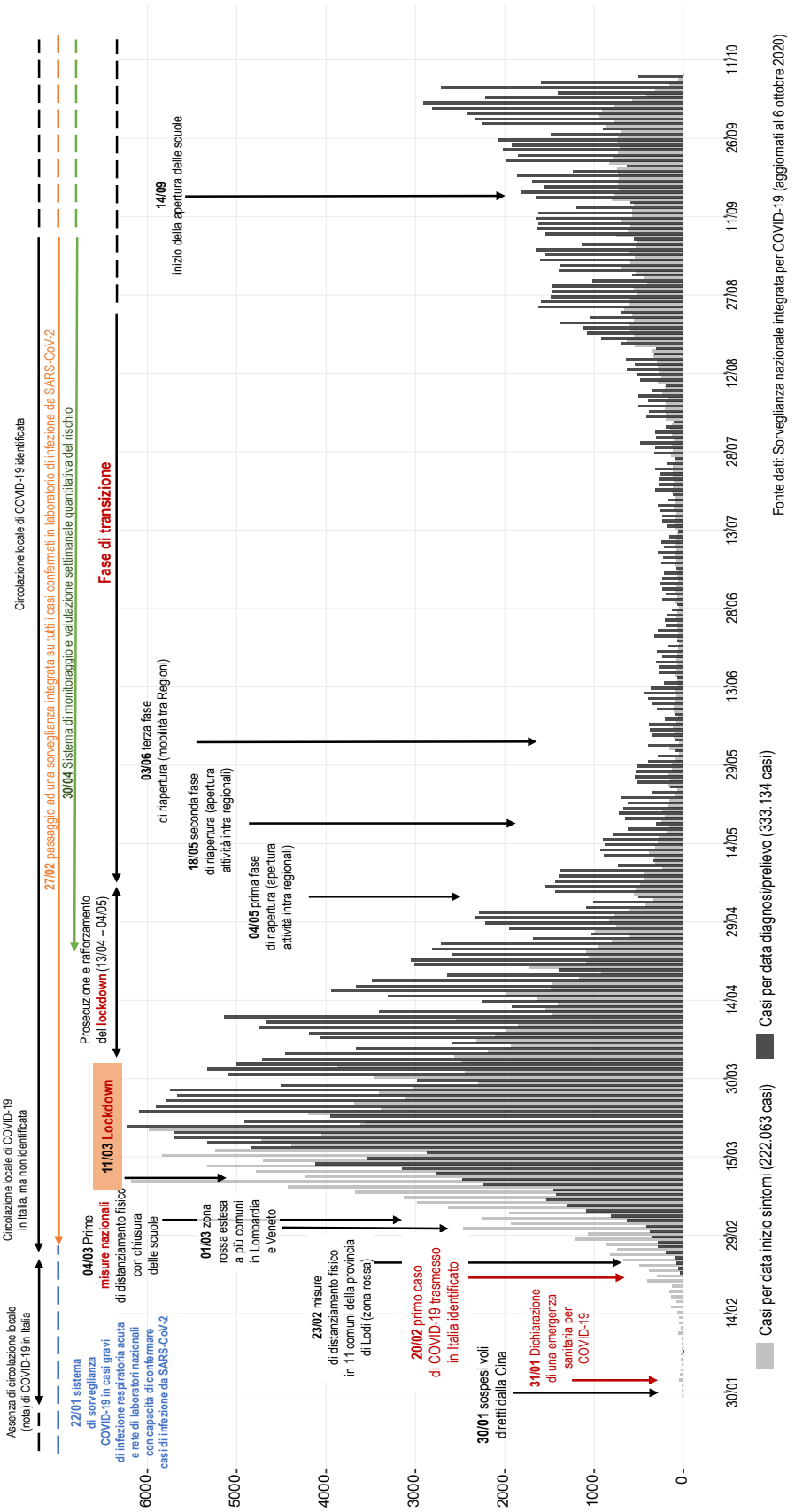


Figura 3. Fasi temporali nella gestione di COVID-19 in Italia, curva epidemica per data di diagnosi e data inizio sintomi, principali interventi di contenimento e riapertura e ipotesi di fasi temporali nella gestione di casi e focolai epidemici, 30 gennaio – 24 agosto 2020

Lo stesso giorno, il direttore generale dell'OMS ha dichiarato il nuovo coronavirus SARS-CoV-2 una Emergenza di Sanità Pubblica Internazionale (*Public Health Emergency of International Concern*, PHEIC) (15). Il 31 gennaio si è quindi riunito il Consiglio dei Ministri italiano che ha dichiarato lo stato d'emergenza sanitaria nazionale, inizialmente per la durata di sei mesi, successivamente prorogata, e lo stanziamento dei fondi necessari all'attuazione delle misure precauzionali conseguenti alla dichiarazione di emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale da parte dell'OMS, al fine di consentire l'emanazione delle necessarie ordinanze di Protezione Civile.

Il 3 febbraio, con l'ordinanza del capo del DPC n. 630, è stato istituito il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) con competenza di consulenza e supporto alle attività di coordinamento per il superamento dell'emergenza epidemiologica dovuta alla diffusione di SARS-CoV-2. Nel mese di febbraio 2020, su indicazione del CTS, sono stati realizzati studi di *preparedness* finalizzati alla classificazione del rischio e alla pianificazione sanitaria attraverso una collaborazione inter-istituzionale che ha coinvolto la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, l'ISS e la Direzione Generale dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) della Lombardia e INMI Lazzaro Spallanzani, in rappresentanza della Conferenza Stato-Regioni, con il coinvolgimento multidisciplinare della Fondazione Bruno Kessler (FBK).

Durante questa fase sono state svolte attività finalizzate a rafforzare la capacità di identificare casi di COVID-19 in Italia. In particolare, con la Circolare Ministeriale "Polmonite da nuovo coronavirus (2019-nCoV) in Cina" del 22 gennaio 2020 (16), è stata istituita una sorveglianza epidemiologica su casi gravi di malattia respiratoria acuta con storia di viaggio in zone di trasmissione di COVID-19 o contatto con casi accertati di infezione da SARS-CoV-2, sulla base delle definizioni di caso predisposte dall'OMS e delle specifiche tecniche fornite dall'ECDC ai Paesi UE/SEE e al Regno Unito. Tutti i casi corrispondenti alla definizione di caso in Italia sono stati notificati entro 24 ore dalla rilevazione al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria (Ufficio 5 – Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale) e all'ISS (Dipartimento di Malattie Infettive), tramite la registrazione su una piattaforma di sorveglianza online dedicata. Con l'inizio dell'epidemia nazionale da COVID-19, tale sorveglianza è stata convertita in un sistema di sorveglianza adattato al contesto epidemiologico di trasmissione locale.

È stata inoltre definita, a seguito della stessa circolare, dal Ministero della Salute e dalle Regioni e PA, una rete di 31 laboratori con capacità diagnostiche per effettuare analisi di laboratorio per casi sospetti di infezione da SARS-CoV-2 secondo i protocolli indicati dall'OMS.

Contestualmente, è stato identificato, presso l'ISS (*WHO National Influenza Centre* – NIC/ISS), il laboratorio di riferimento nazionale per la conferma e la segnalazione all'OMS di tutti i casi di infezione da SARS-CoV-2 identificati in Italia. Con la Circolare Ministeriale n. 9774 del 20 marzo 2020 (17) e quella n. 11715 del 3 aprile 2020 (18), sono stati individuati più di 70 Laboratori Regionali abilitati per la diagnosi di COVID-19 che hanno a loro volta accreditato laboratori aggiuntivi individuati nelle Regioni stesse, secondo modalità concordate con l'ISS. La conferma di laboratorio è infatti necessaria per definire un caso COVID-19 positivo. Per questa ragione l'attività dei laboratori e in particolare dei laboratori di riferimento è alla base delle attività di monitoraggio per questa epidemia. Le reti coordinate a livello centrale sono una garanzia di uniformità e qualità (Figura 4).

Il 20 febbraio 2020, con l'identificazione del primo caso trasmesso sul territorio nazionale di COVID-19 (19-21), si è passati da una fase di preparazione a una fase di risposta epidemica con rivalutazione rapida e continua del rischio e una attivazione delle misure previste nella precedente fase di pianificazione. Il 24 febbraio 2020, un team guidato dall'OMS con esperti provenienti dall'OMS e da ECDC è arrivato in Italia per supportare le autorità nella valutazione della situazione (22).

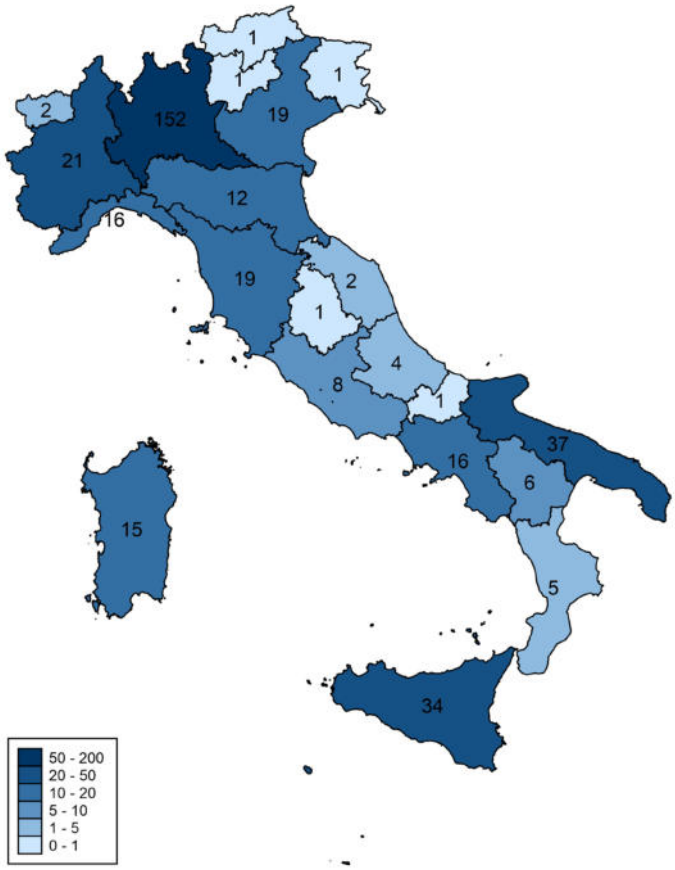


Figura 4. Numero e distribuzione geografica dei laboratori individuati dalle Regioni/PA per la conferma diagnostica dell'infezione da SARS-CoV-2 e presenti nella piattaforma di raccolta dati del laboratorio nazionale di riferimento in ISS, 23 settembre 2020

Dal 27 febbraio, con l'Ordinanza 640 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Protezione Civile (23) è stata disposta la sorveglianza epidemiologica, la sorveglianza microbiologica del virus SARS-CoV-2 e la sorveglianza delle caratteristiche cliniche di COVID-19. Le prime due sono state affidate all'ISS, la terza all'INMI Lazzaro Spallanzani di Roma, in qualità di Centro collaboratore dell'OMS per la gestione clinica, diagnosi, risposta e formazione sulle malattie altamente contagiose, in collaborazione con l'ISS. Il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica e microbiologica con istituzione di un sistema integrato nazionale di sorveglianza di tutti i casi confermati di infezione da virus SARS-CoV-2 sul territorio nazionale, in aggiunta ad un flusso di dati aggregati raccolti dal Ministero della Salute e pubblicati dalla Protezione Civile, ha permesso di sorvegliare l'andamento dell'epidemia a livello nazionale e sub-nazionale (*vedi* Figura 3).

2.3. Fase pandemica

L'11 marzo 2020, mentre l'Italia affrontava la fase acuta dell'epidemia da SARS-CoV-2 dichiarando un *lockdown* nazionale (24), l'OMS dichiarava COVID-19 una pandemia dando inizio alla fase pandemica (25). In questa fase tutti i Paesi hanno iniziato ad attivare misure per il contenimento, il ritardo e la mitigazione della trasmissione e dell'impatto di SARS-CoV-2. Lo stesso giorno, è stata istituita una collaborazione

istituzionale tra l'OMS e il governo italiano con una presenza residenziale di un esperto dell'organizzazione internazionale nel CTS.

L'epidemia nazionale da COVID-19 in Italia può essere suddivisa a sua volta nelle seguenti fasi:

- **Fase acuta:** dal 20 febbraio al 20 marzo 2020 (picco) con aumento rapido nel numero di casi, in particolare in popolazioni di età avanzata con co-morbidità. Il numero di casi ha rapidamente sovrastato le capacità territoriali di *contact tracing* e isolamento/quarantena nell'epicentro dell'epidemia. Si è riscontrata una elevata mortalità e un rapido sovraccarico dei servizi assistenziali (in particolare ospedalieri) nelle Regioni maggiormente colpite.

  Dal 23 febbraio, con l'introduzione delle prime misure di distanziamento fisico, e dal 4 marzo con le prime misure di chiusura su scala nazionale, in Italia è iniziata, infatti, la **fase 1 della risposta all'epidemia (rallentare la diffusione con misure di contenimento)**, culminata l'11 marzo 2020 con un *lockdown* nazionale, ovvero con la realizzazione di misure volte a ridurre drasticamente il rischio di assembramento e contatto interpresonale, quali la chiusura di esercizi commerciali, il divieto di eventi e manifestazioni, la limitazione della mobilità individuale, la chiusura delle scuole di ogni ordine e grado, l'istituzione su vasta scala di lavoro agile dal proprio domicilio. Questa fase si è caratterizzata pertanto per una **ri-modulazione delle attività di mitigazione e controllo verso misure più stringenti** (*escalation*) con adozione di misure straordinarie sull'intero territorio nazionale. Lo scopo della fase 1 è stato quello di rallentare la diffusione del virus.

  L'analisi giornaliera dei dati provenienti dal sistema di sorveglianza integrato COVID-19, coordinato dall'ISS (26) e dei dati aggregati raccolti dal Ministero della Salute e dalla Protezione Civile (27), ha permesso di sorvegliare l'andamento dell'epidemia a livello nazionale (*vedi* Figura 3) e sub-nazionale

  Sono state inoltre adottate misure straordinarie volte al rapido potenziamento dei servizi assistenziali, per rispondere all'emergenza con assunzione di personale sanitario, approvvigionamento di strumentazioni, e materiali di consumo e realizzazione di misure volte a contenere gli effetti del disagio economico e sociale connessi al *lockdown* nazionale.

  In termini di efficacia epidemiologica, il *lockdown* nazionale ha avuto successo nel realizzare un rallentamento importante della diffusione, documentato dai sistemi di sorveglianza nazionali (*vedi* Figura 3).

  La trasmissibilità di SARS-CoV-2 prima dell'11 marzo (*lockdown* nazionale) è stata stimata a circa R0=3 in tutte le regioni con trasmissione sostenuta, con qualche variazione locale dovuta ad interventi localizzati e mirati. Questa è da intendersi come la trasmissibilità di SARS-CoV-2 in assenza di interventi (R0: numero di riproduzione di base). Dalla data del *lockdown* al 25 marzo la trasmissibilità è calata in tutte le regioni a valori compresi tra Rt=0,5 e Rt=0,7. In questo caso la trasmissibilità è stata calcolata nel tempo in presenza di interventi (Rt: numero di riproduzione netto).

- **Fase post-acuta:** dal 21 marzo al 4 maggio 2020, nel contesto del *lockdown* nazionale in cui le misure di controllo e mitigazione straordinarie sono state mantenute, il sistema di sorveglianza integrato COVID-19 coordinato dall'ISS ha iniziato a registrare dapprima una stabilizzazione e in seguito una diminuzione dei nuovi casi di COVID-19 diagnosticati, con il graduale ripristino delle funzioni dei servizi sanitari territoriali e assistenziali.

  In questa fase, sono state realizzate misure di potenziamento a livello nazionale dei servizi sanitari e un ulteriore ampliamento delle reti assistenziali, con approvvigionamento straordinario di strumentazione e materiali di consumo.

  Ai sensi dell'Allegato 10 "Principi per il monitoraggio del rischio sanitario" (28) al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 26 aprile (*Gazzetta Ufficiale* n.108 del 27 aprile

2020) e del Decreto del Ministro della Salute (DM Salute) del 30 aprile 2020 (29), nel mese di maggio 2020 è stato avviato un sistema di monitoraggio settimanale sviluppato e realizzato dall'ISS e coordinato dal Ministero della Salute che permette di fornire settimanalmente ad ogni Regione/PA una classificazione quantitativa del rischio epidemico e della resilienza dei servizi territoriali/assistenziali, allo scopo di introdurre tempestivamente gli interventi correttivi necessari.

In termini di trasmissibilità, dal 25 marzo fino ad approssimativamente fine maggio (fine del *lockdown* nazionale) l'Rt è rimasto quasi costantemente nel range compreso tra Rt=0,5 e Rt=0,7 in tutte le Regioni/PA.

In questa fase, la necessità di adottare misure graduali per la ripresa delle attività lavorative, compatibilmente con la curva epidemiologica e nell'ottica della tutela della salute e della sicurezza di tutti i lavoratori, si è concretizzata nello sviluppo, da parte di INAIL, di un approccio metodologico di stima del rischio occupazionale per settore di attività economica. Tale modello, che ha portato alla creazione di 4 classi di rischio (basso, medio-basso, medio-alto, alto), si è basato su tre parametri: esposizione, prossimità e aggregazione, ed è stato adottato dal CTS per la programmazione delle riaperture (30). La necessità di adottare misure graduali per la ripresa ha anche riguardato la riorganizzazione del sistema di trasporto pubblico terrestre (31).

- **Fase di transizione epidemica:** dal 4 maggio 2020 fino alla data di pubblicazione di questo documento, sebbene globalmente sia ancora attiva la fase pandemica, l'Italia è entrata nella **fase 2 della risposta all'epidemia (transizione con ri-modulazione in senso meno stringente delle misure di contenimento – *de-escalation*).** Questo ha comportato la riapertura progressiva (4 e 18 maggio e 3 giugno 2020) delle attività lavorative, commerciali e ludiche e il graduale ripristino della mobilità intra-regionale, inter-regionale e internazionale, nonché una riapertura delle scuole limitata alle secondarie di II grado per consentire l'effettuazione degli esami di stato in presenza. Il CTS in questa fase ha erogato, in base al modello sviluppato da INAIL nella fase precedente, indicazioni puntuali per lo svolgimento di attività sportive e ricreative.

  In questa fase sono state rafforzate le attività di controllo dell'infezione in ambito territoriale, ad esempio aumentando gli accertamenti diagnostici anche su casi con sintomatologia lieve e potenziando il *contact tracing*. È stato messo a regime il sistema di monitoraggio settimanale che permette una classificazione del rischio e della resilienza dei servizi territoriali di ciascuna Regione/PA. È stata inoltre realizzata nel periodo 25 maggio – 15 luglio 2020 una indagine di siero-prevalenza nazionale che ha evidenziato come in quel periodo in media 2,5% degli italiani era entrato in contatto con il virus (32).

  Questa fase si è caratterizzata in Italia e in altri paesi europei, per una iniziale diminuzione seguita da una sostanziale stabilità dei casi in condizioni di bassa incidenza (in Italia fino alla fine di luglio 2020) e poi da un lento e graduale aumento nel numero dei casi che, tuttavia, presentavano caratteristiche di una transizione epidemica rispetto alle fasi precedenti con assenza di segnali di sovraccarico dei servizi sanitari (in particolare assistenziali). Questo era in parte dovuto ad un interessamento di popolazioni di età più giovane in contesti di trasmissione associati anche a viaggi e attività ricreative.

  In Italia, a partire dal mese di giugno 2020, si è notato un leggero ma costante incremento di Rt che ha superato la soglia di 1 nel suo valore medio intorno al 16 agosto 2020 con successive oscillazioni settimanali attorno al valore medio di 1 e evidente variabilità inter-regionale dovuta alla presenza di focolai anche di dimensioni importanti.

  Durante la fase di transizione epidemica, le attività si sono focalizzate sulla *preparedness* in previsione della stagione autunno-invernale 2020. Durante questa fase, il sistema di monitoraggio settimanale è stato operativo in modo continuativo, sono state emesse e adottate linee guida e

documenti (33) per la riapertura delle scuole (realizzata dal 14 settembre 2020) e per supportare la *preparedness* dei servizi sanitari ad un eventuale aumento nel numero di casi e delle ospedalizzazioni per COVID-19 in Italia (34). In linea con le evidenze in ambito internazionale (35), in Italia è stata data una estrema importanza alla preparazione verso la riapertura degli istituti scolastici e, in seguito, al monitoraggio dell'impatto di questa riapertura sull'andamento epidemico. Allo scopo di valutare le evidenze e indirizzare azioni di sanità pubblica, l'Italia ha proposto e ospitato insieme all'Ufficio europeo dell'OMS, il 31 agosto 2020, un aggiornamento di alto livello rivolto ai Ministri della Salute della Regione europea dell'OMS intitolato "Schooling during the COVID-19 pandemic" (36).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Capitolo 3

Possibili scenari epidemici nel periodo autunno-invernale in Italia

Gli scenari in Italia per l'autunno, in termini di impatto sul sistema sanitario, dipenderanno molto da alcune incognite:

1) **Trasmissibilità di SARS-CoV-2 a fine estate.** Non è, infatti, ancora chiaro se l'incremento di trasmissibilità (Rt) osservato a partire da giugno in alcune Regioni/PA si stabilizzerà attorno ai valori osservati durante il mese di settembre oppure continuerà ad aumentare nel tempo. È del tutto evidente che gli scenari cambieranno notevolmente a seconda che si riesca o meno a mantenere Rt a valori prossimi a 1 nella stagione autunno-invernale.

2) **Trasmissibilità di SARS-CoV-2 nelle scuole.** La reale trasmissibilità di SARS-CoV-2 nelle scuole non è ancora nota, anche se cominciano ad essere descritti focolai in ambienti scolastici in Paesi in cui le scuole sono state riaperte più a lungo. Non è inoltre stato quantificato l'impatto che potranno avere le misure di riorganizzazione scolastica adottate. Più in generale, non è noto quanto i bambini, prevalentemente asintomatici, trasmettano SARS-CoV-2 rispetto agli adulti, sebbene vi sia evidenza che la carica virale di sintomatici e asintomatici, e quindi il potenziale di trasmissione, non sia statisticamente differente. Tutto questo rende molto incerto il ruolo della trasmissione nelle scuole a partire da settembre sull'epidemiologia complessiva di SARS-CoV-2 in Italia.

3) **Trasmissibilità di SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro.** I luoghi di lavoro si sono dimostrati fin dalla fase acuta un importante serbatoio di infezioni, non solo in ambienti a rischio specifico, come quello sanitario, ma anche in contesti che, in Italia e non solo, sono stati caratterizzati da cluster anche di notevoli dimensioni, ad esempio nel settore agroalimentare (aziende agricole, trasformazione delle carni, mercati) e in quello delle spedizioni mediante corriere. Inoltre, la ripresa delle attività lavorative in presenza, anche se in percentuali variabili a seconda dei settori, potrebbe contribuire alla attivazione di ulteriori focolai epidemici.

4) **Impatto della mobilità della popolazione sulla trasmissione di SARS-CoV-2.** La ripresa della scuola e delle attività lavorative in presenza tende ad una messa a regime a pieno carico del sistema di trasporto pubblico in generale e, in particolare, di quello locale, con inevitabile aumento delle occasioni di esposizione al virus.

5) **Contributo del sistema di prevenzione aziendale nei luoghi di lavoro.** Il sistema realizzatosi nel tempo si è già rivelato, con maggiore valenza di sempre, come una naturale infrastruttura in grado di contribuire alla mitigazione del rischio, alla luce della integrazione di misure organizzative di prevenzione e protezione previste a partire dal "Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro" del 14 marzo e la sua integrazione del 24 aprile e nei Protocolli di settore, favorendo – anche per il periodo autunno-invernale – la tutela della salute e sicurezza dei 23 milioni di lavoratori interessati, con inevitabili ricadute positive anche sulla collettività. Particolare rilievo continua a rivestire la sorveglianza sanitaria anche in relazione alle attività di informazione sul rischio nonché per la tutela dei lavoratori cosiddetti "fragili".

6) **Grado di accettazione delle misure igienico-sanitarie e comportamentali per la prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2** da parte della popolazione generale. Ad esempio sono possibili inasprimenti di criticità già riscontrate allo stato attuale, come la collaborazione dei soggetti positivi per la conduzione delle attività di indagine epidemiologica e di *contact tracing* e il rispetto/adesione alle misure contumaciali sia per i casi confermati che per i contatti stretti.

7) **Capacità di risposta dei sistemi di prevenzione e controllo.** È evidente la migliorata capacità dei sistemi di prevenzione nell'identificare rapidamente i focolai, isolare i casi e applicare misure di quarantena ai contatti dei casi, cosa che contribuisce in modo determinante a mantenere la trasmissione sotto controllo. Tuttavia non è noto al momento quale sia il livello di trasmissione, ad esempio in termini di numero di focolai, che i sistemi di prevenzione possano gestire efficacemente. Va considerato, infine, come l'inizio della stagione influenzale possa rendere queste attività più complesse e impegnative.

Un altro aspetto importante da considerare, correlato più alla tenuta del sistema sanitario che alla trasmissibilità di SARS-CoV-2, riguarda l'età media dei casi. Nei mesi estivi è stata osservata un'importante decrescita dell'età media dei casi con relativamente poche nuove ospedalizzazioni da COVID-19, tuttavia, a questo è poi seguito un nuovo aumento dell'età mediana nei casi diagnosticati tra la fine di agosto e l'inizio di settembre. Non è al momento chiaro se questo trend si manterrà nel tempo e se sarà possibile mantenere protette categorie a rischio come gli anziani.

Alla luce di queste incognite, i possibili scenari che si prospettano per l'autunno nelle diverse regioni possono essere così schematizzati:

- **SCENARIO 1**
  Situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto al periodo luglio-agosto 2020, con Rt regionali sopra soglia per periodi limitati (inferiore a 1 mese) e bassa incidenza, nel caso in cui la trasmissibilità non aumenti sistematicamente all'inizio dell'autunno, le scuole abbiano un impatto modesto sulla trasmissibilità e i sistemi sanitari regionali riescano a tracciare e tenere sotto controllo i nuovi focolai, inclusi quelli scolastici.

- **SCENARIO 2**
  Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo, con valori di Rt regionali sistematicamente e significativamente compresi tra Rt=1 e Rt=1,25 (ovvero con stime dell'Intervallo di Confidenza al 95% - IC95% - di Rt comprese tra 1 e 1,25), nel caso in cui non si riesca a tenere completamente traccia dei nuovi focolai, inclusi quelli scolastici, ma si riesca comunque a limitare di molto il potenziale di trasmissione di SARS-CoV-2 con misure di contenimento/mitigazione ordinarie e straordinarie. Un'epidemia con queste caratteristiche di trasmissibilità potrebbe essere caratterizzata, oltre che dalla evidente impossibilità di contenere tutti i focolai, da una costante crescita dell'incidenza di casi (almeno quelli sintomatici; è infatti possibile che si osservi una riduzione della percentuale di casi asintomatici individuati rispetto al totale vista l'impossibilità di svolgere l'investigazione epidemiologica per tutti i nuovi focolai) e corrispondente aumento dei tassi di ospedalizzazione e dei ricoveri in terapia intensiva. La crescita del numero di casi potrebbe però essere relativamente lenta, senza comportare un rilevante sovraccarico dei servizi assistenziali per almeno 2-4 mesi.

- **SCENARIO 3**
  Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo, con valori di Rt regionali sistematicamente e significativamente compresi tra Rt=1,25 e Rt=1,5 (ovvero con stime IC95% di Rt comprese tra 1,25 e 1,5), e in cui si riesca a limitare solo modestamente il potenziale di trasmissione di SARS-CoV-2 con misure di contenimento/mitigazione ordinarie e straordinarie. Un'epidemia con queste caratteristiche di trasmissibilità dovrebbe essere caratterizzata da una più rapida crescita dell'incidenza di casi rispetto allo scenario 2), mancata capacità di tenere traccia delle catene di trasmissione e iniziali segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali in seguito all'aumento di casi ad elevata gravità clinica (con aumento dei tassi di occupazione dei posti letto ospedalieri – area critica e non critica) riconducibile ad un livello di rischio elevato o molto elevato in base al sistema di monitoraggio settimanale. La crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 2-3 mesi. È però importante

osservare che qualora l'epidemia dovesse diffondersi prevalentemente tra le classi di età più giovani, come osservato nel periodo luglio-agosto 2020, e si riuscisse a proteggere le categorie più fragili (es. gli anziani), il margine di tempo entro cui intervenire potrebbe essere maggiore.

- **SCENARIO 4**
  Situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo, con valori di Rt regionali sistematicamente e significativamente maggiori di 1,5 (ovvero con stime IC95% di Rt maggiore di 1,5). Anche se una epidemia con queste caratteristiche porterebbe a misure di mitigazione e contenimento più aggressive nei territori interessati, uno scenario di questo tipo potrebbe portare rapidamente a una numerosità di casi elevata e chiari segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali, senza la possibilità di tracciare l'origine dei nuovi casi. La crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 1-1,5 mesi, a meno che l'epidemia non si diffonda prevalentemente tra le classi di età più giovani, come osservato nel periodo luglio-agosto 2020, e si riuscisse a proteggere le categorie più fragili (es. gli anziani). A questo proposito, si rimarca che appare piuttosto improbabile riuscire a proteggere le categorie più fragili in presenza di un'epidemia caratterizzata da questi valori di trasmissibilità.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Capitolo 4

Politiche adottate in Italia per affrontare la stagione autunno-invernale 2020 in riferimento ai pilastri strategici OMS

La strategia dell'OMS nel documento "COVID-19 strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response" (SPRP) pubblicato a febbraio 2020 (37), e nel documento "2019 Novel coronavirus (2019 nCoV): strategic preparedness and response plan" aggiornato ad aprile 2020 (1) identifica 8 pilastri strategici chiave nella risposta alla pandemia COVID-19 (Figura 5):

- Pilastro 1: Coordinamento nazionale, pianificazione, e monitoraggio
- Pilastro 2: Comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione
- Pilastro 3: Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi
- Pilastro 4: Punti di ingresso/sanità transfrontaliera
- Pilastro 5: Laboratori nazionali
- Pilastro 6: Infection prevention and control (IPC)
- Pilastro 7: Gestione clinica dei casi
- Pilastro 8: Supporto operativo e logistica.

Figura 5. Gli 8 pilastri strategici per la preparazione e risposta a COVID-19 (fonte OMS)

In Italia le azioni di risposta all'epidemia da virus SARS-CoV-2 si sono realizzate in linea con le indicazioni strategiche fornite dall'OMS (1, 37, 38), dimostrando un elevato livello di *preparedness* (39). I paragrafi seguenti riportano per ciascun pilastro strategico una descrizione delle attività realizzate durante la fase di transizione e le attività di *preparedness* operative per affrontare la stagione autunno-invernale 2020. Viene inoltre fornito per ciascun pilastro un inventario di strumenti operativi in vigore.

Pilastro 1. Coordinamento nazionale, pianificazione, e monitoraggio

Attività durante la fase di transizione

In Italia nel periodo di transizione epidemica continuano ad essere attivi tutti i meccanismi di coordinamento e di interfaccia multisettoriale e inter-istituzionale utili per la definizione di atti di programmazione nazionale e alla redazione di documenti di policy, organizzazione, pianificazione e indirizzo tecnico-scientifico.

Questa produzione – insieme a quanto già realizzato nelle fasi precedenti della pandemia – rappresenta la base normativa e tecnica a sostegno dell'impianto operativo degli interventi che costituisce uno strumento utilizzabile nel caso di un peggioramento dell'epidemia nei mesi futuri. Il livello di risposta dei sistemi regionali ai provvedimenti programmatori nazionali continua ad essere oggetto di attività di monitoraggio sistematico e sono attivi percorsi formativi in modalità FAD (formazione a distanza) realizzati dall'ISS e rivolti ad operatori sanitari come il corso "SARS-CoV-2 Preparazione e contrasto", che ha l'obiettivo di favorire la creazione di un linguaggio comune e di procedure condivise tra gli operatori sanitari su una nuova problematica emergente mai affrontata in precedenza, nonché per amplificare in modo coordinato anche a livello locale le indicazioni fornite dalle Istituzioni centrali e regionali. Dall'inizio della offerta formativa, l'ISS ha assicurato la disponibilità della piattaforma di erogazione per la formazione a distanza EDUISS, deputata a veicolare indicazioni nazionali condivise e univoche che potranno essere interpretate successivamente in base alle specifiche esigenze loco-regionali.

Le basi normative a supporto delle misure di sanità pubblica potenzialmente necessarie per il contenimento epidemico sono state periodicamente aggiornate, allo scopo di garantirne la legittimità (ultimo aggiornamento*:* DPCM 7 settembre 2020, "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19").

È stato implementato un sistema di **monitoraggio settimanale per la classificazione quantitativa del rischio e della resilienza dei sistemi assistenziali e territoriali** a livello regionale, realizzato dall'ISS e coordinato dal Ministero della Salute (28, 29). Il sistema prevede meccanismi di consultazione regolare con referenti tecnici dei sistemi sanitari regionali e con un comitato di coordinamento nazionale (Cabina di Regia). Al fine di monitorare la qualità e la completezza delle informazioni riportate dalle Regioni/PA e fornire loro uno strumento per il controllo dei dati, vengono realizzati settimanalmente dei rapporti automatici per ciascuna Regione/PA che riportano dati mancanti/incongruenti per ciascun indicatore valutato e l'eventuale discordanza tra il numero di casi di infezione da virus SARS-CoV-2 riportati alla sorveglianza integrata COVID-19 coordinata dall'ISS e quelli riportati al flusso del Ministero della Salute/Protezione Civile.

Per quanto concerne la tutela infortunistica, l'INAIL ha fornito indicazioni operative fin dall'inizio della situazione emergenziale legata alla diffusione pandemica da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) per la tutela dei lavoratori assicurati con l'Istituto che hanno contratto l'infezione in occasione di lavoro anche in virtù di specifici disposti normativi, fornendo chiarimenti finalizzati a meglio esplicitare le modalità di denuncia di malattia-infortunio e la relativa certificazione medica, nonché a favorire un ruolo proattivo delle proprie strutture territoriali per consentire l'acquisizione delle denunce stesse.

Tale monitoraggio, alla data del 31 agosto 2020, rileva 52.209 denunce di infortunio a seguito di COVID-19 segnalate all'INAIL, di cui il 71,2% interessanti il settore della sanità e assistenza sociale.

In considerazione del coinvolgimento del settore sanitario nella gestione della pandemia, INAIL, in collaborazione con il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP), ha attivato un'iniziativa nazionale per promuovere sul territorio servizi di supporto psicologico rivolti agli operatori sanitari; l'obiettivo è fornire a

tutte le strutture sanitarie indicazioni procedurali e strumenti utili per l'attivazione di servizi di sostegno psicosociale, costituiti a livello locale con task force di psicologi.

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Sono state previste, indirizzate e finanziate con norme specifiche le attività di programmazione regionale finalizzate al potenziamento delle dotazioni e dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale per la gestione dell'emergenza COVID-19 e ne sono state definite le modalità di monitoraggio nazionale, volto alla verifica dello stato di realizzazione delle attività e di eventuali situazioni di criticità.

Nello specifico, è stato adottato un provvedimento legislativo, il decreto-legge 34/2020 convertito nella Legge 77/2020 (Decreto Rilancio), che all'articolo 1 ha previsto l'adozione, da parte delle Regioni/PA, di Piani di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di assicurare la presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei loro contatti e delle persone in isolamento, nonché dei pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti.

È previsto, in particolare, il rafforzamento delle principali funzioni del territorio coinvolte nel sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della malattia da SARS-CoV-2 e il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare sia per i pazienti contagiati, sia per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e di terapia del dolore. Si prevede anche l'attivazione di centrali operative regionali per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali messe in atto. Tali attività sono supportate da specifici finanziamenti. È stato rafforzato inoltre il sistema di monitoraggio e sorveglianza di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi per l'infanzia, attraverso una stretta collaborazione tra i dipartimenti di prevenzione territoriali e le scuole per l'adozione di modalità operative basate su evidenze e/o buone pratiche di sanità pubblica, razionali, condivise e coerenti sul territorio nazionale, evitando così frammentazione e disomogeneità.

Lo stesso Decreto all'art. 2 prevede l'adozione di Piani di riorganizzazione ospedaliera, volti a rendere strutturale su tutto il territorio nazionale il potenziamento delle dotazioni di posti letto di terapia intensiva, con un incremento complessivo di 3.500 posti letto, e di quelle di terapia sub-intensiva, con un incremento di 4.225 posti letto (di cui il 50%, cioè 2.112 posti letto, trasformabili in caso di emergenza in posti letto di terapia intensiva), con l'obiettivo di garantire livelli di assistenza adeguati ad eventuali aumenti anche significativi della domanda.

Allo stato attuale tutti i Piani di riorganizzazione ospedaliera presentati dalle Regioni e PA ai sensi dell'art. 2 decreto-legge 34/2020 e secondo le indicazioni formulate nella Circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29 maggio 2020, sono stati approvati dal Ministero della Salute e sono avviate le procedure per dare loro attuazione da parte del Commissario Straordinario, previste dal comma 11 del citato decreto (*vedi* anche Pilastro 8).

Ambedue i predetti Piani (ospedalieri e territoriali) sono stati recepiti nei programmi operativi COVID-19 ex art. 18 del decreto-legge 18/2020 e sono monitorati congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia.

Allo scopo di supportare la *preparedness* dei servizi sanitari a un eventuale ulteriore aumento nel numero di casi e delle ospedalizzazioni per COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 è stato predisposto il documento "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale" (34). È stato inoltre istituito un meccanismo mensile di confronto sulla resilienza dei servizi assistenziali e territoriali, coordinato dal Ministero della Salute e realizzato dall'ISS, con produzione regolare di aggiornamenti (rapporti *preparedness*) per ciascuna regione e incontri in video-conferenza con referenti

dei sistemi sanitari regionali allo scopo di garantire un coordinamento continuo per la definizione di risposte tempestive e supportare un processo decisionale tempestivo e collaborativo.

La Tabella A1 dell'Appendice riporta una raccolta delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di programmazione, coordinamento e monitoraggio delle attività finalizzate ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020 per argomento.

Pilastro 2. Comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione

Attività durante la fase di transizione

Nella nuova fase epidemica, la comunicazione ha come obiettivo il mantenimento dei risultati conseguiti nel periodo di *lockdown* e la promozione di un ulteriore contenimento dell'epidemia. In questa fase è di vitale importanza la produzione di contenuti rigorosi dal punto di vista scientifico.

In considerazione dei principali target di riferimento (stampa, operatori sanitari e cittadini) è necessario utilizzare in una comunicazione semplice e chiara.

Per coinvolgere l'intera popolazione nell'assunzione di comportamenti virtuosi di contrasto all'epidemia è fondamentale assumere l'imperativo della trasparenza, anche condividendo i margini di incertezza che caratterizzano la conoscenza scientifica in tutti i periodi di emergenza.

In questa fase è fondamentale realizzare una comunicazione costante, coerente e coordinata con le altre istituzioni, in modo da sviluppare fiducia nel pubblico e rappresentare un punto di riferimento costante, autorevole e affidabile.

Gli Uffici Stampa delle istituzioni coinvolte fanno da raccordo per il coordinamento della comunicazione. In ISS, in particolare, continua ad essere attivo il meccanismo di coordinamento RCCE (*Risk Communication and Community Engagement*), avviato nella prima fase emergenziale con la costituzione del Gruppo di comunicazione (Ufficio Stampa, Servizio Comunicazione scientifica con l'integrazione di alcuni esperti di riferimento).

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale in questa fase, la comunicazione delle istituzioni coinvolte continua a garantire:

- la produzione costante di contenuti finalizzati ad accrescere la consapevolezza della popolazione e al contrasto delle *fake news* attraverso i principali canali istituzionali (comunicati stampa, web e social, infografiche e video);
- il supporto alla diffusione dei dati della sorveglianza e sulla situazione epidemiologica attraverso i canali social e il web;
- la gestione delle interviste e l'identificazione dei portavoce istituzionali;
- le azioni di comunicazione dirette alla prevenzione per fasce di popolazione più fragili;
- le attivazioni di sinergie interistituzionali per la promozione della formazione degli stakeholder;
- la diffusione dei contenuti tecnici e i relativi aggiornamenti sulla gestione di questa fase dell'emergenza presso gli stakeholder (scuola, supermercati, ecc.).

Nell'ambito della comunicazione si sta svolgendo inoltre un'attività di *preparedness* per affrontare eventuali scenari di aumentata trasmissione tra cui:

- attività di monitoraggio constante del *sentiment* della popolazione attraverso attività di ricerca, sondaggi e *focus group*;
- adattamento della strategia di comunicazione ai diversi scenari epidemiologici predisponendo ove necessario *media briefing* e conferenze stampa, con la presenza di rappresentanti delle istituzioni coinvolte;
- adattamento della strategia ed eventuale potenziamento delle attività sui canali social;
- informazione tempestiva e puntuale su nuovi strumenti diagnostici e di prevenzione.

La Tabella A2 in Appendice riporta una raccolta per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotti in materia di comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione, volti ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

Pilastro 3. Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi

Attività durante la fase di transizione

Durante la fase di transizione continua l'attività del sistema di sorveglianza integrata epidemiologica e microbiologica COVID-19 istituita con l'ordinanza 640 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Protezione Civile del 27/2/2020 e coordinata dall'ISS. Il Sistema di sorveglianza integrato raccoglie, tramite una piattaforma web, dati individuali dei soggetti risultati positivi al SARS-CoV-2 mediante test molecolare effettuato su prelievo rino/orofaringeo (tampone). Questo sistema permette non solo di monitorare l'andamento della epidemia nella popolazione, ma di effettuare analisi specifiche per sottogruppi di popolazione, inclusi gruppi di popolazione vulnerabili.

Il laboratorio di riferimento nazionale presso l'ISS ha il compito di svolgere la sorveglianza genomica virale al fine di monitorare l'epidemiologia molecolare di SARS-CoV-2, in un numero definito di campioni clinici per ogni Regione/PA, che vengono inviati a cadenza mensile presso l'ISS (17) (*vedi* Pilastro 5).

Con il progredire dell'epidemia e l'esigenza di raccogliere informazioni aggiuntive sui casi confermati, la scheda di sorveglianza è stata integrata con alcune nuove informazioni, quali, ad esempio, la variabile "provenienza del caso (autoctono, importato da altra regione o dall'estero)", o la variabile "setting" che permette di descrivere il luogo/comunità di acquisizione della malattia.

Dal mese di giugno 2020, l'ISS ha provveduto ad integrare nella piattaforma web del Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19, anche la scheda di raccolta dei dati aggregati giornalieri del flusso del Ministero/Protezione Civile. Il Ministero della Salute, dopo un controllo e validazione dei dati, provvede a pubblicare la tabella riepilogativa generata automaticamente dal sistema sul proprio portale. Il sistema, inoltre, invia automaticamente i dati a un repository della Protezione Civile per l'aggiornamento della dashboard.

Le attività di identificazione e gestione dei contatti dei casi probabili o confermati di COVID-19, mediante quarantena e sorveglianza attiva, hanno lo scopo di individuare e isolare tempestivamente i casi secondari, in modo da interrompere le catene di trasmissione. Nel periodo di transizione, caratterizzato da una trasmissione diffusa del virus su tutto il territorio nazionale, con presenza di focolai anche di dimensioni considerevoli, si è assistito ad un progressivo aumento delle suddette attività, sia a livello centrale che periferico, in seguito alle riaperture avvenute successivamente alla fase di *lockdown*. L'identificazione e gestione dei contatti stretti è stata svolta a livello territoriale dalle autorità sanitarie locali.

A livello centrale, le attività prevalenti sono state:

- richiesta delle liste passeggeri di aerei, navi, pullman e treni, con identificazione dei passeggeri-contatti stretti e comunicazione delle informazioni;
- segnalazione alle autorità sanitarie regionali per l'attivazione della sorveglianza sanitaria;
- scambi di messaggi selettivi tra i Paesi UE/IHR National Focal Point.

Per far fronte alle attività descritte, è stato istituito un team multidisciplinare composto da assistenti di prevenzione e sanità e da medici ed è stato predisposto un database contenente i *contact tracing* COVID-19 espletati a livello nazionale.

A giugno 2020, l'ISS ha pubblicato una guida che illustra le fasi chiave del processo di *contact tracing*, mettendo a disposizione una serie di moduli standard per la raccolta dei dati, con lo scopo di fornire uno strumento per rendere omogeneo l'approccio a questa attività sul territorio nazionale (40) e ha sviluppato un corso di formazione a distanza (FAD) "Emergenza epidemiologica COVID-19: elementi per il *contact tracing*", per gli operatori di sanità pubblica che svolgono le attività di *contact tracing* nel contesto del COVID-19. Il corso è in fase di erogazione e ne è prevista, a partire dalla metà del mese di ottobre, una edizione aggiornata che sarà arricchita dalle esperienze vissute e raccolte negli ultimi mesi di contrasto. Infine, l'ISS ha messo a disposizione la versione italiana dei software Go.Data, la piattaforma web sviluppata dall'OMS per agevolare la raccolta dei dati durante le emergenze di sanità pubblica.

Nell'ambito della *digital health*, il Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 (Presidenza del Consiglio dei Ministri) – in collaborazione con il Ministero della Salute e il Ministero per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione – ha, inoltre, reso disponibile un'applicazione per telefoni cellulari finalizzata al tracciamento di prossimità (App Immuni) quale strumento per coadiuvare il *contact tracing* tradizionale. Altre attività realizzate in questo ambito sono state:

- una valutazione tecnologica inter-istituzionale delle soluzioni di contrasto all'epidemia da COVID-19;
- una indagine conoscitiva delle tecnologie utilizzate dai cittadini fragili e disabili;
- lo studio delle problematiche di protezione dei dati al fine di promuovere policy dei dati a favore della costituzione dei portali per Open Data Covid in EU e nazionali;
- la promozione dell'innovazione tecnologica in relazione alla interoperabilità delle cartelle cliniche elettroniche, alla realizzazione di strumenti per la gestione della salute digitale in mare e delle applicazioni di Intelligenza Artificiale affidabile;
- lo sviluppo di software open source di tele-visita auditabile automaticamente per la continuità di esercizio (ISO 27000) e protetto con strumenti innovativi per la *cyber security*, attualmente in esercizio di prova e in attesa di autorizzazione.

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Nella stagione influenzale 2020-2021 in Italia si integrerà alla sorveglianza sentinella dei virus influenzali (InfluNet) anche la sorveglianza del virus SARS-CoV-2. Il sistema InfluNet si basa su una rete di medici sentinella costituita da Medici di Medicina Generale (MMG) e di Pediatri di Libera scelta (PLS), reclutati dalle Regioni, che segnalano i casi di sindrome simil-influenzale (*Influenza-like Illnesses*, ILI) osservati tra i loro assistiti. I medici sentinella e altri medici operanti nel territorio e negli ospedali collaborano, inoltre, alla raccolta di campioni biologici per l'identificazione di virus circolanti. Le indagini virologiche sui campioni biologici raccolti vengono eseguite dai Laboratori facenti parte della Rete InfluNet. È prevista nel contesto della Rete Influnet la realizzazione di un corso FAD specifico rivolto all'intera rete degli operatori socio-sanitari per la duplice valenza di contrasto all'influenza e al COVID-19.

Si prevede, inoltre, una sorveglianza ambientale di SARS-CoV-2 (41-43) attraverso i reflui urbani, al fine di acquisire indicazioni sull'andamento epidemico e sviluppare allerta, precoce attraverso il progetto nazionale SARI (Sorveglianza Ambientale Reflue in Italia), coordinato da ISS attraverso il Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Commissione Salute, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome della Conferenza Stato-Regioni, in linea con le recenti raccomandazioni europee di Preparazione Sanitaria per affrontare i focolai di COVID-19 (44, 45).

Si realizzerà una indagine conoscitiva che permetta di definire la situazione attuale delle attività legate al *contact tracing* svolte a livello regionale e locale, al fine di migliorare e rendere più efficiente e omogeneo il processo e di identificare le aree da rafforzare.

È stato realizzato il documento "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia" (46), volto a dare un approccio razionale e uniforme alle procedure di indagine e tracciamento dei contatti a seguito della riapertura delle scuole. A questo è seguita la realizzazione da parte di ISS del corso FAD "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia", per professionisti sanitari e per operatori della scuola.

È in corso di progettazione una piattaforma per gestire la rete di allerta rapida nazionale – sulla falsa riga dell'*Early Warning Response System* (EWRS) della Commissione Europea – in cui Regioni e Autorità Centrali hanno la possibilità di scambiare comunicazioni tempestivamente e soprattutto con la garanzia della protezione dei dati sensibili. Lo scopo di questo strumento è di migliorare il flusso comunicativo tra gli attori coinvolti.

La Tabella A3 in Appendice riporta una raccolta per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

Pilastro 4. Punti di ingresso/sanità transfrontaliera

Attività durante la fase di transizione

Nel periodo di transizione epidemica, la rete USMAF (Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera) ha continuato a garantire le attività di monitoraggio imposte sin dall'inizio della pandemia. La numerosità di *Points of Entry* abilitati al traffico internazionale, specialmente nel settore marittimo, ha imposto l'esigenza di decuplicare le risorse umane in servizio presso gli uffici di sanità marittima e aerea.

L'ufficio di coordinamento USMAF della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute ha coordinato l'integrazione di risorse umane e la distribuzione agli uffici periferici dei materiali occorrenti per l'emergenza pandemica, dai DPI ai termometri, alla strumentazione informatica. Ha inoltre redatto protocolli sanitari, con i colleghi europei della *Joint Action Healthy GateWays* e con la collaborazione delle associazioni di categoria e del Comando Generale delle Capitanerie di porto. Con la ripresa dell'attività crocieristica nel Mar Mediterraneo è stato trasmesso all'IMO (International Maritime Organization) un protocollo redatto *ad hoc*.

Con la collaborazione delle Sanità Regionali e della Protezione Civile si è attuato il monitoraggio della temperatura a tutti i viaggiatori, inizialmente solo per gli arrivi internazionali, poi da tutte le destinazioni e infine anche per le partenze. Insieme ai gestori portuali e aeroportuali sono state implementate una serie di misure per la prevenzione della diffusione del SARS-CoV-2: dalla formazione degli addetti alla sanificazione degli ambienti, alla verifica del distanziamento dei passeggeri, alla verifica della corretta compilazione delle autodichiarazioni.

Parallelamente alla sopraggiunta validazione e disponibilità di test rapidi antigenici, gli USMAF hanno iniziato a monitorare i passeggeri in arrivo dalle destinazioni europee per le quali sono state imposte misure restrittive. L'esigenza di garantire, con la collaborazione con la Polizia di frontiera, l'ottemperanza ai DPCM che si sono susseguiti identificando una serie di paesi dai quali è imposto il divieto di accesso in Italia, ha comportato l'obbligo di individuare delle strutture dove far alloggiare viaggiatori per la quarantena obbligatoria.

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Con il DPCM del 7 settembre 2020 (47), l'ufficio di coordinamento USMAF è incaricato della redazione e dell'autorizzazione di protocolli sanitari (che prevedano tamponi obbligatori e autoisolamento) per la concessione di deroghe al divieto di accesso in Italia (per eventi sportivi, manifestazioni fieristiche, altro).

È stato inoltre sviluppato uno strumento formativo meglio definito come *Health Biosafety Training* che simula, attraverso un docufilm, la gestione di pazienti con sospetti casi di malattia infettiva diffusiva secondo quanto previsto dal regolamento Sanitario Internazionale del 2005, in infrastruttura critica (porti e aeroporti). Lo strumento, realizzato dall'Ordine del Medici di Palermo quale capofila degli ordini dei Medici della Sicilia, unitamente al Ministero della Salute ha lo scopo di descrivere le procedure per la gestione di un sospetto caso di malattia infettiva diffusiva con il coinvolgimento di molteplici attori; attuare le misure di prevenzione e controllo attraverso le funzionalità dei Servizi Sanitari Provinciali e complessivamente formare un pool di persone, definite *focal point*, qualificate e addestrate, capaci di lavorare in equipe e che sono in possesso di competenze specifiche in materia di biocontenimento, in particolare sull'utilizzo dei DPI e dei sistemi di trasporto.

La Tabella A4 in Appendice riporta la raccolta integrale per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di Punti di ingresso/sanità transfrontaliera volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

Pilastro 5. Laboratori nazionali

Attività durante la fase di transizione

Il 16 luglio 2020, è stato approvato il decreto "Rilancio", conversione in legge del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, presentato il 19 maggio 2020. Nel testo approvato viene riconosciuto per la prima volta in una legge ordinaria il ruolo della rete dei laboratori di Microbiologia e Virologia nella strategia di contrasto alla pandemia. Il testo recita:

> "le Regioni e le Province Autonome costituiscono le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, individuandoli tra i laboratori dotati di idonei requisiti infrastrutturali e di adeguate competenze specialistiche del personale addetto, a copertura dei fabbisogni di prestazioni generati dall'emergenza epidemiologica […]. Le regioni e le province autonome […] identificano un laboratorio pubblico di riferimento regionale che opera in collegamento con l'Istituto Superiore di Sanità e individua, con compiti di coordinamento a livello regionale, ai fini dell'accreditamento, i laboratori pubblici e privati operanti nel territorio di riferimento, in possesso dei requisiti prescritti" (48).

La necessità di riconoscere formalmente le reti dei laboratori ai quali viene demandata la diagnosi molecolare di COVID-19 risiede nell'importanza e nella imprescindibilità dei compiti specialistici svolti dai laboratori nel contesto del piano di contrasto alla diffusione dell'epidemia. In Italia, il modello delle reti dei laboratori è ben consolidato, ed è applicato da tempo a livello nazionale per tutte le principali malattie

infettive che possono dare luogo ad epidemie (es. influenza) e che richiedano sistemi di sorveglianza molto avanzati e con una forte componente laboratoristica (per esempio la rete per la sorveglianza delle malattie batteriche invasive).

Nella fase di transizione i Laboratori Regionali abilitati hanno effettuato diagnosi con i metodi molecolari di riferimento o kit diagnostici, su campioni (tamponi oro- naso-faringei) provenienti da soggetti sintomatici, asintomatici o re-testing per guarigione di pazienti già positivi per SARS-CoV-2 con aumento progressivo della capacità di accertamento diagnostico (Figura 6).

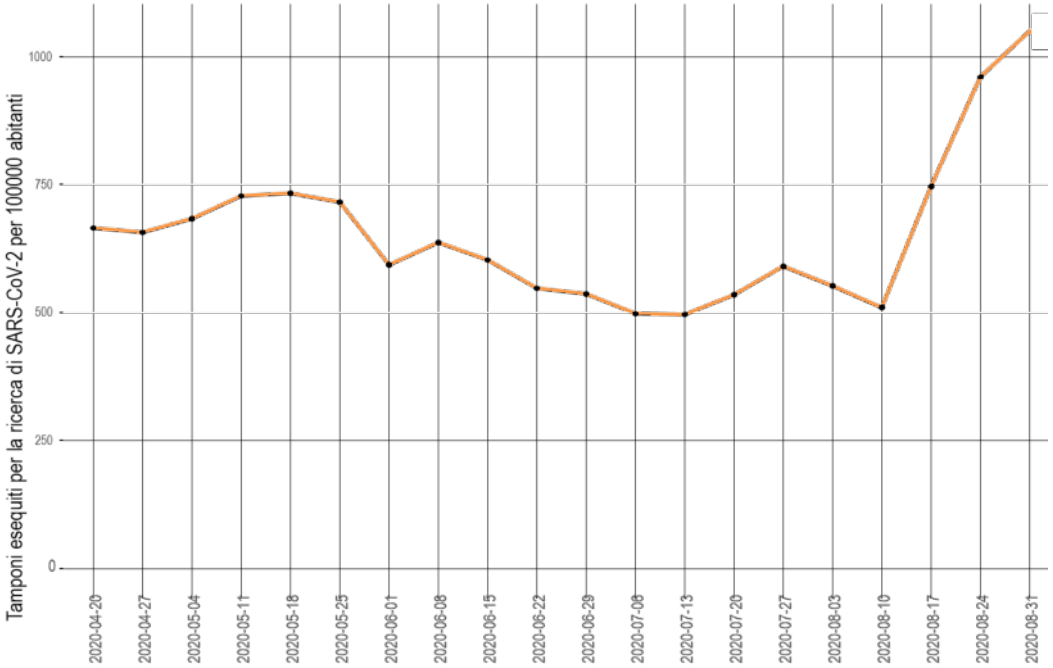


Figura 6. Tasso di accertamento settimanale (per 100.000 ab), 20 febbraio – 31 agosto 2020 (Fonte Ministero della Salute)

Al Laboratorio Regionale di Riferimento presso INMI "Lazzaro Spallanzani" è stato affidato il compito di validare i nuovi test diagnostici molecolari e antigenici rapidi. Il laboratorio si è, inoltre, occupato di caratterizzare ceppi di SARS-CoV-2 di clusters regionali, le cui sequenze sono state messe a disposizione della comunità scientifica (49).

Essendo stato designato laboratorio di riferimento nazionale nello studio TSUNAMI, per il coordinamento e la standardizzazione della capacità neutralizzante del plasma dei pazienti convalescenti COVID-19, in collaborazione con il laboratorio del policlinico S. Matteo di Pavia, presso l'INMI è stata valutata l'eventuale differente capacità neutralizzante degli anticorpi di malati utilizzando ceppi virali differenti e ben caratterizzati, utilizzando un unico ceppo di riferimento, distribuito ai laboratori coinvolti e un pool di sieri con titolo neutralizzante noto.

Il Laboratorio di Riferimento Nazionale COVID-19 presso l'ISS, ha nella prima fase e in particolare tra fine febbraio e marzo condotto le conferme molecolari sui tamponi positivi provenienti dalle tutte le Regioni italiane (50) per assicurare una accuratezza e uniformità di capacità diagnostica sul territorio nazionale. Successivamente, oltre a continuare a supportare i laboratori periferici della rete Influnet su tutto il territorio nazionale, ha iniziato il monitoraggio molecolare del virus SARS-CoV-2 circolante nel nostro Paese, tramite l'isolamento virale e/o sequenziamento genomico direttamente dal tampone oro/nasofaringeo. L'analisi di mutazioni nei genomi virali provenienti, al momento come un sotto-campione da ogni Regione/PA, permetterà di caratterizzare il virus causa di cluster epidemici per condividerli con la comunità scientifica

nazionale e internazionale, e monitorare la predominanza di certi ceppi in certe Regioni italiane. Lo studio prenderà in considerazione tutto il territorio nazionale sia nella fase di *lockdown* sia nella fase II a seguito del riavvio delle varie attività. Questo monitoraggio nella fase pre-introduzione del vaccino, permetterà di conoscere e di fotografare i cambiamenti virali senza pressione vaccinale.

Inoltre, il Laboratorio Nazionale di Riferimento presso l'ISS ha isolato e titolato ceppi di virus SARS-CoV-2. Questa attività ha permesso di mettere a punto saggi di siero-neutralizzazione su cellule e di fornire a diversi gruppi di ricerca dell'ISS il virus per studi di infezione in vitro.

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Nella stagione autunno-invernale, si prevede la co-circolazione del virus SARS-CoV-2 e di virus influenzali stagionali che, presentando una sintomatologia simile, richiedono una conferma di laboratorio per accertare la diagnosi differenziale. In quest'ottica, diventa estremamente importante il monitoraggio concomitante di casi di infezione da SARS-CoV-2 e da virus influenzali, inclusa la rilevazione di possibili co-infezioni nella comunità, attraverso la realizzazione di test diagnostici molecolari multipli (51).

A tal fine ISS ha avviato l'integrazione nel sistema InfluNet della sorveglianza COVID-19, con richiesta ai laboratori della Rete InfluNet di testare sistematicamente i tamponi pervenuti oltre che per virus influenzali anche per il virus SARS-CoV-2 (*vedi* Pilastro 3).

Inoltre il Laboratorio di Riferimento Nazionale presso l'ISS sarà operativo:

- fornendo supporto laboratoristico alla messa a punto di protocolli molecolari per multiplex rt-Real time PCR per la simultanea individuazione e differenziazione di SARS-CoV-2 e virus influenzali. Recentemente la Food and Drug Administration (FDA) ha autorizzato nell'ambito della Emergency Use Authorization (EUA) un kit di multiplex rt Real Time PCR, sviluppato e messo a punto dal CDC, per la simultanea individuazione e differenziazione di virus influenzali A/B e SARS-CoV-2 (https://www.fda.gov/media/139744/download). Questo kit, indirizzato principalmente ai laboratori di riferimento internazionali Influenza/COVID-19 e a laboratori autorizzati (CLIA), è indicato per la diagnosi differenziale in campioni delle vie respiratorie superiori e inferiori di pazienti con sintomi simil-influenzali. Sono disponibili anche protocolli messi a punto dall'ISS (51);
- fornendo supporto per la produzione di reagenti in-house;
- rafforzando le capacità laboratoristiche anche tramite metodologie di pool-testing (52) da valutare e condividere con i laboratori periferici;
- valutando protocolli e metodologie per la diagnosi rapida point of care con test antigenici o molecolari che hanno la peculiarità di offrire in loco risultati molto velocemente (30-60 minuti), con minor costo e senza la necessità di personale altamente specializzato. Questi test potrebbero essere strategici per controllare possibili focolai in contesti come scuole o comunità chiuse (carceri, RSA).

La Tabella A5 in Appendice riporta una raccolta per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di Laboratori nazionali volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

Pilastro 6. Infection prevention and control (IPC)

Attività durante la fase di transizione

Nella fase di transizione, si è provveduto ad un aggiornamento dei documenti tecnici a supporto delle varie attività legate alla prevenzione e al controllo delle infezioni attraverso una collaborazione inter-istituzionale e con il supporto di esperti dell'OMS.

In tali documenti sono aggiornati i riferimenti normativi e le informazioni sulle conoscenze scientifiche disponibili in quel settore e sono fornite indicazioni appropriate sia al contesto della fase di rimodulazione delle misure di contenimento, sia a quello di ripresa delle attività assistenziali non emergenziali.

Gli strumenti maggiormente utilizzati sono stati le circolari del Ministero della Salute, i rapporti ISS COVID-19, i documenti tecnici INAIL, i documenti del CTS e Regionali, avendo attenzione a una larga condivisione dei contenuti in fase di scrittura e definizione degli stessi: questi documenti sono stati posti a disposizione dei decisori nazionali, regionali e locali. In particolare, sono state aggiornate le indicazioni sulla gestione della quarantena e dell'isolamento domiciliare (53), l'uso dei dispositivi di protezione nelle attività assistenziali (54), la prevenzione e controllo nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali (55), la gestione degli ambienti indoor (56), la sanificazione di ambienti sanitari (57) e non sanitari (58). Tali documenti sono stati disseminati attraverso siti web istituzionali e non, circolari ministeriali e atti normativi. Altre indicazioni tecniche sono state fornite per la prevenzione dei contagi correlati alla ripresa di attività commerciali/produttive, ludiche, sportive e di trasporto. In particolare, oltre ai già citati Documento tecnico per la programmazione delle riaperture (30) e Documento tecnico sulla riorganizzazione del sistema di trasporto pubblico terrestre (31), sono stati elaborati ulteriori documenti dedicati, nello specifico, alla ripresa delle attività ricreative di balneazione (59), della ristorazione (60) e dei servizi di cura alla persona (61). Gruppi di lavoro INAIL-ISS hanno elaborato ulteriori documenti tecnici e pareri che hanno supportato il CTS nelle decisioni o nelle indicazioni relative ad attività specifiche, quali ad esempio, la ripresa delle attività sportive, delle attività culturali ed eventi di massa.

La previsione dell'obbligo di utilizzare una protezione delle vie respiratorie (sia essa una mascherina chirurgica o una mascherina di comunità) in tutti gli ambienti chiusi aperti al pubblico e anche all'aperto quando non sia possibile mantenere la distanza di almeno un metro fra le persone, inserita fin dal DPCM 26 aprile 2020, è stato uno dei capisaldi della strategia di contenimento della circolazione del virus nella popolazione generale.

Ai sensi dell'art. 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 18 marzo 2020, è stato nominato l'attuale Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 (*Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.73 del 20 marzo 2020) (62). Il Commissario Straordinario per l'emergenza COVID - 19 gestisce ogni intervento utile a fronteggiare l'emergenza sanitaria, programmando e organizzando le attività, individuando i fabbisogni, indirizzando le risorse umane e strumentali e procedendo all'acquisizione e alla distribuzione di farmaci, delle apparecchiature e dei dispositivi medici e di protezione individuale, in raccordo con il Capo del Dipartimento della Protezione Civile (63). Sulla base di questa disposizione, dal punto di vista della programmazione sanitaria, la Protezione Civile ha continuato il lavoro per il reperimento e la distribuzione di DPI alle Regioni/PA in ambito assistenziale e residenziale (*vedi* Pilastro 8).

Il supporto alla prevenzione e al controllo delle infezioni è stato assicurato anche con la formazione continua degli operatori sanitari attraverso corsi, webinar e materiali formativi, tra i seguenti corsi FAD prodotti dall' ISS: Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID, Emergenza sanitaria COVID-19: gestione del paziente dializzato, Emergenza sanitaria COVID-19: la gestione del paziente odontoiatrico, Emergenza sanitaria COVID-19: gestione dei rischi in ambito nutrizionale e alimentare.

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Nel settore della scuola, identificato come possibile punto critico, il CTS ha prodotto documenti per la riapertura della scuola che sono stati allegati al Piano Scuola 2020-2021. Al fine di contenere i rischi di una risposta non appropriata a casi e focolai in ambito scolastico è stato prodotto un documento con indicazioni tecniche per la gestione di tali casi (46). Il documento è stato adottato dalla Conferenza Unificata delle Regioni e Province autonome. Inoltre, in accordo con il Ministero dell'Istruzione, tra le misure di prevenzione da adottare per la riapertura in sicurezza delle scuole, sono stati acquistati dalla struttura commissariale presso la Protezione Civile banchi singoli, per agevolare la misura del mantenere il distanziamento degli studenti nelle aule; inoltre è stata assicurata la fornitura quotidiana di mascherine chirurgiche per il personale scolastico e per gli studenti di tutte le scuole di ogni ordine e grado.

La Tabella A6 in Appendice riporta raccolta integrale delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di *Infection Prevention and Control* (IPC) volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020 per argomento.

Pilastro 7. Gestione clinica dei casi

Attività durante la fase di transizione

Durante la fase di transizione, sulla base anche delle esperienze maturate in ambito nazionale e internazionale relative alla gestione clinica dei pazienti COVID-19, sono stati definiti protocolli terapeutici e di gestione clinica che vengono descritti in questa sezione.

Gestione clinica dei pazienti affetti da COVID-19

SARS-CoV-2 ha rappresentato, a tutti gli effetti, un patogeno sconosciuto alla comunità scientifica internazionale fino alla fine del mese di dicembre 2019 e la gestione clinica dei pazienti affetti da sintomi attribuibili al nuovo coronavirus (malati con COVID-19) è progressivamente evoluta nel tempo, riflettendo il progressivo accumularsi di informazioni relative al determinismo patogenetico della condizione morbosa, ai sintomi presentati dai pazienti e alle conoscenze che si sono andate via via accumulando nell'ambito dell'efficacia e delle tossicità correlate alle differenti terapie. In particolare, il trattamento si è articolato su approcci differenziati che sono andati a coinvolgere:

- farmaci a potenziale attività antivirale contro SARS-CoV-2;
- farmaci ad attività profilattica/terapeutica contro manifestazioni trombotiche;
- farmaci in grado di modulare la risposta immunitaria;
- infusioni di plasma mirate a un trasferimento di anticorpi neutralizzanti il legame tra il nuovo coronavirus e il suo recettore espresso sulle cellule umane (ACE2).

Va opportunamente ricordato che, ancora oggi, esistono larghi margini d'incertezza rispetto all'efficacia di alcuni dei cardini terapeutici sopramenzionati e l'uso delle differenti terapie piuttosto che l'assenza d'impiego delle stesse dipendono dalla severità delle manifestazioni cliniche presentate dai malati. Non casualmente, vi è forte raccomandazione che soprattutto i malati che presentano la sintomatologia più grave (pazienti ospedalizzati) vengano inclusi in *clinical trial* la cui conduzione è mirata a definire in maniera conclusiva il ruolo delle diverse opzioni di trattamento.

Questo documento riassume le evidenze ad oggi disponibili, presentando il ruolo degli approcci di gestione dei malati con particolare rilievo per i ricoverati nelle unità di terapia intensiva (TI). Essendo l'ambito

di approfondimento in continua evoluzione è largamente possibile che quanto proposto nel testo possa essere oggetto di sensibili cambiamenti nelle settimane e mesi a venire.

Terapie farmacologiche emergenti nel trattamento del SARS-CoV-2 nei pazienti critici

Come sopra ricordato, l'infezione da SARS-CoV-2 è una condizione estremamente complessa per i meccanismi fisiopatogenetici connessi, per la molteplicità delle manifestazioni cliniche e per il ruolo giocato dalla risposta immunitaria dei soggetti.

Il decorso clinico dell'infezione può essere riassumibile nelle seguenti 3 fasi:

1. una fase iniziale durante la quale SARS-CoV-2 dopo essersi legato ad ACE2 ed essere penetrato all'interno delle cellule dell'ospite inizia la sua replicazione. Questa fase di solito si caratterizza clinicamente per la presenza di malessere generale, febbre e tosse secca. I casi in cui il sistema immunitario dell'ospite riesce a bloccare l'infezione in questo stadio hanno un decorso assolutamente benigno;
2. la malattia può poi evolvere verso una seconda fase, caratterizzata da alterazioni morfo-funzionali a livello polmonare causate sia dagli effetti citopatici del virus sia dalla risposta immunitaria dell'ospite. Tale fase si caratterizza per un quadro di polmonite interstiziale molto spesso bilaterale associata, ad una sintomatologia respiratoria che nella fase precoce è stabile e senza ipossiemia, ma che può, successivamente, sfociare verso una progressiva instabilità clinica;
3. tale scenario, in un numero limitato di persone, può evolvere verso un quadro clinico ingravescente dominato dalla tempesta citochinica e dal conseguente stato iperinfiammatorio che determina conseguenze locali e sistemiche e rappresenta un fattore prognostico negativo producendo, a livello polmonare, quadri di vasculopatia arteriosa e venosa con trombizzazione dei piccoli vasi ed evoluzione verso lesioni polmonari gravi e talvolta permanenti (fibrosi polmonare). Le fasi finali di questo gravissimo quadro clinico portano ad una ARDS (*Adult Respiratory Distress Syndrome*) grave e in alcuni casi all'innesco di fenomeni di coagulazione intravascolare disseminata. In questa fase, si è osservata un'alterazione progressiva di alcuni parametri infiammatori quali PCR, ferritina, e citochine pro-infiammatorie (IL2, IL6, IL7, IL10, GSCF, IP10, MCP1, MIP1A e TNFα) e coagulativi quali aumentati livelli dei prodotti di degradazione della fibrina come il D-dimero, consumo di fattori della coagulazione, trombocitopenia, ecc.

Sulla base di queste tre fasi patogenetiche, in base alla classificazione dei National Institutes of Health (NIH) statunitensi (64) si individuano 5 stadi clinici della malattia COVID-19 (Tabella 1).

Tabella 1. Stadi clinici della malattia COVID-19 in base alla classificazione NIH (64)

Stadio	Caratteristiche
Infezione asintomatica o presintomatica	Diagnosi di SARS-CoV-2 in completa assenza di sintomi
Malattia lieve	Presenza di sintomatologia lieve (es. febbre, tosse, alterazione dei gusti, malessere, cefalea, mialgie), ma in assenza di dispnea e alterazioni radiologiche
Malattia moderata	$SpO_2 \geq 94\%$ e evidenza clinica o radiologica di polmonite
Malattia severa	$SpO_2 < 94\%$, $PaO_2/FiO_2 < 300$, frequenza respiratoria > 30 atti/min (nell'adulto), o infiltrati polmonari > 50%
Malattia critica	Insufficienza respiratoria, shock settico, e/o insufficienza multiorgano.

Un'ulteriore classificazione della gravità delle manifestazioni cliniche da COVID-19 che presenta il vantaggio d'includere anche valutazioni che pertengono all'ambito pediatrico, riportata in Tabella 2, è stata pubblicata dall'OMS (65).

Tabella 2. Classificazione della gravità delle manifestazioni cliniche da COVID-19 dell'OMS

Classificazione di gravità	Principali manifestazioni cliniche	Descrizione
Malattia lieve	-	Pazienti sintomatici che soddisfano i criteri di caso COVID-19 senza evidenza di polmonite virale o ipossia.
Malattia moderata	polmonite	**Adolescenti o adulti** con segni clinici di polmonite (febbre, tosse, dispnea, respirazione veloce) ma nessun segno di polmonite grave, che include SpO_2 ≥90% in aria ambiente. **Bambino** con segni clinici di polmonite non severa (tosse o difficoltà respiratoria + tachipnea e/o dispnea) e nessun segno di polmonite severa. Tachipnea (in respiri/min): <2 mesi: ≥ 60; 2-11 mesi: ≥50; 1-5 anni: ≥40. Benché la diagnosi può essere posta solo sulla base del quadro clinico, le indagini radiologiche (radiografia, TAC, ecografia) possono aiutare nella diagnosi e identificare o escludere complicanze polmonari.
Malattia severa	Polmonite severa	**Adolescente o adulto** con segni clinici di polmonite (febbre, tosse, dispnea, tachipnea) più uno dei seguenti fattori: frequenza respiratoria > 30 respiri/min; grave difficoltà respiratoria o SpO2 <90% in aria ambiente **Bambino** con segni clinici di polmonite (tosse o difficoltà respiratoria) + almeno uno dei seguenti: - cianosi centrale o SpO_2 <90%; grave difficoltà respiratoria (es. tachipnea, *grunting*, rientramenti toracici); segni generali di gravità: difficoltà a bere o all'allattamento, letargia o stato di incoscienza o convulsioni. - tachipnea (in respiri/min): <2 mesi: ≥ 60; 2-11 mesi: ≥50; 1-5 anni: ≥40 Benché la diagnosi può essere posta solo sulla base del quadro clinico, le indagini radiologiche (radiografia, TAC, ecografia) possono aiutare nella diagnosi e identificare o escludere complicanze polmonari.
Stato critico di malattia	Sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS)	**Esordio**: entro 1 settimana da un evento clinico noto (es. polmonite) o di nuova insorgenza o peggioramento dei sintomi respiratori. **Radiologia del polmone**: radiografia, TAC o ecografia polmonare: opacità bilaterale, non completamente spiegata dal sovraccarico di volume, collasso lobare o polmonare, o noduli. **Origine degli infiltrati polmonari:** insufficienza respiratoria non completamente spiegata da insufficienza cardiaca o sovraccarico di liquidi. Necessità di una valutazione oggettiva (es. ecocardiografia) per escludere la causa idrostatica di infiltrazioni/ edema, se fattore di rischio non presente. **Riduzione dell'ossigenazione negli adulti:** - ARDS lieve: 200 mmHg <PaO_2/FiO_2 ≤ 300 mmHg (con PEEP o CPAP≥5 cmH_2O). - ARDS moderata: 100 mmHg < PaO_2/FiO_2≤ 200 mmHg (con PEEP ≥ 5 cmH_2O). - ARDS severa: PaO_2/FiO_2 ≤100 mmHg (con PEEP ≥5 cmH_2O). **Riduzione dell'ossigenazione nei bambini**: OI e OSI. Usare OI quando disponibile. Se PaO_2 non disponibile, modulare la FiO_2 per mantenere SpO_2 ≤97% per calcolare OSI o il rapporto SpO_2/FiO_2: - Pressione positiva bifasica (NIV o CPAP) ≥5 cm H_2O tramite maschera facciale: PaO_2/FiO_2 ≤ 300 mmHg o SpO_2/FiO_2 ≤ 264. - ARDS lieve (ventilazione invasiva): 4 ≤OI <8 o 5 ≤OSI <7,5. - ARDS moderato (ventilazione invasiva): 8 ≤OI< 16 o 7,5 ≤OSI<12,3. - ARDS gravi (ventilazione invasiva): OI ≥16 o OSI ≥12,3.
Stato critico di malattia	Sepsi	**Adulti**: disfunzione d'organo acuta con pericolo di vita causata da una disregolazione della risposta dell'ospite a una sospetta o comprovata infezione. Segni di disfunzione d'organo includono: alterazione dello stato mentale, respirazione difficoltosa o tachipnea, ridotta saturazione di ossigeno, riduzione della diuresi, aumento della frequenza cardiaca, polso debole, estremità fredde o bassa

Classificazione di gravità	Principali manifestazioni cliniche	Descrizione
		pressione sanguigna, macchie cutanee, evidenza di coagulopatia da esami di laboratorio, trombocitopenia, acidosi, aumento del lattato o iperbilirubinemia. **Bambini**: sospetta o dimostrata infezione e ≥ di 2 criteri della sindrome da risposta infiammatoria (SIRS) sistemica età correlata, di cui uno deve essere alterazione della temperatura o del numero di globuli bianchi.
	Shock settico	**Adulti:** ipotensione persistente nonostante il ripristino del volume sanguigno, che richiede vasopressori per mantenere MAP ≥65 mmHg e livello di lattato siero > 2 mmol/L. **Bambini**: qualsiasi grado di ipotensione (SBP <5° centile o > 2 SD sotto il limite di norma per età) o due o tre dei seguenti criteri: alterazione dello stato mentale; bradicardia o tachicardia (HR< 90 bpm o > 160 bpm nei neonati e frequenza cardiaca <70 bpm o > 150 bpm nei bambini); aumento del riempimento capillare (> 2 sec) o polso debole; tachipnea; cute marezzata o fredda o con petecchie o *rash* purpurico; elevati livelli di lattato; riduzione della diuresi; ipertermia o ipotermia.

Alle differenti fasi della malattia corrispondono approcci terapeutici differenti (66) (Figura 7). Deve essere infine ricordato che SARS-CoV-2 può indurre un danno a livello anche di altri organi oltre al polmone; tra questi meritano menzione i danni osservati a livello cardiaco, renale e del sistema nervoso sia centrale sia periferico.

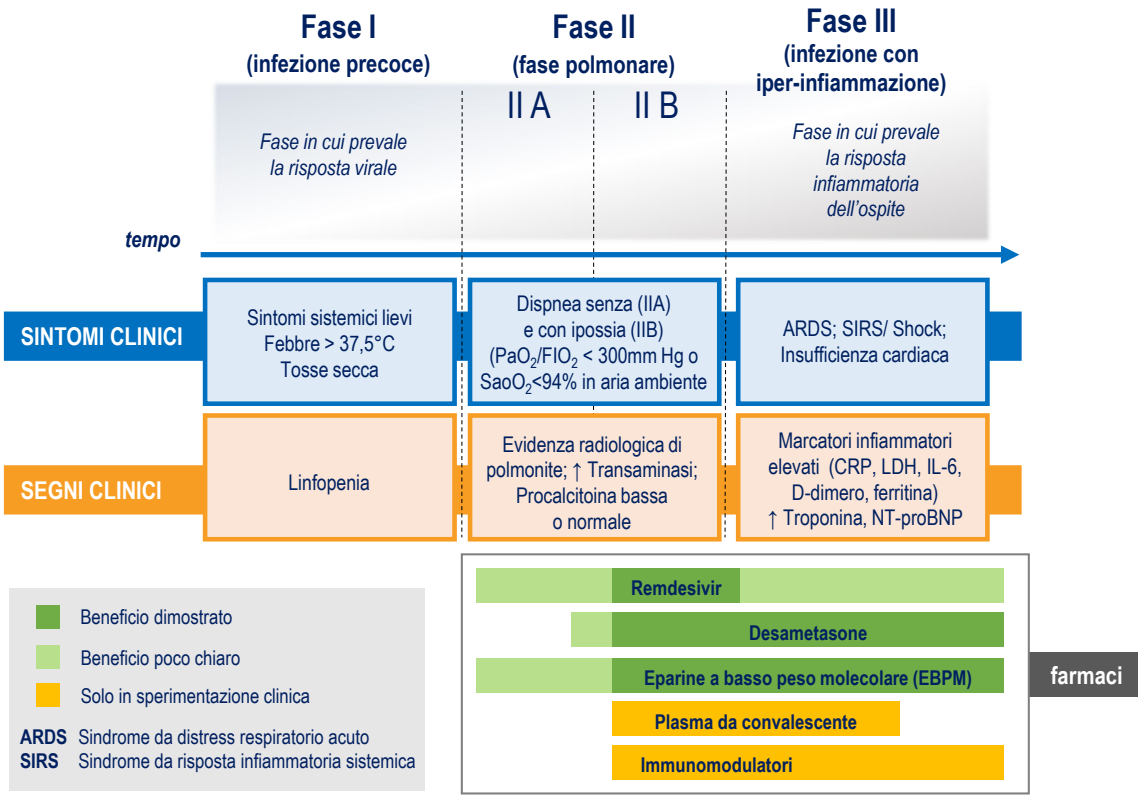


Figura 7. Terapie ritenute efficaci per stadio clinico della malattia COVID-19 - modificato da (66)

Corticosteroidi

L'utilizzo dei corticosteroidi è raccomandato dalle principali linee guida internazionali, in assenza di controindicazioni specifiche, nei soggetti ospedalizzati con malattia COVID-19 severa che necessitano di supplementazione di ossigeno (inclusi i soggetti in ventilazione meccanica invasiva e non invasiva). In base alle evidenze ad oggi disponibili, i glucocorticoidi rappresentano l'unica classe di farmaci che ha dimostrato un beneficio in termini di riduzione della mortalità.

Razionale

A causa del loro potente effetto antinfiammatorio, i corticosteroidi sono stati utilizzati in patologie strettamente correlate a COVID-19, tra cui SARS, MERS, influenza grave, polmonite acquisita in comunità, ARDS o sindrome da rilascio di citochine. Tuttavia, le prove a sostegno dell'uso di corticosteroidi in queste condizioni sono sempre state controverse a causa di vari motivi, tra cui la mancanza di studi randomizzati sufficientemente robusti in termini di dimensione campionaria, l'eterogeneità delle popolazioni studiate e le modalità spesso inadeguate di raccogliere i dati riguardanti i dosaggi, la gravità della malattia di base, e gli effetti collaterali.

Principali evidenze

Le principali evidenze a supporto dell'utilizzo del desametasone nel COVID-19 derivano dallo studio RECOVERY (*Randomized Evaluation of COVID-19 Therapy*), studio randomizzato controllato in aperto, condotto in UK sotto l'egida del R*andomized Evaluation of COVID-19 Therapy*, che confrontava differenti trattamenti in soggetti ospedalizzati con COVID-19 (67). L'analisi dei 6.425 soggetti randomizzati (2.104 nel braccio con desametasone e 4.321 nel braccio *usual care*) ha dimostrato, nella popolazione generale, una mortalità statisticamente inferiore nel braccio in trattamento con desametasone rispetto al braccio di controllo (22,9% *vs* 25,7%; RR 0,83; IC95% 0,75-0,93; p<0,001). Nell'analisi per sottogruppi, la riduzione del tasso di mortalità nel braccio trattato con desametasone rispetto al gruppo di controllo si osservava anche nel sottogruppo dei soggetti in ventilazione meccanica invasiva (29,3% *vs* 41,4%; RR 0,64; IC95% 0,51-0,81), mentre non si riscontrava nel sottogruppo di soggetti che non ricevevano alcuna supplementazione di ossigeno (17,8% *vs* 14,0%; RR 1,19; IC95% 0,91-1,55).

Altri studi clinici randomizzati, alcuni dei quali precocemente interrotti dopo la divulgazione dei risultati de RECOVERY trial, sono stati pubblicati (68-71) e una recente meta-analisi del *WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies* (*REACT*) *Working Group* ha confermato il beneficio dei farmaci steroidei nel ridurre la mortalità (OR 0,66; IC95% 0,53-0,82; p<0,001) (72).

L'efficacia viene riportata essere simile tra il desametasone e l'idrocortisone, suggerendo che il beneficio è da ricondurre in generale alla classe dei farmaci steroidei e non a uno specifico steroide, senza una chiara superiorità tra basse dosi (6 mg/die di desametasone) e dosi più elevate (20 mg desametasone per 5 gg + 10 mg per ulteriori 5 gg o fino alla dimissione dall'unità di terapia intensiva). Sulla base dei dati della meta-analisi, l'OMS ha emanato specifiche raccomandazioni relative all'utilizzo di corticosteroidi (73):

- **Raccomandazione 1.** I corticosteroidi sistemici sono raccomandati nel trattamento di pazienti con manifestazioni gravi o critiche di COVID-19 (raccomandazione forte con una moderata certezza dell'evidenza)
- **Raccomandazione 2.** Si suggerisce di non usare farmaci steroidei nel trattamento di pazienti con manifestazioni non gravi da COVID-19 (raccomandazione condizionale basata su una bassa certezza dell'evidenza).

Sono in fase di prossima pubblicazione le indicazioni dell'AIFA, secondo cui l'utilizzo dei corticosteroidi è raccomandato nei soggetti ospedalizzati con malattia COVID-19 severa che necessitano di supplementazione di ossigeno (inclusi i soggetti in ventilazione meccanica invasiva e non invasiva).

Remdesivir

L'utilizzo di remdesivir può essere considerato, nei soggetti ospedalizzati con malattia COVID-19 severa, che necessitano di supplementazione standard di ossigeno, ma che non richiedono ossigeno ad alti flussi e ventilazione meccanica.

Il dosaggio raccomandato di remdesivir nei pazienti di età pari o superiore a 12 anni e peso pari ad almeno 40 kg è:

- giorno 1: singola dose di carico di remdesivir 200 mg somministrata tramite infusione endovenosa
- dal giorno 2 in poi: 100 mg somministrati una volta al giorno tramite infusione endovenosa.

La durata totale del trattamento deve essere di almeno 5 giorni e non deve eccedere i 10 giorni.

Gli studi finora condotti non hanno evidenziato una differenza in termini di efficacia tra il trattamento a 5 giorni e il trattamento a 10, sia nei pazienti con malattia moderata, sia nella coorte di malattia severa.

Razionale

Il remdesivir è un analogo nucleotidico della adenosina che ha dimostrato efficacia clinica inibendo la replicazione di SARS-CoV-2 a livello della RNA polimerasi RNA dipendente (74). Inizialmente utilizzato per la Malattia da Virus Ebola, remdesivir è il primo farmaco antivirale ad aver ottenuto l'autorizzazione dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) con indicazione specifica per il "trattamento della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) negli adulti e negli adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni e peso pari ad almeno 40 kg) con polmonite che richiede ossigenoterapia supplementare". Remdesivir è stato autorizzato in Europa con procedura *conditional approval*.

Al momento, in Italia, remdesivir può essere fornito esclusivamente nell'ambito dell'*Emergency Support Instrument* secondo le modalità operative riportate sul sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (75).

Principali evidenze

Il principale studio che ha valutato l'efficacia e la sicurezza di remdesivir è stato lo studio ACTT-1, un trial clinico randomizzato, in doppio-cieco, multinazionale, sponsorizzato dai *National Health Institutes* negli Stati Uniti che ha valutato l'efficacia del remdesivir *vs* placebo (entrambi somministrati per 10 giorni) in una popolazione che comprendeva soggetti ricoverati, in gran parte con necessità di ossigenoterapia (74). I dati ottenuti hanno evidenziato, nella popolazione generale di pazienti ospedalizzati con COVID-19, una superiorità statisticamente significativa del remdesivir rispetto al placebo di 4 giorni nel tempo di recupero clinico nei pazienti del gruppo remdesivir rispetto a quelli nel gruppo placebo (11 *vs* 15 giorni HR: 1,32; IC95% 1,12-1,55; p<0,001). Nello strato di popolazione che presentava polmonite e necessità di ossigeno supplementare la differenza nel tempo mediano di recupero è stata di 12 giorni nel gruppo remdesivir contro i 18 del gruppo placebo (RR 1,36; IC95% 1,143-1,623; p<0,001). Nessuna differenza è stata osservata nel sottogruppo di pazienti con malattia 'lieve-moderata' (stadio 4; RR 1,38; IC95% 0,94-2,03). Non sono, inoltre, emerse differenze, rispetto al placebo, nei pazienti ospedalizzati in supporto ventilatorio (ventilazione non invasiva e ossigenoterapia ad alti flussi; RR 1,20; IC95% 0,79-1,81) e in ventilazione meccanica (ventilazione meccanica invasiva ed ECMO; RR0,95; IC95% 0,64-1,42). Nella popolazione generale in trattamento con remdesivir è stato osservato un andamento più favorevole in termini di mortalità a 14 rispetto al gruppo placebo senza raggiungere la significatività statistica; HR 0,70; IC95% 0,47-1,04).

Un precedente studio clinico randomizzato in doppio-cieco, condotto in Cina, ma prematuramente sospeso per difficoltà nel completamento del reclutamento, non aveva invece evidenziato alcun beneficio in termini di mortalità (77). Sono, infine, stati pubblicati i due studi aziendali "SIMPLE" condotti, rispettivamente, nella popolazione con malattia moderata (78) o severa (79).

In base ai dati ad oggi disponibili (seppur derivanti da studi con rilevanti criticità metodologiche), il beneficio clinico di remdesivir sembra essere dimostrato nella sola popolazione in ossigenoterapia supplementare che non richiede l'erogazione di ossigeno ad alti flussi, ventilazione non invasiva, ventilazione meccanica invasiva o ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO). Inoltre, gli studi finora condotti non hanno evidenziato una differenza in termini di efficacia tra il trattamento a 5 giorni e il trattamento a 10, sia nei pazienti con malattia moderata sia nei pazienti con malattia severa.

Eparine a basso peso molecolare (EBPM)

L'uso delle eparine a basso peso molecolare (EBPM) nella profilassi degli eventi trombo-embolici nel paziente con infezione respiratoria acuta e ridotta mobilità è raccomandato dalle principali linee guida e deve continuare per l'intero periodo dell'immobilità.

Nei casi gravi di COVID-19 può essere considerato l'uso delle EBPM a dosaggi terapeutici nei pazienti che presentano livelli di D-dimero molto superiori alla norma (4-6 volte) e/o un punteggio elevato in una scala di "coagulopatia indotta da sepsi" (*Sepsis induced Coagulopathy*, SIC, score ≥4) che considera parametri di laboratorio e clinici.

Razionale

In considerazione del coinvolgimento del sistema micro-vascolare e della presenza di tromboembolie venose e polmonari osservate nel riscontro autoptico effettuato su malati deceduti per COVID-19 (80, 81), vi è razionale biologico e clinico per la terapia con EBPM (82). L'impatto di questo trattamento nelle Terapie Intensive (TI) è di difficile valutazione in quanto tutti i pazienti ammessi in TI ricevono una profilassi da linea guida contro le trombosi venose profonde, a base di EBPM, avendo già una "protezione" di base.

Numerosi studi hanno confermato l'importanza degli eventi trombotici associati al COVID (83-87).

Nel complesso quadro fisio-patogenetico che contraddistingue la malattia COVID-19 è possibile identificare due scenari di utilizzo delle EBPM:

- nella fase iniziale della malattia quando è presente una polmonite e si determina una ipo-mobilità del paziente con allettamento. In questa fase, l'EBPM dovrà essere utilizzata a dose profilattica allo scopo di prevenire il tromboembolismo venoso.
- nella fase più avanzata, in pazienti ricoverati per contenere i fenomeni trombotici a partenza dal circolo polmonare come conseguenza dello stato iperinfiammatorio che connota COVID-19. In tale caso, le EBPM dovranno essere utilizzate a dosi terapeutiche.

Principali evidenze

I primi dati che hanno valutato l'impatto della terapia anticoagulante sul decorso del COVID sono relativi a un'analisi retrospettiva su 415 casi consecutivi di polmonite grave in corso di COVID-19 ricoverati nell'ospedale cinese di Wuhan (82).

Lo studio suggeriva che, nei pazienti in cui si dimostra l'attivazione della coagulazione, la somministrazione di eparina (non frazionata o EBPM) per almeno 7 giorni poteva determinare un vantaggio in termini di sopravvivenza. L'effetto terapeutico positivo era evidente solo in quei pazienti che mostrano un livello molto elevato di D-dimero (6 volte i valori massimi superiori) o un punteggio elevato in una scala di SIC (score ≥ 4). Successivi studi retrospettivi hanno fornito ulteriore supporto a un vantaggio in termini di mortalità correlato all'utilizzo di anti-coagulanti a dosi terapeutiche (88, 89).

Immunomodulatori

Non sono disponibili al momento risultati da studi randomizzati sull'immunoterapia (anticorpi monoclonali anti-IL-6, anti-IL-1, inibitori della tirosin-kinasi) che confermino l'efficacia della stessa nel trattamento del COVID-19. Per tale motivo, l'impiego di questi farmaci dovrebbe essere riservato prioritariamente all'interno di studi clinici randomizzati che ne valutino l'efficacia.

Razionale

Nei soggetti con COVID-19 si osserva un profilo citochinico simile a quello documentato nella linfoistiocitosi emofagocitica (HLH), condizione caratterizzata da una sindrome iper-infiammatoria e da una iper-citochinemia spesso a esito fatale, che si associa in genere alla severità della malattia.

Alla luce di queste osservazioni, l'utilizzo di farmaci modulanti la risposta citochinica e infiammatoria nel COVID-19 andrebbe preferenzialmente destinato ai pazienti con evidenza di risposta iper-infiammatoria (un marcatore o più tra linfocitopenia, livelli elevati di D-dimero, ferritina, PCR e LDH).

Principali evidenze

Rimane ancora controverso in letteratura il ruolo degli immunomodulatori (in particolare anticorpi monoclonali che inibiscono IL-6, IL-1 e varie tirosin-kinasi) nel trattamento delle fasi della malattia COVID-19 caratterizzate da una maggiore attivazione immunitaria. In particolare, malgrado studi osservazionali o studi non controllati abbiano suggerito un beneficio clinico connesso all'utilizzo di questi farmaci (90, 91), l'assenza di risultati derivanti da studi clinici randomizzati controllati ne rende difficilmente valutabile il loro valore terapeutico. Report preliminari di due studi relativi rispettivamente all'utilizzo di Tocilizumab e Sarilumab sembrano indicare una mancanza di beneficio del trattamento nelle popolazioni studiate (91, 93), mentre sono stati recentemente comunicati i dati dello studio di fase III EMPACTA che dimostrerebbe un vantaggio del Tocilizumab rispetto allo standard di cura in termini di progressione alla ventilazione meccanica o decesso (94). Per il momento questi risultati non sono ancora pubblicati e nel complesso le evidenze disponibili non consentono di valutarne in maniera incontrovertibile l'efficacia. L'utilizzo di tali farmaci andrebbe, quindi, considerato solo all'interno di studi clinici randomizzati controllati.

Plasma da convalescente

I dati di letteratura disponibili al momento non consentono di supportare raccomandazioni in merito all'uso routinario del plasma da convalescente per il trattamento del COVID-19; il suo impiego dovrebbe essere riservato esclusivamente all'interno di studi randomizzati che ne valutino l'efficacia.

Razionale

L'impiego del plasma da convalescente o di immunoglobuline iperimmuni si basa sull'ipotesi che un incremento dell'immunità umorale ottenibile attraverso l'infusione di anticorpi diretti contro SARS-CoV-2 sia una strategia efficace nella terapia dell'infezione da nuovo coronavirus. Questo approccio terapeutico trova le sue origini in diverse situazioni epidemiche ed è stato impiegato per il trattamento della malattia da virus Ebola, nella MERS, e nell'influenza A H1N1.

Principali evidenze

Un trial clinico condotto in Cina nel periodo febbraio-aprile 2020, ma terminato precocemente a causa delle difficoltà di arruolamento per l'evoluzione epidemiologica dell'epidemia, in cui sono stati arruolati 103 soggetti con COVID di stadio severo o critico, ha dimostrato un beneficio del plasma da convalescente rispetto allo *standard of care* in termini di tempo al miglioramento clinico nel sottogruppo di soggetti con malattia severa (95). Al contrario, non vi era efficacia correlabile all'infusione di plasma nei soggetti con manifestazioni meno gravi attribuibili a COVID-19 così come nei pazienti in una situazione critica/avanzata. Alla luce dei dati disponibili al momento le principali linee guida internazionali concordano nel non poter

considerare il plasma da convalescente come standard di cura e con la necessità di documentarne l'eventuale efficacia attraverso la conduzione di ulteriori studi clinici controllati (96). In questa prospettiva, è opportuno sottolineare che in Italia è stato attivato lo studio clinico randomizzato multicentrico TSUNAMI (*vedi* Pilastro 5), mirato a documentare in maniera solida e incontrovertibile l'efficacia della terapia con plasma di soggetto guarito/convalescente nei pazienti affetti da forme di COVID-19 connotate da quadri d'insufficienza respiratoria.

Farmaci in sviluppo clinico

In virtù della selettività del meccanismo d'azione e della potenziale grande efficacia, deve essere, infine, ricordato che è in fase di sperimentazione l'utilizzo di anticorpi monoclonali che potrebbero neutralizzare il virus e rappresentare un'opzione terapeutica importante nei pazienti COVID-19.

Farmaci attualmente non raccomandati

L'AIFA ha sospeso l'autorizzazione all'utilizzo *off-label* per COVID-19 di alcuni farmaci utilizzati durante la prima fase della epidemia, quali la clorochina e l'idrossiclorochina (29 maggio 2020), lopinavir/ritonavir e darunavir/cobicistat (17 luglio 2020), il cui impiego è al momento previsto solo all'interno di studi clinici.

Relativamente all'azitromicina, la mancanza di un solido razionale e l'assenza di prove di efficacia nel trattamento di pazienti COVID-19, non consente di raccomandarne l'uso, da sola o associata ad altri farmaci, con particolare riferimento all'idrossiclorochina, al di fuori di eventuali sovrainfezioni batteriche.

Per ulteriormente e compiutamente definire il ruolo delle diverse opzioni terapeutiche, fungono certamente da riferimento le raccomandazioni dell'*Infectious Diseases Society of America* (IDSA) per il trattamento e la gestione dei pazienti affetti da COVID-19. Infatti, nel marzo 2020, l'IDSA ha costituito un panel di esperti al fine di individuare delle raccomandazioni utili al trattamento e alla gestione dei pazienti con COVID-19. Dopo una prima pubblicazione di raccomandazioni l'11 aprile 2020, il gruppo di esperti ha continuato a lavorare, aggiornando le conoscenze sulla letteratura esistente e ha prodotto degli aggiornamenti sul tema. In particolare, l'ultimo aggiornamento risale al giorno **25 settembre 2020**.

In quest'ultimo documento, vengono identificate differenti raccomandazioni, supportate *dall'evidence based medicine*, in linea con quanto sopra riportato rispetto anche alle determinazioni assunte da AIFA e così riassumibili:

- **Raccomandazione 1.** IDSA raccomanda di NON utilizzare idrossiclorochina (o classi equivalenti di farmaci, quali la clorochina) nei pazienti con COVID-19 (raccomandazione forte, certezza delle evidenze moderata).
- **Raccomandazione 2.** Nei pazienti ospedalizzati con COVID-19, IDSA raccomanda di NON utilizzare l'associazione idrossiclorochina (o equivalenti) /azitromicina (raccomandazione forte, certezza delle evidenze bassa).
- **Raccomandazione 3.** Nei pazienti ospedalizzati con COVID-19, IDSA raccomanda l'associazione lopinavir/ritonavir solo all'interno di un *clinical trial* (gap nelle conoscenze ad oggi disponibili).
- **Raccomandazione 4.** Nei pazienti ospedalizzati con malattia non severa da SARS-CoV-2 (pazienti con SpO_2 > 94% in aria ambiente che non necessitino di supplementazione di ossigeno), ISDA NON raccomanda l'uso di glucocorticoidi (raccomandazione condizionale, certezza delle evidenze bassa).
- **Raccomandazione 5.** Nei pazienti ammessi in ospedale con COVID-19, IDSA NON raccomanda l'utilizzo routinario di tocilizumab, anticorpo monoclonale che inibisce l'Interleukina-6 (raccomandazione condizionale certezza delle evidenze bassa).

- **Raccomandazione 6.** Nei pazienti ammessi in ospedale con COVID-19, IDSA raccomanda l'uso di plasma di convalescente solo nel contesto di un *clinical trial* (gap nelle conoscenze ad oggi disponibili).
- **Raccomandazione 7.** Nei pazienti ospedalizzati con malattia severa da SARS-CoV-2 (definita come una SpO_2 ≤94% in aria ambiente, includendo pazienti in supplementazione di ossigeno e pazienti in ventilazione meccanica o in ECMO) IDSA suggerisce l'utilizzo di remdesivir senza altri trattamenti antivirali (raccomandazione condizionale, certezza delle evidenze moderata).

  In situazioni connotate da limitate scorte del farmaco, deve essere considerato che remdesivir ha dimostrato maggiore efficacia nei pazienti che hanno una malattia severa in supplementazione di ossigeno rispetto a quelli in ventilazione meccanica e/o ECMO (vedi sopra).
- **Raccomandazione 8.** Nei pazienti con malattia severa da SARS-CoV-2 in supplementazione di ossigeno, ma non in ventilazione meccanica o ECMO, IDSA suggerisce un trattamento con il farmaco antivirale remdesivir in schedula da 5 giorni e non da 10 giorni (raccomandazione condizionale, certezza delle evidenze bassa). Si noti che nei pazienti in ventilazione meccanica o ECMO la durata del trattamento è di 10 giorni.
- **Raccomandazione 9.** Nei pazienti ospedalizzati in condizioni critiche (paziente in ventilazione meccanica o in ECMO. Malattia in fase critica include le condizioni di marcata disfunzione d'organo secondaria a sepsi/shock settico. Nei pazienti COVID-19 la più comune forma d'insufficienza d'organo è rappresentata dall'insufficienza respiratoria dovuta ad ARDS), IDSA raccomanda l'utilizzo di desametasone (raccomandazione forte, certezza delle evidenze moderata).
- **Raccomandazione 10.** Nei pazienti ospedalizzati con malattia severa ma non critica da SARS-CoV-2 (definita come una SpO_2 ≤ 94% in aria ambiente, includendo pazienti in supplementazione di ossigeno), ISDA raccomanda l'utilizzo del desametasone (raccomandazione forte, certezza delle evidenze moderata). Per quel che pertiene alle raccomandazioni 9 e 10, deve essere sottolineato che qualora il desametasone non fosse disponibile dovrebbe essere utilizzata una dose equivalente di un altro glucocorticoide. La dose raccomandata di desametasone è di 6 mg per via endovenosa o per via orale per 10 giorni (o fino alla dimissione) o una dose equivalente di un altro glucocorticoide qualora il desametasone non fosse disponibile. Esempi di dose equivalente/alternativa rispetto a 6 mg/die di desametasone sono: metilprednisolone 32 mg e prednisone 40 mg.
- **Raccomandazione 11.** Nei pazienti ospedalizzati con malattia severa da SARS-CoV-2, IDSA NON raccomanda l'uso di famotidina al di fuori di un *clinical trial* (raccomandazione condizionale, certezza delle evidenze molto bassa).

Capacità delle Terapie Intensive e la risposta programmatica alla pandemia

Durante la fase acuta della pandemia da SARS-CoV-2 uno degli elementi cruciali è stata la forte pressione sul Servizio Sanitario Nazionale e in particolare sulle capacità di gestione dei malati delle TI italiane.

Nel periodo tra l'inizio del mese di marzo e il mese di aprile 2020, le terapie intensive italiane sono giunte a saturazione, nonostante l'allestimento di nuovi letti dedicati alla gestione intensiva in aree dell'ospedale al di fuori delle Rianimazioni. Un report dei medici della terapia intensiva di Bergamo bene illustrava la situazione, con saturazione completa dei nuovi letti intensivi pur aumentati del 200% rispetto alla capienza usuale (97).

In ragione di questa situazione, il Ministero della Salute (98) ai sensi delle circolari DG del Ministero della Salute (DGPROG) circolari del 29 febbraio e del 1° marzo 2020 e in seguito dell'articolo 2 del decreto-legge

19 maggio 2020 n. 34, ha effettuato un censimento dei posti letto disponibili nel periodo prima della pandemia da COVID-19, evidenziando poi l'esigenza di un incremento per poter offrire un trattamento rianimatorio adeguato al numero dei pazienti che necessitavano di TI. Questo potenziamento è stato messo in atto in emergenza, creando centinaia di posti letto aggiuntivi, attrezzati anche nei reparti convenzionali e per i quali il decreto-legge citato ha sancito il consolidamento. Dagli originari 5179 PL in Terapia intensiva si è arrivati a stabilire un aumento fino a 8679 PL, tradottosi in un ampliamento dei posti di TI da 12 a 14 ogni 100.000 abitanti, in questo modo andando a rispondere agli standard raccomandati dalle società internazionali di settore (*vedi* Pilastro 1).

La fornitura dei ventilatori meccanici ha costituito un problema nelle fasi iniziali, in considerazione dell'elevato numero contemporaneo di pazienti critici ricoverati in TI. La struttura commissariale delegata al contrasto dell'emergenza da COVID-19 si è fatta carico di recuperare i ventilatori necessari all'emergenza, ora parte dell'armamentario consolidato delle TI. Nel solo mese di marzo la struttura commissariale ha consegnato 1.231 ventilatori e 6.831 caschi per CPAP (*vedi* Pilastro 8).

A conferma delle necessità e delle corrette decisioni prese a livello governativo, uno studio europeo recentemente pubblicato (99) ha posto in luce una notevole disomogeneità nei paesi europei per i livelli di accesso ai posti letti di terapia intensiva durante la pandemia, calcolato in base al numero di posti letto per 100.000 abitanti e altri fattori quali i tempi necessari per trasportare un malato dal luogo di residenza alla TI.

L'indice di accessibilità più alto veniva, infatti, evidenziato per la Germania (35,5), essendosi dimostrato per l'Italia un indice tra i più bassi (8,1). Questo studio ha anche evidenziato una correlazione negativa tra l'indice di accessibilità alle TI e l'indice di fatalità dei casi correlati al SARS-CoV-2. Le conclusioni sottolineavano la possibilità di utilizzare i risultati dello studio per elaborare a livello nazionale un piano logistico proporzionato alle esigenze epidemiologiche, come è stato fatto in Italia.

Terapia e tecniche di supporto alle funzioni vitali in TI

Il quadro dell'insufficienza respiratoria della SARS-CoV-2 ha sostanzialmente ricalcato quello descritto dalle definizioni internazionali di Berlino per l'ARDS (100-102) e riassunte nella Tabella 3 (100).

Tabella 3. Definizione di Berlino della ARDS

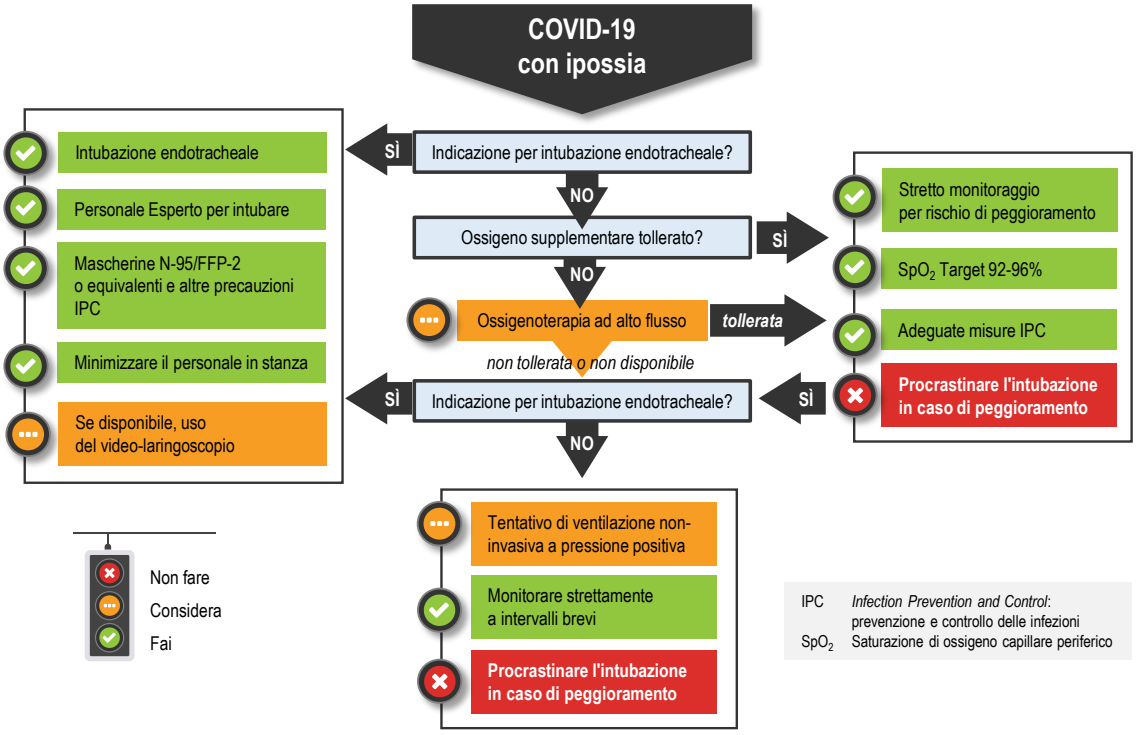
Timing	Entro una settimana da un insulto clinico o sintomi respiratori nuovi o in peggioramento
Immagini radiologiche	Opacità nodulari bilaterali diffuse non pienamente spiegate da suffusioni, collasso polmonare /lobare o noduli
Origini dell'edema	Insufficienza respiratoria non spiegata pienamente da insufficienza cardiaca o sovraccarico fluidico con la necessità di una conferma oggettiva (es. ecocardiografia, volta ad escludere l'edema idrostatico
Ossigenazione	
Quadro lieve	200 mmHg < PaO_2/FiO_2 < 300 mmHg con PEEP o CPAP > 5 cm H_2O
Quadro moderato	100 mmHg < $PaO_2/Fi\ O_2$ ≤ 200 mmHg con PEEP o CPAP ≥ 5 cm H_2O
Quadro severo	$PaO_2/Fi\ O_2$ ≤ 100 mmHg con PEEP o CPAP ≥ 5 cm H_2O

ARDS: *Adult Respiratory Distress Syndrome*; **PEEP**: *Positive End-Expiratory Pressure* (pressione di fine espirazione)

Come tutte le ARDS trattate sino ad ora, anche l'insufficienza respiratoria grave da COVID-19 ha visto applicare le **tradizionali tecniche** di ossigenoterapia ad alti flussi umidificati e riscaldati (HFOT), di ventilazione non-invasiva e invasiva protettiva (bassi Volumi correnti, livelli moderati di Pressione di fine Espirazione (PEEP) tarati in ragione della risposta respiratoria, nonché l'utilizzo di farmaci con azione bloccante neuromuscolari nelle prime 24-48 ore, di tecniche di pronazione fino al ricorso all' ECMO

(ossigenazione extracorporea) (103). In ottemperanza alle raccomandazioni, il ricorso alle varie tecniche è stato modulato, come di norma, in base alla gravità del quadro respiratorio.

L'algoritmo tecnico-terapeutico di riferimento è stato elaborato per la *Surviving Sepsis Campaign* dalla *Society of Critical Care Medicine* e dalla *European Society of Intensive Care Medicine* (Figura 8) (104).



Tradotto e riprodotto con il permesso della *Society of Critical Care Medicine* e della *European Society of Intensive Care Medicine*

Figura 8. Algoritmo tecnico-terapeutico di riferimento per la gestione clinica di pazienti COVID-19 ipossiemici (104)

Molti malati sono stati trattati inizialmente o per tutto il decorso della malattia utilizzando il casco come sistema di erogazione di CPAP o *Pressure Support* in ventilazione non-invasiva (105, 106), in alcuni casi ottenendo buoni risultati ponendo in posizione prona i malati con il casco per la CPAP (107).

Coloro che, nonostante questi ausili, non miglioravano la loro ossigenazione (come determinato dal rapporto PaO_2/FiO_2) venivano poi intubati e trattati in modo invasivo come descritto. I trattamenti ventilatori si sono perciò attenuti alle raccomandazioni e alle line guida esistenti, a quelle pubblicate dall'OMS il 13 marzo 2020 nel documento dal titolo "Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected" e aggiornate nella versione pubblicata il 27 maggio 2020 (108,109).

Tali raccomandazioni sono state applicate nel trattamento dei pazienti con ARDS da COVID 19 durante a pandemia, così come lo sono state in era pre-COVID 19 per altre forme di ARDS.

Il campione dei primi 1500 pazienti trattati nelle TI della Regione Lombardia dimostra come questi criteri siano stati rispettati (88-90% di pazienti ventilati invasivamente con intubazione endotracheale, il 12 % con ventilazione non-invasiva o ossigenoterapia ad alto flusso, 30% con l'utilizzo della pronazione e circa l'1-2% in ECMO) (110).

L'utilizzo della ventilazione non-invasiva, nei vari quadri di insufficienza respiratoria, anche al di fuori delle TI si è tradotto in tassi di mortalità in linea con i dati riportati in letteratura (21% per le forme lievi, 28% nelle forme moderate e 40% nelle forme gravi (111, 112).

A supporto dei deficit di funzione multiorgano sono state e vengono seguite le raccomandazioni correntemente applicate in queste condizioni e valide anche prima della pandemia, ricorrendo all'ausilio della dialisi o del sostegno del circolo con farmaci vasoattivi e inotropi (104, 113).

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Nel caso in cui si dovesse nuovamente verificare un aumento rilevante del numero di casi di infezione nei mesi autunno-invernali, potrebbe nuovamente aumentare la domanda di assistenza ospedaliera in regime ordinario o in TI da parte di pazienti in condizioni cliniche gravi e/o con insufficienza respiratoria acuta. Questo andrebbe a sommarsi all'accesso usuale ai servizi ospedalieri in una stagione in cui è prevista la co-circolazione di altri patogeni respiratori come i virus influenzali, per un periodo che può prolungarsi nel tempo.

Gli elementi di programmazione sanitaria descritti nel Pilastro 1 sono volti ad ampliare in modo mirato e modulabile l'offerta ospedaliera in Italia. Le attività di Prevenzione e Controllo delle Infezioni descritte nel Pilastro 6, hanno inoltre l'obiettivo di diminuire il rischio di infezione del personale sanitario e a prevenire l'insorgenza di infezioni correlate all'assistenza.

Al fine di ottimizzare la gestione dei malati nelle TI anche nel contesto di eventi epidemici è stato inoltre deciso per l'anno accademico corrente un incremento del numero delle borse per le scuole di specializzazione in Anestesiologia e Rianimazione con cifre oscillanti tra il 30 e il 50%, rispetto all'anno precedente.

Di interesse è infine l'azione concertata della Società Europea di Terapia Intensiva (ESICM) e la UE nell'ambito del programma della Comunità Europea C 19 SPACE, per un training mirato a garantire la formazione di operatori sanitari che normalmente non lavorano in terapia intensiva, onde offrire supporto alle TI durante la pandemia da SARS-CoV-2. Lo scopo del programma è quello di aumentare le competenze e il numero degli operatori sanitari che possono essere impegnati nei trattamenti intensivologici di base ove vi fosse nuovamente la necessità di un nuovo rapido, temporaneo incremento delle capacità delle terapie Intensive (https://www.esicm.org/european-commission-c19-space-information-webinar/).

La Tabella A7 in Appendice riporta la raccolta integrale per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di gestione clinica dei casi volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

Pilastro 8. Supporto operativo e logistica

Attuazione del piano di potenziamento dei presidi ospedalieri sul territorio nazionale previsto dal Decreto Rilancio

Nel Decreto Rilancio è previsto il potenziamento delle strutture di terapia intensiva e sub-intensiva, con un incremento di 5.612 posti letto per le prime (3.500 stabili e 2.112 posti letto di terapia sub-intensiva trasformabili, in caso di emergenza, in posti letto di terapia intensiva) e di 4.225 per le seconde.

Per la realizzazione del potenziamento sono previste due tipologie di interventi:

- Lavori infrastrutturali di adeguamento dei presidi ospedalieri;
- Approvvigionamento delle apparecchiature necessarie ad attrezzare i posti letto.

Il Decreto Rilancio individua il Commissario quale soggetto attuatore dei Piani, una volta realizzati i seguenti adempimenti: redazione dei piani da parte delle Regioni, approvazione da parte del Ministero della Salute e registrazione da parte della Corte dei Conti.

Il percorso di approvazione dei Piani regionali si è concluso con la registrazione degli stessi da parte della Corte dei Conti, conclusasi il 28 luglio 2020.

Solo dopo tale data il Commissario ha potuto avviare le attività volte alla realizzazione dei previsti piani di potenziamento, anche avvalendosi, eventualmente, della possibilità prevista dall'articolo 2 di delegare ai singoli Presidenti di Regione tale attività.

Il Commissario, nel frattempo, ha avviato le procedure per l'acquisizione dei beni e la realizzazione dei lavori necessari. Le procedure sono valide per tutto il territorio nazionale e garantiscono efficienza e trasparenza al processo:

- ***Procedure per la realizzazione dei lavori infrastrutturali di potenziamento dei presidi ospedalieri***
  - Sono previste procedure che consentono la realizzazione delle opere attraverso l'impiego di accordi quadro stipulati dal Commissario oppure attraverso procedure pubbliche di affidamento attivate dalle Regioni, in caso di delega dei poteri del Commissario;
  - Strutture mobili: è previsto il noleggio di 4 strutture mobili, ciascuna con 75 posti di terapia intensiva, da attivare in caso di necessità.
- ***Fornitura di attrezzature necessarie alla predisposizione di posti letto in Terapia Intensiva e Sub Intensiva***
  - Definizione di accordi quadro con i fornitori entro settembre, considerando che la dotazione di apparecchiature sarà necessaria nel momento in cui saranno completati i lavori infrastrutturali nei presidi ospedalieri.
  - Sulla base degli accordi quadro le attrezzature verranno acquisite direttamente dai soggetti attuatori.
  - Completata la verifica con Regioni e Province autonome, per la puntuale individuazione delle apparecchiature necessarie nei singoli presidi ospedalieri. Le Regioni hanno inviato i propri fabbisogni.

In generale occorre precisare che:

- all'avvio dell'emergenza erano attivi in Italia 5.179 posti letto di terapia intensiva. Il decreto pone l'obiettivo di incrementarli di 5.612 unità (3.500 posti letto stabili e 2.112 posti letto di terapia sub-intensiva trasformabili, in caso di emergenza, in posti letto di terapia intensiva). Nel corso dell'emergenza il Commissario ha distribuito 3.125 ventilatori per terapia intensiva ed ha disponibilità per ulteriori 1.354 ventilatori.
- Ad oggi sono attivi 15.755 posti letto in terapia sub-intensiva (+9.230 rispetto all'avvio dell'emergenza). L'obiettivo del decreto è di rendere stabili 4.225 posti letto tra quelli già realizzati. Non sono pertanto necessari ulteriori ventilatori rispetto a quelli già forniti.

Approvvigionamento di Test, Tamponi e Dispositivi di protezione individuale

La Struttura Commissariale assicura quotidianamente a titolo gratuito alle Regioni e alle Province autonome la fornitura di dispositivi medici (DM), di dispositivi di protezione individuale (DPI) e del restante materiale, i cui fabbisogni vengono comunicati due volte la settimana dalle Amministrazioni.

Dall'inizio dell'emergenza ad oggi, le Regioni/PA hanno ricevuto oltre **900,4 milioni di prodotti** tra DPI, DM e apparecchiature elettromedicali: una curva in costante aumento. In sintesi, le giacenze presso i magazzini regionali rilevate dal suddetto sistema lasciano intendere che al momento le stesse abbiano complessivamente quantità superiori ai loro attuali fabbisogni, nonché alle loro effettive distribuzioni alla cittadinanza.

Tutti i dati sulla distribuzione di dispositivi e attrezzature per il contenimento e il contrasto dell'epidemia sono visionabili sul sistema "Analisi Distribuzione Aiuti" (ADA), presente sui siti della Presidenza del Consiglio, del Ministero della Salute e della Protezione Civile. I dati sono aggiornati quotidianamente.

Le quantità e le tipologie di prodotti distribuiti nel tempo tengono conto dell'andamento epidemiologico e delle giacenze di prodotti presso i magazzini regionali. Ogni giorno, infatti, la struttura commissariale notifica alle Amministrazioni l'imminente arrivo dei prodotti e le Regioni, nelle 24/48h successive, riscontrano le effettive quantità e disponibilità arrivate. Ciò consente di avere una mappatura trasparente e aggiornata in tempo reale dedicata a dispositivi e apparecchiature per il contrasto al Coronavirus, distribuiti ogni giorno alle Regioni/PA per fronteggiare l'emergenza, consultabile come detto sul sistema ADA.

Test molecolari e relativi tamponi

La struttura del Commissario ha avviato una fornitura aggiuntiva di **test molecolari**. Sono stati distribuiti alle Regioni oltre 9 milioni tra kit stand alone e reagenti nonché 44 macchinari per processare i suddetti test. Tale fornitura ha consentito alle Regioni di incrementare potenzialmente del 50% la propria capacità di somministrazione di tamponi (prima al massimo circa 60.000 al giorno) e di poter realizzare, quindi, fino al 31 dicembre oltre 106.000 test molecolari al giorno.

Test antigenici rapidi

Il Commissario Straordinario per l'emergenza ha pubblicato una Richiesta pubblica di offerta per la fornitura di 5 milioni di test rapidi, destinati alla rilevazione qualitativa di antigeni specifici di SARS-CoV-2 presenti su tampone nasofaringeo o campione salivare.

La richiesta è stata pubblicata sui siti istituzionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 – e del Ministero della Salute.

È previsto il trasporto dei test su tutto il territorio nazionale con veicoli idonei, oltre alla disponibilità a fornire in comodato d'uso gratuito, qualora fossero necessari, un sufficiente numero di macchinari, presso i siti di distribuzione indicati dal Commissario straordinario, per la somministrazione dei test consegnati.

La richiesta di offerta per la fornitura di test rapidi rappresenta un passo importante per intensificare ulteriormente le attività di prevenzione, già messe in atto dal Governo, per contrastare l'epidemia. L'obiettivo è quello di soddisfare i fabbisogni connessi ai movimenti internazionali di passeggeri da zone ad alto contagio e alle necessità derivanti dalla riapertura delle scuole, soprattutto in un periodo, quale quello autunnale, di accertata, aumentata circolazione di tutti i virus respiratori.

Sempre la struttura commissariale, infine, in ragione della estrema necessità e urgenza di provvedere all'effettuazione dei **test rapidi per l'antigene SARS-CoV-2**, al fine di contenere il rischio di contagi sul territorio nazionale dovuti all'ingresso nel Paese di soggetti provenienti dagli Stati indicati nell'ordinanza del Ministro della Salute del 12 agosto 2020, su indicazione del Ministero della Salute, ha provveduto all'acquisto di **255.000 test** destinati agli aeroporti e ai porti.

Test sierologici

A seguito di un bando di gara la struttura del Commissario ha acquisito **2 milioni di kit sierologici rapidi** da utilizzare per la campagna di screening preventivo sul personale docente e non docente, da realizzare prima dell'avvio delle scuole. I kit sono stati già distribuiti alle Regioni le quali, in questi giorni, stanno provvedendo alla somministrazione degli stessi.

Mascherine

Ad oggi la struttura del Commissario ha una giacenza di circa 746 milioni di mascherine.

A tali giacenze vanno aggiunte da un lato la produzione nazionale, che sta rendendo progressivamente disponibili ulteriori 30 milioni di mascherine al giorno, e dall'altro la quantità di mascherine attualmente in stock presso le Regioni, pari a circa 150 milioni. Considerando un fabbisogno giornaliero complessivo di circa 16,5 milioni al giorno, le disponibilità della struttura commissariale (fino al 31 dicembre 2020) consentirebbero di soddisfare il fabbisogno sino all'agosto 2021.

Altri dispositivi

Ad oggi sono disponibili e già contrattualizzati numerosi altri dispositivi, quali ad esempio 32 milioni di camici e tute, 905 milioni di guanti, 8 milioni di occhiali e visiere e 21 milioni di litri di gel igienizzante. Tale sommatoria di dispositivi può assicurare la fornitura almeno per la parte residua dell'anno, se non, in qualche caso, sino al primo trimestre del 2021.

Iniziative di contrasto alle carenze di farmaci

Nella prima fase della pandemia, AIFA ha predisposto una rete operativa con i referenti delle Regioni e delle associazioni delle aziende farmaceutiche (Assogenerici e Farmindustria), per garantire l'approvvigionamento in tempo reale dei prodotti critici agli ospedali (farmaci per rianimazione, antivirali) e fornire supporto logistico rispetto a tutte le problematiche specifiche legate al farmaco (es. produzione di ossigeno, distribuzione territoriale di prodotti oggetto di donazione o sequestro).

Le principali iniziative implementate sono:

- istituzione di un punto unico di contatto in continuità operativa;
- semplificazioni operative per creare azioni coordinate pubblico-privato con risultati evidenti in termini di velocità di risposta alle richieste delle Regioni;
- snellimento delle modalità di importazione di medicinali dai Paesi extra UE;
- gestione della distribuzione di farmaci a supporto della protezione civile e della Struttura Commissariale governativa;
- predisposizione, in accordo con le associazioni industriali, della raccolta dei fabbisogni dei farmaci connessi con l'emergenza COVID-19, attraverso la "comunità di esperti" delle Regioni.

La rete operativa AIFA/Regioni/Aziende, che aveva evitato carenze durante la crisi di marzo-aprile, è stata mantenuta attiva, e attualmente sta raccogliendo dati sui fabbisogni di medicinali previsti e sulle scorte già costituite, per ottimizzare la distribuzione dei farmaci critici verso le strutture territoriali.

La Tabella A8 in Appendice riporta raccolta integrale per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di supporto operativo e logistica volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Capitolo 5

Approccio alla ri-modulazione delle misure di contenimento/mitigazione a livello regionale/PA in ambito di ipotetici scenari di trasmissione del virus SARS-CoV-2 sul territorio nazionale nel periodo autunno-invernale

Ai sensi del DPCM n.126 del 17 maggio 2020, alle Regioni e le Province Autonome è riconosciuta l'autorità di definire modalità e tempistica delle diverse attività ripristinate durante la riapertura post *lockdown*:

> "*a condizione che abbiano preventivamente accertato la compatibilità dello svolgimento delle suddette attività con l'andamento della situazione epidemiologica nei propri territori e che individuino i protocolli o le linee guida applicabili idonei a prevenire o ridurre il rischio di contagio nel rispetto dei principi contenuti nei protocolli o nelle linee guida nazionali*" (114).

A supporto della valutazione della situazione epidemiologica regionale, il Ministero della Salute in collaborazione con ISS ha istituito un sistema di monitoraggio del rischio e della resilienza dei servizi sanitari su base settimanale che viene condiviso con le Regioni/PA e valutato da una Cabina di Regia costituita da esperti del Ministero della Salute, dell'ISS e di una rappresentanza delle Regioni/PA (29).

Questa sezione propone un approccio comune alla scalabilità delle misure sulla base degli scenari di trasmissione descritti nel documento ipotizzati a livello nazionale nella consapevolezza che in ciascuna Regione/PA si possano verificare condizioni epidemiologiche molto diverse tali da prevedere misure di controllo/mitigazione specifiche e non uniformi sul territorio nazionale.

Le misure declinate negli scenari hanno la funzione di supportare ed orientare il processo decisionale delle singole Regioni e Province Autonome in relazione al proprio scenario epidemiologico e, proprio per la loro funzione di orientamento, **non sono da intendersi vincolanti**.

Per ciascuno scenario nazionale vengono quindi ipotizzate misure scalabili in base al verosimile livello di **rischio che potrebbe essere identificato nella classificazione settimanale** fornita a ciascuna Regione/PA in base al monitoraggio definito ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020 (29) (es. non sono considerati verosimili livelli di rischio molto bassi in scenari di trasmissione critici come lo scenario 4).

La ri-modulazione proposta sia in senso restrittivo che permissivo (*escalation* e *de-escalation*) è coerente con quanto indicato all'allegato 10 (28) "Principi per il monitoraggio del rischio sanitario" al DPCM del 26 aprile 2020 "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19", applicabili sull'intero territorio nazionale (Figura 9) che declina in modo più dettagliato in base agli scenari di trasmissione descritti in questo documento.

Per la modulazione in *escalation* e *de-escalation* delle misure vengono posti dei criteri temporali che tengono conto sia del ritardo fisiologico di almeno 3 settimane nell'osservazione di cambiamenti epidemiologici dai dati di sorveglianza e legati all'incubazione della malattia e ai tempi di notifica/trasmissione dei dati, sia di possibili ulteriori ritardi in scenari a più elevata trasmissione per un aumento rilevante nel numero di casi da segnalare tale da sovrastare la capacità di mantenere adeguati livelli di tempestività e completezza.

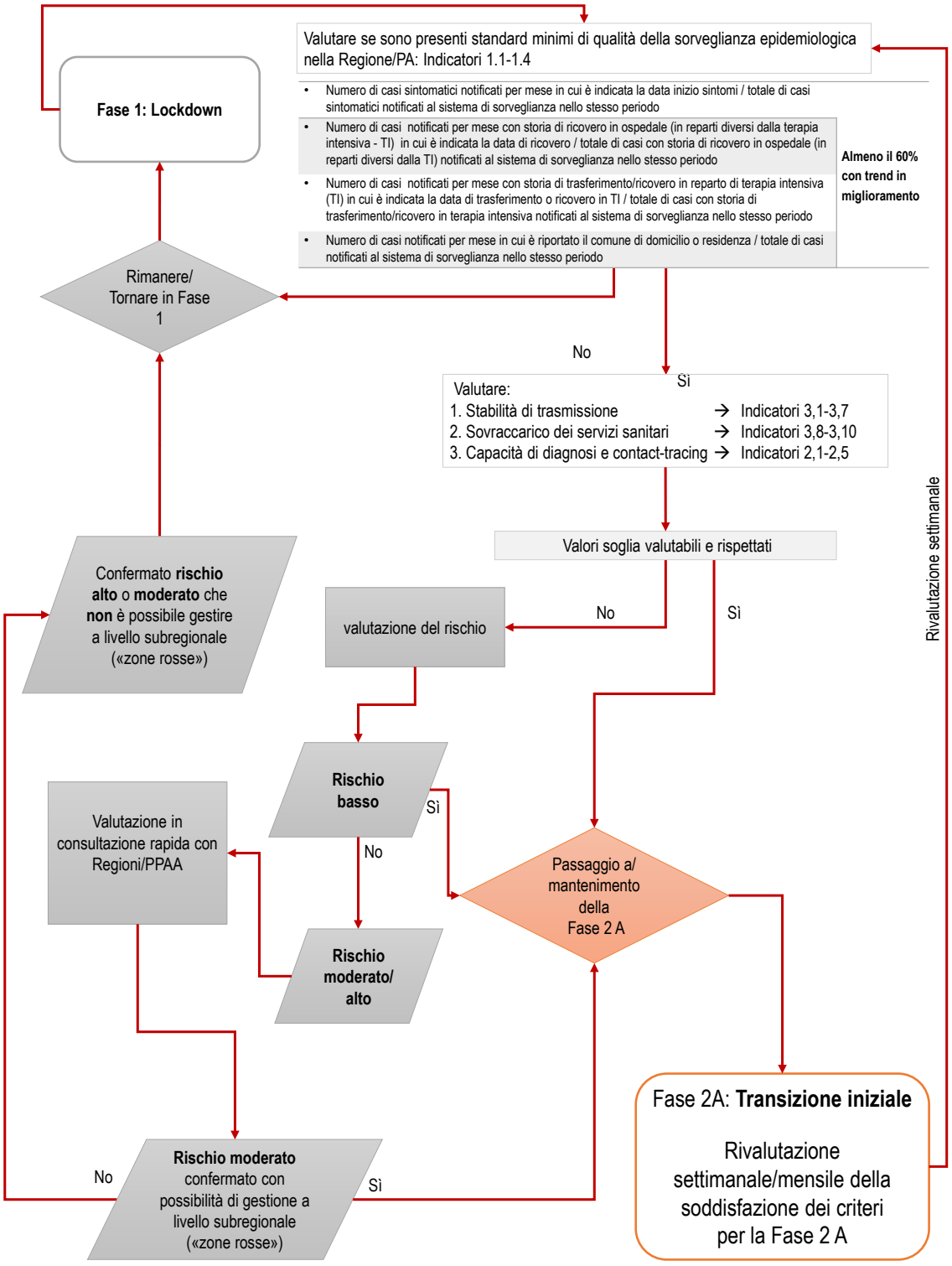


Figura 9. Principi per il monitoraggio del rischio sanitario (All. 10 DPCM n.108 del 27-04-2020)

SCENARIO 1. Situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto al periodo luglio-agosto 2020

Descrizione dello scenario 1

Rt regionali sopra soglia per periodi limitati (inferiore a 1 mese) e bassa incidenza, con trasmissione prevalentemente associata a focolai identificati, nel caso in cui le scuole abbiano un impatto modesto sulla trasmissibilità e i sistemi sanitari regionali riescano a tracciare e tenere sotto controllo i nuovi focolai, inclusi quelli scolastici.

In uno scenario nazionale di questo tipo è presumibile che molte Regioni/PA siano classificate a rischio basso o moderato, anche se sono possibili situazioni di rischio alto, magari a livello sub-regionale.

1. Classificazione del rischio settimanale: MOLTO BASSA/BASSA

Azione: ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti (*de-escalation*) o mantenimento

Interventi: ordinari, tra cui:

- Isolamento casi
- Quarantena contatti
- Precauzioni standard (DPI, distanziamento fisico, igiene individuale/ambientale) definite dalle Istituzioni competenti (CTS, Ministeri, ISS, INAIL ecc.).

2. Classificazione del rischio settimanale: MODERATA

Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*) o mantenimento

Valutazione del rischio nella Regione/PA per definire situazioni sub-regionali di rischio più elevato (circolazione nelle provincie/comuni; focolai scolastici)

Interventi: ordinari + straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate

- Maggiore controllo della reale implementazione delle misure già adottate sul territorio (vedi criteri minimi)
- Precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici (es. scuole) solo in aree con maggiore rischio di esposizione
- Possibilità di chiusura di attività, sospensione di eventi e limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali (comuni/province)

La Figura 10 propone un diagramma di flusso relativo alla ri-modulazione delle misure in base alla classificazione settimanale del rischio in una Regione/PA.

La Tabella 4 riporta la stessa ri-modulazione con declinazione di un dettaglio della ri-modulazione delle misure territoriali a livello regionale, anche considerando il periodo dell'anno che è rilevante per la diversa l'incidenza attesa di sindromi simil-influenzali - ILI di varia eziologia (es. virus influenzali) che impatteranno contemporaneamente i servizi sanitari. Nella tabella vengono assegnate delle indicazioni sugli attori coinvolti dove **N**: Livello Nazionale Centrale; **R**: Livello Regionale; **L**: Livello Locale.

SCENARIO 1
Situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto al periodo luglio-agosto 2020

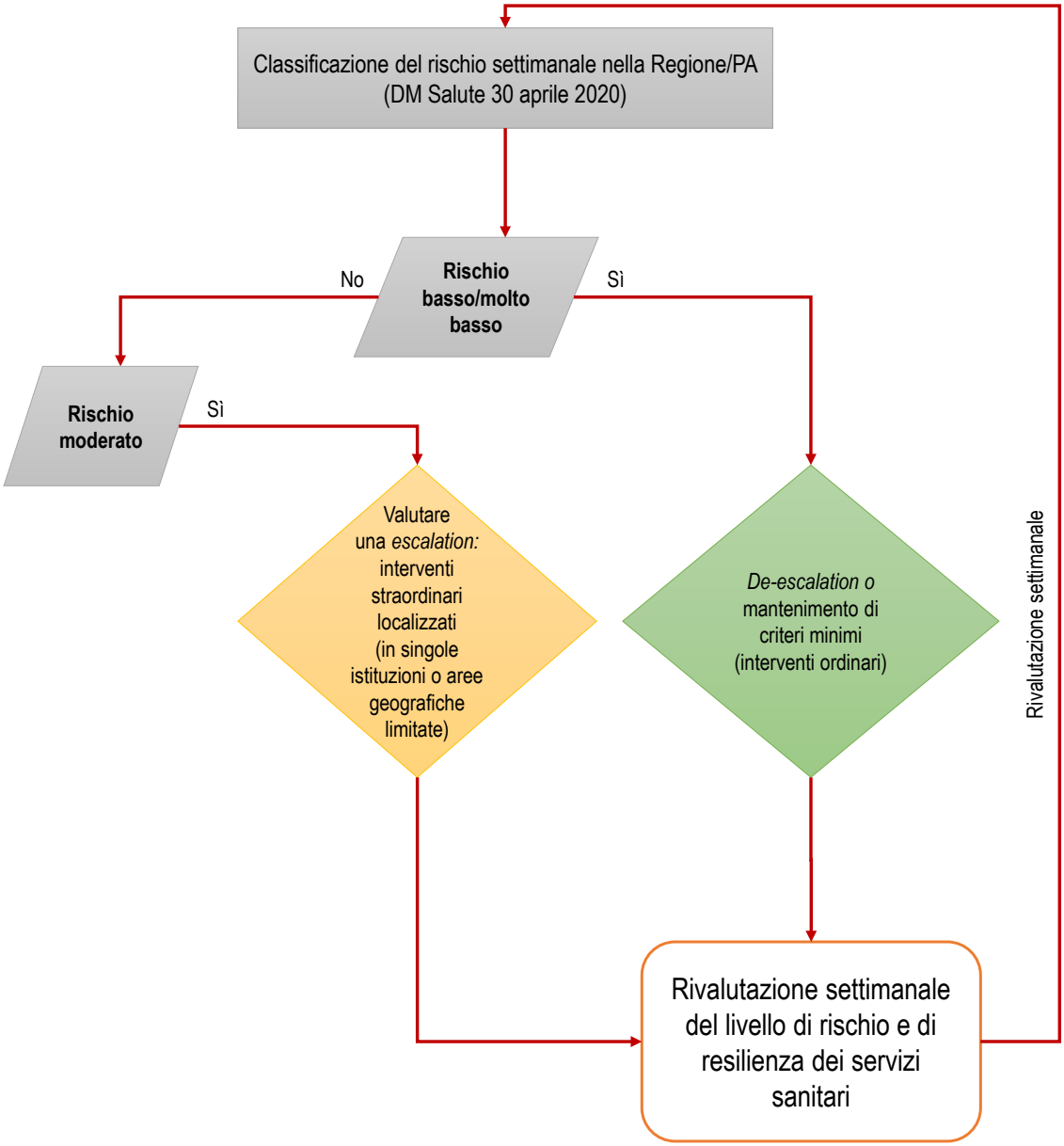


Figura 10. Rimodulazione delle misure (*escalation*/*de-escalation*) in base alla classificazione del rischio settimanale in una regione/PA in un contesto nazionale di trasmissione localizzata (scenario 1)

Tabella 4. SCENARIO 1: situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto al periodo luglio-agosto 2020

Classificazione del rischio settimanale nella Regione/PA	
BASSA/MOLTO BASSA	**MODERATA**
Trasmissione di SARS-CoV-2 limitata a cluster con catene di trasmissione note	**Numero di casi di infezione da virus SARS-CoV-2 in aumento, presenza di casi a trasmissione locale (non di importazione), alcune catene di trasmissione non note**
Obiettivo: *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Obiettivo:*** *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate*
SETT. – OTT. 2020 (incidenza ILI attesa BASSA)	
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - possibile semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]**
Comunità	
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione di alcune attività sociali/culturali maggiormente a rischio (es. discoteche, bar - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]**
Scuole e Università	
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**
NOV. – DIC. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA)	
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità	
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**
Scuole e Università	
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di

	2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**
GEN. – MAR. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA/ALTA)	
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità	
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**
Scuole e Università	
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi - possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - favorire lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - considerare con maggior attenzione la possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, in particolare per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**

SCENARIO 2. Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo

Descrizione dello scenario 2

Valori di Rt regionali prevalentemente e significativamente compresi tra Rt=1 e Rt=1,25 (ovvero con stime dell'IC 95% di Rt comprese tra 1 e 1,25), nel caso in cui non si riesca a tenere completamente traccia dei nuovi focolai, inclusi quelli scolastici, ma si riesca comunque a limitare di molto il potenziale di trasmissione di SARS-CoV-2 con misure di contenimento/mitigazione ordinarie e straordinarie. Un'epidemia con queste caratteristiche di trasmissibilità potrebbe essere caratterizzata, oltre che dalla evidente impossibilità di contenere tutti i focolai, da una costante crescita dell'incidenza di casi (almeno quelli sintomatici; è infatti possibile che si osservi una riduzione della percentuale di casi asintomatici individuati rispetto al totale vista l'impossibilità di svolgere l'investigazione epidemiologica per tutti i nuovi focolai) e corrispondenti ospedalizzazioni e ammissioni in terapia intensiva. **La crescita del numero di casi potrebbe però essere relativamente lenta, senza comportare un rilevante sovraccarico dei servizi assistenziali per almeno 2-4 mesi.**

In uno scenario nazionale di questo tipo è presumibile che molte Regioni/PA siano classificate a rischio da moderato ad alto, anche se sono possibili situazioni di basso rischio, almeno se si dovesse riuscire a limitare la trasmissibilità nelle aree con trasmissione sostenuta in un breve periodo, limitando quindi la trasmissione interregionale.

1. **Classificazione del rischio settimanale: BASSA/MOLTO BASSA per almeno 3 settimane consecutive ad una valutazione del rischio più elevata**

   Azione: ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti (*de-escalation*) o mantenimento

   Interventi: ordinari, tra cui:
   - Isolamento casi
   - Quarantena contatti
   - Precauzioni standard (DPI, distanziamento fisico, igiene individuale/ambientale) definite dalle Istituzioni competenti (CTS, Ministeri, ISS, INAIL ecc.).

2. **Classificazione del rischio: MODERATA**

   Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*) o mantenimento

   Valutazione del rischio nella Regione/PA per definire situazioni sub-regionali di rischio più elevato (circolazione nelle provincie/comuni; focolai scolastici)

   Interventi: ordinari + straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate
   - Maggiore controllo della reale implementazione delle misure già adottate sul territorio (vedi criteri minimi)
   - Precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici (es. scuole) solo in aree con maggiore rischio di esposizione
   - Possibilità di chiusura di attività, sospensione di eventi e limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali (comuni/province)

3. Classificazione del rischio settimanale: ALTA/MOLTO ALTA (per meno di 3 settimane consecutive)

Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*)

Interventi: straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)

- Distanziamento fisico: es. chiusura locali notturni, bar, ristoranti (inizialmente potenzialmente solo in orari specifici – es. la sera/notte in modo da evitare la "movida")
- Chiusura scuole/università (incrementale: classe, plesso, su base geografica in base alla situazione epidemiologica)
- Limitazioni della mobilità (da/per zone ad alta trasmissione ed eventuale ripristino del lavoro agile in aree specifiche.
- Restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale (zone rosse) per almeno 3 settimane con monitoraggio attento nella fase di riapertura. In caso non si mantenga una incidenza relativamente bassa ed Rt <1,2 nel valore medio per almeno 3 settimane dopo la riapertura valutare la necessità di ripristino con eventuale estensione geografica.

In caso persista una classificazione del rischio Alta/Molto Alta per oltre 3 settimane consecutive ed evidenza di una situazione non gestibile con le misure straordinarie già messe in atto, valutare le opzioni di risposta negli scenari successivi.

La Figura 11 propone un diagramma di flusso relativo alla ri-modulazione delle misure in base alla classificazione settimanale del rischio in una Regione/PA.

La Tabella 5 riporta la stessa ri-modulazione con declinazione di un dettaglio della ri-modulazione delle misure territoriali a livello regionale anche considerando il periodo dell'anno che è rilevante per la diversa l'incidenza attesa di sindromi simil-influenzali - ILI (*Influenza-like Illnesses*) di varia eziologia (es. virus influenzali) che impatteranno contemporaneamente i servizi sanitari. Nella tabella vengono assegnate delle indicazioni sugli attori coinvolti dove **N**: Livello Nazionale Centrale; **R**: Livello Regionale; **L**: Livello Locale.

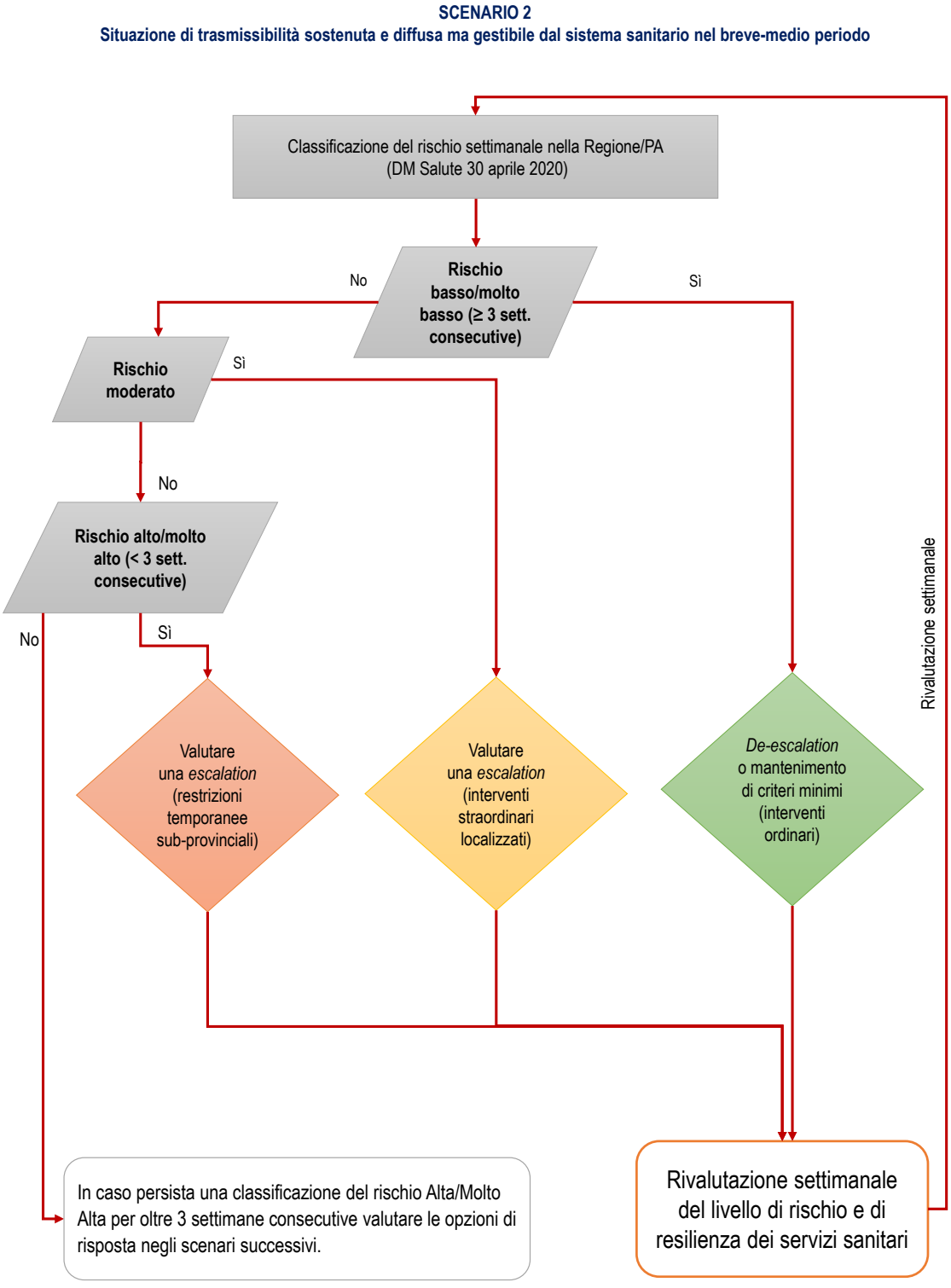


Figura 11. Ri-modulazione delle misure (*escalation*/*de-escalation*) in base alla classificazione del rischio settimanale in una regione/PA in un contesto nazionale di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile (scenario 2)

Tabella 5. SCENARIO 2: situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo

Classificazione del rischio settimanale nella Regione/PA		
BASSA/MOLTO BASSA per almeno 3 settimane consecutive a una valutazione del rischio più elevata	**MODERATA**	**ALTA/MOLTO ALTA (per meno di 3 settimane consecutive)**
Trasmissione di SARS-CoV-2 limitata a cluster con catene di trasmissione note	**Numero di casi di infezione da virus SARS-CoV-2 in aumento, presenza di casi a trasmissione locale (non di importazione), alcune catene di trasmissione non note**	**Cluster non più distinti tra loro, nuovi casi non correlati a catene di trasmissione note, graduale aumento della pressione per i Dipartimenti di Prevenzione**
Obiettivo: *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Obiettivo:*** *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate*	***Obiettivo****: Mitigazione della diffusione del virus* ***Interventi****: Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*
SETT. – OTT. 2020 (incidenza ILI attesa BASSA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - possibile semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione di alcune attività sociali/culturali maggiormente a rischio (es. discoteche, bar - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto **[R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**
Scuole e Università		
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione della situazione epidemiologica locale (es. singola struttura **[R, L]** o più strutture in un'area) **[R, L]**

NOV. – DIC. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanei (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, A]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**
Scuole e Università		
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare, la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**
GEN. – MAR. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA/ALTA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]**

- attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - introduzione obbligo utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**
Scuole e Università		
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi - possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - favorire lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - considerare con maggior attenzione la possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, in particolare per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - attivare, ovunque possibile, lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**

SCENARIO 3. Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo

Descrizione dello scenario 3

Valori di Rt regionali prevalentemente e significativamente compresi tra Rt=1,25 e Rt=1,5 (ovvero con stime IC 95% di Rt comprese tra 1,25 e 1,5), e in cui si riesca a limitare solo modestamente il potenziale di trasmissione di SARS-CoV-2 con misure di contenimento/mitigazione ordinarie e straordinarie. Un'epidemia con queste caratteristiche di trasmissibilità dovrebbe essere caratterizzata da una più rapida crescita dell'incidenza di casi rispetto allo scenario 2), mancata capacità di tenere traccia delle catene di trasmissione e iniziali segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali in seguito all'aumento di casi ad elevata gravità clinica (con aumento dei tassi di occupazione dei posti letto ospedalieri - area critica e non critica) riconducibile ad un livello di rischio elevato o molto elevato in base al sistema di monitoraggio rilevato ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020. La crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 2-3 mesi. È però importante osservare che qualora l'epidemia dovesse diffondersi prevalentemente tra le classi di età più giovani, come osservato nel periodo luglio-agosto 2020, e si riuscisse a proteggere le categorie più fragili (es. gli anziani), il margine di tempo entro cui intervenire si potrebbe allungare anche di molto.

In uno scenario nazionale di questo tipo è presumibile che molte Regioni/PA siano classificate a rischio alto, anche se sono possibili situazioni di rischio inferiore, almeno se si dovesse riuscire a limitare la trasmissibilità nelle aree con trasmissione sostenuta in un breve periodo, limitando quindi la trasmissione interregionale. Se la situazione di rischio alto dovesse persistere per un periodo di più di tre settimane, si rendono molto probabilmente necessarie misure di contenimento più aggressive.

1. **Classificazione del rischio settimanale: BASSA/MOLTO BASSA per almeno 4 settimane consecutive in base a una rivalutazione dei dati consolidati in modo da ridurre il rischio di una sottostima del rischio dovuto ad un ritardo nella notifica/trasmissione dei dati di sorveglianza**

   Azione: ri-modulazione con cautela delle attività con misure meno stringenti (*de-escalation*) qualora incrementati condizionalmente o mantenimento

   Interventi: ordinari, tra cui:
   - Isolamento casi
   - Quarantena contatti
   - Precauzioni standard (DPI, distanziamento fisico, igiene individuale/ambientale) definite dalle Istituzioni competenti (CTS, Ministeri, ISS, INAIL ecc.).

2. **Classificazione del rischio settimanale: MODERATA PERSISTENTE o per almeno 4 settimane consecutive in base a una rivalutazione dei dati consolidati in modo da ridurre il rischio di una sottostima del rischio dovuto ad un ritardo nella notifica/trasmissione dei dati di sorveglianza**

   Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*) o mantenimento

   Valutazione del rischio nella Regione/PA per definire situazioni sub-regionali di rischio più elevato (circolazione nelle provincie/comuni; focolai scolastici)

Interventi: ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate

- Maggiore controllo della reale implementazione delle misure già adottate sul territorio (vedi criteri minimi)
- Precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici (es. scuole) solo in aree con maggiore rischio di esposizione
- Possibilità di chiusura di attività, sospensione di eventi e limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali (comuni/province)

3. Classificazione del rischio settimanale: ALTA/MOLTO ALTA (per meno di 3 settimane consecutive)

Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*)

Interventi: straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)

- Distanziamento fisico: es. chiusura locali notturni, bar, ristoranti (inizialmente potenzialmente solo in orari specifici, es. la sera/notte in modo da evitare la "movida")
- Chiusura scuole/università (incrementale: classe, plesso, su base geografica in base alla situazione epidemiologica)
- Limitazioni della mobilità (da/per zone ad alta trasmissione ed eventuale ripristino del lavoro agile in aree specifiche.
- Restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale (zone rosse) per almeno 3 settimane con monitoraggio attento nella fase di riapertura. In caso non si mantenga una incidenza relativamente bassa ed Rt <1,2 nel valore medio per almeno 3 settimane dopo la riapertura valutare la necessità di ripristino con eventuale estensione geografica.

4. Classificazione del rischio settimanale: ALTA/MOLTO ALTA (per 3 o più settimane consecutive) ed evidenza di una situazione non gestibile con le misure straordinarie già messe in atto

Azione: considerare la possibilità di restrizioni Regionali/provinciali

- Definire una forma di restrizione più estesa su scala Provinciale o Regionale in base alla situazione epidemiologica
- Ripristino su vasta scala del lavoro agile e di limitazione della mobilità individuale

Interventi: straordinari (Tabella 6)

La Figura 12 propone un diagramma di flusso relativo alla ri-modulazione delle misure in base alla classificazione settimanale del rischio in una Regione/PA.

La Tabella 6 riporta la stessa ri-modulazione con declinazione di un dettaglio della ri-modulazione delle misure territoriali a livello regionale anche considerando il periodo dell'anno che è rilevante per la diversa l'incidenza attesa di sindromi simil-influenzali - ILI (*Influenza-like Illnesses*) di varia eziologia (es. virus influenzali) che impatteranno contemporaneamente i servizi sanitari. Nella tabella vengono assegnate delle indicazioni sugli attori coinvolti dove **N**: Livello Nazionale Centrale; **R**: Livello Regionale; **L**: Livello Locale.

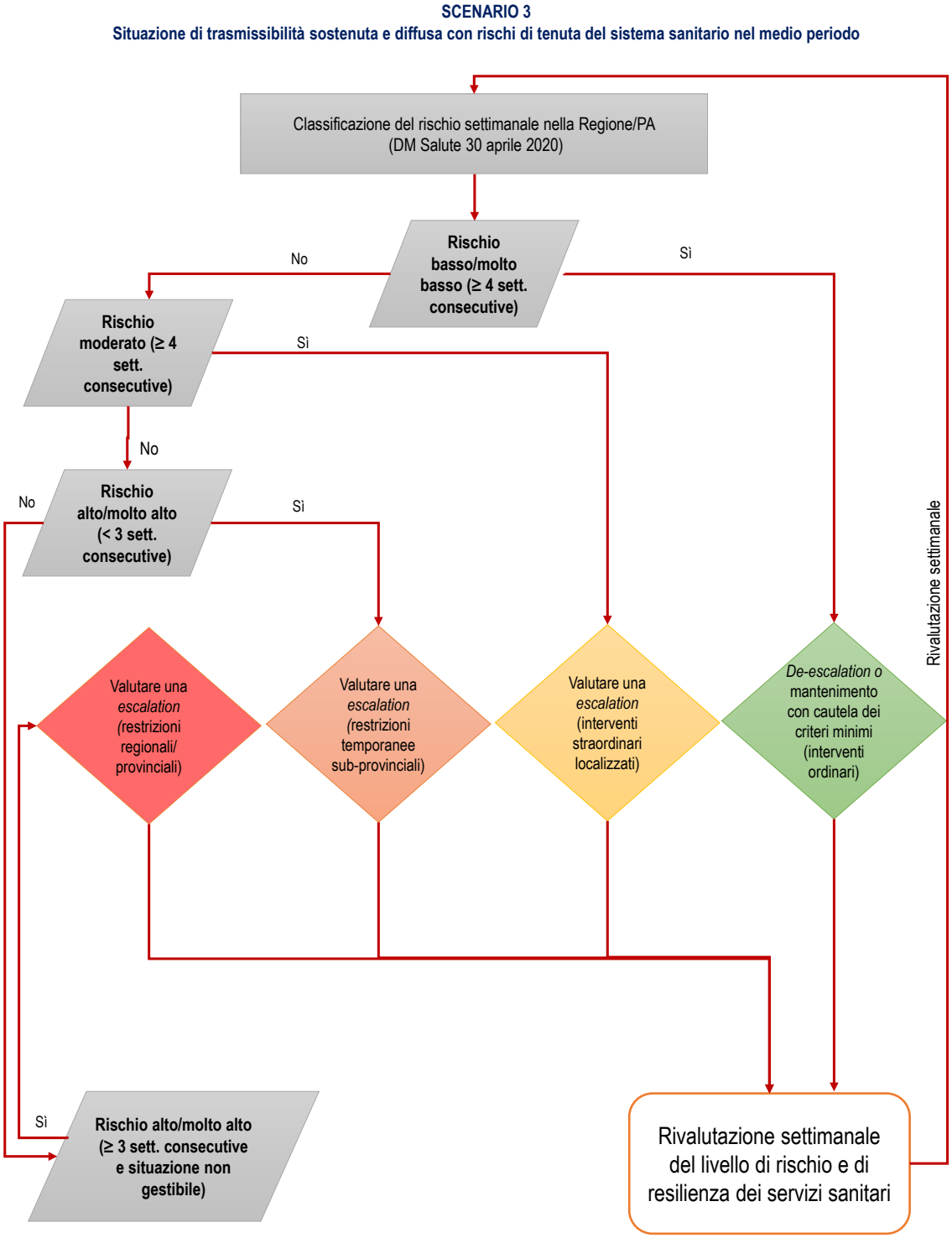


Figura 12. Ri-modulazione delle misure (*escalation*/*de-escalation*) in base alla classificazione del rischio settimanale in una regione/PA in un contesto nazionale di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo (scenario 3)

Tabella 6. SCENARIO 3: situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo

Classificazione del rischio settimanale nella Regione/PA			
BASSA/MOLTO BASSA per almeno 4 settimane consecutive a una valutazione del rischio più elevata	**MODERATA per almeno 4 settimane consecutive ad una valutazione del rischio più elevata**	**ALTA/MOLTO ALTA (per meno di 3 settimane consecutive)**	**ALTA/MOLTO ALTA (per 3 o più settimane consecutive e situazione non gestibile)**
Trasmissione di SARS-CoV-2 limitata a cluster con catene di trasmissione note	**Numero di casi di infezione da virus SARS-CoV-2 in aumento, presenza di casi a trasmissione locale (non di importazione), alcune catene di trasmissione non note**	**Cluster non più distinti tra loro, nuovi casi non correlati a catene di trasmissione note, graduale aumento della pressione per i Dipartimenti di Prevenzione**	**Trasmissione comunitaria diffusa, Cluster non più distinti tra loro, nuovi casi non correlati a catene di trasmissione note, a pressione sostenuta per i Dipartimenti di Prevenzione**
Obiettivo: *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Obiettivo:*** *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate*	***Obiettivo****: Mitigazione della diffusione del virus* ***Interventi****: Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	***Obiettivo:*** *Mitigazione della diffusione del virus, riduzione del numero di casi, porre fine alla trasmissione comunitaria diffusa* ***Interventi:*** *possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
SETT. – OTT. 2020 (incidenza ILI attesa BASSA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti			
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - possibile semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità			
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione di alcune attività sociali/culturali maggiormente a rischio (es. discoteche, bar - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto **[R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università			
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina	- obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

- limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione della situazione epidemiologica locale (es. singola struttura **[R, L]** o più strutture in un'area) **[R, L]**	
NOV. – DIC. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti			
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità			
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, A]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**

Scuole e Università			
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare, la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**
GEN. – MAR. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA/ALTA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti			
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità			
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es.	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - introduzione obbligo utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**

- possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	
Scuole e Università			
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi - possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - favorire lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - considerare con maggior attenzione la possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, in particolare per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - attivare ovunque possibile lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

SCENARIO 4. Situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo

Descrizione dello scenario 4

Valori di Rt regionali prevalentemente e significativamente maggiori di 1,5 (ovvero con stime dell'IC95% di Rt maggiore di 1,5). Uno scenario di questo tipo potrebbe portare rapidamente a una numerosità di casi elevata e chiari segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali, senza la possibilità di tracciare l'origine dei nuovi casi. La crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 1-1,5 mesi, a meno che l'epidemia non si diffonda prevalentemente tra le classi di età più giovani, come osservato nel periodo luglio-agosto 2020, e si riuscisse a proteggere le categorie più fragili (es. gli anziani). A questo proposito, si rimarca che appare piuttosto improbabile riuscire a proteggere le categorie più fragili in presenza di un'epidemia caratterizzata da questi valori di trasmissibilità.

In uno scenario nazionale di questo tipo è presumibile che molte Regioni/PA siano classificate a rischio alto e, vista la velocità di diffusione e l'interconnessione tra le varie Regioni/PA, è improbabile che vi siano situazioni di rischio inferiore al moderato. Se la situazione di rischio alto dovesse persistere per un periodo di più di tre settimane, si rendono molto probabilmente necessarie misure di contenimento molto aggressive.

1. Classificazione del rischio settimanale: MODERATA per almeno 4 settimane consecutive in base a una rivalutazione dei dati consolidati in modo da ridurre il rischio di una sottostima del rischio dovuto ad un ritardo nella notifica/trasmissione dei dati di sorveglianza

Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*) o mantenimento o ri-modulazione con cautela delle attività con misure meno stringenti (*de-escalation*) qualora incrementati precedentemente in situazioni di rischio alto/molto alto

Valutazione del rischio nella Regione/PA per definire situazioni sub-regionali di rischio più elevato (circolazione nelle provincie/comuni; focolai scolastici)

Interventi: ordinari + straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate

- Maggiore controllo della reale implementazione delle misure già adottate sul territorio (vedi criteri minimi)
- Precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici (es. scuole) solo in aree con maggiore rischio di esposizione
- Possibilità di chiusura di attività, sospensione di eventi e limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali (comuni/province)

2. Classificazione del rischio settimanale: ALTA/MOLTO ALTA (per meno di 3 settimane consecutive)

Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*)

Interventi: straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)

- Distanziamento fisico: es. chiusura locali notturni, bar, ristoranti (inizialmente potenzialmente solo in orari specifici, es. la sera/notte in modo da evitare la "movida")

- Chiusura scuole/università (incrementale: classe, plesso, su base geografica in base alla situazione epidemiologica)
- Limitazioni della mobilità (da/per zone ad alta trasmissione ed eventuale ripristino del lavoro agile in aree specifiche.
- Restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale (zone rosse) per almeno 3 settimane con monitoraggio attento nella fase di riapertura. In caso non si mantenga una incidenza relativamente bassa ed Rt <1,2 nel valore medio per almeno 3 settimane dopo la riapertura valutare la necessità di ripristino con eventuale estensione geografica.

3. Classificazione del rischio settimanale: ALTA/MOLTO ALTA (per 3 o più settimane consecutive) ed evidenza di una situazione non gestibile con le misure straordinarie già messe in atto

Azione: considerare la possibilità di restrizioni estese Regionali/provinciali

- Definire una forma di restrizione più estesa su scala Provinciale o Regionale in base alla situazione epidemiologica
- Ripristino su vasta scala del lavoro agile e di limitazione della mobilità individuale.

Interventi: straordinari (Tabella 7)

La Figura 12 propone un diagramma di flusso relativo alla ri-modulazione delle misure in base alla classificazione settimanale del rischio in una Regione/PA.

La Tabella 7 riporta la stessa ri-modulazione con declinazione di un dettaglio della ri-modulazione delle misure territoriali a livello regionale anche considerando il periodo dell'anno che è rilevante per la diversa l'incidenza attesa di sindromi simil-influenzali - ILI (*Influenza-like Illnesses*) di varia eziologia (es. virus influenzali) che impatteranno contemporaneamente i servizi sanitari. Nella tabella vengono assegnate delle indicazioni sugli attori coinvolti dove **N**: Livello Nazionale Centrale; **R**: Livello Regionale; **L**: Livello Locale.

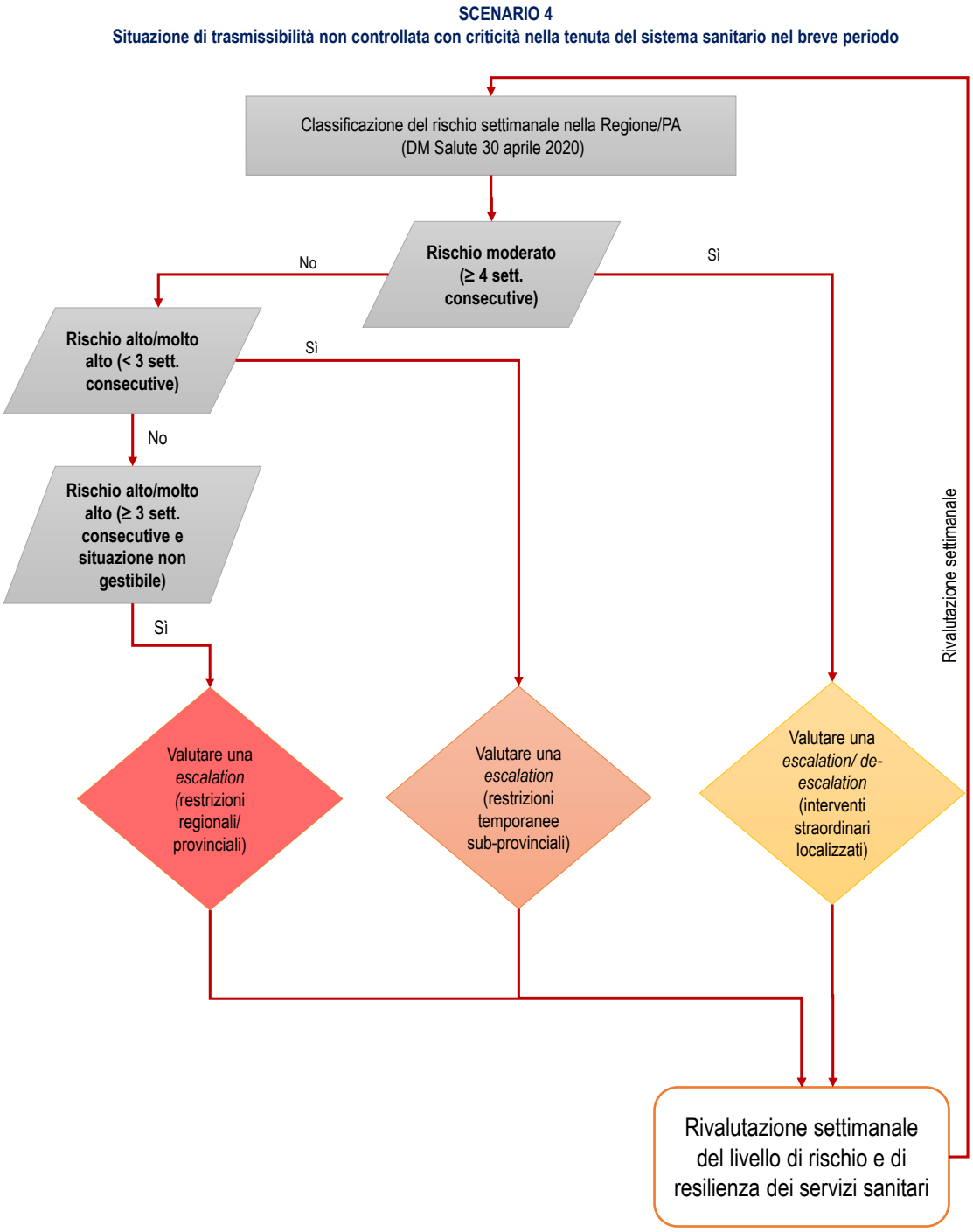


Figura 12. Ri-modulazione delle misure (*escalation*/*de-escalation*) in base alla classificazione del rischio settimanale in una regione/PA in un contesto nazionale di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo (scenario 4)

Tabella 7. SCENARIO 4: Situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo

Classificazione del rischio settimanale nella Regione/PA		
MODERATA **per almeno 4 settimane consecutive ad una valutazione del rischio più elevata**	**ALTA/MOLTO ALTA** **(per meno di 3 settimane consecutive)**	**ALTA/MOLTO ALTA** **(per 3 o più settimane consecutive e situazione non gestibile)**
Numero di casi di infezione da virus SARS-CoV-2 in aumento, presenza di casi a trasmissione locale (non di importazione), alcune catene di trasmissione non note	**Cluster non più distinti tra loro, nuovi casi non correlati a catene di trasmissione note, graduale aumento della pressione per i Dipartimenti di Prevenzione**	**Trasmissione comunitaria diffusa, Cluster non più distinti tra loro, nuovi casi non correlati a catene di trasmissione note, a pressione sostenuta per i Dipartimenti di Prevenzione**
Obiettivo: *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate*	***Obiettivo****: Mitigazione della diffusione del virus* ***Interventi****: Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	***Obiettivo:*** *Mitigazione della diffusione del virus, riduzione del numero di casi, porre fine alla trasmissione comunitaria diffusa* ***Interventi:*** *possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
SETT. - OTT. 2020 (incidenza ILI attesa BASSA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - possibile semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione di alcune attività sociali/culturali maggiormente a rischio (es. discoteche, bar - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto **[R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università		
- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione della situazione epidemiologica locale (es. singola struttura **[R, L]** o più strutture in un'area) **[R, L]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

NOV. - DIC. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, A]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università		
- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare, la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**
GEN. - MAR. 2021 (incidenza ILI attesa MODERATA/ALTA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]**

- attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - introduzione obbligo utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università		
- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - favorire lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - considerare con maggior attenzione la possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, in particolare per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - attivare ovunque possibile lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

TRASMISSIBILITÀ E DIFFUSIONE DI COVID-19			
1 - Trasmissione localizzata (focolai) invariata rispetto al periodo Luglio-Agosto 2020	**2 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo**	**3 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo**	**4 - Trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo**
Descrizione: *Rt sopra soglia per periodi limitati (<1 mese) valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; bassa incidenza, con trasmissione limitata a cluster con catene di trasmissione note* ***Obiettivo:*** *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Descrizione:*** *Rt regionali compresi tra 1 e 1.25 valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; crescita dell'incidenza di casi con riduzione della percentuale di casi asintomatici; poche catene di trasmissione non note, buona limitazione del potenziale di trasmissione* ***Obiettivo:*** *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es scuole) o aree geografiche limitate*	***Descrizione:*** *Rt regionali compresi tra 1.25 e 1.5 valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; rapida crescita dell'incidenza di casi e gravità clinica; cluster non più distinti tra loro; nuovi casi spesso non correlati a catene di trasmissione note; graduale aumento della pressione per i DdP e per i servizi assistenziali; modesta limitazione del potenziale di trasmissione* ***Obiettivo:*** *Mitigazione della diffusione del virus* ***Interventi:*** *Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	***Descrizione:*** *Rt regionali >1.5 valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; incidenza dei casi e gravità clinica elevate; trasmissione comunitaria diffusa con cluster non più distinti tra loro; pressione sostenuta per i DdP e per i servizi assistenziali* ***Obiettivo:*** *Mitigazione della diffusione del virus, riduzione del numero di casi, porre fine alla trasmissione comunitaria diffusa* ***Interventi:*** *possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
SETT. – OTT. 2020 (incidenza ILI attesa BASSA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - contact tracing, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - possibile semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità	**Comunità**	**Comunità**	**Comunità**
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione di alcune attività sociali/culturali maggiormente a rischio (es. discoteche, bar - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto **[R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, etc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]** - lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione della situazione epidemiologica locale (es. singola struttura **[R, L]** o più strutture in un'area) **[R, L]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

TRASMISSIBILITÀ E DIFFUSIONE DI COVID-19			
1 - Trasmissione localizzata (focolai) invariata rispetto al periodo Luglio-Agosto 2020	**2 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo**	**3 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo**	**4 - Trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo**
Interventi: *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es scuole) o aree geografiche limitate*	***Interventi:*** *Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	***Interventi:*** *possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
NOV. – DIC. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - contact tracing, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità	**Comunità**	**Comunità**	**Comunità**
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, A]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, etc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare, la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

TRASMISSIBILITÀ E DIFFUSIONE DI COVID-19			
1 - Trasmissione localizzata (focolai) invariata rispetto al periodo Luglio-Agosto 2020	**2 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo**	**3 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo**	**4 - Trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo**
Interventi: *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es scuole) o aree geografiche limitate*	***Interventi:*** *Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	***Interventi:*** *possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
GEN. – MAR. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA/ALTA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - contact tracing, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità	**Comunità**	**Comunità**	**Comunità**
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - introduzione obbligo utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, etc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, restrizioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi - possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - favorire lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]** - considerare con maggior attenzione la possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, in particolare per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - attivare ovunque possibile lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Appendice A
Strumenti e provvedimenti per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020

Tabella A1. Pilastro 1: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Aggiornamento dati epidemiologici 9 marzo ore 16.00	Verbale CTS N. 23 del 14 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	10/03/2020
Aggiornamento scenari pandemici ex DPCM 10/4/2020, misure gestione contagi in RSA, varie	Verbale CTS N. 50 del 11 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	11/04/2020
Analisi attività emergenza territoriale Lombardia e stratificazione interventi patologie infettive e respiratorie, Analisi per riduzione graduale misure di contenimento	Verbale CTS N. 43 del 3 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	03/04/2020
Analisi dati epidemiologici al fine della rimodulazione delle misure di contenimento del contagio, varie	Verbale CTS N. 57 del 22 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	22/04/2020
Analisi epidemiologica, test molecolari rapidi per diagnosi infezione SARS-CoV-2	Verbale CTS N. 35 del 24 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	24/03/2020
Analisi DPCM 14/07/2020, modalità svolgimento consultazioni elettorali del 20-21 settembre 2020, varie	Verbale CTS N. 95 del 16 e 20 luglio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	20/07/2020
Aspetti epidemiologici, analisi riduzione graduale misure di contenimento, varie	Verbale CTS n. 40 del 31 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	31/03/2020
Assicurazione obbligatoria	I dati sulle denunce da COVID-19 (VIII Report nazionale -monitoraggio al 31 agosto 2020)	INAIL	21/09/2020
Autismo	Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020 Rev. - Indicazioni *ad interim* per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2	ISS	30/04/2020
Celiachia	Rapporto ISS COVID-19 n. 38/2020 - Indicazioni *ad interim* per un'adeguata gestione delle persone affette da celiachia nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2	ISS	29/05/2020
Consultazioni elettorali/referendarie	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni sulle misure di prevenzione dal rischio di infezione da SARS-CoV-2 per lo svolgimento delle elezioni referendarie, suppletive, regionali e comunali del 20-21 settembre 2020, con particolare riferimento alla formazione del personale dedicato alla raccolta del voto presso il domicilio di elettori sottoposti a trattamento domiciliare o in condizioni di quarantena o di isolamento fiduciario per COVID-19, nonché nelle strutture sanitarie con Reparti Covid19 con meno di 100 posti letto n. 0029600-11/09/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria	11/09/2020
Consultazioni elettorali/referendarie	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni sulle misure di prevenzione dal rischio di infezione da SARS-CoV-2 per lo svolgimento delle elezioni referendarie, suppletive, regionali e comunali del 20-21 settembre 2020, con particolare riferimento alla raccolta del voto presso le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali (RSA) n. 0029601-11/09/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria	11/09/2020
Consultazioni elettorali/referendarie	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni sulle misure di prevenzione dal rischio di infezione da SARS-CoV-2 per lo svolgimento delle elezioni referendarie, suppletive, regionali e comunali del 20-21 settembre 2020, con particolare riferimento al voto di pazienti in quarantena e in isolamento domiciliare n.27319 del 14/08/2020 DGPRE 0027319-P	Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria	14/08/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Contenimento epidemico	Decreto-Legge 30 luglio 2020, n. 83 Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020. (20G00112) (GU Serie Generale n.190, 30/7/2020)	Governo Italiano	30/07/2020
Coperture vaccinali nel periodo di emergenza COVID-19	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Impatto dell'emergenza COVID-19 sulle attività di vaccinazione – analisi del fenomeno e raccomandazioni operative n. 025631-30/07/2020-DGPRE	Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria	30/07/2020
Definizione, certificazione e codifica decessi attribuibili a COVID19, FIGC: valutazioni ripresa gare serie A, varie	Verbale CTS N. 88 del 12 giugno 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	12/06/2020
Fase 2: Indicatori monitoraggio	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 Del DPCM 26/4/2020 n. 0015279-30/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria-Direzione generale della programmazione sanitaria	30/04/2020
Formazione	Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020 - Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: il case report dell'Istituto Superiore di Sanità	ISS	31/05/2020
Gestione della rete assistenziale	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19. n. 0011254-29/05/2020-DGPROGS-MDS-P	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	29/05/2020
Gestione della rete assistenziale	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19. n. 0011408-01/06/2020-DGPROGS-MDS-P	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	01/06/2020
Gestione della rete assistenziale	Legge 17 luglio 2020, n. 77. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU n. 180, 18/7/2020)	Governo Italiano	19/09/2020
Gestione della rete assistenziale	Legge 24 aprile 2020, N. 27 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, recante misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Proroga dei termini per l'adozione di decreti legislativi. (20G00045) (GU Serie Generale n.110, 29/4/2020 - Suppl. Ordinario n. 16)	Governo Italiano	30/04/2020
Gestione della rete assistenziale	Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile corso di emergenza da COVID-19, 16 marzo. n. 2020 0007422-16/03/2020-DGPROGS-MDS-P - Allegato Utente 1 (A01)	Ministero della Salute, DGPROGS	16/03/2020
Gestione di casi sospetti/probabili e focolai SARS-CoV-2 nelle scuole e servizi per l'infanzia	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia n.017167-21/08/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Direzione generale della programmazione sanitaria	21/08/2020
Incremento disponibilità posti letto a livello nazionale, trasporti pazienti critici	Verbale CTS N. 14 del 1° marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	01/03/2020
Istanze dicasteri: rimodulazioni misure contenimento contagio SARS-CoV-2	Verbale CTS N. 59 del 24 e 25 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	25/04/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19 e utilizzo DPI	Verbale CTS N. 13 del 29 febbraio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	29/02/2020
Linee di indirizzo Ministero della Salute per la rimodulazione delle attività programmate differibili in corso di emergenza CODIV-19, varie	Verbale CTS N. 25 del 12 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	12/03/2020
Malattie rare	Rapporto ISS COVID-19 n. 24/2020 - Indicazioni *ad interim* per una appropriata gestione dell'iposurrenalismo in età pediatrica nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2.	ISS	10/05/2020
Malattie rare	Rapporto ISS COVID-19 n. 39/2020 - Censimento dei bisogni (23 marzo - 5 aprile 2020) delle persone con malattie rare in corso di pandemia da SARS-CoV-2	ISS	30/05/2020
Misure a carattere nazionale (DPCM 25/02/2020)	Verbale CTS N. 12 del 28 febbraio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	28/02/2020
Modello Italia di fase 2 per la gestione integrata emergenza pandemica SARS-CoV-2 per il ritorno all'ordinario, DPI, varie	Verbale CTS N. 39 del 30 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	30/03/2020
Monitoraggio e sorveglianza anziani e fragili, Centro Nazionale Sangue, diagnostica TC e Intelligenza Artificiale	Verbale CTS N. 36 del 25 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	25/03/2020
Offerta assistenziale	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di Emergenza COVID-19. n.007865-25/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	25/03/2020
Open data ISS, sequenziamento genomico	Verbale CTS N. 86 del 5 giugno 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	05/06/2020
Operazioni di primo soccorso e formazione dei soccorritori	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni emergenziali per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nelle operazioni di primo soccorso e per la formazione in sicurezza dei soccorritori. Aggiornamento. n. 021859-23/06/2020-DGPRE	Ministero della Salute- Direzione generale della prevenzione sanitaria	23/06/2020
Organizzazione attività didattiche universitarie, rete nazionale sviluppo studi controllati efficacia nuove terapie contro patogeni infettivi emergenti	Verbale CTS N. 53 del 16 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	16/04/2020
Organizzazione PL TI	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Incremento disponibilità posti letto del Servizio Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19 n. 002627-01/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	01/03/2020
Organizzazione PL TI	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19 n. 002619-29/02/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	29/02/2020
Parere richiesta Ministro Salute chiusura scuole	Verbale CTS N. 18 del 4 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	04/03/2020
Potenziamento rete ospedaliera Piano di riorganizzazione	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Trasmissione Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 n. 011254-29/05/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	29/05/2020
Preparazione delle risposte a ripresa epidemica stagione autunno-inverno 2020	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Trasmissione documento "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale" n.027007-11/08/2020-DGPRE	Ministero della Salute- Direzione generale della prevenzione sanitaria- Direzione generale della programmazione sanitaria	11/08/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Preparazione e risposta	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale. n. 0027007-11/08/2020-DGPRE-MDS-P	Ministero della Salute - DGPRE, DGPROGS	11/08/2020
Prevenzione dell'infezione	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni sulle misure di prevenzione dal rischio di infezione da SARS-CoV-2 per lo svolgimento delle elezioni referendarie, suppletive, regionali e comunali del 20-21 settembre 2020, con particolare riferimento al voto di pazienti in quarantena e in isolamento domiciliare - Aggiornamento. n. 0029599-11/09/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	12/09/2020
Protezione dei dati personali	Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020 - Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19	ISS	28/05/2020
Protezione del lavoratore	Circolare INAIL n. 22 del 20 maggio 2020. Tutela infortunistica nei casi accertati di infezione da coronavirus (SARS-CoV-2) in occasione di lavoro. Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" - Articolo 42 comma 2, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27. Chiarimenti.	INAIL	20/05/2020
Protezione del lavoratore	Gestione dello stress e prevenzione del burnout negli operatori sanitari nell'emergenza COVID-19.	INAIL-CNOP	11/04/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 22/2020 Rev. - Indicazioni *ad interim* per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-CoV-2 .	ISS	28/05/2020
Protezione del lavoratore	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020 recante "Indicazione operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività". Aggiornamenti e chiarimenti, con particolare riguardo ai lavoratori e alle lavoratrici "fragili".	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	04/09/2020
Ricerca	Rapporto ISS COVID-19 n. 47/2020 - Etica della ricerca durante la pandemia di COVID-19: studi osservazionali e in particolare epidemiologici.	ISS	29/05/2020
Rimodulazione misure contenimento: Modello Italia di fase 2 per la gestione integrata dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 per il ritorno nell'ordinario	Verbale CTS N. 49 del 9 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	09/04/2020
Rimodulazione prestazioni garantite dall'SSN	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Chiarimenti Rif. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile In corso di emergenza da COVID-19 n.008076-30/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	30/03/2020
Rimodulazione prestazioni garantite dall'SSN	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività Programmata differibile corso di emergenza da COVID-19 n.007422-16/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	16/03/2020
Ripristino attività ambulatoriali mediche e chirurgiche in elezione, test sierologici ricerca anticorpi anti SARS-CoV-2	Verbale CTS N. 80 del 25 maggio 2020	CTS -Dipartimento Protezione Civile	25/05/2020
Salute mentale	Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020 - Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19	ISS	29/05/2020
Scuola	Decreto-legge 8 settembre 2020, n. 111. Disposizioni urgenti per far fronte a indifferibili	Governo Italiano	09/09/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	esigenze finanziarie e di sostegno per l'avvio dell'anno scolastico, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00134) (GU Serie Generale, n. 223, 8/9/2020)		
Sistema nazionale di previsione/allerta per ondate di calore, denominato Heat Health Watch Warning System	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Sistema operativo nazionale di previsione e prevenzione degli effetti del caldo sulla salute in relazione all'epidemia COVID19 - Attività 2020 n. 20278-11/06/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	11/06/2020
Studenti e docenti provenienti da zone a rischio	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni per la gestione degli studenti e dei docenti di ritorno o in partenza verso aree affette della Cina.	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	01/02/2020
Test sierologici per individuazione SARS-CoV-2	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Test di screening e diagnostici n. 016106-09/05/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	09/05/2020
Trasmissione di dati sanitari aggregati	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Proroga al 31 luglio 2020 dei termini relativi agli adempimenti previsti dell'art. 40(1) del DL.vo 81/2008 n. 011056-31/03/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	31/03/2020
Trasporti ferroviari, aerei e trasporti pubblici locali, vaccinazioni e tutela età evolutiva	Verbale CTS N. 63 del 30 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	30/04/2020
Utilizzo di sostanze/dispositivi	Rapporto ISS COVID-19 n. 56/2020 - Focus on: utilizzo professionale dell'ozono anche in riferimento al COVID-19.	ISS-INAIL	23/07/2020

Tabella A2. Pilastro 2: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Animali da compagnia	Rapporto ISS COVID-19 n. 16/2020 - Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi. Versione del 19 aprile 2020	ISS	19/04/2020
Comunicazione del rischio	Coronavirus - Guida pratica per chi si prende cura degli anziani	ISS-INAIL-CEPSAG	24/04/2020
Comunicazione del rischio	COVID-19 e protezione degli operatori sanitari - seconda edizione	INAIL	24/03/2020
Comunicazione del rischio	Rapporto ISS COVID-19 n. 15/2020 - Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie.	ISS	16/04/2020
Etica	Rapporto ISS COVID-19 n. 40/2020 - Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica.	ISS	25/05/2020
Protezione del lavoratore	Video su Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro del 24/04/2020	INAIL	28/05/2020
Servizio di ascolto psicologico gratuito	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Attivazione del Servizio di ascolto psicologico gratuito del Ministero della Salute n. 0001165-06/05/2020-DGCOREI-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	06/05/2020

Tabella A3. Pilastro 3: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Contact tracing e App Immuni	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (*Contact tracing*) e app Immuni n. 018584-29/05/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria-Direzione generale della programmazione sanitaria	29/05/2020
Contact tracing e Isolamento	Rapporto ISS COVID-19 n. 53/2020 - Guida per la ricerca e gestione dei contatti (*contact tracing*) dei casi di COVID-19	ISS	25/06/2020
Contact tracing e Isolamento	Tecnologie a supporto del rilevamento della prossimità: riflessioni per il cittadino, i professionisti e gli stakeholder in era COVID-19	ISS	31/05/2020
Definizione dei casi da sottoporre al tampone	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Richiamo in ordine a indicazioni fornite con la Circolare del 22 febbraio 2020. n. 005889-25/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	25/02/2020
Definizione di caso COVID-19	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso, n. 007922-09/03/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	09/03/2020
Definizione di caso COVID-19	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-19. Aggiornamento. n. 006360-27/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	27/02/2020
Definizione di caso e di contatto stretto	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-2019. Nuove indicazioni e chiarimenti n. 005443-22/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	22/02/2020
Definizione di caso e modalità di raccolta di campioni clinici	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina n. 002302-27/01/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	27/01/2020
Definizione di Paziente guarito da COVID-19	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Parere del Consiglio Superiore di Sanità: definizione di Paziente guarito da COVID-19 e di paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2 n. 006607-29/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	29/02/2020
Diagnosi di laboratorio	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Annullamento e sostituzione della Circolare del Ministero della Salute n. 0009480 del 19 marzo 2020 "COVID-19: rintraccio dei contatti in ambito di sorveglianza sanitaria e aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio di casi di infezione da SARS-CoV-2" n. 009774-20/03/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	20/03/2020
Identificazione di un nuovo coronavirus (2019-nCoV)	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina n. 001997-22/01/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	22/01/2020
Scuola	Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 Rev. - Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia	Gruppo di Lavoro ISS, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, INAIL, Fondazione Bruno Kessler, Regione Emilia-Romagna, Regione Veneto	28/08/2020
Varie	Verbale CTS N. 93 del 3 luglio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	03/07/2020
Sorveglianza epidemiologica	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Aggiornamento della definizione di caso. n. 0007922-09/03/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	09/03/2020
Sorveglianza epidemiologica	COVID-19: indicazioni per la compilazione della scheda di morte (modello ISTAT d4). Istituto nazionale di statistica	ISTAT	16/04/2020
Sorveglianza epidemiologica	Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020 - Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici.	ISS	25/05/2020
Sorveglianza epidemiologica	Verbale CTS N. 38 del 27 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	27/03/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Sorveglianza epidemiologica e clinica	Rapporto ISS COVID-19 n. 18/2020 - Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19.	ISS	26/04/2020
Sorveglianza microbiologica	Verbale CTS N. 69 del 11 maggio 2020	CTS -Dipartimento Protezione Civile	11/05/2020
Studenti provenienti da zone a rischio	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Aggiornamenti alla circolare ministeriale prot. del 01.02.2020 con riferimento alle indicazioni per la gestione nel settore scolastico degli studenti di ritorno dalle città a rischio della Cina. n. 004001-08/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	08/02/2020
Studio nazionale sieroprevalenza, terapie sperimentali, varie	Verbale CTS N. 44 del 4 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	04/09/2020
Test diagnostici per asintomatici	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Documento relativo ai criteri per sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca d'infezione da SARS-CoV-2 attraverso tampone rino-faringeo e Test diagnostico. n. 006337-27/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	27/02/2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella A4. Pilastro 4: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Canale sanitario aeroportuale	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-2019: indicazioni per la gestione degli atleti che provengono da aree affette. n. 005257-20/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	20/02/2020
Gestione potenziali casi di COVID-19	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Potenziali casi di coronavirus (nCoV) e relativa gestione. n. 002993-31/01/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	31/01/2020
Misure preventive aeroportuali	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Epidemia cinese da coronavirus nCoV: Misure urgenti a tutela della salute pubblica. Divieto di atterraggio di tutti i voli provenienti dalla Cina negli aeroporti di Ciampino, Roma Urbe, Perugia, Ancona n.2.31.152/165- 27/01/2020 DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	27/01/2020
Monitoraggio dei passeggeri provenienti dalla Cina	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: 2019 nCov: Indicazioni operative per il monitoraggio dello stato di salute dei passeggeri su voli con provenienza Cina. n. 002265-24/01/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	24/01/2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella A5. Pilastro 5: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Diagnostica di laboratorio/ strategie di testing	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio, n. 0011715-03/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	03/04/2020
Diagnostica di laboratorio/ strategie di testing	Rapporto ISS COVID-19 n. 11/2020 Rev. 2- Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19	ISS	29/05/2020
Diagnostica di laboratorio/ strategie di testing	Rapporto ISS COVID-19 n. 13/2020 - Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19	ISS	15/04/2020
Diagnostica di laboratorio/ strategie di testing	Rapporto ISS COVID-19 n. 28/2020 - Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 1: normativa e tipologie	ISS	18/05/2020
Diagnostica di laboratorio/ strategie di testing	Rapporto ISS COVID-19 n. 46/2020 - Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder	ISS	23/05/2020

Tabella A6. Pilastro 6: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Attività differibilii	Verbale CTS n. 83 del 29/05/2020 Parere Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate ritenute differibili in corso di emergenza da COVID-19	CTS	29/05/2020
Attività economiche e produttive	DPCM 11/06/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 147, 11/6/2020) Allegato 9 - Linee guida per la riapertura delle attività economiche e produttive della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome dell'11 giugno 2020. 20/95/CR1/COV19.	Presidenza del Consiglio dei Ministri	11/06/2020
Attività economiche e produttive	DPCM 14/07/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 176, 14/7/2020) Allegato 1 - Linee guida per la riapertura delle Attività Economiche, Produttive e Ricreative della Conferenza delle Regioni e delle province autonome del 14 luglio 2020. 20/127/CR7ter-a/COV19.	Presidenza del Consiglio dei Ministri	14/07/2020
Attività economiche e produttive	DPCM 17/05/2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 126, 17/5/2020). Allegato 17 - Linee guida per la riapertura delle attività economiche e produttive della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 16 maggio 2020.20/81/CR01/COV19.	Presidenza del Consiglio dei Ministri	17/05/2020
Attività odontoiatrica	Verbale CTS n. 72 del 13/05/2020 Parere Indicazioni operative per l'attività odontoiatrica durante la fase 2 della pandemia covid-19	CTS - Dipartimento Protezione Civile	13/05/2020
Cantieri	DPCM 26/04/2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale, n. 108, 27/4/2020). Allegato 7 – Protocollo condiviso per la regolamentazione della diffusione del COVID-19 nei cantieri	Presidenza del Consiglio dei Ministri	27/04/2020
Centri commerciali	Verbale CTS n. 74 del 15/05/2020 Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 per il settore del commercio al dettaglio: i centri commerciali, parchi commerciali, factory outlet e i mercati	CTS - Dipartimento Protezione Civile	15/05/2020
Conferenze / Chiese / Comunità	DPCM 17/05/2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 126, 17/5/2020). Allegato 1 - Protocollo con la Conferenza Episcopale Italiana circa la ripresa delle celebrazioni con il popolo. Allegato 2 - Protocollo Comunità ebraiche italiane Allegato 3 - Protocollo Chiese Protestanti, Evangeliche,	Presidenza del Consiglio dei Ministri	17/05/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	Anglicane Allegato 4 - Protocollo Comunità ortodosse Allegato 5 - Protocollo Comunità Induista, Buddista (Unione Buddista e Soka Gakkai), Baa'i e Sikh Allegato 6 - Protocollo Comunità Islamiche Allegato 7 - Protocollo Comunità della Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli ultimi giorni		
Consultazioni elettorali/referendarie	Protocollo sanitario e di sicurezza per lo svolgimento delle consultazioni elettorali e referendarie dell'anno 2020	Ministero dell'Interno e Ministero della Salute	07/08/2020
Contact tracing e isolamento	Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2020 Rev. - Indicazioni *ad interim* per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19	ISS	24/07/2020
Contenimento diffusione SARS-CoV-2 attività competenza MIBACT, rischi esposizione Polizia di Stato, varie	Verbale CTS N. 62 del 29 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	29/04/2020
Contenimento e gestione	Ordinanza 16 agosto 2020. Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04564). (GU Serie Generale, n. 204, 17/8/2020)	Ministero della Salute	17/08/2020
Criteri generali protocolli di settore	DPCM 11/06/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 147, 11/6/2020) Allegato 10 - Criteri generali per l'elaborazione dei protocolli di settore	Presidenza del Consiglio dei Ministri	11/06/2020
Cura della persona	Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 nel settore della cura della persona: servizi dei parrucchieri e di altri trattamenti estetici	INAIL-ISS	13/05/2020
Cura della persona	Documento tecnico sull'analisi di rischio e le misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nelle attività ricreative di balneazione e in spiaggia	INAIL-ISS	12/05/2020
Diagnostica per immagini	Rapporto ISS COVID-19 n. 50/2020 Rev. - Contributo dell'innovazione tecnologica alla sicurezza del paziente diabetico da sottoporre ad esame del fondo oculare in tempi di COVID-19	AUSL Pescara; ISS, Roma; Università di Torino; Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità, Roma; Università Vita-Salute, Ospedale San Raffaele, Milano; Università di Chieti Pescara	24/06/2020
Disinfezione degli ambienti esterni	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Disinfezione degli ambienti esterni e utilizzo di disinfettanti (ipoclorito di sodio) su superfici stradali e pavimentazione urbana per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 n. 0009361-18/03/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	18/03/2020
Dispositivi di protezione individuale (DPI)	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Polmonite da nuovo coronavirus COVID-19 - ulteriori informazioni e precauzioni e indicazioni operative su utilizzo DPI	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	18/03/2020
Dispositivi di protezione individuale (DPI)	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Polmonite da nuovo coronavirus COVID-19 ulteriori precisazioni su utilizzo dei dispositivi di protezione individuale da parte degli operatori di Polizia locale n. 011392-01/04/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	01/04/2020
DPI nelle attività sanitarie e sociosanitarie	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni *ad interim* per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	29/03/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	SARS-CoV-2 . Aggiornato al 28 marzo 2020 n. 010736-29/03/2020-DGPRE		
DPI, Dispositivi medici	Verbale CTS N. 65 del 3 maggio 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	03/05/2020
DPI, tamponi naso-faringei per la ricerca di SARS-CoV-2	Verbale CTS N. 45 del 6 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	06/04/2020
DPI, varie	Verbale CTS N. 28 del 15 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	15/03/2020
Emergenza navi: casi sospetti navi da crociera	Verbale CTS N. 3 del 12 febbraio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	12/02/2020
Esercizi commerciali	DPCM 26/04/2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale, n. 108, 27/4/2020). Allegato 5 - Misure per gli esercizi commerciali	Presidenza del Consiglio dei Ministri	27/04/2020
Gestione dei rifiuti	Rapporto ISS COVID-19 n. 3/2020 Rev. 2 - Indicazioni *ad interim* per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2	ISS	31/05/2020
Gestione persone elevata fragilità e marginalità sociosanitaria	Verbale CTS n. 96 del 24/07/2020 Gestione di persone ad elevata fragilità e marginalità sociosanitaria nel quadro dell'epidemia di COVID-19	CTS	24/07/2020
Gestione smaltimento DPI, varie	Verbale CTS N. 27 del 14 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	14/03/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 19/2020 Rev.- Raccomandazioni *ad interim* sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi.	ISS	13/07/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 - Indicazioni *ad interim* per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2.	ISS	07/07/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 21/2020 - Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19.	ISS	03/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 - Raccomandazioni *ad interim* sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento.	ISS	15/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 26/2020 - Indicazioni ad interim sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico	ISS	18/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 27/2020 - Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19.	ISS	17/04/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 33/2020 - Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2.	ISS	25/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 36/2020 - Indicazioni sulle attività di balneazione in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2	ISS	31/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 37/2020 - Indicazioni per le piscine, di cui all'Accordo 16/1/2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2.	ISS	31/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2020 Rev. 2 - Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2.	ISS	25/05/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 7/2020 - Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2	ISS	29/03/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 9/2020 - Indicazioni *ad interim* sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2	ISS	03/04/2020
Igiene e sicurezza degli alimenti	Rapporto ISS COVID-19 n. 17/2020 - Indicazioni *ad interim* sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2	ISS	19/04/2020
Indicazioni *ad interim* isolamento e assistenza domiciliare in contesto COVID 19	Verbale CTS N. 22 del 9 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	09/03/2020
IPC nelle Strutture residenziali sociosanitarie	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in Strutture residenziali e sociosanitarie n. 0013468-18/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria-Direzione generale della programmazione sanitaria	18/04/2020
IPC settore funebre	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione - Aggiornamento alla luce della mutata situazione giuridica e epidemiologica (pdf, 0.07 Mb) n. 018457-28/05/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	28/05/2020
IPC settore funebre	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione (Revisione post DPCM 26 aprile 2020) n. 015280-02/05/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	02/05/2020
IPC settore funebre	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione n. 012302-08/04/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	08/04/2020
Linee orientamento attività servizi educativi estivi per l'infanzia (0-3 anni), varie	Verbale CTS N. 84 del 3 giugno 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	03/06/2020
Luoghi di lavoro	Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione.	Inail	23/04/2020
Luoghi di lavoro	DPCM 26/04/2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale, n. 108, 27/4/2020). Allegato 6 - Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro del 24/04/2020.	Presidenza del Consiglio dei Ministri	27/04/2020
Manifestazioni ciclistiche	Verbale CTS n. 94 del 07/07/2020 Parere Procedure di sicurezza per la ripresa delle manifestazioni ciclistiche	CTS	07/07/2020
Mass gathering	Verbale CTS N. 66 del 4, 5, 6 maggio 2020 - Azioni e modalità per la riapertura dei Musei	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	06/05/2020
Mass gathering	Verbali CTS n. 98 del 05/08/2020, n. 96 del 24/07/2020 e n. 95 del 16-20/07/2020 Pareri riguardanti i c.d. Mass gatherings	CTS	luglio-agosto 2020
Misure contenitive SARS-CoV-2	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni per l'attuazione di misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 attraverso procedure di sanificazione di strutture non sanitarie (superfici, ambienti interni) e Abbigliamento n. 017644-22/05/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	22/05/2020
Misure di contenimento contagio luoghi di lavoro, varie	Verbale CTS N. 48 del 8 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	08/04/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Misure profilattiche connazionali rimpatriati	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Precisazioni in ordine all'ordinanza del Ministro della salute del 21 febbraio 2020 recante "Ulteriori misure profilattiche contro la diffusione della Malattia infettiva COVID19" n. 006144-27/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	27/02/2020
Modalità ripresa attività didattiche prossimo anno scolastico	Verbale CTS N. 81 del 26/05/2020	CTS -Dipartimento della Protezione Civile	26/05/2020
Modalità ripresa sport di contatto, quesiti vari misure di contenimento rischio contagio da SARS-CoV-2	Verbale CTS N. 91 del 23 giugno 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	23/06/2020
Modalità svolgimento esami stato scuola secondo grado, varie	Verbale CTS N. 67 del 07/05/2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	18/05/2020
Navi da crociera	DPCM 7/08/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.198, 8/8/2020). Allegato 17 - Misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 a bordo delle navi da crociera	Presidenza del Consiglio dei Ministri	08/08/2020
Negozi di gioco pubblico regolamentati	Verbale CTS n. 87 del 08/06/2020 Parere Riapertura di casinò, sale bingo, gaming hall e altri negozi di gioco pubblico regolamentati	CTS	08/06/2020
Prevenzione	Ordinanza 12 agosto 2020. Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04514). (GU Serie Generale, n. 202, 13/8/2020)	Ministero della Salute	13/08/2020
Prevenzione dell'infezione	Aggiornamento delle misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili, 9 marzo 2020. Integrata dalla Circolare del 16 marzo 2020	ISS-CNS	09/03/2020
Prevenzione dell'infezione	Integrazione alla circolare Prot. n. 0653.CNS.2020 del 09 marzo 2020 "Aggiornamento misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili"	ISS-CNT	16/03/2020
Prevenzione dell'infezione	Integrazione alla circolare Prot. n. 0653.CNS.2020 del 09 marzo 2020 "Aggiornamento misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili"	ISS-CNT	16/03/2020
Prevenzione dell'infezione	Protocollo Coronavirus & dialisi, 27 febbraio 2020	Società Italiana di Nefrologia	27/02/2020
Procedure per servizi/esercizi a contatto con il pubblico	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni per gli operatori dei servizi/esercizi a contatto con il pubblico. n. 003190-03/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	03/02/2020
Procedure preventive per i Tecnici verificatori	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-19. Raccomandazioni operative per i Tecnici verificatori n. 009268-18/03/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	18/03/2020
Protezione degli operatori sanitari	Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2 Indicazioni *ad interim* per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2	Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni	10/05/2020
Protezione del lavoratore	Protocollo quadro per la prevenzione e la sicurezza dei dipendenti pubblici sui luoghi di lavoro in ordine all'emergenza sanitaria da "COVID-19". Approvato in verbale CTS 95 del 16/07/2020	Ministro per la Pubblica Amministrazione – Organizzazioni sindacali Roma 24 luglio 2020	24/07/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Protezione del lavoratore	Verbale CTS N. 24 del 11 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	11/03/2020
Protezione del lavoratore	Verbale CTS N. 26 del 13 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	13/03/2020
Protezione del lavoratore	Verbale CTS N. 37 del 26 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	26/03/2020
Protezione del lavoratore	Circolare 04/09/2020 - Indicazioni e chiarimenti circolare 29 aprile 2020 con particolare riguardo ai lavoratori e alle lavoratrici "fragili". n. 00028877-04/09/2020-DGPRE-DGPRE-P e n. 13 –04/09/2020 Ministero del Lavoro e PS	Ministero della Salute; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	04/09/2020
Protezione del lavoratore	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività. n 0014915-29/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute, DGPRE Ufficio 4	04/09/2020
Protezione del lavoratore	Circolare n. 1585 dell'11/09/2020. Circolare interministeriale del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 4 settembre 2020, n. 13 - Indicazioni operative relative alle procedure di competenza del dirigente scolastico riguardo ai lavoratori fragili con contratto a tempo indeterminato e determinato.	Ministero dell'Istruzione	11/09/2020
Protezione del lavoratore	Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 - Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 – convertito in in L. 24 aprile 2020, n. 27. Art. 15 - (Disposizioni straordinarie per la produzione di mascherine chirurgiche e dispositivi di protezione individuale) Commi 2 e 3 – validazione straordinaria e in deroga di mascherine chirurgiche e DPI	Governo italiano	17/03/2020
Protezione del lavoratore	DPCM 7/8/2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04399). (GU Serie Generale, n. 198, 8/8/2020) Art. 2; Allegato 9; Allegato 13	Presidenza del Consiglio dei Ministri	08/08/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2 - Indicazioni *ad interim* per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2	ISS	10/05/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 32/2020 - Indicazioni *ad interim* sul contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e sull'igiene degli alimenti nell'ambito della ristorazione e somministrazione di alimenti.	ISS	27/05/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 - Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali.	ISS	24/08/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 52/2020 - Protocollo di gestione dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2 nelle strutture veterinarie universitarie	SISVet, ISS	11/06/2020
Protezione del lavoratore	Istruzione operativa del 19/03/2020. Emergenza Covid – 19. Attuazione art. 15 decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18. Validazione straordinaria dei dispositivi di protezione individuale	Inail	19/03/2020
Protezione del lavoratore	Protocollo condiviso per la tutela dei lavoratori del settore cine-audiovisivo	Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e OOSS	07/07/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 - Raccomandazioni *ad interim* sulla sanificazione di	ISS	15/05/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento		
Protezione della popolazione	DPCM 26 aprile 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6 recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. Art. 3 - Misure di informazione e prevenzione sull'intero territorio nazionale; commi 2, 3 e 4 mascherine di comunità	Presidenza del Consiglio dei Ministri	27/04/2020
Protocolli cerimonie religiose, modalità effettuazione esami di stato e ripresa attività didattiche prossimo anno scolastico, varie	Verbale CTS N. 73 del 14 maggio 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	14/05/2020
Quesito Ministero Giustizia	Verbale CTS N. 70 del 11 maggio 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	11/05/2020
Raccomandazioni popolazione anziana	Verbale CTS N. 58 del 23 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	23/04/2020
Rideterminazione modalità quarantena e isolamento fiduciario, modalità ripresa attività didattiche prossimo anno scolastico, varie	Verbale CTS N. 90 del 22 giugno 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	22/06/2020
Rimodulazione misure contenimento contagi stabilimenti termali e balneo-termali, parere tecnico su campagna vaccinazione antiinfluenzale 2020-21, varie	Verbale CTS N. 78 del 21 maggio 2020	CTS -Dipartimento della Protezione Civile	21/05/2020
Ristorazione	Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 nel settore della ristorazione.	Inail-Iss	12/05/2020
Scuola	Aggiornamento del Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive nel settore scolastico. Approvato in verbale CTS 90 del 22/06/2020	CTS	23/06/2020
Scuola	Documento tecnico sulla rimodulazione delle misure contenitive nel settore scolastico per lo svolgimento dell'esame di stato nella scuola secondaria di secondo grado. Approvato in verbale CTS 73 del 14/05/2020	CTS	14/05/2020
Scuola	Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive nel settore scolastico. Approvato in verbale CTS 82 del 28/05/2020	CTS	28/05/2020
Scuola	Misure di prevenzione e raccomandazioni per gli studenti delle scuole di ogni ordine e grado per la ripresa dell'anno scolastico 2020-2021. Approvato in verbale CTS 104 del 31/08/2020	CTS	31/08/2020
Scuola	Risposta a quesiti del Ministero dell'istruzione relativi all'inizio del nuovo anno scolastico. In verbale CTS 94 del 07/07/2020	CTS	07/07/2020
Scuola	Risposta a quesito del Ministero dell'Istruzione sull'uso delle mascherine. In verbale CTS 100 del 10/08/2020	CTS	10/08/2020
Scuola	Decreto Ministero dell'Istruzione del 03/08/2020 n. 80. Documento di indirizzo e orientamento per la ripresa delle attività in presenza dei servizi educativi e delle scuole dell'infanzia per la fascia 0-6	Ministero dell'Istruzione	03/08/2020
Scuola	Decreto Ministero dell'Istruzione del 06/08/2020 n. 87. Protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID-19	Ministero dell'Istruzione e OOSS	06/08/2020
Scuola	Decreto Ministero dell'Istruzione del 26/06/2020 n. 39. Adozione del Documento per la pianificazione delle attività scolastiche, educative e formative in tutte le Istituzioni del Sistema nazionale di Istruzione per l'anno scolastico 2020/2021.	Ministero dell'Istruzione	26/06/2020
Scuola	DPCM 7/9/2020. Allegato D. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19,	Presidenza del Consiglio dei Ministri	07/09/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04814). (GU Serie Generale, n. 222, 7/9/2020)		
Scuola	Protocollo d'intesa per garantire la ripresa delle attività in presenza dei servizi educativi e delle scuole dell'infanzia, nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione del COVID-19	Ministero dell'Istruzione	ND
Socialità e giochi per bambini e adolescenti	DPCM 17/05/2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 126, 17/5/2020). Allegato 8 - Linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini e adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19	Presidenza del Consiglio dei Ministri	17/05/2020
Spettacoli	DPCM 17/05/2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 126, 17/5/2020). Allegato 9 - Spettacoli dal vivo e cinema	Presidenza del Consiglio dei Ministri	17/05/2020
Sport	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Modalità attuative della quarantena per i contatti stretti dei casi COVID-19, in particolari contesti di riferimento, quali l'attività agonistica di squadra professionista n. 0021463-18/06/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	18/06/2020
Sport	Verbale CTS n. 65 del 03/05/2020	CTS	03/05/2020
Stabilimenti termali e balneo-termali	Verbale CTS n. 78 del 21/05/2020 Rimodulazione delle misure di contenimento del contagio per gli stabilimenti termali e balneo-termali	CTS	21/05/2020
Tamponi rino-faringei, gestione casi sospetti COVID-19 positivi in età evolutiva	Verbale CTS N. 30 del 17 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	17/03/2020
Trasporti	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni per la rimodulazione delle misure contenitive di fase 2 in relazione al trasporto pubblico collettivo terrestre, nell'ottica della ripresa del pendolarismo, nel contesto dell'emergenza da SARS-CoV-2 n, 0014916-29/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute	29/04/2020
Trasporti	Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive in relazione al trasporto pubblico collettivo terrestre, nell'ottica della ripresa del pendolarismo, nel contesto dell'emergenza da SARS-CoV-2	Inail-Iss	27/04/2020
Trasporti	DPCM 26/04/2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale, n. 108, 27/4/2020). Allegato 8 – Protocollo condiviso per la regolamentazione della diffusione del COVID-19 nel settore dei trasporti e della logistica	Presidenza del Consiglio dei Ministri	27/04/2020
Trasporti	DPCM 7/08/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.198, 8/8/2020). Allegato 15 - Linee guida per l'informazione agli utenti	Presidenza del Consiglio dei Ministri	08/08/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	e le modalità organizzative per il contenimento della diffusione del COVID-19 in materia di trasporto pubblico.		
Trasporti	DPCM 7/9/2020. Allegato A. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04814)	Presidenza del Consiglio dei Ministri	07/09/2020
Trasporti	DPCM 7/9/2020. Allegato B. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04814)	Presidenza del Consiglio dei Ministri	07/09/2020
Trasporti	DPCM 7/9/2020. Allegato C. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04814). (GU Serie Generale, n. 222, 7/9/2020)	Presidenza del Consiglio dei Ministri	07/09/2020
Trasporti	Verbale CTS N. 61 del 28 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	28/04/2020
Trasporto pubblico terrestre, varie	Verbale CTS N. 55 del 18 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	18/04/2020
Trasporto scolastico	DPCM 7/08/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.198, 8/8/2020). Allegato 16 - Linee guida per il trasporto scolastico dedicato.	Presidenza del Consiglio dei Ministri	08/08/2020
Tutela pazienti oncologici e onco-ematologici	Verbale CTS N. 19 del 5 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	05/03/2020
Università	DPCM 7/9/2020. Allegato E. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04814). (GU Serie Generale, n. 222, 7/9/2020)	Presidenza del Consiglio dei Ministri	07/09/2020
Vaccinazioni, problemi urgenti età evolutiva, varie	Verbale CTS N. 52 del 15 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	15/04/2020
Varie	Verbale CTS n. 68 del 8-10/05/2020 Parere Protocollo nazionale Accoglienza sicura Parere Uso di protezioni oculari e per il viso per i controllori a bordo dei mezzi di trasporto pubblico Parere su gestione e utilizzo degli impianti aeraulici e sulla dotazione di DPI da prevedere per tutto il personale della Presidenza del Consiglio	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	10/05/2020
Varie	Verbale CTS n. 77 del 19/05/2020 Valutazione circa la ripresa degli allenamenti delle squadre di calcio di serie A Elezioni regionali e amministrative anno 2020	CTS	21/05/2020
Varie	Verbale CTS n. 82 28/05/2020 Considerazioni sul trasporto aereo Parere su Ripresa delle attività chirurgiche elettive Criteri sintetici e riferimenti tecnici per l'acquisizione di DPI e per la valutazione delle caratteristiche di sicurezza preliminare Risposta al quesito del Ministero del Lavoro e delle	CTS	28/05/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	Politiche sociali sulle attività formative in materia di salute e sicurezza sul lavoro		
Varie	Verbale CTS n. 92 del 1-2/07/2020 Risposta all'istanza del Commissario straordinario per il reperimento dei banchi monoposti da distribuire alle scuole Parere Protocollo dl regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus covid-19 nello svolgimento dei concorsi pubblici dl competenza della commissione RIPAM	CTS	1-2/07/2020
Varie	Verbale CTS n. 97 del 30/07/2020 Documento tecnico su misure di prevenzione dal rischio di infezione da SARS-CoV-2 per lo svolgimento delle elezioni referendarie, suppletive, regionali e comunali Parere Modalità di ripresa delle attività didattiche per l'Anno Accademico 2020-2021 nelle Università	CTS	30/07/2020

Tabella A7. Pilastro 7: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Criteri di guarigione, farmaci antiipertensivi	Verbale CTS N. 32 del 19 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	19/03/2020
Diagnostica di laboratorio/strategie di testing	Indicazioni sull'effettuazione del tampone per la ricerca di SARS-CoV-2 nei riceventi di trapianto d'organo da donatore vivente e donatore deceduto, 16 marzo 2020	ISS-CNT; Ministero della Salute	16/03/2020
Diagnostica per immagini	Stato dell'arte sull'impiego della diagnostica per immagini per COVID-19	ISS - Università Tor Vergata	07/07/2020
Gestione clinica	Rapporto ISS COVID-19 n. 29/2020 - Indicazioni *ad interim* su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2.	ISS	21/05/2020
Gestione clinica	Rapporto ISS COVID-19 n. 48/2020 - Strategie immunologiche *ad interim* per la terapia e prevenzione della COVID-19	ISS	04/06/2020
Gestione clinica	Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2020 - Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2.	ISS	23/03/2020
Gestione clinica Malattie rare	Rapporto ISS COVID-19 n. 14/2020 - Indicazioni *ad interim* per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2.	ISS	14/04/2020
Gestione clinico-organizzativa	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza. n. 0014314-23/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute, DGPRE, DGPROGS	23/04/2020
Gestione della rete assistenziale	Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020 - Indicazioni *ad interim* per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19	ISS	13/04/2020
Gestione della rete assistenziale	Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020 - Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione.	ISS	25/05/2020
Gestione pazienti immunodepressi	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Raccomandazioni per la gestione dei pazienti immunodepressi residenti nel nostro Paese in corso di emergenza da COVID-19 n.007942-27/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	27/03/2020
Gestione pazienti oncologici	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Raccomandazioni per la gestione dei pazienti oncologici e onco-ematologici in corso di emergenza da COVID-19 n.007023-10/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	10/03/2020
Percorso Nascita	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-19: indicazioni per gravida-partoriente, puerpera, neonato e allattamento n.011257-31/03/2020-DGPRE	Ministero della Salute- Direzione generale della prevenzione sanitaria- Direzione generale della programmazione sanitaria	31/03/2020
Plasma di pazienti siero convertiti ad uso terapeutico, varie	Verbale CTS N. 46 del 7 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	07/04/2020
Raccomandazioni per la gestione dei pazienti immunodepressi	Verbale CTS N. 31 del 18 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	18/03/2020
Salute materno-infantile	Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020 - Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19	ISS	31/05/2020
Salute materno-infantile	Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020 - Indicazioni *ad interim* per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19	ISS	31/05/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Salute mentale	Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020 - Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19.	ISS	24/05/2020
Salute mentale	Rapporto ISS COVID-19 n. 31/2020 - Indicazioni *ad interim* per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID-19.	ISS	26/05/2020
Salute Mentale/ Età evolutiva	Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020 - Indicazioni *ad interim* per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19.	ISS	31/05/2020
Sorveglianza clinica	Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020 - COVID-19: rapporto *ad interim* su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte.	ISS, INAIL, ISTAT	08/06/2020
Sorveglianza clinica	Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19, 29 febbraio 2020	Gruppo di esperti: M. Antonelli, L. Richeldi, R. Bernabei, A. Villani	29/02/2020
Sorveglianza clinica	Raccomandazioni per la gestione dei pazienti oncologici e onco-ematologici, in corso di emergenza da COVID-19,10 marzo 2020. n. 0007023-10/03/2020-DGPROGS-MDS-P - Allegato Utente 1 (A01)	Ministero della Salute, DGPROGS; CTS Protezione Civile	10/03/2020
Trattamenti con plasma da convalescenti o immunoglobuline iperimmuni	Verbale CTS N. 51 del 14 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	14/04/2020
Utilizzo di sostanze/dispositivi	Rapporto ISS COVID-19 n. 51/2020 - Integratori alimentari o farmaci? Regolamentazione e raccomandazioni per un uso consapevole in tempo di COVID-19	ISS	31/05/2020
Valutazione documento su criteri di utilizzo dei sistemi invasivi e non invasivi per la gestione dell'insufficienza respiratoria acuta dell'adulto e relativi costi	Verbale CTS N. 11 del 27 febbraio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	27/02/2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella A8. Pilastro 8: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Dispositivi diagnostici	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Covid19: Aggiornamento Elenco Dispositivi Diagnostici n. 012413-08/04/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	08/04/2020
Donazioni di sangue ed emocomponenti	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Emergenza epidemiologica da COVID-19: donazioni di sangue ed emocomponenti. n. 0008138-10/03/2020-DGPRE-MDS-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	10/03/2020
Farmaci	Donazioni di farmaci per l'emergenza COVID-19 Coordinate da AIFA	AIFA	18/05/2020
Farmaci	Procedure di importazione di farmaci carenti e supporto alle regioni per l'emergenza COVID	AIFA	21/05/2020
Protezione del lavoratore	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Verifica dei requisiti di qualità e sicurezza delle mascherine facciali ad uso medico (DM) e dei dispositivi di protezione individuale (DPI) n. 0003572-18/03/2020-GAB-GAB-P	Ministero della Salute	18/03/2020
Supporto operativo e logistica	Verbale CTS N. 54 del 17 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	17/04/2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Bibliografia

1. World Health Organization. *COVID-19 Strategy Update, 14 April 2020*. Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19
2. World Health Organization. *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Ultima consultazione 18/9/2020. https://covid19.who.int/
3. European Centre for Disease Prevention and Control. *COVID-19 pandemic.* Ultima consultazione 18/9/2020. https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic
4. Istituto Superiore di Sanità. *Dati della Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia.* Ultima consultazione 18/9/2020. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard
5. European Centre for Disease Prevention and Control. *Rapid Risk Assessment. Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, China: first local transmission in the EU/EEA – eighth update*. ECDC: Stockholm; 2020. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-eighth-update-8-april-2020.pdf
6. He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, *et al.* Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med* 15 April 2020;1-4.
7. Liu Y, Yan L-M, Wan L, Xiang T-X, Le A, Liu J-M, *et al.* Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect Dis* 2020;20(6)656-7. https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30232-2/abstract
8. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W, *et al.* Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science* 2020;368(6490):489-93. https://science.sciencemag.org/content/early/2020/03/13/science.abb3221
9. World Health Organization. *Pandemic Influenza Risk Management. A WHO guide to inform & harmonize national & international pandemic preparedness and response*. Geneva: WHO; 2017. (WHO/WHE/IHM/GIP/2017.1) http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/
10. European Centre for Disease Prevention and Control. *Guide to revision of national pandemic influenza preparedness plans - Lessons learned from the 2009 A(H1N1) pandemic.* Stockholm: ECDC; 2017. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Guide-to-pandemic-preparedness-revised.pdf
11. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet* 2020;395(10228):931-4.
12. Ferguson NM, *et al.* on behalf of the Imperial College COVID-19 Response Team. *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand*. London: Imperial College; 2020. https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf
13. Gottlieb S, Caitlin Rivers C, McClellan MB, Lauren Silvis L, Watson C. *National Coronavirus Response: a road to reopening.* Washington, DC: American Enterprise Institute; 2020. https://www.aei.org/wp-content/uploads/2020/03/National-Coronavirus-Response-a-Road-Map-to-Recovering-2.pdf
14. World Health Organization. *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 30 January 2020 Statement.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)
15. World Health Organization. *Timeline: WHO's COVID-19 response.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline

16. Ministero della Salute. Circolare n. 1997 del 22 gennaio 2020 "Polmonite da nuovo coronavirus (2019-nCoV) in Cina". https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=72796&parte=1%20&serie=null

17. Ministero della Salute. *Circolare n. 9774 del 20 marzo 2020. Annullamento e sostituzione della Circolare del Ministero della Salute n. 0*0009480 del 19 marzo 2020 "COVID-19: rintraccio dei contatti in ambito di sorveglianza sanitaria e aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio di casi di infezione da SARS-CoV-2". https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73714&parte=1%20&serie=null

18. Ministero della Salute. *Circolare n. 11715 del 3 aprile 2020. Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio*. https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73799&parte=1%20&serie=null

19. Cereda D, Tirani M, Rovida F, Demicheli V, Ajelli M, Poletti P, *et al.* The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. *ArXiv200309320 Q-Bio* 20 marzo 2020 http://arxiv.org/abs/2003.09320

20. Guzzetta G, Poletti P, Ajelli M, Trentini F, Marziano V, Cereda D, *et al.* Potential short-term outcome of an uncontrolled COVID-19 epidemic in Lombardy, Italy, February to March 2020. *Eurosurveillance* 2020;25(12):2000293.

21. Riccardo F, Ajelli M, Andrianou X, Bella A, Manso MD, Fabiani M, *et al.* Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in Italy and estimates of the reproductive numbers one month into the epidemic. *medRxiv*. 11 aprile 2020;2020.04.08.20056861.

22. World Health Organization. Joint WHO and ECDC mission in Italy to support COVID-19 control and prevention efforts. Geneva: WHO; 2020. https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/2/joint-who-and-ecdc-mission-in-italy-to-support-covid-19-control-and-prevention-efforts

23. Italia. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile. Ordinanza 27 febbraio 2020 Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. (Ordinanza n. 640). (20A01348). *Gazzetta Ufficiale Serie Generale*, n. 50 del 28 febbraio 2020. http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=73469

24. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 marzo 2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (20A01605). *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 64 del 11 marzo 2020. http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=73643

25. World Health Organization. *WHO characterizes COVID-19 as a pandemic*. Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020#:~:text=WHO%20has%20been%20assessing%20this,to%20use%20lightly%20or%20carelessly

26. Istituto Superiore di Sanità. *Sistema di sorveglianza integrata COVID-19.* https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza

27. Dipartimento Protezione Civile. *COVID-19 Situazione Italia*. Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2020. http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1

28. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Allegato 10 "Principi per il monitoraggio del rischio sanitario" al DPCM del 26 aprile 2020 "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (20A02352). *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 108 del 27-04-2020. https://www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=20A02352010000101100 01&dgu=2020-04-27&art.dataPubblicazioneGazzetta=2020-04-27&art.codiceRedazionale=20A02352&art.num=1&art.tiposerie=SG

29. Ministero della Salute. *Decreto del 30 aprile 2020. Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/2020*. https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73981&parte=1%20&serie=null

30. INAIL. *Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione*. Roma: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro; 2020. https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-rimodulazione-contenimento-covid19-sicurezza-lavoro.pdf

31. INAIL-ISS. *Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive in relazione al trasporto pubblico collettivo terrestre, nell'ottica della ripresa del pendolarismo, nel contesto dell'emergenza da SARS-CoV-2.* Roma: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Istituto Superiore di Sanità; 2020. https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-documento-tecnico-trasporto-pubblico-covid-2_6443146338089.pdf

32. Ministero della Salute. *COVID-19, illustrati i risultati dell'indagine di sieroprevalenza.* Roma: Ministero della Salute; 2020. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4998

33. Ministero della Salute. *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia.* Roma: Ministero della Salute; 2020. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2944

34. Ministero della Salute. Circolare dell'11 agosto 2020. Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale. Roma: Ministero della Salute; 2020. https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=75670&parte=1%20&serie=null

35. Leeb RT, Price S, Sliwa S, *et al.* COVID-19 Trends Among School-Aged Children — United States, March 1–September 19, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(39);1410-5 DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6939e2

36. World Health Organization. *High-level virtual meeting on schooling during the COVID-19 pandemic.* Geneva: WHO; 2020. https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2020/08/high-level-virtual-meeting-on-schooling-during-the-covid-19-pandemic

37. World Health Organization. *COVID-19 Strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response*. Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf?sfvrsn=81ff43d8_4

38. World Health Organization. *COVID-19 operationalization of the global response strategy in the WHO European Region. August 2020.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334167/WHO-EURO-2020-1073-408190-55167-eng.pdf

39. World Health Organization. *Updated country preparedness and response status for COVID-19 as of 9 June 2020*. Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/publications/i/item/updated-country-preparedness-and-response-status-for-covid-19-as-of-9-june-2020

40. Filia A, Urdiales AM, Rota MC. *Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19. Versione del 25 giugno 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 53/2020)

41. La Rosa G, Mancini P, Bonanno Ferraro G, Veneri C, Iaconelli M, Bonadonna L, Lucentini L, Suffredini E. SARS-CoV-2 has been circulating in Northern Italy since December 2019: Evidence from environmental monitoring. *Sci Total Environ* 2020;750:141711. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2020.141711

42. La Rosa G, Iaconelli M, Mancini P, Bonanno Ferraro G, Veneri C, Bonadonna L, Lucentini L, Suffredini E. First detection of SARS-CoV-2 in untreated wastewaters in Italy. *Sci Total Environ.* 2020;736:139652. DOI: https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139652

43. Hart OE, Halden RU. Computational analysis of SARS-CoV-2/COVID-19 surveillance by wastewater-based epidemiology locally and globally: Feasibility, economy, opportunities and challenges. *Sci Total Environ.* 2020;730:138875. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2020.138875

44. European Commission. *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Short-term EU health preparedness for COVID-19 outbreaks.* Brussels: European Commission, 2020. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication_-_short-term_eu_health_preparedness.pdf

45. World Health Organization. *Status of environmental surveillance for SARS-CoV-2 virus.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/status-of-environmental-surveillance-for-sars-cov-2-virus

46. Gruppo di Lavoro ISS, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, INAIL, Fondazione Bruno Kessler, Regione Emilia-Romagna, Regione Veneto. *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia. Versione del 28 agosto 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 Rev.). https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5470148?

47. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 222 del 7 settembre 2020. https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/09/07/20A04814/sg

48. Italia. Legge del 17/07/2020 n. 77. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonche' di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. *Gazzetta Ufficiale* n. 180 del 18 luglio 2020 - Allegato. https://def.finanze.it/DocTribFrontend/getAttoNormativoDetail.do?ACTION=getArticolo&id=%7BBD9BD795-8B0D-43A3-B02A-27121FB87DED%7D&codiceOrdinamento=600000000000000&articolo=Allegato

49. GISAID Iniziative [Homepage]. https://www.gisaid.org/

50. Ministero della Salute. Circolare n. 5443 del 22 febbraio 2020. COVID-2019. Nuove indicazioni e chiarimenti. https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73195&parte=1%20&serie=null

51. Mancini F, Barbanti F, Scaturro M, Fontana S, di Martino A, Marsili G, Puzelli S, Calzoletti L, Facchini M, Di Mario G, Fabiani C, Bella A, Riccardo F, Pezzotti P, Stefanelli P, Rezza G, Ciervo A. Multiplex rt-Real Time PCR assays for diagnostic testing of SARS-CoV-2 and seasonal influenza viruses. A challenge of the phase 3 pandemic setting. Submitted

52. Lohse S, Pfuhl T, Berkó-Göttel B, Rissland J, Geißler T, Gärtner B, Becker SL, Schneitler S, Smola S. Pooling of samples for testing for SARS-CoV-2 in asymptomatic people. *Lancet Infect Dis.* 2020; (published online April 28.) DOI: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30362-5

53. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19. Versione del 24 luglio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.1/ 2020 Rev.)

54. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2 . Versione del 10 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/ 2020 Rev. 2).

55. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – COVID-19. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali. Versione del 24 agosto 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/ 2020 Rev 2.).

56. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/ 2020 Rev. 2).

57. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni COVID-19. *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 Rev. 2).

58. Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)

59. INAIL-ISS. *Documento tecnico sull'analisi di rischio e le misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nelle attività ricreative di balneazione e in spiaggia.* Roma: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli

Infortuni sul Lavoro, Istituto Superiore di Sanità; 2020. https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-doc-tencico-att-ricr-balenzione-spiaggia-covid-2.pdf

60. INAIL-ISS. *Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 nel settore della cura della persona: servizi dei parrucchieri e di altri trattamenti estetici.* Roma: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Istituto Superiore di Sanità; 2020. https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-doc-tecn-ipotesi-rimod-parrucchieri-trat-estetici.pdf
61. INAIL-ISS. *Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 nel settore della ristorazione*. Roma: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Istituto Superiore di Sanità; 2020. https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-doc-tec-ipotesi-rimod-misure-cont-ristoraz-covid-2_6443147014458.pdf
62. Governo Italiano - Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19.* Roma: Governo Italiano; 2020. http://www.governo.it/it/cscovid19
63. Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Attività*. Roma: Governo Italiano; 2020. http://www.governo.it/it/dipartimenti/commissario-straordinario-lemergenza-covid-19/cscovid19-attivita/14420
64. National Institutes of Health. *COVID-19 Treatment Guidelines. Management of persons with COVID-19*. Bethesda, MD NIH; 2020. https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf
65. World Health Organization. *Clinical management of COVID-19; Interim guidance 27 May 2020.* Geneva: WHO; 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
66. Siddiqi HK, Mehra MR. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal. *J Heart Lung Transplant* 2020;39(5):405-7. DOI: 10.1016/j.healun.2020.03.012
67. The RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, *et al.* Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19 - Preliminary Report. *N Engl J Med.* 2020 Jul 17;NEJMoa2021436. doi: 10.1056/NEJMoa2021436
68. Dequin PF, Heming N, Meziani F, *et al.* Effect of hydrocortisone on 21-day mortality or respiratory support among critically Ill patients with COVID-19: a randomized clinical trial *JAMA* 2020;324(13):1298-306. doi:10.1001/jama.2020.16761
69. Prescott HC, Rice TW. Corticosteroids in COVID-19 ARDS: evidence and hope during the pandemic. *JAMA* 2020;324(13):1292-5. doi:10.1001/jama.2020.16747
70. Tomazini BM, Maia IS, Cavalcanti AB, *et al.* Effect of Dexamethasone on days alive and ventilator-free in patients with moderate or severe acute respiratory distress syndrome and COVID-19: The CoDEX Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020;324(13):1307-16. doi:10.1001/jama.2020.17021
71. Writing Committee for the REMAP-CAP Investigators, Angus DC, Derde L, *et al.* Effect of Hydrocortisone on mortality and organ support in patients with severe COVID-19: The REMAP-CAP COVID-19 Corticosteroid Domain Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020;324(13):1317-29. doi:10.1001/jama.2020.17022 [
72. WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group, Sterne JAC, Murthy S, *et al.* Association between administration of systemic corticosteroids and mortality among critically Ill patients with COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA* 2020;324(13):1330-41. doi:10.1001/jama.2020.17023
73. World Health Organization. *Corticosteroids for COVID-19. Living Guidance.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Corticosteroids-2020.1
74. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, *et al.* Remdesivir for the treatment of COVID-19 - Preliminary Report [published online ahead of print, 2020 May 22]. *N Engl J Med.* 2020
75. Agenzia Italiana del Farmaco. *Procedura di richiesta per il farmaco Veklury® (remdesivir).* Roma: AIFA; 2020. https://www.aifa.gov.it/-/procedura-di-richiesta-per-il-farmaco-veklury-remdesivir-
76. Wang Y, Zhang D, Du G, *et al.* Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet* 2020;395:1569-78
77. Spinner CD, Gottlieb RL, Criner GJ, *et al.* Effect of remdesivir vs standard care on clinical status at 11 days in patients with moderate COVID-19: a randomized clinical trial. *JAMA* 2020;324(11):1048-57

78. Goldman JD, Lye DCB, Hui DS, *et al.* Remdesivir for 5 or 10 Days in Patients with Severe COVID-19. *N Engl J Med*. 2020 May 27;NEJMoa2015301

79. Wichmann D, Sperhake JP, Lütgehetmann M, *et al.* Autopsy Findings and Venous Thromboembolism in Patients With COVID-19: A Prospective Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2020;173(4):268-77

80. Carsana L, Sonzogni A, Nasr A, *et al.* Pulmonary post-mortem findings in a series of COVID-19 cases from northern Italy: a two-centre descriptive study. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(10):1135-40

81. Tang N, Bai H, Chen X, *et al.* Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *J Thromb Haemost*. 2020;18(5):1094-9

82. Helms J, Tacquard C, Severac F, *et al.*; CRICS TRIGGERSEP Group (Clinical Research in Intensive Care and Sepsis Trial Group for Global Evaluation and Research in Sepsis). High risk of thrombosis in patients with severe SARS-CoV-2 infection: a multicenter prospective cohort study. *Intensive Care Med* 2020;46(6):1089-98

83. Llitjos JF, Leclerc M, Chochois C, *et al.* High incidence of venous thromboembolic events in anticoagulated severe COVID-19 patients. *J Thromb Haemost* 2020;18(7):1743-6

84. Poissy J, Goutay J, Caplan M, *et al.*; Lille ICU Haemostasis COVID-19 Group. Pulmonary embolism in patients with COVID-19: Awareness of an increased prevalence. *Circulation* 2020;142(2):184-6

85. Klok FA, Kruip MJHA, van der Meer NJM, *et al.* Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thromb Res* 2020;191:145-7

86. Lodigiani C, Iapichino G, Carenzo L, *et al.*; Humanitas COVID-19 Task Force. Venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19 patients admitted to an academic hospital in Milan, Italy. *Thromb Res* 2020;191:9-14

87. Thomas W, Varley J, Johnston A, *et al.* Thrombotic complications of patients admitted to intensive care with COVID-19 at a teaching hospital in the United Kingdom. *Thromb Res* 2020;191:76-7

88. Paranjpe I, Fuster V, Lala A, *et al.* Association of treatment dose anticoagulation with in-hospital survival among hospitalized patients with COVID-19. *J Am Coll Cardiol* 2020;76(1):122-4

89. Motta JK, Ogunnaike RO, Shah R, *et al.* Clinical outcomes with the use of prophylactic versus therapeutic anticoagulation in COVID-19. *medRxiv* 2020.07.20.20147769; DOI: https://doi.org/10.1101/2020.07.20.20147769 [pre-print]

90. Guaraldi G, Meschiari M, Cozzi-Lepri A, *et al.* Tocilizumab in patients with severe COVID-19: a retrospective cohort study. *Lancet Rheumatol* 2020;2(8):e474-e484

91. Biran N, Ip A, Ahn J, *et al.* Tocilizumab among patients with COVID-19 in the intensive care unit: a multicentre observational study. *Lancet Rheumatol* 2020;2(10):e603-e612

92. Sanofi Media Relations. *Sanofi provides update on Kevzara® (sarilumab) Phase 3 trial in severe and critically ill COVID-19 patients outside the U.S.* Paris: SANOFI; 2020. https://www.sanofi.com/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/Global/Sanofi-COM/Home/media-room/press-releases/2020/2020-09-01-07-00-00-2086564-en.pdf

93. Roche Group Media Relations. *Roche provides an update on the phase III COVACTA trial of Actemra/RoActemra in hospitalised patients with severe COVID-19 associated pneumonia*. July 29, 2020. https://www.roche.com/investors/updates/inv-update-2020-07-29.htm

94. Indiana Pharmacists. *Phase 3 EMPACTA Study: Tocilizumab shows efficacy in COVID-19 associated pneumonia*. Greensburg, IN: Indiana Pharmacists Association; 2020. https://www.indianapharmacists.org/news/phase-3-empacta-study-tocilizumab-shows-efficacy-in-covid-19-associated-pneumonia/

95. Li L, Zhang W, Hu Y, *et al.* Effect of Convalescent plasma therapy on time to clinical improvement in patients with severe and life-threatening COVID-19: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2020;324(5):460-70

96. Paul AK, *et al.* for the National Institutes of Health COVID-19 Treatment Guidelines Panel. *Ann Intern Med.* 2020 Sep 25. doi: 10.7326/M20-6448

97. Fagiuoli S, Lorini FL, Remuzzi G. Adaptations and lessons in the province of Bergamo. *N Engl J Med* 2020;382(21):e71

98. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. *Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19, art 2 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34.* Roma: FNOMCEO; 2020. https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/05/Copia_DocPrincipale_Circolare_Rete_Ospedaliera_-_28.5.2020.pdf

99. Bauer J, Brüggmannet D, Klingelhöfer D, *et al.* Access to intensive care in 14 European countries: a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19. *Intensive Care Med* 2020 Sep 4;1-9.

100. ARDS Definition Task Force; V Marco Ranieri, Gordon D Rubenfeld, B Taylor Thompson, *et al.* Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA* 2012;307(23):2526-33

101. Grasselli G, Tonetti T, Protti A, *et al.* Pathophysiology of COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome: a multicentre prospective observational study. *Lancet Respir Med.* 2020:S2213-2600(20)30370-2

102. Grieco DL, Bongiovanni F, Chen L, *et al.* Respiratory physiology of COVID-19-induced respiratory failure compared to ARDS of other etiologies. *Crit Care* 2020;24(1):529

103. Ramanathan K, Antognini D, Combes A, *et al.* Planning and provision of ECMO services for severe ARDS during the COVID-19 pandemic and other outbreaks of emerging infectious diseases. *Lancet Respir Med* 2020;8(5):518-26

104. Alhazzani W, Hylander Møller M, Arabi YM, *et al.* Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med.* 2020;48(6):e440-e469

105. Antonelli M, Conti G, Pelosi P *et al.* New treatment of acute hypoxemic respiratory failure: noninvasive pressure support ventilation delivered by helmet--a pilot controlled trial. *Crit Care Med.* 2002;30(3):602-8

106. Patel BK, Wolfe KS, Pohlman AS, *et al.* Effect of noninvasive ventilation delivered by helmet vs face mask on the rate of endotracheal intubation in patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. A randomized clinical trial. *JAMA* 2016;315(22):2435-2441

107. Coppo A, Bellani G, Winterton D, *et al.* Feasibility and physiological effects of prone positioning in non-intubated patients with acute respiratory failure due to COVID-19 (PRON-COVID): a prospective cohort study. *Lancet Respir Med* 2020;8(8):765-774

108. World Health Organization. *Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Patient management.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/patient-management

109. Petrucci N, De Feo C. Lung protective ventilation strategy for the acute respiratory distress syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(2):CD003844

110. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, *et al.* Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA* 2020;323(16):1574-81

111. Bellani G, Laffey JG, Pham T, *et al.* Noninvasive ventilation of patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. Insights from the LUNG SAFE Study. *Respir Crit Care Med* 2017;195(1):67-77

112. Grasselli G, Greco M, Zanella A, *et al.* Risk factors associated with mortality among patients with COVID-19 in Intensive Care Units in Lombardy, Italy. *JAMA Intern Med* 2020 Jul 15:e203539

113. Stevens PE, Levin A, Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease. Guideline Development Work Group Members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2013;158(11):825-30

114. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 maggio 2020 Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A02717). *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.126 del 17 magio 2020. https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/17/20A02717/sg

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Analisi sulla persistenza di elevata incidenza nel territorio della Regione del Veneto

(periodo novembre - dicembre 2020)

DOCUMENTO PER UNITÀ DI CRISI COVID-19 della REGIONE DEL VENETO

Valutazione al 2.1.2021

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SOMMARIO

ELEMENTI CONSIDERATI NELL'ANALISI **3**
Analisi e Report periodici 3
Forza dell'infezione 4
Riepilogo interventi attuati 5
Analisi di sequenziamento virale di SARS-CoV 8

AZIONI ED INTERVENTI DA ATTUARE **10**
Rafforzamento delle misure di mitigazione 10
Campagna informativa e di sensibilizzazione per la popolazione 11
Contact Tracing 11
Comportamenti dei soggetti sottoposti a misure restrittive 12
Scuole e Servizi educativi per l'infanzia 12
Attività didattica in presenza 12
Aggiornamento e adeguamento delle "Linee di Indirizzo per la Gestione dei contatti scolastici" 13

ELEMENTI CONSIDERATI NELL'ANALISI

Analisi e Report periodici

Si riporta di seguito l'elenco dei principali report prodotti a livello regionale, nei quali sono approfonditi specifici aspetti descrittivi dell'andamento dell'epidemia e della capacità di risposta nei singoli contesti. Tutti i report confluiscono nel sistema di biosorveglianza regionale, attivato fin dalle prime fasi con l'obiettivo di soddisfare i bisogni conoscitivi per il governo efficace dell'epidemia e per la definizione delle misure di prevenzione e controllo e delle necessarie azioni di sanità pubblica a tutela della salute dei singoli e della collettività, con l'obiettivo di contenere contagi, ricoveri e decessi.

Documento	Descrizione	Frequenza
Rapporto giornaliero nuovi positivi, ricoveri, decessi	Rapporto pubblicato 2 volte al giorno (ore 8.00 - ore 17.00) nel quale sono riportati (dati attuali e variazione rispetto alla pubblicazione precedente) i seguenti dati: casi positivi, ricoveri (area critica e area non critica), decessi, sia in strutture sanitarie, sia in strutture socio-sanitarie territoriali.	2/die
Rapporto giornaliero PS	Analisi degli accessi in Pronto Soccorso per singola Azienda ULSS	1/die
Rapporto giornaliero ricoveri	Analisi dettagliata dell'occupazione, per ogni singola Azienda, dei posti letto in Terapia Intensiva e in Area non critica	1/die
Rapporto giornaliero RSA	Analisi dettagliata dell'andamento dell'epidemia per ogni struttura socio-sanitaria territoriale, con descrizione di ospiti infetti, guariti e deceduti	1/die
Analisi tamponi effettuati dalla medicina territoriale	Analisi sull'attività di test con tampone antigenico effettuata da Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale e Pediatri di Libera Scelta	1/die
Analisi complessiva test (molecolari e antigenici)	Analisi sui principali dati relativi ai test effettuati (tamponi molecolari e tamponi antigenici), con dettaglio su strutture (pubbliche, private accreditate) ed esiti	1/die
Rapporto settimanale sull'andamento dell'epidemia	Rapporto pubblicato 1 volta a settimana con approfondimenti epidemiologici sui seguenti aspetti: - andamento giornaliero dei positivi - mappa dei tassi d'incidenza per comune e periodo di insorgenza - mortalità generale - ospedalizzazione - casi positivi nei centri servizi per anziani e disabili e strutture di riabilitazione - monitoraggio operatori sanitari	1/sett.

Tale reportistica si integra con il monitoraggio degli indicatori di cui al DM del 30.04.2020 e alimenta modelli previsionali utilizzati per stimare l'andamento della curva epidemica, con particolare riferimento a nuovi positivi, ricoveri in terapia intensiva e decessi.

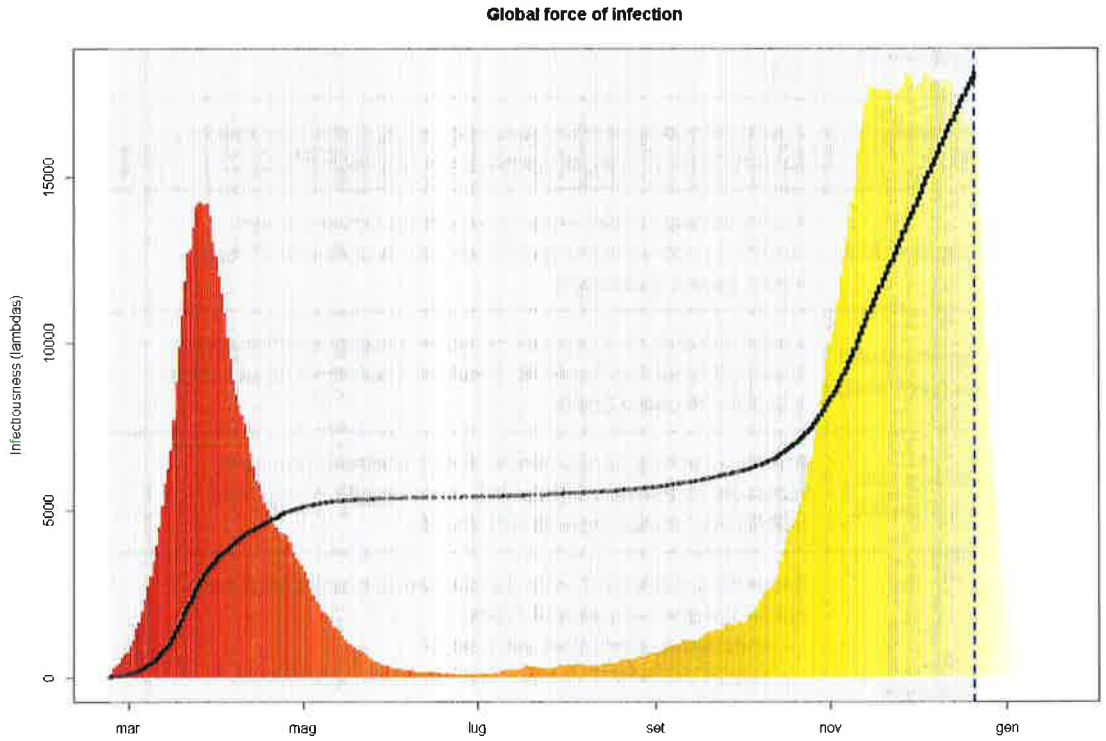
Tali report sono integrati con un ulteriore monitoraggio specifico rispetto alle attività e al personale dei Dipartimenti di Prevenzione coinvolto nelle attività di presa in carico e contact tracing (avviato in data 3 dicembre 2020 e in costante analisi e sviluppo).

Forza dell'infezione

L'analisi dei ricoveri totali nelle strutture sanitarie da marzo a dicembre descrive la situazione nei due periodi epidemici: il grafico riporta la forza dell'infezione, in termini di incremento del numero di ricoveri (in nero la curva cumulativa dei ricoveri), indicatore scelto perché più robusto nella misurazione del fenomeno.

Emerge che la forza è un po' più alta nella seconda ondata, ma ciò che si evidenzia è la persistenza dal 15 novembre in poi di una situazione di stabilità nella curva.

Per il calcolo della forza dell'infezione o infettività è stata considerata come variabile il numero di ricoveri, proxi della diffusione dell'incidenza dell'infezione. Nel calcolo è stato considerato un tempo medio di incubazione di 6 giorni. E' stata modellata la probabilità di ricovero utilizzando una serie intervallo funzione della probabilità di sviluppo di casi secondari partendo da un caso primario.



Riepilogo interventi attuati

Si riporta di seguito il dettaglio degli interventi previsti e le principali azioni attuate dagli organi nazionali e regionali per lo Scenario 3 "*Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo*" così come riportati nel documento "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*" trasmesso con circolare del Ministero della Salute del 9 ottobre 2020.

Adeguamento delle strategie di testing e di gestione dei casi sospetti, confermati e contatti	
semplificazione contact tracing [N, R, L]	- Decreto Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 61 del 9 novembre 2020 - Istituzione di un Gruppo di Lavoro tecnico a supporto dei Dipartimenti di Prevenzione per l'organizzazione delle attività di presa in carico dei nuovi positivi e di tracciamento dei contatti stretti - Definizione di un modello organizzativo di "*Presa in Carico Rapida*" da adottare nei momenti di rapido aumento dei soggetti positivi (23 novembre 2020) - Costante sviluppo e adeguamento degli applicativi regionali (SIAVr-COVID integrato con Portale Operatore in uso a MMG/PLS) per la registrazione e tracciabilità delle attività di contact tracing.
priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione [R, L]	- DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020 - Definizione delle priorità delle attività COVID rispetto alle attività ordinarie - Incontri con Direttori SISP e Direttori Dipartimento di Prevenzione per prioritarizzazione delle attività - Aggiornamento degli Obiettivi dei Direttori Generali con inserimento di un indicatore relativo all'attività di contact tracing
attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID [R, L]	- DGR n. 782 del 16 giugno 2020- Piano di Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione e adeguamento delle dotazioni organiche - Assunzione del personale reso disponibile a seguito del Bando di Manifestazione di interessa della Protezione Civile Nazionale e di Bandi Regionali (Azienda Zero) - Avvio di un Monitoraggio ulteriore e specifico sulle attività e sul personale dei Dipartimenti coinvolto nelle attività di presa in carico e contact tracing (3 dicembre 2020) - OPGR n. 148 del 31 ottobre 2020 con approvazione del Protocollo d'intesa con la MMG per le attività di esecuzione tamponi e provvedimenti contumaciali e contact tracing, con definizione di uno specifico protocollo operativo in sinergia con i Dipartimenti di Prevenzione - DGR n. 1643 del 24 novembre 2020 - Approvazione di un progetto di ricerca dell'Università degli Studi di Padova e finanziato dalla Regione del Veneto che, tra gli obiettivi, dovrà studiare, sulla base dei dati raccolti dai Dipartimenti di Prevenzione, le modalità di diffusione del virus e generare un modello in grado di spiegare i dettagli delle catene di contagio (*"Progetto per valutare la prevalenza e la diffusione di SARS-CoV-2 nella popolazione")*
tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici	- Definizione delle *"Indicazioni operativa per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2"* approvate in data 5 ottobre 2020. - Definizione di uno specifico protocollo operativo per le atotività di testing e tracciamento per SISP e MMG.

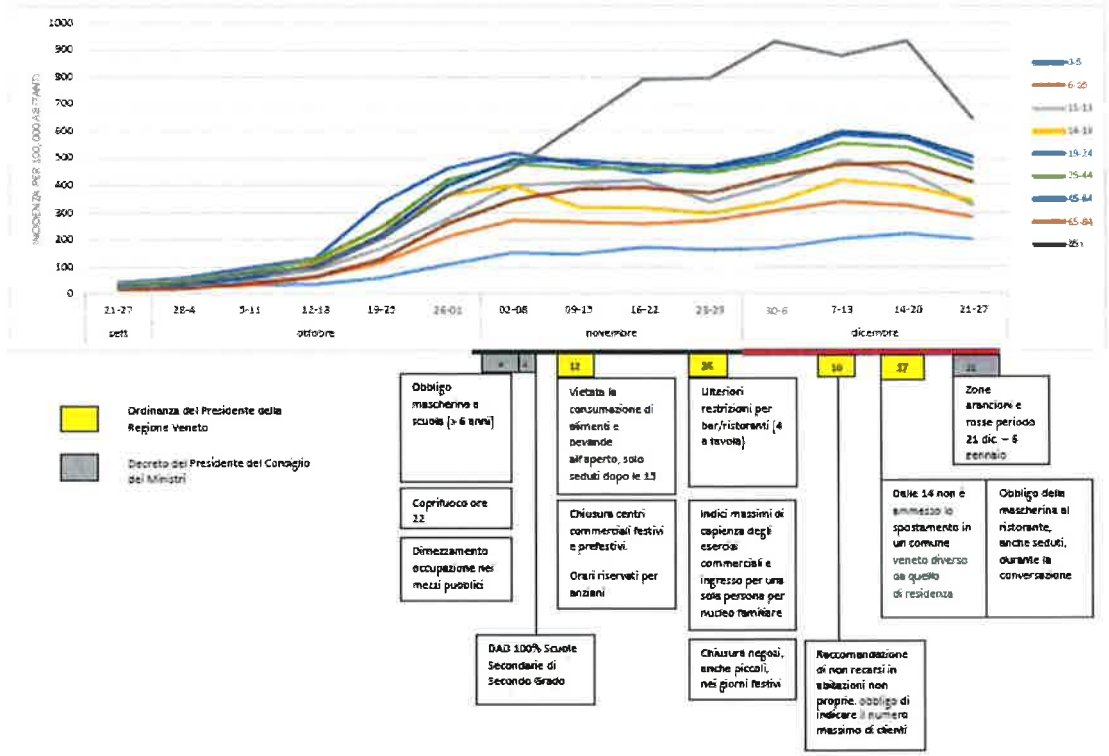
rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) [R, L]	- DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020 - Rimodulazione delle attività di screening periodo per le categorie a maggior rischio
potenziamento alberghi per isolamento casi [R, L]	Individuazione di strutture alberghiere in accordo tra Azienda ULSS e Protezione Civile per le esigenze locali di isolamento e quarantena dei soggetti positivi, di soggetti post-dimissione o per gli operatori sanitari coinvolti in attività di assistenza a pazienti COVID-19.

Interventi di Comunità	
azioni (locali, provinciali e regionali) per l'aumento delle distanze sociali [R, L]	- OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 (*ingresso per una sola persona per nucleo familiare, indici massimi di capienza degli esercizi commerciali:* *- esercizi fino a 40 mq di superficie di vendita: 1 cliente, come da allegato 11 del DPCM 3.11.2020* *- esercizi fino a 250 mq di superficie di vendita: 1 cliente ogni 20 mq.* *- esercizi sopra i 250 mq di superficie di vendita: 1 cliente ogni 30 mq.)* - OPGR n. 67 del 10 dicembre 2020 (*raccomandazione di non recarsi in abitazioni non proprie, obbligo di indicare il numero massimo di clienti ammessi in ogni esercizio commerciale*)
possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto [R, L]	- Decreto Legge del 7 ottobre 2020 - OPGR n. 151 del 12 novembre 2020
zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt [R, L]	- Specifiche misure restrittive per l'area del Comelico e dell'area di alcuni comuni del Vicentino - Screening popolazione Auronzo di Cadore (BL) il 29 novembre 2020 - Attento monitoraggio epidemiologico dei comuni a maggior incidenza (es. vicentino, bellunese, trevigiano, etc)
interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti [R, L]	- OPGR n. 151 del 12 novembre 2020 (*dalle ore 15.00 somministrazione di alimenti e bevande esclusivamente seduti, divieto di consumo di alimenti e bevande all'aperto*) - OPGR n. 169 del 17 dicembre 2020 (*non possono essere collocati più di quattro avventori per tavolo, anche se conviventi. Obbligo della mascherina al ristorante, anche seduti, anche durante la conversazione*)
valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio [N, R, L]	- OPGR n. 151 del 12 novembre 2020 (*divieto mercati all'aperto su area, fasce orarie di accesso agli esercizi commerciali riservate per gli anziani, chiusura delle medie e grandi strutture di vendita nei giorni festivi e prefestivi*) - OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 *(nei giorni prefestivi le grandi e medie strutture di vendita, sia con un esercizio unico, sia con più esercizi, comunque collegati, ivi compresi i complessi commerciali e i parchi commerciali, sono chiuse al pubblico, salvo che per la vendita di generi alimentari, le farmacie, le parafarmacie, le tabaccherie e le edicole. Nei giorni festivi è vietato ogni tipo di vendita, anche in esercizi di vicinato, al chiuso o su area pubblica, fatta eccezione per le farmacie, le parafarmacie, le tabaccherie, le edicole e la vendita di generi alimentari).*

possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione) [N, R]	- OPGR n. 169 del 17 dicembre 2020 *(Dal 19 dicembre 2020 fino al 6 gennaio 2021, dopo le ore 14.00 non è ammesso lo spostamento in un comune veneto diverso da quello di residenza o dimora*) - DPCM del 21 dicembre 2020

Interventi in tema di Scuola e Università	
obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza [R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per l'uso della mascherina obbligatorio in particolari situazioni in presenza di un caso a scuola*)
sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) [R, L]	- OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione di alcune attività in particolari situazioni in presenza di un caso a scuola*)
lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi [R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020
possibilità di attivare, a garanzia di distanziamento e prevenzione assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale [N, R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione dell'attività in presenza e di sorveglianza sanitaria*)
chiusura temporanea di scuole in base all'epidemiologia locale (es. singola struttura [R, L] o più strutture in un'area) [R, L]	- OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione dell'attività in presenza e di sorveglianza sanitaria*) - Interventi disposti dalle Aziende ULSS su base locale, in funzione dell'analisi epidemiologica specifica e del numero di positivi evidenziati in ogni singola struttura.

Andamento dell'incidenza e interventi normativi (nazionali e regionali) di mitigazione



Analisi di sequenziamento virale di SARS-CoV

A seguito delle segnalazioni delle Autorità del Regno Unito, l'OMS raccomanda di condurre ulteriori studi epidemiologici e virologici per comprendere le mutazioni specifiche descritte dall'UK e da altri paesi per indagare ulteriormente su eventuali cambiamenti nella funzione del virus in termini di infettività e patogenicità.

In attuazione a tali disposizioni riportate nell'Ordinanza del Ministero della Salute 20.12.2020, nell'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del Veneto n. 171 del 21 dicembre 2020 e nella Circolare del Ministero della Salute del 21.12.2020, sono state avviate le specifiche misure di screening per i soggetti rientranti dal Regno Unito. A seguito delle analisi condotte sono state riscontrate le mutazioni tipiche della variante clustering genetico tipico di VUI 202012/01 (B1.1.7 lineage) in 3 campioni positivi a SARS-CoV-2. L'analisi si è limitata al solo gene S che codifica per la glicoproteina Spike. Ulteriori analisi molecolari e filogenetiche sono in corso sul resto del genoma virale al fine di confermare la presenza di tutte le mutazioni tipiche. Le mutazioni sono state riscontrate in:

- n. 2 tamponi nasofaringei prelevati presso AULSS 2 Marca Trevigiana (Treviso) e inviato ad IZS in data 24/12/2020;
- n. 1 tampone nasofaringeo prelevato presso AULSS 8 Berica (Vicenza) e inviato ad IZS in data 23/12/2020.

Sono state condotte dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS tutte le azioni di contact tracing e sono state disposte le conseguenti misure di isolamento dei positivi e di quarantena dei contatti stretti. Il campione inviato relativo ad un contatto con uno di tali soggetti risultati positivi alla variante inglese, è stato sottoposto a caratterizzazione rapida (Sanger) di alcune porzioni della proteina Spike. Il campione presenta le mutazioni nella proteina Spike tipiche della variante inglese B.1.1.7. Tale dato dovrà essere confermato mediante l'analisi

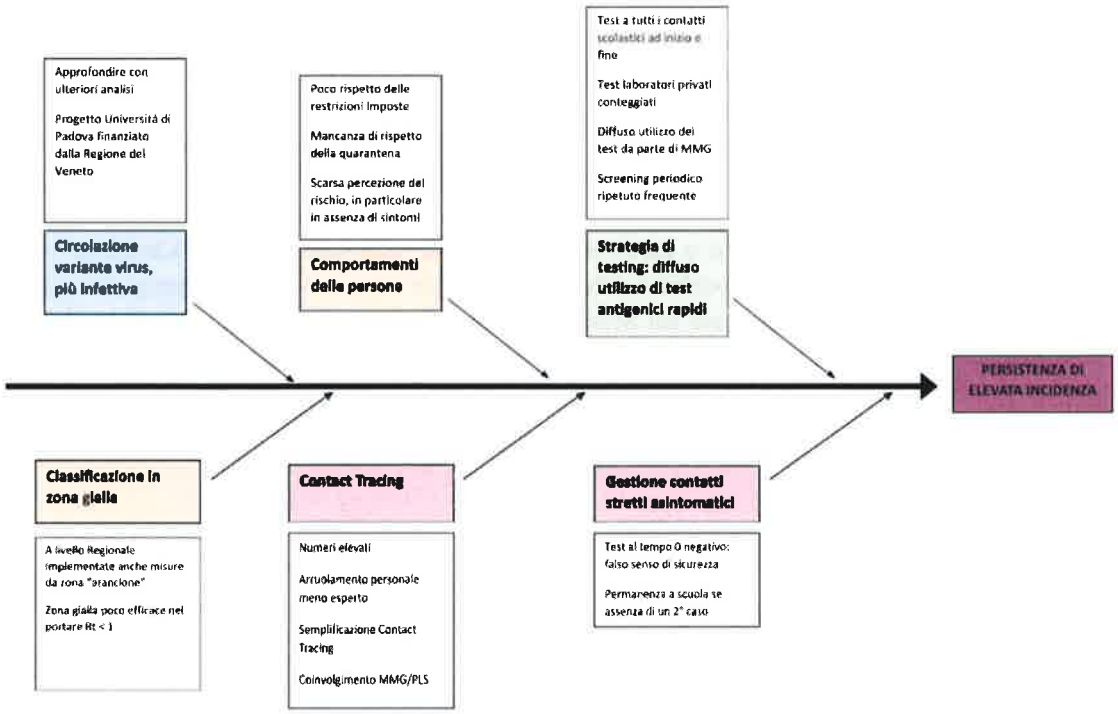
del genoma completo. Si precisa che tutti e tre i soggetti positivi sono stati intercettati tempestivamente a seguito di positività di tampone rapido antigenico, successivamente confermati con test di biologia molecolare.

Si evidenzia inoltre che, in ottemperanza alla D.G.R. n. 1424/2020, è stato avviato un progetto relativo al sequenziamento del genoma virale dei sierotipi di SARS-CoV-2 circolanti in Veneto. A seguito delle analisi di tipizzazione e sequenziamento del virus condotta dal Laboratorio dell'IZS, su 37 campioni provenienti dalle diverse province della Regione del Veneto, sono state identificate 8 diversi lineage, 2 di questi caratterizzati per la prima volta in Italia, in base alle sequenze italiane disponibili in GISAID in data 23/12/2020. Il numero di campioni sequenziati ad oggi da IZSVe è limitato rispetto al numero di casi positivi in Veneto e fornisce solo un'istantanea parziale delle possibili varianti circolanti nel territorio. Il 60% dei campioni analizzati appartengono al lineage B.1.177. Si specula che questo lineage, diffuso in tutta Europa, possa essere associato ad un'aumentata trasmissibilità, che potrebbe essere dovuta alla mutazione A222V nella proteina Spike.

Tutto ciò premesso risulta interessante proseguire con le analisi in corso, integrando tali attività con future analisi che potranno essere condotte anche con un ulteriore progetto di ricerca condotto dall'Università degli Studi di Padova, già approvato (DGR n. 1643 del 24 novembre 2020) a finanziato dalla Regione del Veneto "*Progetto per valutare la prevalenza e la diffusione di SARS-CoV-2 nella popolazione*". Tale progetto ha, tra i suoi obiettivi, quello di valutare, la modalità di diffusione del virus in vari scenari spaziali e temporali mediante lo sviluppo di modellistiche di diffusione del virus in relazione alle attuali conoscenze epidemiologiche ed ai dati a disposizione, sulla base dei dati raccolti dai Dipartimenti di Prevenzione e generare un modello in grado di spiegare i dettagli delle catene di contagio, anche integrando la valutazione delle catene di contagio in relazione alla tipizzazione virale.

AZIONI ED INTERVENTI DA ATTUARE

Alla luce degli elementi considerati nella presente analisi, sinteticamente riportati nella prima parte di questo documento, integrati con le rilevazioni condotto quotidianamente e il monitoraggio settimanale dell'Istituto Superiore di Sanità, si è provveduto ad analizzare alcuni ambiti su cui si ritiene prioritario intervenire. Si precisa che la scelta di quali interventi attuare, siano essi di mitigazione che di contenimento, deve essere frutto di una valutazione complessiva considerando il loro impatto complessivo, considerando tutti gli aspetti anche di natura non strettamente sanitaria.



Rafforzamento delle misure di mitigazione

Nel periodo di Ottobre, Novembre e Dicembre la Regione del Veneto ha già attuato tutte le misure previste per lo scenario di rischio assegnato sulla base del Monitoraggio dell'Istituto Superiore di Sanità (Scenario 2, Zona Gialla). Su base regionale si è provveduto inoltre ad integrare con ulteriori interventi di mitigazione così come previsti per lo scenario di rischio aggiuntivo (Scenario 3, Zona Arancione), come evidenziato nel capitolo "Riepilogo interventi attuati". Tali interventi risultano in linea con tutte le indicazioni previste nel documento "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*" trasmesso con circolare del Ministero della Salute del 9 ottobre 2020.

Considerato l'attuale scenario epidemiologico, la persistenza di elevata incidenza e mortalità sul territorio regionale, la pressione attuale sui servizi di assistenza e cura e sui Dipartimenti di Prevenzione sia opportuno **mantenere le azioni in essere ed attuare ulteriori interventi di mitigazione** (es. prevenzione degli assembramenti, restrizioni alla mobilità intraregionale ed interregionale). Tali misure, in particolare a partire dal 7 gennaio e per la durata di 2-3 settimane, hanno lo scopo di contenere la diffusione virale e riportare Rt sotto il valore di 1. Durante tale periodo si provvederà a mantenere una costante attenzione al monitoraggio di tutti gli indicatori e i parametri che descrivono l'attuale scenario epidemiologico.

Campagna informativa e di sensibilizzazione per la popolazione

Rispetto alla prima ondata, si nota una minore sensibilità e collaborazione della popolazione.
L'opinione comune vede nel vaccino ormai l'unica via di uscita e trova nel test antigenico rapido una soluzione al possibile rischio di infezione. L'uso della mascherina è ormai consolidato, ma probabilmente non sufficiente.

Messaggi informativi a tutta la popolazione
Si propone di veicolare attraverso i social (es. Viral Veneto, ..) semplici messaggi che rafforzano la responsabilità individuale (come nella prima ondata) e alcuni concetti sul rischio. Tali messaggi potrebbero anche essere diffusi attraverso le reti formali (es. gruppi formali aziendali, universitari, scolastici, e informali). Predisposizione di una infografica esplicativa, tradotta in più lingue. Si ritiene utile, inoltre, unire alla campagna di vaccinazione anche un messaggio che rafforza il comportamento individuale in attesa che il vaccino cominci a fare effetto a livello comunitario (immunità di popolazione).

Messaggi informativi ai datori di lavoro
Sensibilizzare il datore di lavoro sull'importanza di veicolare ai dipendenti le misure precauzionali in caso di esposizione ad un caso di positività (anche prima della presa in carico dall'Azienda sanitaria competente).

Messaggi informativi ai contatti stretti che effettuano un tampone
Al momento della prescrizione del tampone rapido, potrebbe essere data maggiore enfasi all'importanza di rafforzare alcune misure di prevenzione, nei giorni successivi, in particolare se il tampone viene eseguito in seguito ad esposizione a caso. In particolare enfatizzando l'importanza della misura contumaciale (quarantena) anche in caso di esito negativo di un tampone di screening effettuato nei giorni seguenti ad un contatto a rischio.

Contact Tracing

In accordo con quanto previsto per lo Scenario 3 "*Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo*" (documento "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*", è stata prevista un'attività di semplificazione del contact tracing al fine di rendere sostenibile in considerazione dell'elevato numero di nuovi positivi. Parallelamente si è provveduto ad arruolare e formare nuovi operatori.

Al fine di garantire il mantenimento e l'efficacia del tracciamento, considerato il suo ruolo fondamentale per il controllo dell'epidemia è necessario mantenere una tempestività dello stesso ed una qualità che consenta di rintracciare tutti i possibili contatti a rischio:

- garantire la stabilità degli operatori attualmente arruolati e formati;
- prevedere il coinvolgimento di altri operatori e favorire la loro formazione anche attraverso l'attivazione di ulteriori corsi di formazione fruibili a distanza;
- prevedere il coinvolgimento di figure professionali adeguate all'attività di formazione anche al fine di garantire la qualità del tracciamento e una presa in carico efficace dei soggetti.

Tale riflessione, in particolare a livello delle singole Aziende ULSS, deve considerare l'avvio della campagna di vaccinazione COVID-19, evitando che le attività di vaccinazione che coinvolgeranno gli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione, determinino una riduzione dell'attenzione e del personale impegnato nel contact tracing.

Si propone di favorire l'**arruolamento di personale già formato o comunque con le competenze adeguate, anche garantendo orario aggiuntivo del personale dipendente, o grazie al coinvolgimento di medici specializzandi con contratti ad hoc** per supportare tale attività del Dipartimento di Prevenzione.

Allo stesso tempo tale rafforzamento deve concentrarsi prioritariamente sul ruolo della misura di quarantena, elemento indispensabile indipendemente dalla strategia di screening con test a mezzo tampone, per ridurre la diffusione del virus.

Comportamenti dei soggetti sottoposti a misure restrittive

Come per quanto evidenziato per la popolazione generale, rispetto alla prima ondata gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione evidenziano, anche relativamente alle persone sottoposte a misure di isolamento e/o quarantena, una minore sensibilità e collaborazione in particolare nei seguenti aspetti:

- rispetto delle indicazione per condurre correttamente la quarantena/isolamento, con aumento del rischio di diffusione e contagio intra familiare;
- collaborazione con gli operatori per identificare puntualmente tutti i possibili contatti stretti;

Si evidenzia inoltre, con una certa frequenza, una difficoltà a rintracciare telefonicamente i soggetti risultati positivi per le necessarie azioni di contact tracing. Per questa ragione è stata attivata la possibilità nell'applicativo regionale SIAVr di classificare un soggetto come "*Non Reperibile*".

Si propone di intensificare la collaborazione con le istituzione preposte per garantire maggiori controlli in particolare nei confronti dei soggetti classificati come "*Non Reperibili*". Per tale ragione si propone di includere nel flusso di comunicazione con Comuni e Prefetture tali soggetti, evidenziandoli con particolare attenzione, al fine di consentire agli enti preposti i controlli necessari.

Scuole e Servizi educativi per l'infanzia

Attività didattica in presenza

Dal monitoraggio condotto dalla Direzione Prevenzione della Regione del Veneto e dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS è emerso che durante il periodo ottobre - dicembre, con le attività di contact tracing e di screening condotte a seguito dell'identificazione di un caso positivo in una classe, nel 23,7% delle situazioni è stato identificato almeno un secondo caso positivo tra gli studenti e nel 9,1% dei casi almeno un secondo caso nel personale (insegnanti o operatori). In particolare si evidenzia come per quanto concerne i secondi casi tra gli studenti questi siano più frequenti nelle Scuole secondarie di I e II grado. Emerge, inoltre, come anche i dati di incidenza, a seguito della sospensione delle attività in presenza successivamente all'entrata in vigore del DPCM del 3 novembre 2020, hanno subito una significativa riduzione.

Tipologia	% con almeno un 2° caso studente	% con almeno un 2° caso insegnante
Altro (es. scuole serali)	9,8%	8,2%
Asilo Nido	13,9%	14,8%
Scuola dell'infanzia	16,4%	11,6%

Scuola primaria	22,6%	8,3%
Scuola secondaria di I grado	27,9%	10,1%
Scuola secondaria di II grado	26,6%	6,6%
Totale	**23,7%**	**9,1%**

Nello scenario attuale, alla luce delle criticità legate alla incompletezza dei dati disponibili, alla quota significativa di infezioni asintomatica nei soggetti in età scolare e all'impossibilità di scorporare il ruolo della chiusura delle scuole dalle altre misure di prevenzione e controllo - in attesa dei necessari ulteriori approfondimenti di carattere epidemiologico - è opportuno considerare le evidenze emerse dai recenti studi pubblicati[1]. In particolare, risulta una difficoltà ad escludere il ruolo dei ragazzi in età scolare nell'attivazione dei focolai, in particolare familiari.

Per tale ragione, risulta necessario considerare il principio di precauzione, almeno periodo invernale e alla luce dello scenario epidemiologico attuale valutando l'impatto complessivo sulla dinamica del contagio nel caso di una ripresa della scuola in presenza. Appare quindi necessario un approccio prudenziale nella nostra regione al fine di limitare la didattica in presenza.

Tale riflessione anche in considerazione di quanto emerge da un ulteriore studio recente[2] in cui sono state analizzate ed è stata calcolata l'efficacia di diverse misure cosiddette "non farmacologiche" per ridurre la diffusione del virus (es. distanziamento fisico, coprifuoco, chiusura delle attività commerciali, ecc). Lo studio ha evidenziato come le due misure più efficaci siano risultate le misure di riduzione degli assembramenti (chiusura di ristoranti, smart-working, abolizione di celebrazioni, ecc.) e la chiusura delle scuole. Importante notare che la chiusura delle scuole, indipendentemente dal momento della curva epidemica in cui si interviene, dal citato studio risulta avere un effetto maggiore del contact-tracing.

Considerando nell'insieme i vari elementi sopra descritti risulta ragionevole e prudenziale **ridurre l'attività didattica in presenza prioritariamente per le scuole secondarie di I e II grado**. La scelta e la gradazione di tale rimodulazione dovrà comunque avvenire in una **valutazione complessiva di tutte le altre misure** poste in essere ed in particolare in funzione anche di altre misure di mitigazione ed interventi di comunità finalizzate alla riduzione degli assembramenti. L'impatto di una riduzione di Rt, e quindi del contagio, deve sempre essere valutata nel suo complesso e non per un singolo intervento.

Aggiornamento e adeguamento delle *"Linee di Indirizzo per la Gestione dei contatti scolastici"*

E' in corso l'aggiornamento, da parte del Gruppo Tecnico di Lavoro identificato dalla Direzione Prevenzione, delle *"Linee di indirizzo per la Gestione dei contatti di casi di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia"*. Tale aggiornamento si rende necessario alla luce dello scenario epidemiologico attuale, caratterizzato da una circolazione virale sostenuta in accordo con i documenti di riferimento di carattere nazionale, che prevedono specifici interventi, anche in ambito scolastico, in funzione dello scenario epidemiologico regionale. Tali indicazioni saranno tempestivamente aggiornate al variare del predetto scenario e delle conoscenze scientifiche disponibili.

L'aggiornamento del documento evidenzia il ruolo imprescindibile delle misure di tracciamento e di quarantena per limitare la diffusione del contagio. Nello specifico, l'aggiornamento del documento, in attesa di

[1] *Flasche S, Edmunds WJ. The role of schools and school-aged children in SARS-CoV-2 transmission. Lancet Infect Dis. 2020 Dec 8:S1473-3099(20)30927-0;*

[2] *Haug N, Geyrhofer L, Londei A, Dervic E, Desvars-Larrive A, Loreto V, Pinior B, Thurner S, Klimek P. Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. Nat Hum Behav. 2020 Dec;4(12):1303-1312;*

approvazione, prevede la sospensione dell'attività in presenza e la disposizione di quarantena obbligatoria per tutti i contatti scolastici a seguito del riscontro anche di un solo caso positivo in una classe.

In tali circostanze la scuola provvederà a sospendere tempestivamente l'attività in presenza e il SISP provvederà a disporre le misure di isolamento per il soggetto positivo e di quarantena per tutti i contatti scolastici, oltre che ad eventuali ulteriori misure di sanità pubblica sulla base della situazione specifica.

Inoltre, in linea generale, non sará prevista l'esecuzione del tampone ad inizio quarantena salvo la presenza di sintomi. Sarà il SISP a valutare se effettuare test di screening sulla base delle valutazione specifica.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale
XI legislatura

Proposta n. 515 / 2021

PUNTO 1 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 18/03/2021

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 308 / DGR del 18/03/2021

OGGETTO:
Approvazione del "Piano di Sanità Pubblica - Aggiornamento indicazioni Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali", a modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e ss.mm.ii., e del documento denominato "Campagna Vaccinale anti-COVID19", a modifica della D.G.R. n. 1801 del 22/12/2020.

5dda8123

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Elisa De Berti	Presente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Francesco Calzavara	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Roberto Marcato	Presente
Segretario verbalizzante	Lorenzo Traina	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

OGGETTO: Approvazione del "Piano di Sanità Pubblica - Aggiornamento indicazioni Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali", a modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e ss.mm.ii., e del documento denominato "Campagna Vaccinale anti-COVID19", a modifica della D.G.R. n. 1801 del 22/12/2020.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si intende approvare il "Piano di Sanità Pubblica - Aggiornamento indicazioni Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali", a modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e ss.mm.ii., e il documento denominato "Campagna Vaccinale anti-COVID19", a modifica della D.G.R. n. 1801 del 22/12/2020.
Il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale.

Il relatore riferisce quanto segue.

A partire dall'inizio della diffusione del virus SARS-CoV-2, la Regione del Veneto ha elaborato diversi documenti per il contenimento della pandemia da COVID-19. In particolare, con la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 è stato approvato il primo Piano di Sanità Pubblica, denominato "Epidemia COVID 19: interventi urgenti di sanità pubblica", che fornisce ai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto le indicazioni operative per garantire l'attuazione di strategie di sanità pubblica, volte ad interrompere la catena di trasmissione del virus responsabile dell'epidemia.

Al fine di adeguarsi alla continua evoluzione dello scenario epidemiologico, la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha fornito con successive note regionali indicazioni aggiuntive rispetto a quelle contenute nel documento di cui alla citata D.G.R. n. 344/2020, nonché per l'esecuzione del tampone di ricerca SARS-CoV-2 nel personale sanitario, con specifico riferimento al personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili, a specifici target di popolazione a maggior rischio e relativamente ai rientri dall'estero.

Con la D.G.R. n. 1103 del 06/08/2020 è stato approvato il documento recante "Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l'autunno 2020", elaborato dalle Strutture regionali dell'Area Sanità e Sociale, in collaborazione con Azienda Zero, attraverso il quale è stato adeguato il sistema assistenziale allo scenario pandemico, prevedendo interventi specifici nei differenti contesti.

Contestualmente, in considerazione dell'aumento della circolazione del virus SARS-CoV-2 e della proroga dello stato di emergenza, con la D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020 sono state aggiornate le azioni del Piano di Sanità Pubblica, di cui alla D.G.R. n. 344/2020, attraverso l'approvazione del documento denominato "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening".

Successivamente, al fine di rafforzare l'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici e le azioni allargate di contact tracing per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio, nonché di potenziare i Dipartimenti di Prevenzione, sia sotto un profilo organizzativo che di personale, in conformità con quanto indicato nel "Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione", approvato con la D.G.R. n. 782 del 16/06/2020 (Allegato "B"), la Direzione regionale Prevenzione ha provveduto alla definizione di un ulteriore aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica, attraverso l'approvazione, con la D.G.R. n. 1422 del 21/10/2020, del documento denominato "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione".

e922ded4

Recentemente, poi, sono state fornite dal Ministero nuove indicazioni sulla definizione di caso COVID-19 e strategie di testing (Circolare ministeriale n. 705 del 08/01/2021), sulla diffusione a livello globale delle nuove varianti SARS-CoV-2, della valutazione del rischio e delle misure di controllo (Circolare ministeriale n. 3787 del 31/01/2021) e sull'uso dei test antigenici e molecolari per la rilevazione di SARS-CoV-2 (Circolare ministeriale n. 5616 del 15/02/2021).

In considerazione delle suddette indicazioni e dell'attuale scenario epidemiologico, caratterizzato da un aumento dei nuovi casi positivi su base giornaliera e dei ricoveri ospedalieri (area critica e area non critica), oltre che da un rapido aumento della diffusione delle varianti di SARS-CoV-2 sull'intero territorio regionale, la Direzione regionale Prevenzione ha previsto un nuovo aggiornamento del Piano di Sanità pubblica, elaborando il documento "Piano di Sanità Pubblica - Aggiornamento indicazioni Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali", che ha ricevuto il parere favorevole del Comitato Scientifico COVID-19 ex D.G.R. n. 269 del 02/03/2020 e che, pertanto, si ritiene di proporre all'approvazione della Giunta Regionale, quale **Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

Si dà atto che il contenuto del "Piano di Sanità Pubblica - Aggiornamento indicazioni Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali" potrà essere ulteriormente rimodulato al variare dell'attuale scenario epidemiologico.

In tale contesto, in attuazione delle indicazioni nazionali, si è reso anche necessario dare avvio alla campagna vaccinale per la somministrazione del vaccino anti-COVID19, che nella Regione del Veneto ha avuto inizio il 27/12/2020. A tale proposito, è stato istituito il Gruppo di Lavoro Regionale, formalizzato con Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 140 del 17/12/2020, che ha portato alla adozione della D.G.R. n. 1801 del 22/12/2020 di approvazione del documento "Organizzazione del Piano di Vaccinazione contro SARS-CoV-2", contenente le linee principali di indirizzo per l'organizzazione della campagna, in termini di pianificazione dell'offerta, logistica e figure coinvolte.

Ad integrazione del suddetto documento, nei successivi mesi di gennaio-marzo 2021, la Regione del Veneto ha fornito alle Aziende ULSS ulteriori indicazioni per adeguare e organizzare l'offerta vaccinale con le disposizioni ministeriali e per garantire una programmazione più organica delle convocazioni, nel rispetto delle linee di indirizzo e nei limiti della disponibilità di dosi e numerosità delle coorti da vaccinare.

Inoltre, al fine di fornire un modello organizzativo di supporto alle Aziende ULSS, incaricate di programmare la convocazione di un grande numero di persone, assicurando la somministrazione di un ampio numero di dosi in tempi ristretti e in un luogo idoneo che rispetti tutte le norme igienico-sanitarie previste, con la D.G.R. n. 239 del 02/03/2021 è stato anche approvato il "Manuale per l'organizzazione di un Centro di Vaccinazione per la Popolazione (CVP)".

Inoltre, tra le linee di lavoro di cui alla citata D.G.R. n. 1801/2020 rientrava anche l'estensione della vaccinazione ai lavoratori dei servizi essenziali (Fase 3), individuati, a livello nazionale, nelle "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19" (08/02/2021), che ha indicato, tra le prime categorie da considerare nell'offerta vaccinale, le forze dell'ordine, le forze armate, il personale scolastico e quello universitario docente e non docente.

Pertanto, con la citata D.G.R. n. 239/2021 è stato anche approvato il documento tecnico, predisposto dalla Direzione Regionale Prevenzione, denominato "Procedura operativa - Estensione della campagna vaccinale anti-COVID19 al personale dei servizi essenziali". Coerentemente con le linee di indirizzo della Regione del Veneto per lo sviluppo della campagna di vaccinazione anti-COVID19, di cui alla citata D.G.R. n. 1801/2020, e con le suddette Raccomandazioni nazionali, è stato, quindi, previsto l'avvio, in base alla disponibilità delle dosi di vaccino, della vaccinazione negli ambienti di lavoro, a prescindere dall'età, al fine di realizzare un notevole guadagno in termini di tempestività, efficacia e livello di adesione.

e922ded4

A tal fine, con la recente D.G.R. n. 280 del 12/03/2021, è stato approvato lo schema di Protocollo di Intesa, finalizzato all'avvio di un progetto pilota per l'estensione della campagna di vaccinazione anti-COVID19 alle attività economiche e produttive, quale valido strumento di collaborazione tra le attività economiche e produttive della Regione del Veneto, rappresentate dal sistema associativo, e il SSR, a garanzia di una più efficace azione di contrasto alla diffusione del virus SARS-CoV-2.

A seguito della ridefinizione, a livello nazionale, in data 10/03/2021, delle suddette "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19", è stato elaborato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria un aggiornamento del documento di "Organizzazione del Piano di Vaccinazione contro SARS-CoV-2", di cui alla citata D.G.R. n. 1801/2020, denominato "Campagna Vaccinale anti-COVID19", che si intende approvare quale **Allegato "B"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

In considerazione dell'eccezionalità delle dimensioni della popolazione destinataria e della concentrazione temporale dell'intervento, il suddetto documento individua i diversi possibili setting per l'effettuazione delle vaccinazioni, al fine di allargare la rete dell'offerta vaccinale e di raggiungere il maggior numero di persone tramite il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale (MMG), dei Centri Specialistici Ospedalieri, delle Aziende Produttive, dei Servizi Essenziali e dei Medici Competenti.

Viene ribadita, inoltre, ai fini dell'attuazione e del monitoraggio della campagna, l'importanza della registrazione e della tracciabilità dei dati, integrando le diverse fonti informative nei sistemi informativi regionali, che rappresentano una risorsa essenziale per una gestione operativa, efficace e coerente con le esigenze dettate dall'emergenza, in tutte le fasi della campagna vaccinale.

Si dà atto che i contenuti del documento, denominato "Campagna Vaccinale anti-COVID19", potranno essere aggiornati sulla base di nuove conoscenze riguardo ai vaccini già disponibili o alla disponibilità di nuove formulazioni di vaccino.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTE la D.G.R. n. 269 del 02/03/2020, la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020, la D.G.R. n. 782 del 16/06/2020, la la D.G.R. n. 1103 del 06/08/2020, la D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020, la D.G.R. n. 1422 del 21/10/2020, la D.G.R. n. 1801 del 22/12/2020, la D.G.R. n. 239 del 02/03/2021, la D.G.R. n. 280 del 12/03/2021;
VISTO il Decreto del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 140 del 17/12/2020;

DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrale e sostanziale della presente deliberazione;

2. di approvare il documento aggiornato del "Piano di Sanità Pubblica - Aggiornamento indicazioni Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali", che modifica il precedente Piano di Sanità Pubblica, di cui alla D.G.R. n. 344/2020 e ss.mm.ii., contenuto all'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

3. di dare atto che il contenuto del documento di cui al punto 2) potrà essere ulteriormente rimodulato al variare dell'attuale scenario epidemiologico;

e922ded4

4. di approvare il documento, denominato "Campagna Vaccinale anti-COVID19", che modifica la D.G.R. n. 1801/2020, contenuto all'**Allegato "B"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

5. di dare atto che i contenuti del documento di cui al punto 4) potranno essere aggiornati sulla base di nuove conoscenze riguardo ai vaccini già disponibili o alla disponibilità di nuove formulazioni di vaccino;

6. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;

7. di incaricare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria all'esecuzione del presente atto;

8. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
Dott. Lorenzo Traina

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Piano di Sanità Pubblica

AGGIORNAMENTO INDICAZIONI

Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

MARZO 2021

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PREMESSA

L'attuale scenario epidemiologico si caratterizza per un **aumento dei nuovi casi positivi** su base giornaliera e dei ricoveri ospedalieri (area critica e area non critica) oltre che dal rapido aumento della diffusione delle varianti di SARS-CoV-2 sull'intero territorio regionale[1]. Allo stesso tempo è stata avviata ed in corso la **campagna di vaccinazione anti COVID-19** e, nello specifico, è in via di ultimazione la prima fase (Fase 1.A) che ha previsto l'offerta vaccinale rivolta al personale sanitario e non sanitario delle strutture ospedaliere e territoriali della rete del Servizio Sanitario Regionale, oltre che di operatori e ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, non autosufficienti e disabili.

Tali nuovi elementi richiedono un aggiornamento delle strategie di sanità pubblica al fine di adeguare le attività di sorveglianza, rafforzare le azioni di contenimento e risposta alla diffusione virale, adottare ulteriori provvedimenti di maggiore prudenza e di tutela della salute pubblica

In particolare per quanto attiene le strategie di screening, è necessario aggiornare le indicazioni regionali alla luce delle più recenti evidenze scientifiche e delle indicazioni del Ministero della Salute (Circolare del Ministero della Salute n. 705 del 08.01.2021 *"Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing"*, n. 3787 del 31.01.2021 *"Aggiornamento sulla diffusione a livello globale delle nuove varianti SARS-CoV-2, valutazione del rischio e misure di controllo"*, n. 5616 del 15.02.2021 *"Aggiornamento sull'uso dei test antigenici e molecolari per la rilevazione di SARS-CoV-2"*).

Le indicazioni contenute nel presente documento integrano le indicazioni fornite dagli altri documenti regionali per gli specifici ambiti.

[1] *"Prevalenza delle varianti VOC 202012/01 (lineage B.1.1.7), P.1, e 501.V2 (lineage B.1.351) in Italia" - 18 febbraio 2021, indagine che ha evidenziato una prevalenza della variante VOC202012/01 (lineage B.1.1.7) nel territorio della Regione del Veneto pari al 56,5%.*

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SOMMARIO

1. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA 4

2. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE 5

3. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI SUI TEST PER SARS-COV-2 6

3.1 Test forniti ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta 6

3.2 Screening 7

3.2.1 Personale delle Aziende Sanitarie 7

3.2.2 Personale o ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie territoriali 7

3.2.3 Pazienti che accedono ai Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento 7

3.2.4 Familiari e caregiver 7

3.3 Tipologie di testing per casi sospetti e contatti 10

3.3.1 Popolazione scolastica 10

3.3.2 Caso sospetto 10

3.3.3 Fine isolamento 11

3.3.4 Contatto stretto asintomatico (link epidemiologico) 11

3.3.5 Fine quarantena 11

3.4 Test effettuati presso le Farmacie 11

3.5 Registrazione e tracciabilità dei dati 12

4. TEST ANTIGENICI RAPIDI E PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI 13

4.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali 13

4.2 Indicazioni operative 14

4.3 Attuazione e Monitoraggio 14

5. INDICAZIONI PER LE ATTIVITÀ DI CONTACT TRACING 15

5.1 Isolamento casi positivi 15

5.2 Contact tracing e quarantena di contatti di caso positivo non variante 15

5.3 Ricerca e quarantena contatti di caso positivo variante 16

6. STRUTTURE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI 18

6.1 Nuovi ingressi 18

6.2 Visite agli ospiti 19

6.3 Visite e rientri in famiglia per ospiti di strutture residenziali 20

6.4 Piccoli Gruppi di Disabili 20

6.5 Attività in presenza centri diurni disabili e altre attività progettuali 20

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

Gli attuali obiettivi della strategia di sanità pubblica da perseguire sono:

- mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19 e delle sue varianti, intercettando ed isolando tutti i possibili nuovi casi o focolai.
- proseguire con ogni consentita urgenza nelle attività di vaccinazione anti COVID-19.

La strategia di contrasto alla diffusione virale prevede di rafforzare l'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria, rafforzare le azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio soprattutto relativamente ai focolai familiari, scolastici, ospedalieri e delle Strutture residenziali.

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

2. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

L'attuazione del piano vaccinale contro il COVID19 riveste un ruolo prioritario nel contrasto alla pandemia al fine di interrompere le catena di trasmissione, ridurre la circolazione virale e prevenire l'ospedalizzazione e la mortalità. L'attuale scenario epidemiologico si caratterizza inoltre da un aumento dell'incidenza e dalla ripresa della curva dei contagi e dei ricoveri ospedalieri. Per tale ragione risulta prioritario proseguire nell'offerta vaccinale al fine di garantire la protezione del maggior numero di persone.

Le attività di *contact tracing* e l'attività di vaccinazione anti COVID-19 rivestono un ruolo cardine nella strategia di Sanità Pubblica di prevenzione e contenimento del contagio della Regione del Veneto. Alla luce di quanto appena descritto si chiede una ri-organizzazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione concentrando le risorse sulle seguenti attività:

1. campagna vaccinale anti COVID-19,
2. contact tracing e di presa in carico di tutti i positivi a SARS-CoV-2.

Al fine di garantire l'efficienza, la sostenibilità e la tempestività delle attività è necessario che le Aziende ULSS garantiscano ai Dipartimenti di Prevenzione il supporto organizzativo e di personale anche afferente ad altri servizi aziendali o reclutato ad hoc, in modo da garantire le attività previste.

Relativamente alle attività di contact tracing, in considerazione dello scenario epidemiologico, dovranno essere garantite le attività di inchiesta epidemiologica e di rintraccio di tutti i contatti proseguendo l'attività delle "Centrali Operative di Contact Tracing" dedicate così come previsto dalla DGR 1422/2020 e dalla DGR 782 del 16.6.2020. Le Centrali Operative di Contact Tracing dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dovranno garantire il monitoraggio dell'attività svolta, anche grazie al supporto degli applicativi regionali predisposti da Azienda Zero al fine di garantire, in caso di bisogno, una tempestiva riorganizzazione interna per le attività necessarie al variare dello scenario epidemiologico.

Si ribadisce comunque l'importanza di continuare a garantire il calendario vaccinale previsto per i bambini da 0-6 anni e l'offerta della vaccinazione anti-HPV oltre che di tutte le vaccinazioni che rivestono carattere di urgenza e di continuare a garantire, per gli altri Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, le attività indifferibili e urgenti.

Per le attività di relative allo Screening oncologico, si ribadisce l'importanza di proseguire l'attività di primo livello, e di garantire in tempi congrui le prestazioni di secondo livello.

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

3. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI SUI TEST PER SARS-COV-2

La Rete delle Microbiologie del Veneto, a seguito dell'esame dei Documenti Ministeriali e Regionali in precedenza citati e del relativo confronto tecnico, ha fornito le seguenti indicazioni circa l'utilizzo dei test antigenici nei diversi contesti di popolazione, al fine di implementare e uniformare le strategie di testing sul territorio regionale.

Facendo seguito alle Deliberazioni del Direttore Generale di Azienda Zero n. 579 del 08.10.2020 e n. 767 del 21.12.2020 sono stati aggiudicati sistemi diagnostici per la ricerca rapida qualitativa dell'antigene del virus SARS-CoV-2 classificabili come test di "1° generazione", di "2° generazione" nonché di "3° generazione". Si possono distinguere prodotti che sono stati validati per l'utilizzo da campione prelevato nelle fosse nasali e prodotti che prevedono l'utilizzo di campioni da prelievo rinofaringeo.

Saranno resi disponibili a seguito di specifica procedura di acquisizione prodotti diagnostici in chemiluminescenza per la ricerca quantitativa dell'antigene del virus SARS-CoV-2 ("test antigenici di laboratorio"), da utilizzarsi su piattaforme automatizzate.

Relativamente ai test di biologia molecolare, per garantire la diagnosi d'infezione sostenuta da varianti virali con mutazioni nella proteina spike, i test diagnostici molecolari real-time PCR devono essere multi-target. Per i test diagnostici molecolari si raccomanda di utilizzare come sistema di diagnosi in real-time PCR un test multi-target ovvero capace di rilevare più geni del virus e non solo il gene spike (S) che potrebbe dare risultati negativi in caso di variante con delezione all'interno del gene S, 11,12 quale la variante VOC 202012/01 (denominata anche B.1.1.7) identificata per la prima volta nel Regno Unito[2].

Test antigenici rapidi di 1° generazione	**Test immunocromatografici lateral flow per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2**
Test antigenici rapidi di 2° generazione	Test ad immunofluorescenza per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2
Test antigenici rapidi di 3° generazione	**Test ad immunofluorescenza con lettura in microfluidica per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2**
Test antigenici di laboratorio	Test in chemiluminescenza per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2, da eseguire in laboratorio (non rapidi)
Test molecolare	**Test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2**

3.1 Test forniti ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

I Protocolli d'intesa approvati rispettivamente in sede di Comitato Regionale della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta sono stati resi esecutivi rispettivamente con Ordinanza n. 148 del 31.10.2020 e n. 156 del 24.11.2020 del Presidente della Giunta Regionale e successivi provvedimenti di proroga. Tra la misure indicate è richiamata l'esecuzione di test antigenici rapidi, così come forniti dal Commissario per l'emergenza COVID-19, in contatti stretti asintomatici e casi sospetti per COVID-19.

[2] *Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021. Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti-COVID-19 Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni Versione del 13 marzo 2021*

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

In attesa di adeguamento delle forniture da parte della struttura del Commissario Straordinario per l'Emergenza COVID-19 di test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) con sensibilità ≥90% e specificità ≥97%, la Regione del Veneto si impegna a dotare i Medici di Medicina Generale di tale tipologia di test al fine di garantire il rispetto dei parametri definiti dalla Circolare del Ministero della Salute citata.
Restano, altresì, validi senza soluzione di continuità tutti i contenuti dei predetti Protocolli ed in particolare con riferimento alla disposizione dei provvedimenti contumaciali, alla presa in carico degli assistiti posti in isolamento o quarantena, con eventuale supporto delle USCA, all'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 38 del decreto Legge n.23/2020 convertito in L. n.40/2020.

3.2 Screening

Si riportano di seguito le diverse indicazioni circa l'utilizzo dei test nei diversi contesti e le relative indicazioni per le tempistiche e frequenze di ripetizioni alla luce dell'attuale scenario epidemiologico e dell'attività vaccinale condotta nei diversi target di popolazione.

3.2.1 Personale delle Aziende Sanitarie

Nelle more dell'aggiudicazione delle forniture per i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, per le attività di screening del personale sanitario delle Aziende Sanitarie è possibile utilizzare test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione) oppure test molecolari con campionamento in pool.

Relativamente al personale non sanitario (profilo amministrativo, professionale, ecc) considerando che una percentuale rilevante hanno effettuato la vaccinazione ed essendo ascrivibili al gruppo di *"persone senza sintomi e senza link epidemiologico"*, possono essere utilizzati test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) con sensibilità ≥90% e specificità ≥97%.

3.2.2 Personale o ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie territoriali

Nelle more dell'aggiudicazione delle forniture per i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, per le attività di screening del personale delle RSA/CTRP oltre che degli eventuali accompagnatori e/o visitatori autorizzati all'accesso è possibile utilizzare test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza (2° generazione) mentre per il monitoraggio dei pazienti è possibile utilizzare anche test molecolari con campionamento in pool o i test rapidi con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione).

3.2.3 Pazienti che accedono ai Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento

Ritenuto opportuno considerare in via prudenziale anche coloro che accedano a tali strutture per sintomatologie o quadri clinici non direttamente legati a infezioni da SARS-CoV-2, in ogni caso come soggetti sintomatici o con link epidemiologico con casi confermati di COVID-19, si ritiene che possano essere utilizzati, oltre ai test molecolari, i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che comunque rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime indicate dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15/02/2021 (*sensibilità ≥80% e specificità ≥97%, con un requisito di sensibilità più stringente, ≥90% in contesti a bassa incidenza*).

3.2.4 Familiari e caregiver

Per le attività di controllo dei soggetti destinati all'assistenza dei ricoverati (familiari, personale infermieristico privato, caregiver a contratto, ecc.) considerando quest'ultimi ascrivibili al gruppo di *"persone senza sintomi e*

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

senza link epidemiologico", possono essere utilizzati test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) con sensibilità ≥90% e specificità ≥97%.

PROSPETTO RIASSUNTIVO SCREENING PER SARS-CoV-2 NELLA REGIONE DEL VENETO		
CATEGORIA	**GRUPPO TARGET**	**TEMPISTICHE ED INDICAZIONI**
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Operatori Sanitari coinvolti principalmente nell'assistenza di pazienti COVID-19, inclusi gli operatori coinvolti direttamente nelle attività di effettuazione dei tamponi (Mal. infettive, ter. Intensiva, USCA, PS, Laboratori Microbiologia, etc.) *Sono inclusi i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Continuità Assistenziale.*	**ogni 10 giorni** Vedi paragrafo 3.2.1 *Le Aziende provvedono a stratificare il rischio interno e valutano l'opportunità di rafforzare la frequenza di testing o di ridurla per specifici contesti individuati come a maggior o minor rischio;*
	Operatori sanitari non coinvolti principalmente nell'assistenza di pazienti COVID-19	**ogni 20 giorni** Vedi paragrafo 3.2.1 *Le Aziende provvedono a stratificare il rischio interno e valutano l'opportunità di rafforzare la frequenza di testing o di ridurla per specifici contesti individuati come a maggior o minor rischio;*
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 30 giorni** test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) *In base all'attività svolta (es. a contatto diretto con il paziente), l'Azienda valuta una stratificazione interna del rischio valutando eventuali altre tipologie di test o di frequenza.*
	Pazienti in previsione di ricovero programmato	**entro le 48 ore precedenti il ricovero** test antigenici di laboratorio in chemioluminescenza o test molecolari o test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione)
	Soggetti autorizzati a prestare assistenza continuativa in ambito ospedaliero a pazienti non autonomi e assistenza al momento del parto	**all'inizio dell'attività di assistenza** test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) con eventuale ripetizione da valutare dalla struttura ospedaliera

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ALTRI OPERATORI A SUPPORTO SANITARIO	Farmacisti	**ogni 20 giorni** test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS*
	Volontari dei servizi a supporto delle attività sanitarie (es. volontari e soccorritori delle varie Associazioni)	Vedi paragrafo 3.2.1 *Le Aziende provvedono a stratificare il rischio interno e valutano l'opportunità di rafforzare la frequenza di testing o di ridurla per specifici contesti individuati come a maggior o minor rischio;*
	Personale sanitario INPS e INAIL	**ogni 20 giorni** Vedi paragrafo 3.2.1
	Operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa di persone affette da disabilità fisiche, sensoriali, psichiche ed intellettive	**ogni 20 giorni** test immunocromatografici lateral flow (1° generazione)
STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE PER ANZIANI E/O NON AUTOSUFFICIENTI *NB: L'attività di prelievo è garantita dalla Struttura*	Operatori sanitari	**ogni 10 giorni** Vedi paragrafo 3.2.2
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 30 giorni** test immunocromatografici lateral flow (1° generazione)
	Ospiti	**ogni 20 giorni** Vedi paragrafo 3.2.2
	Visitatori (da intendersi per i visitatori che accedono al nucleo di degenza e laddove non sia possibile il rigoroso rispetto delle misure previste per la prevenzione del contagio)	**ogni 10 giorni** Vedi paragrafo 3.2.2 *E' preferibile che i visitatori siano sempre gli stessi, al fine di garantirne il monitoraggio.* *Per le strutture per cui non è possibile garantire l'effettuazione del test presso la struttura, il test stesso può essere eseguito presso i Punti di Accesso Territoriale delle Aziende ULSS*
DONATORI	Donatori di sangue ed emocomponenti	test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) *NB: Nel rispetto dei protocolli e tempistiche già definite dai Servizi competenti*

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

CENTRI DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI	Ospiti ed Operatori	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale
SCUOLA	Alunni, studenti e operatori coinvolti nel progetto di sorveglianza *"Rete Scuole Sentinella"* e di *"Autosomministrazione vigilata"* (DGR 159/2021)	Vedi paragrafo 3.3.2 e DGR 159/2021
ALTRO[3]	Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale

3.3 Tipologie di testing per casi sospetti e contatti

Per Punti di accesso territoriali per l'effettuazione dei test (COVID Center o Punti Tampone) è prevista l'implementazione di sistemi per l'esecuzione di test a lettura immunofluorescente (2° generazione). Nelle more di tale attività, ove non siano già presenti i sistemi con le caratteristiche descritte, è possibile utilizzare momentaneamente i test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) che rispettino i requisiti di sensibilità e specificità richiesti dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15.02.2021 (sensibilità ≥90% e specificità ≥97%). Comunque a seconda della motivazione dell'esecuzione del tampone si seguono le indicazioni di seguito riportate.

3.3.1 Popolazione scolastica[4]

Per lo screening dei contatti scolastici dovranno essere invece utilizzati, per lo screening iniziale, direttamente test molecolari (che prevedano, ove disponibile, l'utilizzo validato di campioni salivari), test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza o test rapidi con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione) che dispongano della validazione per campioni raccolti in sede nasale.

3.3.2 Caso sospetto

Nel caso di un caso sospetto per presenza di sintomatologia si può ricorrere al test molecolare o test antigenici di laboratorio in chemioluminescenza, i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità ≥80% e specificità ≥97%, con un requisito di sensibilità più stringente (≥90%) in contesti a bassa incidenza).

---

[3] *L'Azienda ULSS, in funzione della particolare situazione epidemiologica locale, anche in considerazione di eventuali focolai identificati in specifici gruppi di popolazione, potrà avviare ulteriori indagini, definendo la tipologia di test utilizzato e la relativa frequenza, comunicando l'estensione delle attività di screening alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto e provvedendo a garantire per tutti i test effettuati, in accordo con Azienda Zero, la registrazione sui sistemi informativi regionali anche del dato della specifica categoria target di popolazione individuata e sottoposta a screening.*

[4] *Per le attività di screening della popolazione scolastica previste dal Sistema di Monitoraggio Regionale di cui alla DGR 159/2021 ("Rete Scuole Sentinella" e progetto di "Autosomministrazione Vigilata"), è possibile utilizzare sistemi per l'esecuzione di test con metodica immunofluorescente (2° generazione) che dispongano della validazione per campioni raccolti in sede nasale oppure, nelle more della predisposizione del sopracitato piano di distribuzione che dovrà essere elaborato dall'U.O. Edilizia Ospedaliera e a Finalità Collettive della Regione del Veneto, i test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) che rispettino i requisiti di sensibilità e specificità richiesti dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15/02/2021 (sensibilità ≥90% e specificità ≥97% e che siano in grado di rilevare anche basse cariche virali) che dispongano anch'essi della validazione per campioni raccolti in sede nasale.*

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Nel caso siano utilizzati test antigenici immunocromatografici (1° generazione) o comunque con caratteristiche di sensibilità e specificità non ottimali è consigliabile confermare la negatività di test antigenici eseguiti su pazienti sintomatici. A tal proposito si rammenta quanto previsto dalla sopra citata Circolare Ministeriale *"che, in caso di mancata pronta disponibilità di test molecolari, o in condizioni d'urgenza determinate dalla necessità di prendere decisioni di sanità pubblica in tempi rapidi, si può ricorrere per la conferma a test antigenici, quali appunto i test antigenici non rapidi (di laboratorio), i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza, che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità ≥90%, specificità ≥97%)"*.

E' inoltre previsto che i campioni positivi a test antigenici eseguiti in contesti a bassa prevalenza necessitino di conferma con un test molecolare o, in caso di mancata disponibilità di tali test molecolari, con un test antigenico differente.

3.3.3 Fine isolamento

Per il test di fine isolamento per un caso confermato di COVID-19 è indicato l'utilizzo del test di biologia molecolare.

3.3.4 Contatto stretto asintomatico (link epidemiologico)

Laddove previsto dalla strategia regionale, nel caso di un test da effettuare ad un contatto stretto di un caso positivo nei giorni seguenti all'identificazione, al fine di allargare i cerchi dell'inchiesta epidemiologica, si può ricorrere all'utilizzo del test molecolare o test antigenici di laboratorio in chemioluminescenza, i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità ≥80% e specificità ≥97%, con un requisito di sensibilità più stringente (≥90%) in contesti a bassa incidenza).

Nel caso siano utilizzati test antigenici immunocromatografici (1° generazione) o comunque con caratteristiche di sensibilità e specificità non ottimali è consigliabile confermare la negatività di test antigenici eseguiti su pazienti con link epidemiologico con casi confermati di COVID-19 con test molecolare o, *"che, in caso di mancata pronta disponibilità di test molecolari, o in condizioni d'urgenza determinate dalla necessità di prendere decisioni di sanità pubblica in tempi rapidi, si può ricorrere per la conferma a test antigenici, quali appunto i test antigenici non rapidi (di laboratorio), i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza, che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità ≥90%, specificità ≥97%)"*. Questa necessità è rafforzata dalla possibile circolazione di varianti virali con mutazioni a carico della proteina N, che è il principale antigene target utilizzato in questo tipo di test.

3.3.5 Fine quarantena

Per il test di fine quarantena in un contatto di caso si può ricorrere all'utilizzo del test molecolare o test antigenici di laboratorio in chemioluminescenza, i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità ≥80% e specificità ≥97%, con un requisito di sensibilità più stringente (≥90%) in contesti a bassa incidenza).

3.4 Test effettuati presso le Farmacie

Facendo seguito a quanto approvato nella DGR n. 1864 del 29.12.2020, con la quale si autorizza l'esecuzione dei test antigenici rapidi da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate su base volontaria, si raccomanda di utilizzare test conformi ai criteri di sensibilità e specificità previsti dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15.02.2021 (sensibilità ≥90%, specificità ≥97%) per ridurre il rischio di risultati falsi-negativi

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e/o falsi-positivi. Anche per tali test è sempre prevista la registrazione e la tracciabilità dei dati negli applicativi regionali predisposti in accordo con la citata DGR.

3.5 Registrazione e tracciabilità dei dati

Per tutti i test effettuati **deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato (esito, motivazione e categoria)**. A tale scopo, per tutti i dati relativi alle attività di screening delle categorie sopra elencate, oltre che per quelli relativi alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19, dovranno essere alimentati tempestivamente gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, per il successivo inserimento nel *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Azienda Zero provvederà a mantenere aggiornate le specifiche procedure per consentire la registrazione dei dati da parte delle Aziende ULSS (e degli altri attori coinvolti), con particolare riferimento alla registrazione, per i test effettuati, dell'informazione relativa alla motivazione di esecuzione del test e l'eventuale categoria target di popolazione sottoposta a screening.

Si raccomanda alle Aziende ULSS e a tutti gli attori coinvolti la completezza e la tempestività della registrazione di tutti i dati con le modalità definite da Azienda Zero per alimentare il *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2* e garantire la necessaria reportistica periodica.

Qualsiasi laboratorio regionale del SSR ed i laboratori privati accreditati autorizzati ad effettuare tali prestazioni, devono garantire la tracciabilità dei test. Le modalità e i relativi flussi, se non già in essere, andranno concordati tempestivamente dagli stessi laboratori con l'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero. Le stesse modalità e tracciabilità devono essere garantite anche per le attività di monitoraggio specifiche laddove prevista l'esecuzione dei test (es. Sistema di Monitoraggio della Popolazione Scolastica DGR 159/2021).

Analogamente, i laboratori privati non accreditati con il SSR, che eseguono i test per la ricerca del virus SARS-CoV-2, in caso di positività dovranno notificare il dato al SISP del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS, territorialmente competente. Sulla natura ed efficacia dei test eseguibili, si rimanda ai requisiti previsti dal Ministero della Salute. Anche nel caso dei laboratori privati non accreditati con il SSR, le modalità e i relativi flussi, se non già in essere, andranno concordati tempestivamente dagli stessi laboratori con l'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, anche ai fini di comunicazione del dato al SISP.

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

4. TEST ANTIGENICI RAPIDI E PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI

Con riferimento a quanto stabilito con DGR n.1422/2020, si conferma l'utilità di mantenere in ogni Azienda ULSS i Punti di accesso territoriali, con le seguenti indicazioni.

4.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali

L'esecuzione presso i Punti di accesso territoriali è destinata a persone:

1. con sintomatologia compatibile con COVID (caso possibile);
2. a persone identificate come contatto stretto di un caso confermato.

L'accesso ai Punti è possibile solo con mascherina chirurgica e dopo aver effettuato accurata igiene delle mani. I Punti di accesso territoriale individuati dalle ULSS secondo un Piano di Attuazione sono quelli di seguito riportati.

4.1.1 Sedi 7gg/7 h24

Si tratta di sedi dedicate alla somministrazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, attive 7gg/7 h24, che vedano la presenza di équipe di Medici di Continuità Assistenziale, medici e personale USCA, personale infermieristico e tecnico e/o altro personale per l'accoglienza e la gestione dei pazienti. Ciascuna Azienda ULSS, in relazione all'andamento della situazione epidemiologica sul proprio territorio, può prevedere la rimodulazione degli orari di apertura, fermo restando la necessità di garantire almeno un Punto di accesso territoriale 7gg/7 dalle ore 8.00 alle 22.00.

L'accesso è libero, potendo prevedere anche alcune fasce orarie su prenotazione; l'esecuzione del tampone rapido è eseguita previa prescrizione del Medico curante o su indicazione del Medico presente.

4.1.2 Sedi di Continuità Assistenziale potenziate

Per ampliare ulteriormente l'accessibilità dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* e sfruttare la capillarità di offerta delle attuali 105 sedi di Continuità Assistenziale, le stesse potranno essere rafforzate attraverso il potenziamento con personale USCA, al fine di garantire l'esecuzione del *Test*. L'esecuzione dei Test è offerta anche attraverso l'individuazione di fasce orarie e/o percorsi dedicati ed avviene in conformità a quanto definito dall'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale e dal Protocollo approvato in sede del Comitato Regionale della Medicina Generale.

4.1.3 Studi della medicina generale o spazi alternativi organizzati

Al fine di potenziare la presa in carico degli assistiti da parte dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di Libera Scelta, vengono messi a disposizione degli stessi i *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* che sono utilizzati, secondo quanto stabilito dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali e dai Protocolli approvati in sede dei Comitati Regionali, durante l'attività ambulatoriale o domiciliare a favore della popolazione assistita, in particolare con lo scopo di favorire la diagnosi differenziale.

Si richiama inoltre che le attività di esecuzione dei tamponi possono essere svolte dai Medici che frequentano il Corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nell'ambito delle sostituzioni, degli incarichi temporanei e degli incarichi provvisori di assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi.

Gli incarichi di cui sopra - ad eccezione degli incarichi temporanei - sono computabili come attività pratiche ai fini del monte ore del corso di formazione specifica in medicina generale in correlazione allo stato emergenziale da COVID-19, secondo le disposizioni della Scuola a cui si rinvia.

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

4.2 Indicazioni operative

L'esecuzione del *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* ed il suo esito dovranno essere tempestivamente registrati sul Portale Regionale o negli applicativi dedicati.

Gli operatori che eseguono il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, nel rispetto delle procedure aziendali, dovranno indossare i Dispositivi di Protezione Individuale previsti (FFP2, camice/grembiule monouso, guanti, occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera). Specifica formazione sull'esecuzione del Test dovrà essere prevista dalle Aziende ULSS.

Per l'esecuzione del tampone rapido non è necessaria una sanificazione straordinaria dell'ambiente, bensì l'applicazione delle normali procedure di sanificazione degli ambienti sanitari previsti durante la pandemia da SARS-CoV-2. Negli ambienti dove è eseguita la procedura deve essere assicurata adeguata ventilazione. Secondo quanto previsto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 in generale le aree pubbliche in cui un caso COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.

A completamento si precisa che l'introduzione del tampone nella provetta contenente il liquido precedentemente dispensato inattiva completamente il virus.

4.3 Attuazione e Monitoraggio

Ogni Azienda ULSS è tenuta ad aggiornare il Piano di attuazione dei Punti di Accesso Territoriale che preveda la localizzazione dei punti, le fasce orarie, le modalità di accesso e le tempistiche di attivazione, che dovrà essere reso disponibile all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

5. INDICAZIONI PER LE ATTIVITÀ DI CONTACT TRACING

In considerazione del rapido aumento della circolazione delle varianti di SARS-CoV-2 a livello nazionale e regionale[5], occorre rafforzare le azioni di contenimento e risposta alla diffusione virale adottando ulteriori provvedimenti a scopo precauzionale, tenuto conto che l'attività di *contact tracing* è fondamentale per interrompere tutte le possibili catene di trasmissione del virus.

5.1 Isolamento casi positivi

Si precisa che, ogniqualvolta emerga il sospetto che il caso confermato possa essere legato ad una variante (es. link epidemiologico o focolaio), dovrà essere richiesto il sequenziamento del caso indice e/o dei casi secondari, al fine di allargare l'inchiesta epidemiologica per ragioni di sanità pubblica (es. contesto scolastico, comunità chiuse, altri contesti a rischio).

Nello scenario epidemiologico attuale, per ogni caso confermato di COVID-19 (variante o non variante), si provvede alla disposizione di isolamento di 14 giorni che termina con la ricezione dell'esito negativo di un tampone molecolare eseguito non prima del 10° giorno e solo se asintomatico da almeno 3 giorni (ad esclusione di anosmia e ageusia/disgeusia). Tali indicazioni potranno essere rimodulate al variare dello scenario epidemiologico.

I soggetti che continuano a risultare positivi ai test di controllo possono terminare l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi, a condizione che siano asintomatici da almeno una settimana (ad esclusione di anosmia e ageusia/disgeusia), in accordo con le indicazioni della Circolare Ministeriale.

5.2 Contact tracing e quarantena di contatti di caso positivo non variante

In considerazione della ripresa della curva epidemica e dell'alta prevalenza della variante VOC 202012/01 nelle indagini di sequenziamento effettuate nel territorio regionale, risulta necessario adottare ulteriori provvedimenti in un'ottica di maggiore prudenza e di tutela della salute pubblica, mutuando alcuni dei principi cautelativi previsti dalla Circolare del Ministero della Salute n. 3787 del 31.01.2021.

Per ogni caso confermato di COVID-19, si provvede ad attuare le seguenti azioni di sanità pubblica:

- ricerca ed identificazione tempestiva sia dei contatti ad alto rischio (contatti stretti) che di quelli a basso rischio (contatti occasionali) di esposizione;
- ricerca retrospettiva dei contatti concentrando la ricerca nelle 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi del caso, o di esecuzione del tampone se il caso è asintomatico;
- test all'identificazione, principalmente nei casi in cui sia opportuno allargare l'inchiesta epidemiologica[6] o ci siano particolari situazioni di fragilità da tutelare;
- disposizione di quarantena per i contatti ad alto rischio e per i contatti occasionali per i quali l'operatore di Sanità Pubblica ravvisi una particolare situazione di rischio di diffusione virale, della durata complessiva di 14 giorni che termina con un test negativo effettuato a partire dal 14° giorno di quarantena, pertanto non interrompendo la quarantena al decimo giorno.

Relativamente alla ricerca dei contatti, bilanciando il rischio e le implicazioni sociali, si suggerisce che per soggetti che con una **diagnosi di COVID-19 negli ultimi 3 mesi**, nel caso siano individuati come contatti stretti

[5] *"Prevalenza delle varianti VOC 202012/01 (lineage B.1.1.7), P.1, e 501.V2 (lineage B.1.351) in Italia" - 18.2.2021, indagine che ha evidenziato una prevalenza della variante VOC 202012/01 (lineage B.1.1.7) in Veneto pari al 56,5%.*

[6] *In questo contesto il test effettuato al momento del rintraccio del contatto è finalizzato ad identificare nuovi positivi e di conseguenza nuovi contatti da porre in quarantena per ostacolare la diffusione virale*

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

(ad alto rischio) siano riclassificati come contatti a basso rischio. Tale riclassificazione non si applica ai soggetti che frequentano o lavorano con personale vulnerabili o comunque in contesti ad alto rischio (es. lungodegenze, strutture residenziali per anziani, etc.). Se l'esposizione avviene oltre i 3 mesi dalla diagnosi, il contatto deve essere valutato come per qualsiasi altro soggetto che non ha mai avuto una diagnosi di COVID-19[7].

Inoltre, **relativamente ai soggetti vaccinati**, allo stato attuale, se una persona viene in contatto stretto con un caso positivo per SARS-CoV-2, secondo le definizioni previste dalle Circolari del Ministero della Salute, questa deve essere considerata un contatto stretto anche se vaccinata, e devono, pertanto, essere adottate tutte le disposizioni prescritte dalle Autorità sanitarie. Si mantiene la deroga alla quarantena per il personale sanitario, con il rispetto delle misure di prevenzione e protezione dell'infezione, fino a un'eventuale positività ai test di monitoraggio per SARS-CoV-2 o alla comparsa di sintomatologia compatibile con COVID-19.[8]

5.3 Ricerca e quarantena contatti di caso positivo variante[9]

Si precisa che le indicazioni per la ricerca e gestione dei contatti dei casi COVID-19 sospetti da variante (ad esempio casi COVID-19 confermati con delezione del gene S riconducibili a variante VOC 202012/01, o qualsiasi caso confermato con link epidemiologico) e dei casi COVID-19 confermati da variante (in cui il sequenziamento ha rilevato la presenza delle specifiche mutazioni che caratterizzano una determinata variante VOC 202012/01 Regno Unito, 501Y.V2 Sudafrica e P.1 Brasile) sono contenute nella Circolare del Ministero della Salute n. 3787 del 31.01.2021.

5.3.1 Variante VOC 202012 Regno Unito

Nello specifico per quanto concerne la variante VOC 202012/01 Regno Unito, per ogni caso confermato di COVID-19 da variante o sospetta tale (per "sospetta" si intende esclusivamente un caso COVID-19 con delezione del gene S, oppure contatto stretto di COVID-19 con variante accertata[10]), si provvede ad attuare le azioni di Sanità Pubblica previste dalla Circolare citata, ed in particolare:

- ricerca ed identificazione tempestiva sia dei contatti ad alto rischio (contatti stretti) che di quelli a basso rischio (contatti occasionali) di esposizione;
- ricerca retrospettiva dei contatti, vale a dire oltre le 48 ore e fino a 14 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi del caso, o di esecuzione del tampone se il caso è asintomatico;
- esecuzione di un test molecolare ai contatti (sia ad alto che a basso rischio) il prima possibile dopo l'identificazione;
- per i contatti ad alto rischio è indicata la quarantena;
- per i contatti a basso rischio è indicato: automonitorare segni/sintomi compatibili con COVID-19; rispettare le misure di distanziamento fisico ed evitare i viaggi; seguire le buone pratiche respiratorie e un'igiene rigorosa delle mani; in caso di insorgenza di segni/sintomi compatibili, isolarsi immediatamente e consultare il proprio medico telefonicamente.

---

[7] ECDC. Technical Report. "Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update, 18 November 2020.

[8] Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021. Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti-COVID-19". Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Versione del 13 marzo 2021

[9] Circolare del Ministero della Salute n. 3787 del 31.01.2021.

[10] Risposta pervenuta in data 9.3.2021 a quesito posto dalla Regione Piemonte e dall'Ispettorato Generale Sanità Militare (Prot. M_D SSMD REG 2021 0039248 01-03-2021) sull'applicazione della circolare 0003787-31/01/2021-DGPRE-DGPRE-P "Aggiornamento sulla diffusione a livello globale delle nuove varianti SARS-CoV-2, valutazione del rischio e misure di controllo". Modifica punti a) e c) sezione Ricerca e gestione dei contatti.

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella. Prospetto riassuntivo isolamenti e quarantene nella Regione del Veneto (Marzo 2021)

	DISPOSIZIONE DI SANITÀ PUBBLICA	TESTING
CASO POSITIVO *(variante e non variante)*	**Isolamento** di **14 giorni** *I soggetti che continuano a risultare positivi ai test di controllo possono terminare l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi, a condizione che siano asintomatici da almeno una settimana (ad esclusione di anosmia e ageusia/disgeusia)*	Test molecolare di fine isolamento eseguito non prima del 10° (da almeno 3 giorni asintomatico)
CONTATTO DI CASO POSITIVO *(non variante confermata o sospetta)*	*Ricerca retrospettiva dei contatti concentrandosi nelle 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi del caso, o di esecuzione del tampone se il caso è asintomatico, allargando il più possibile i cerchi dell'inchiesta epidemiologica e individuando i contatti stretti (alto rischio) ed eventuali contatti occasionali (basso rischio) per i quali l'operatore di Sanità Pubblica ravvisi una particolare situazione di rischio di diffusione virale* **Quarantena** di **14 giorni** dal giorno dell'ultimo contatto con il caso positivo La quarantena termina con la ricezione dell'esito negativo del test eseguito al 14° giorno	Test all'identificazione, principalmente nei casi in cui sia opportuno allargare l'inchiesta epidemiologica[11] o ci siano particolari situazioni di fragilità da tutelare Test di fine quarantena al 14° giorno
CONTATTO DI CASO POSITIVO DA VARIANTE *(variante confermata o variante sospetta[12])*	*Ricerca retrospettiva dei contatti ad alto e basso rischio di esposizione nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi del caso, o di esecuzione del tampone se il caso è asintomatico* **Quarantena** di **14 giorni** dal giorno dell'ultimo contatto con il caso positivo La quarantena termina con esito negativo del test molecolare eseguito al 14° giorno	Test molecolare il prima possibile dopo l'identificazione Test molecolare di fine quarantena al 14° giorno

NB. I contatti scolastici seguono le stesse tempistiche in termini di durata della quarantena e del periodo di sorveglianza.

[11] *In questo contesto il test effettuato al momento del rintraccio del contatto è finalizzato ad identificare nuovi positivi e di conseguenza nuovi contatti da porre in quarantena per ostacolare la diffusione virale*

[12] *Per "sospetta" si intende esclusivamente un caso COVID-19 con delezione del gene S, oppure contatto stretto di COVID-19 con variante accertata.*

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

6. STRUTTURE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI

6.1 Nuovi ingressi

Fatta salva la disciplina vigente per gli inserimenti nelle strutture residenziali per non autosufficienti specifica per ciascun target di utenza oggetto del presente atto, l'accoglimento di nuovi ospiti deve avvenire nel rispetto delle indicazioni già fornite con precedenti comunicazioni, che con il presente atto vengono confermate e opportunamente aggiornate in relazione all'andamento decrescente del trend epidemiologico.

I nuovi accoglimenti dovranno, da un lato, garantire una presenza di ospiti compatibile con le esigenze di gestione dei casi in isolamento e, dall'altro, avvenire sulla base delle attuali modalità di accesso che consentono di dare precedenza alle persone la cui gravità, unita al prolungato permanere al domicilio, sta causando problemi di tipo sanitario (fisico e psichico) e sociale alla persona e alla famiglia[13]. Con le stesse modalità dovranno continuare ad essere regolamentati anche gli ingressi temporanei programmati, mentre continuano ad essere garantiti gli ingressi urgenti e improcrastinabili, cioè quelli senza i quali potrebbe verificarsi un rapido peggioramento delle condizioni di salute dell'utente.

6.1.1 Vaccinazione anti COVID-19

Si precisa che, come previsto dalle indicazioni ministeriali, deve essere garantita la somministrazione del vaccino anti-SARS-CoV-2 a tutti i nuovi ingressi nella struttura, con le più opportune modalità concordate tra struttura residenziale e l'Azienda ULSS di riferimento, sia nel caso in cui il nuovo ospite debba completare il ciclo vaccinale già iniziato prima dell'ingresso sia nel caso in cui debba ancora iniziare il ciclo vaccinale. In quest'ultimo caso l'Azienda ULSS verificherà, in un quadro di fattiva collaborazione con la struttura residenziale prescelta dall'utente/famiglia per l'accoglimento, la possibilità di somministrare la prima vaccinazione presso il domicilio del futuro ospite o presso la struttura residenziale. In ogni caso deve provvedersi affinché la vaccinazione sia programmata il prima possibile. Restano confermate le altre indicazioni per i nuovi ingressi previste dalle precedenti disposizioni.

6.1.2 Nuovi ingressi in aree separate

Come previsto dalla Circolare del Ministero della Salute n. 24969 del 30.11.2021, è sospeso l'ingresso di nuovi ospiti nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali con casi tra gli assistiti fino a risoluzione del focolaio. La Circolare precisa comunque che può essere considerato l'ingresso di nuovi assistiti in caso siano presenti assistiti positivi, secondo la valutazione dei Direttori delle strutture e in base alle possibilità delle stesse di gestire in modo completamente autonomo (es. aree completamente separate e con staff differenziato) le aree con pazienti COVID-19 da quelle con gli assistiti negativi. Si precisa pertanto che l'accoglimento di nuovi ospiti è permesso nelle strutture residenziali in cui non sono presenti ospiti COVID-19 positivi (COVID-free); laddove presenti, l'accoglimento in parola è permesso solo nel caso in cui il modello garantisca una netta separazione strutturale e organizzativa delle attività dedicate agli ospiti COVID-19 positivi rispetto a quelli COVID-free.

6.1.3 Ospiti con disturbi cognitivi o del comportamento

Con riferimento alle persone anziane affette da demenza senile con disturbi del comportamento si forniscono possibili indicazioni utili a favorire una adeguata risposta alla crescente domanda che perviene dalle famiglie.

In particolare si tratta di persone anziane per le quali la struttura residenziale dovrebbe provvedere a isolarle, pertanto, al fine di rendere meno difficoltosa la loro gestione in tale setting si potrà provvedere affinché a questo target di ospiti, caratterizzato da una pulsione verso il vagare (wandering), sia consentito di muoversi, ma solo nell'ambito della sezione assistenziale a cui appartengono e sono accolte. Così facendo si eviterà, da

[13] *Linee di indirizzo RSA - Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020*

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

un lato, che entrino in contatto con tutti gli ospiti della struttura residenziale e, dall'altro, che non si crei una situazione di costrizione, visto il loro particolare disturbo. Le modalità dovranno essere valutate in accordo con il medico in funzione delle condizioni cliniche specifiche della persona.

Inoltre, analogamente a quanto già indicato con nota prot. n. 386119 del 21/9/2020, le aziende ULSS possono verificare con le strutture residenziali "l'opportunità di prevedere forme di collaborazione sinergica tra più strutture in rete che contemplino l'identificazione di aree dedicate alla quarantena" di questo particolare target di ospiti "in modalità accentrata a servizio della rete" (con capienza preferibilmente non superiore a nove/dieci posti) funzionale al successivo trasferimento presso la struttura residenziale prescelta dall'utente/famiglia per l'inserimento definitivo.

6.2 Visite agli ospiti

Come previsto dal documento *"Screening con Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2 per i visitatori degli ospiti delle Strutture Residenziali per Anziani e non autosufficienti"*, trasmesso con nota prot. n. 433467 del 12.10.2020, in virtù dell'attuale scenario epidemiologico e dell'offerta vaccinale già predisposta agli ospiti delle Strutture Residenziali, si pone la necessità di adottare una specifica azione di screening rivolta ai visitatori (familiari o affetti), al fine di garantire agli ospiti le relative visite, considerato il loro valore affettivo e sociale di particolare rilevanza per il benessere psico-fisico delle persone istituzionalizzate.

Nei limiti degli specifici protocolli delle singole Strutture Residenziali, è opportuno che le visite siano organizzate solo quando lo scenario epidemiologico lo consente ed in particolare non prevedendone la possibilità quando la situazione epidemiologica è peggiore (zona rossa), fatti salvi i casi di fine vita o di estrema necessità o indifferibilità.

Quando previste, è necessario che le visite siano effettuate nel rispetto di tutte le precauzioni e misure igienico-sanitarie presso idonei spazi opportunamente individuati, ampi ed arieggiati, preferibilmente all'esterno, qualora le condizioni climatiche lo consentano. Il visitatore, in linea generale, dovrà essere sempre la stessa persona nel tempo.

Laddove, non sia possibile il rigoroso rispetto delle misure previste per la prevenzione, il visitatore (familiare o affetto) potrà accedere solo in presenza di esito negativo al test di screening periodico a mezzo test antigenico rapido. I test saranno forniti alle Strutture dalle Aziende ULSS territorialmente competenti. Le Strutture Residenziali garantiranno la loro somministrazione, la registrazione e la tracciabilità degli stessi (esiti e motivazione) utilizzando i supporti informativi e gli applicativi già in uso per le consuete attività di screening rivolte ad operatori ed ospiti, al fine di rendere possibili le azioni di monitoraggio epidemiologico.

Le strutture dovranno conservare il registro degli accessi, verificare con un test (*check-list* da compilare all'ingresso) che i visitatori siano in buona salute e far firmare il patto di responsabilità.

In particolare la visita, gestita da un operatore della struttura, dovrà prevedere non più di un visitatore per ospite (al massimo accompagnato da un parente minorenne) e una durata indicativa di 30 minuti. Dovrà essere previsto il rigoroso l'utilizzo delle mascherine FFP2 senza valvola (o superiori) marchiate CE da parte dei visitatori, il rispetto delle norme igieniche, l'aerazione, la detersione e la sanificazione della stanza dove è avvenuta la visita con attenzione alle superfici e agli altri elementi che vengono toccati più frequentemente (maniglie, interruttori, corrimano, ecc.).

In questa fase viene escluso ogni accesso di familiari o affetti all'interno dei nuclei di degenza, è possibile una deroga solo per i pazienti in fine vita e su autorizzazione della Direzione sanitaria o, per le strutture che non

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

prevedono questa figura, su autorizzazione dell'ente gestore d'intesa con il medico curante di riferimento, che provvederanno a definire anche le modalità di accesso in sicurezza.

6.3 Visite e rientri in famiglia per ospiti di strutture residenziali

Si ribadisce quanto già previsto dall'Allegato A dell'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020, al paragrafo "***4.1 Strutture Residenziali***", secondo il quale sono ammessi i soggiorni al di fuori dalla struttura (per es. rientro al domicilio per il fine settimana).

6.4 Piccoli Gruppi di Disabili

In considerazione della situazione epidemiologica attuale e dell'auspicabile controllo dei numeri dei contagi in seguito al completamento della campagna vaccinale nei centri diurni e per le altre progettualità semiresidenziali, si ritiene di aggiornare il concetto di "cluster" all'interno delle suddette strutture rispetto a quanto previsto dall'Ordinanza Presidenziale n. 61/2020, prevedendo la possibilità per l'ente gestore di valutare l'eventualità di estendere la numerosità dei gruppi fino ad un massimo di 15 utenti. La costruzione dei gruppi deve comunque considerare la situazione specifica al fine di contenere il più possibile l'eventuale diffusione del virus.

6.5 Attività in presenza centri diurni disabili e altre attività progettuali

Considerate le specifiche esigenze delle persone con disabilità e delle relative famiglie, nonché lo stato di attuazione del Piano vaccinale, con riguardo a questo target di assistiti, si ritiene ragionevole anche nell'attuale fase epidemica la modalità di erogazione in presenza delle prestazioni dei centri diurni e delle altre progettualità in regime semiresidenziale, da attuarsi, ovviamente, nel rispetto delle misure di sicurezza anti COVID e del Patto di corresponsabilità sottoscritto dal genitore o familiare o amministratore di sostegno ai sensi dell'Ordinanza Presidenziale n. 61/2020. Rimane, inoltre, confermata la possibilità di prevedere, secondo le indicazioni del progetto individualizzato, le modalità alternative già disciplinate da ultimo con DGR n. 595/2020.

019ef501

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Campagna Vaccinale anti COVID-19

AGGIORNAMENTO

Indicazioni *ad interim* per la campagna di vaccinazione anti COVID-19 in Regione Veneto

MARZO 2021

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PREMESSA

In data 27 Dicembre 2020 la Regione del Veneto ha dato inizio alla campagna vaccinale anti-Covid19 attuando quanto previsto dalla pianificazione nazionale.

La pianificazione della campagna di vaccinazione in Regione del Veneto è stata avviata a partire dal mese di Dicembre 2020 con l'istituzione del Gruppo di Lavoro Regionale formalizzato con Decreto Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 140 del 17.12.2020 che ha portato all'approvazione della DGR n. 1801 del 22.12.2020 "*Organizzazione del Piano di Vaccinazione contro SARS-CoV-2*". Tale documento - in accordo con i documenti nazionali disponibili - forniva le linee principali di indirizzo per l'organizzazione della campagna vaccinale, in termini di pianificazione dell'offerta, logistica e figure coinvolte.

Nel periodo dicembre-marzo la Regione del Veneto ha fornito alle Aziende Sanitarie ulteriori indicazioni (Appendice) al fine di adeguare e organizzare l'offerta vaccinale in accordo con le disposizioni ministeriali e di garantire una sempre più organica programmazione delle convocazioni, nel rispetto delle linee di indirizzo e nei limiti della disponibilità di dosi e numerosità delle coorti da vaccinare.

L'avvio delle prime fasi della campagna vaccinale (fasi 1.A, 1.B e 2) ha reso necessaria l'organizzazione di un modello per l'offerta della vaccinazione che risponda a specifiche necessità, sia in termini logistici che di risorse umane e strumentali, al fine di poter garantire la somministrazione delle dosi di vaccini ad un grande numero di persone, nel minor tempo possibile, mantenendo livelli ottimali di efficienza e sicurezza. Pertanto, con la DGR n. 239 del 02 marzo 2021 è stato approvato il "*Manuale per l'organizzazione di un Centro di Vaccinazione per la Popolazione (CVP)*". Il suddetto documento presenta un modello organizzativo a supporto delle Aziende ULSS che hanno il compito di programmare l'offerta vaccinale, assicurando la somministrazione di un ampio numero di dosi in tempi ristretti, in un luogo idoneo che rispettasse tutte le norme igienico-sanitarie previste.

Ad oggi, con l'avvio della vaccinazione dei soggetti di età superiore a 80 anni, a livello Regionale è in fase di completamento la fase 1.A la quale prevedeva la somministrazione prioritaria delle dosi vaccinali a tutto il personale delle Strutture della Rete del Servizio Sanitario Regionale, a tutti gli operatori sanitari, anche privati, e ad ospiti e operatori delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie territoriali (Appendice 1).

E' in corso inoltre la fase di vaccinazione 1.B che prevede la chiamata di tutti i soggetti di età anagrafica ≥ 80 anni. Per le specifiche categorie individuate come destinatarie del vaccino con priorità si rimanda all'Appendice 2. Sulla base delle prime indicazioni sull'utilizzo del vaccino con vettore virale è stata contestualmente avviata la vaccinazione di alcune categorie prioritarie originariamente previste in fase 3; nello specifico, risulta essere in via di conclusione la Fase 1.A, la quale prevedeva la convocazione prioritaria di tutto il personale impiegato in ambito sanitario.

Al fine del completamento della vaccinazione delle categorie ricomprese nella Fase 1, è necessario promuovere la vaccinazione nei soggetti che non hanno ancora aderito alla campagna avendo cura di includere, nel personale sanitario e sociosanitario, tutti i soggetti che operano in presenza presso strutture sanitarie e sociosanitarie. A questo scopo si precisa che per tutti i soggetti di recente assunzione, o i nuovi ingressi nelle strutture sanitarie (qualora questi non abbiano ancora ricevuto la somministrazione del vaccino anti Covid-19) dovrà essere programmata la seduta vaccinale in accordo con la priorità riconosciuta per tutto il personale impiegato in ambito sanitario, con le tempistiche e le modalità previste dal modello organizzativo aziendale, utilizzando anche vaccini a vettore virale per chi non ha ancora iniziato il ciclo di vaccinazione (sulla base delle autorizzazioni definite da AIFA e delle indicazioni del Ministero della Salute).

Inoltre, considerato che tra le linee di lavoro di cui alla D.G.R. n. 1801/2020 rientrava l'estensione della vaccinazione ai lavoratori dei servizi essenziali (Fase 3), al fine di proporre il modello organizzativo più

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

appropriato, la Direzione Regionale Prevenzione ha elaborato il documento tecnico "Procedura operativa - Estensione della campagna vaccinale anti-COVID19 al personale dei servizi essenziali", approvato con la sopra citata DGR n. 239/2021.

In virtù della natura della campagna vaccinale di massa e della necessità di una sempre più ampia collaborazione territoriale, al fine di garantire una somministrazione capillare, in data 21.02.2021 è stato raggiunto l'accordo tra il governo, le regioni e le province autonome e le organizzazioni sindacali della medicina generale, e firmato dunque il protocollo d'Intesa grazie al quale i medici di medicina generale potranno somministrare le dosi vaccinali ai propri assistiti, secondo le tempistiche e le modalità pattuite.

Con la DGR n. 280 del 12/03/2021, in attesa di pubblicazione, è stato approvato lo schema di Protocollo di intesa, finalizzato all'estensione della campagna di vaccinazione anti-COVID19 alle attività economiche e produttive: si evidenzia che la vaccinazione in ambito aziendale (attraverso la disponibilità del Medico Competente) non rappresenta un'attività riconducibile strettamente alla prevenzione nei luoghi di lavoro, anzi è ascrivibile ad un atto di Sanità Pubblica, rivolta alla tutela della salute del singolo e della collettività, e pertanto estendibile ai familiari dei lavoratori aderenti che per età o per categoria di rischio rientrano nel piano nazionale e regionale. Pertanto la responsabilità generale e la supervisione dell'intero processo rimane in capo al Servizio Sanitario Regionale, per il tramite dell'Azienda ULSS di riferimento.

Il presente documento aggiorna le indicazioni fin qui fornite sulla base delle recenti indicazioni nazionali contenute nel documento "*Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19*" aggiornato successivamente in data 10.03.2021. Le indicazioni qui contenute potranno subire modifiche e verranno aggiornate in base all'evoluzione delle conoscenze, alle informazioni disponibili e alle indicazioni nazionali e degli enti regolatori in particolare relativamente all'efficacia e alle indicazioni di utilizzo dei vaccini disponibili nei diversi gruppi target di popolazione per età e fattori di rischio.

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SOMMARIO

1. OBIETTIVO GENERALE 5

2. VACCINI DISPONIBILI 6

3. LOGISTICA E DISTRIBUZIONE 7

4. SETTING PER L'EFFETTUAZIONE DELLE VACCINAZIONI 9
- 4.1 Centri di Vaccinazione di Popolazione (CVP) 9
- 4.2 Punti di Vaccinazione Ospedalieri (PVO) 9
- 4.3 Medici di Medicina Generale (MMG) 10
- 4.4 Vaccinazione domiciliare 10
- 4.5 Servizi Pubblici Essenziali 11
- 4.6 Aziende Produttive 12

5. CATEGORIE E PRIORITÀ DI OFFERTA 13
- 5.1 Categoria 1 - Elevata fragilità 13
- 5.2 Categoria 2 - Persone di età compresa tra 70 e 79 anni 16
- 5.3 Categoria 3 - persone di età compresa tra i 60 e i 69 anni 16
- 5.4 Categoria 4 - Persone con comorbidità di età <60 anni 16
- 5.5 Categoria 5 - Popolazione di età <60 anni 17
- 5.6 Altre categorie prioritarie 17

6. FLUSSI INFORMATIVI 18

APPENDICE 1. PRINCIPALI INDICAZIONI CAMPAGNA DI VACCINAZIONE (GEN-MAR 2021) 19

APPENDICE 2. DETTAGLIO CATEGORIE INCLUSE NELLA FASE 1.A 21

APPENDICE 3. CALENDARIO INDICATIVO PROGRAMMAZIONE OFFERTA VACCINALE 22

APPENDICE 4. MAPPATURA CENTRI DI VACCINAZIONE PER LA POPOLAZIONE 23

APPENDICE 4. MAPPATURA CENTRI DI VACCINAZIONE PER LA POPOLAZIONE 25

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1. OBIETTIVO GENERALE

L'obiettivo generale della Campagna di Vaccinazione anti COVID-19 è quello di somministrare la vaccinazione alla popolazione nel più breve tempo possibile, seguendo le priorità definite dal Ministero della Salute, nel rispetto dei principi di sicurezza, efficacia ed efficienza.

Con riferimento a quest'ultimo aspetto, si evidenzia la necessità di garantire equità d'accesso alla vaccinazione per tutta la popolazione, privilegiando prioritariamente le categorie di individui con aumentato rischio clinico, nel rispetto delle indicazioni del Ministero della Salute. La pianificazione regionale definisce le strategie per l'attuazione della campagna vaccinale anti COVID-19, uniformando le linee di indirizzo e individuando le opportune modalità secondo le quali sarà programmata la campagna.

La complessità della campagna vaccinale anti COVID-19 impone un'organizzazione vaccinale ad hoc che deve realizzarsi secondo i criteri e le modalità attuative più appropriate, al fine di promuovere l'adozione di comportamenti omogenei nell'intero territorio regionale. In quest'ottica il piano entra nel dettaglio della disponibilità dei vaccini attualmente autorizzati in Italia e dei modelli organizzativi attraverso i quali si intende modulare l'offerta vaccinale, nel rispetto delle indicazioni tecniche e delle buone pratiche relative alla preparazione e alla somministrazione del vaccino, a tutela della sicurezza e a garanzia dell'efficacia dell'attività vaccinale sia per il vaccinato sia per l'operatore sanitario.

In considerazione dell'eccezionalità delle dimensioni della popolazione destinataria e della concentrazione temporale dell'intervento, il piano individua i diversi possibili setting per l'effettuazione delle vaccinazioni al fine di allargare la rete dell'offerta vaccinale e di raggiungere il maggior numero di persone tramite il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, dei Centri Specialistici Ospedalieri, delle Aziende Produttive, dei Servizi Essenziali e dei Medici Competenti.

Si ribadisce inoltre, ai fini dell'attuazione e del monitoraggio della campagna, l'importanza della registrazione e della tracciabilità dei dati integrando le diverse fonti informative nei sistemi informativi regionali che rappresentano una risorsa essenziale per una gestione operativa, efficace e coerente con le esigenze dettate dall'emergenza, in tutte le fasi della campagna vaccinale.

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

2. VACCINI DISPONIBILI

Ad oggi sono tre i vaccini che hanno ricevuto un'autorizzazione all'immissione in commercio in Italia. In particolare, la Comunità Europea, a seguito di raccomandazione da parte dell'European Medicines Agency (EMA), ha autorizzato il vaccino dell'azienda Pfizer-BioNTech in data 21/12/2020, quello dell'azienda Moderna in data 06/01/2021 e quello dell'azienda AstraZeneca in data 29/01/2021. L'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA), con appositi provvedimenti, ha approvato tutti e tre i vaccini. Inoltre, un quarto vaccino, dell'azienda J&J, è in fase di approvazione e si renderà presto disponibile. Si riportano di seguito i vaccini attualmente autorizzati in Italia con alcune caratteristiche legate al loro utilizzo.

Tabella. SARS-CoV-2 Vaccines[1]

Vaccine	Type	Dosage	Age	Storage	Antigen
Moderna mRNA-1273	mRNA	2 Doses 28 d apart	età pari o superiore a 18 anni	−25° to −15 °C; 2-8 °C for 30 d; room temperature ≤12 h	*Full-length spike (S) protein with proline substitutions*
Pfizer-BioNTech BNT162b2	mRNA	2 Doses 21 d apart	età pari o superiore a 16 anni	−80° to −60 °C; 2-8 °C for 5 d; room temperature ≤2 h	*Full-length S protein with proline substitutions*
AstraZeneca ChAdOx1 (AZS1222)	Viral vector	2 Doses 28 d apart (intervals >12 wk studied)	età pari o superiore a 18 anni	2-8 °C for 6 mo	*Replication-deficient chimpanzee adenoviral vector with the SARS-CoV-2 S protein*

Le attuali indicazioni prevedono di utilizzare nei soggetti a più alto rischio di sviluppare una malattia grave (persone estremamente vulnerabili) vaccini a RNA messaggero (mRNA).

Si evidenzia inoltre che, come previsto dalla Circolare del Ministero della Salute prot. 8284 del 3 marzo 2021, nei soggetti con pregressa infezione da SARS-CoV-2 (decorsa in maniera sintomatica o asintomatica) è prevista l'effettuazione di un unica somministrazione di vaccino anti COVID-19, purchè la vaccinazione venga eseguita ad almeno 3 mesi di distanza dalla documentata infezione e preferibilmente entro i 6 mesi dalla stessa. Questa indicazione non si attua per i soggetti che presentino condizioni di immunodeficienza, primitiva o secondaria a trattamenti farmacologici; per loro si raccomanda di proseguire con la schedula vaccinale standard.

[1] *Tabella adattata da C. Buddy et al. SARS-CoV-2 Vaccines. JAMA Insights. Published online February 26, 2021*

c24b326c

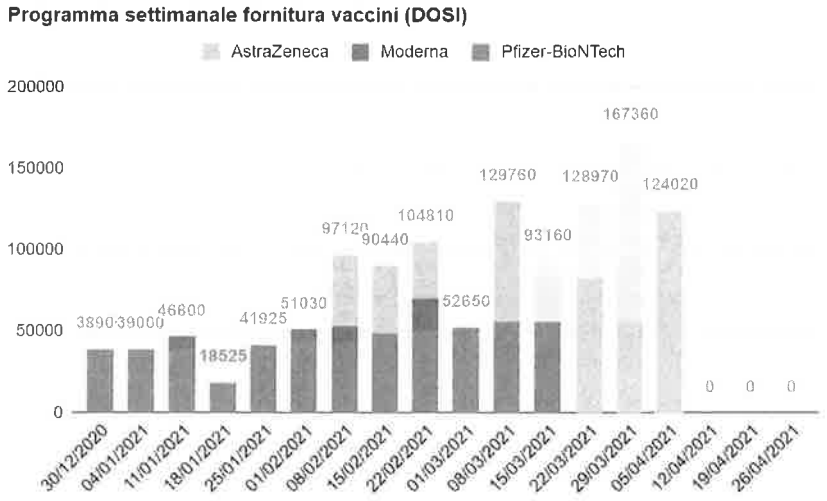
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

3. LOGISTICA E DISTRIBUZIONE

L'Italia ha aderito all'iniziativa dell'Unione Europea per l'acquisto del più ampio portafoglio possibile di vaccini anti-COVID19 mediante APA (*Advanced Purchase Agreement*), secondo una ripartizione basata sulla popolazione. L'iniziale piano di distribuzione nazionale è stato periodicamente rimodulato e, in base ai dati attualmente disponibili (03.03.2021), prevede le stime sotto riportate:

Vaccino	Q1 2021 (GEN-MAR)	Q2 2021 (APR-GIU)	Q3 2021 (LUG-SET)	Q4 2021 (OTT-DIC)	Q1 2022 (GEN-MAR)	Q2 2022 (APR-GIU)
AstraZeneca	5.352.250	10.042.500	24.771.250			
Pfizer-BioNTech (dosi iniziali)	7.352.000	8.760.000	10.792.000			
Pfizer-BioNTech (dosi aggiuntive)	6.642.991		6.642.991			
Pfizer-BioNTech (dosi aggiuntive)		9.420.515	9.420.515	6.280.344		
J&J		7.307.292	15.943.184	3.321.497		
Sanofi/GSK					20.190.000	20.190.000
Curevac		7.314.904	6.640.000	7.968.000	7.968.000	
Moderna (dosi iniziali)	1.330.000	4.650.000	4.648.700			
Moderna (dosi aggiuntive)			3.320.000	7.308.700		
Moderna (dosi aggiuntive)			6.000.000	12.500.000		
TOTALE	**15.694.998**	**52.477.454**	**84.857.145**	**40.700.037**	**28.158.000**	**20.190.000**

Sulla base di tale pianificazione nazionale, si riporta di seguito il programma di distribuzione regionale in base alle informazioni attualmente disponibili.



c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Gli aspetti relativi alla logistica e al processo di approvvigionamento, stoccaggio e trasporto dei vaccini e dei dispositivi per la loro somministrazione avvengono in costante coordinamento con la struttura del Commissario straordinario per l'emergenza.

In base alle differenti caratteristiche dei vaccini a disposizione, il processo di distribuzione e conservazione prevede allo stato attuale due modelli organizzativi: modello *freeze* (per la conservazione dei vaccini a mRNA) e modello *cold* (catena del freddo standard, vaccini a vettore virale).

Modello *freeze*

Il produttore, sulla base del piano di distribuzione definito dal Commissario per l'emergenza, spedisce direttamente ai punti individuati a livello regionale (HUB locali di seguito elencati) per lo stoccaggio, la somministrazione o la ulteriore distribuzione a differenti punti di somministrazione.

Modello *cold*

Il produttore spedisce ad un HUB unico nazionale, che a sua volta rifornisce i punti individuati a livello regionale (HUB locali). Gli HUB locali custodiscono i vaccini, secondo le specificazioni tecniche fornite, in frigoriferi operanti a +2/+8 °C per la successiva distribuzione ai punti di somministrazione.

Nella Regione del Veneto, per assicurare il regolare funzionamento della distribuzione secondo entrambi i modelli, coerentemente con le indicazioni della struttura regionale competente è stata predisposta la seguente organizzazione, fondata su 7 HUB locali per il modello *freeze* e 1 HUB regionale per il modello *cold*, come di seguito riportato. Diversamente dal modello *freeze*, la scelta di individuare, per il modello *cold*, un unico punto di stoccaggio e distribuzione di livello regionale, è stata ritenuta funzionale per assicurare maggiore flessibilità e tempestività nella distribuzione.

Provincia	**HUB (farmacia ospedaliera)**	**Vaccino**	**Bacino di utenza**
Belluno	Ospedale San Martino - Belluno	*Pfizer*	ULSS 1
Treviso	Ospedale di Vittorio Veneto	*Pfizer*	ULSS 2
Venezia	Ospedale dell'Angelo - Venezia Mestre	*Pfizer* *Moderna* *AstraZeneca*	ULSS 3 - ULSS 4
Rovigo	Ospedale S. Maria della Misericordia - Rovigo	*Pfizer*	ULSS 5
Padova	Az. Ospedale Università Padova	*Pfizer*	ULSS 6 - AOUPD - IOV
Vicenza	Ospedale San Bortolo - Vicenza	*Pfizer*	ULSS 7 - ULSS 8
Verona	Az. Ospedaliera Universitaria Integrata Verona	*Pfizer*	ULSS 9 - AOUIVR

Ogni HUB, individuato nelle farmacie ospedaliere di riferimento, costituisce la base per la distribuzione ai punti di somministrazione, in un'azione coordinata dai Servizi Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimento di Prevenzione delle Aziende ULSS. Si precisa che per bacino di utenza si intende l'insieme di soggetti, enti, popolazione insistente nel territorio di riferimento, incluse strutture sanitarie e socio-sanitarie private, servizi essenziali, e ogni soggetto potenzialmente coinvolto nella campagna di vaccinazione.

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

4. SETTING PER L'EFFETTUAZIONE DELLE VACCINAZIONI

4.1 Centri di Vaccinazione di Popolazione (CVP)

Il Centro di Vaccinazione di Popolazione rappresenta un modello organizzativo di vaccinazione che risponde alla necessità di garantire la somministrazione di un vaccino ad un grande numero di persone nel più breve tempo possibile, mantenendo livelli ottimali di efficienza e di sicurezza. Nell'ambito della campagna vaccinale anti-COVID19, tale modello organizzativo si inserisce nel piano complessivo di offerta vaccinale predisposto dalla Regione del Veneto in accordo con le indicazioni del Ministero della Salute e del Commissario Straordinario per l'Emergenza COVID-19.

Con DGR n. 239 del 02 marzo 2021 la Regione del Veneto ha approvato il "*Manuale per l'organizzazione di un Centro di Vaccinazione per la Popolazione (CVP)*" identificando alcuni modelli organizzativi, definendo e delineando le principali attività e gli elementi utili da considerare ed identificando le strutture in funzione delle dimensioni delle stesse:

- Strutture di medie dimensioni;
- Grandi Strutture;
- Macro Strutture.

L'attività garantita presso i CVP deve perseguire oltre che ai criteri di efficace e di sicurezza nel rispetto delle buone pratiche vaccinale, anche una ricerca dell'efficienza al fine di garantire un'offerta vaccinale al maggior numero possibile di persone a tutela della salute pubblica e ottimizzando la disponibilità di personale.

Le indicazioni qui riportate devono essere adattate alle specifiche realtà e alle modalità organizzative che saranno ritenute più opportune dai servizi vaccinali nei diversi contesti territoriali. L'attività di tutti i Centri di Vaccinazione di Popolazione, considerata la priorità della campagna vaccinale anti COVID-19, deve essere garantita a pieno regime, per tutti i giorni della settimana, in funzione della disponibilità di dosi. A supporto delle attività vaccinali, dovrà essere coinvolto ulteriore personale proveniente da qualsiasi altro servizio aziendale.

Le Aziende ULSS hanno provveduto, e stanno provvedendo all'attivazione dei Centri di Vaccinazione di Popolazione su tutto il territorio regionale. La situazione attuale è riportata in Appendice 4.

4.2 Punti di Vaccinazione Ospedalieri (PVO)

L'offerta vaccinale per alcune categorie target di popolazione può avvenire prioritariamente all'interno di Punti di Vaccinazione attivati all'interno delle Strutture Ospedaliere. In particolare per molte delle persone rientranti nelle aree di patologia incluse nella "Categoria 1. Elevata fragilità (persone estremamente vulnerabili)" l'offerta vaccinale può avvenire prioritariamente presso i Centri Specialistici Ospedalieri di riferimento, al fine di facilitare e prioritizzare l'accesso alla vaccinazione.

Inoltre per rafforzare ulteriormente l'offerta vaccinale rivolta alla popolazione over 80 e ai soggetti che rientrano nella Categoria 1, le Strutture Ospedaliere individuano modalità organizzative ad hoc per garantire la vaccinazione di tutti i soggetti ricoverati (degenza ordinaria e in regime di day-hospital) al momento della dimissione, se le condizioni cliniche lo consentono. Allo stesso tempo, nel contesto delle strutture ospedaliere, si raccomanda di attivare dei percorsi per offrire la vaccinazione alle stesse popolazioni target in tutte le occasioni opportune.

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Inoltre, i Punti di Vaccinazione Ospedalieri attivati presso le Aziende Ospedaliere, supportano la campagna di vaccinazione della Azienda ULSS di riferimento, con modalità da concordare in considerazione delle specificità di ciascun ambito territoriale.

4.3 Medici di Medicina Generale (MMG)

La campagna vaccinale anti COVID19 richiede un notevole impegno organizzativo idoneo a sostenere l'eccezionalità delle dimensioni della popolazione destinataria, la concentrazione temporale dell'intervento nel rispetto delle caratteristiche tecniche del vaccino e modalità di somministrazione.

L'Accordo integrativo regionale "*Partecipazione dei Medici di Medicina Generale alla campagna vaccinale SARS-CoV-2*" è parte integrante della strategia vaccinale della Regione Veneto.

La relazione del MMG con i propri assistiti costituisce un pilastro fondamentale per il buon esito della campagna vaccinale grazie sia per il rapporto fiduciario che lega l'assistito al suo MMG sia per la conoscenza che il MMG stesso ha dei suoi assistiti, anche per il contributo informativo e di sensibilizzazione che ne deriva al fine di garantire una buona copertura vaccinale decentrata e capillare.

Sulla base di quanto sopra, ogni Azienda ULSS:

- organizza la campagna e la distribuzione dei vaccini ai MMG secondo le modalità di adesione prescelte dai Medici stessi in relazione ai modelli individuati dall'accordo;
- raccoglie le disponibilità dei MMG per svolgere l'attività presso le sedi con organizzazione dell'Azienda stessa e ne prevede il tempestivo coinvolgimento;
- prevede la somministrazione dei vaccini da parte degli MMG della coorte 70-79 anni (a partire dai 79 anni in ordine decrescente) oltre alla possibilità di effettuare in parallelo la vaccinazione di altre categorie individuate dalla stessa Azienda secondo la programmazione regionale anche alla luce delle indicazioni nazionali.

Il vaccino da parte dei MMG potrà essere somministrato direttamente a domicilio del paziente, nel suo studio o in strutture messe a disposizione da Comune/enti (con organizzazione da parte del Medico stesso) oppure in strutture messe a disposizione dalle Aziende ulss stesse.

4.4 Vaccinazione domiciliare

Le persone che per età o per grave patologia sono allettate o hanno gravi difficoltà di deambulazione oppure sono costrette a casa perché estremamente vulnerabili per condizione clinica e ad alto rischio di forme gravi di COVID se contagiate, saranno vaccinate a domicilio.

L'attività di vaccinazione domiciliare si inserisce nella pianificazione generale della campagna di vaccinazione anti-COVID19 fasi anche relativamente alla priorità d'utilizzo delle dosi di vaccino via, via disponibili.

L'Azienda ULSS monitora e supporto l'offerta vaccinale alla popolazione in Assistenza Domiciliare Integrata quale target prioritario dell'offerta vaccinale domiciliare.

L'attività vaccinale, anche a domicilio, deve sempre essere garantita nel rispetto delle buone pratiche vaccinali a garanzia di sicurezza ed efficacia dell'attività vaccinale per il vaccinato e per l'operatore. A seconda dell'organizzazione locale e della fase della campagna vaccinale, il medico coinvolto nella vaccinazione a domicilio potrà essere il medico di medicina generale, un medico USCA o un altro medico arruolato ad hoc per tale attività.

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

4.5 Servizi Pubblici Essenziali

La strategia nazionale, fin dalla prima declinazione, ha previsto l'inserimento nell'offerta vaccinale dei lavoratori appartenenti ad alcuni Servizi Pubblici Essenziali considerati prioritari, tra i quali: forze dell'ordine, forze armate, personale scolastico e universitario docente e non docente.

In accordo con la programmazione nazionale, la Regione del Veneto, dapprima con D.G.R. n. 1801 del 22.02.2020 e successivamente con D.G.R. n. 239 del 2.03.2021 ha avviato la vaccinazione ai lavoratori dei servizi essenziali confermando il ruolo strategico di tale categoria, estendendo l'offerta vaccinale a: Aeronautica militare, Arma dei Carabinieri, Capitaneria di Porto, Corpo di Polizia Penitenziaria, Corpo Nazionale dei Vigili del Fuoco, Esercito, Guardia di Finanza, Marina Militare, Personale dell'amministrazione della giustizia, Personale scolastico e universitario, Polizia di Stato, Polizia Locale, Protezione Civile.
In riferimento al precedente elenco, per le categorie dotate di strutture sanitarie interne, il vaccino è reso disponibile dalle Aziende ULSS di riferimento e somministrato a cura dei rispettivi Medici Competenti e/o Servizi sanitari interni, ove presenti, in ambienti idonei nell'ambito delle strutture di appartenenza (o individuate in accordo con l'Azienda ULSS di riferimento).
Si evidenzia che il coinvolgimento dei Medici Competenti e/o servizi sanitari interni ha reso possibile l'avvio anticipato di tale fase della campagna vaccinale senza gravare sull'andamento delle precedenti fasi già in carico al Servizio Sanitario Regionale, consentendo di procedere in parallelo con la vaccinazione degli operatori delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, della popolazione over 80 e dei soggetti estremamente vulnerabili.

L'attività è erogata nel rispetto delle indicazioni di sicurezza e di tutela degli operatori e dei soggetti da vaccinare, con particolare riferimento a:

- informazione circa la somministrazione del vaccino e sue conseguenze;
- raccolta dell'anamnesi;
- acquisizione del consenso informato;
- verifica delle condizioni di salute ai fini di un'appropriata somministrazione del vaccino;
- tempestiva registrazione dei dati relativi alle singole vaccinazioni espletate;
- vigilanza di eventuali reazioni avverse a breve termine successive alla somministrazione del vaccino;
- registrazione delle reazioni avverse e successivo invio ai sistemi di gestione della farmacovigilanza.

Particolare attenzione è stata posta alla formazione del personale coinvolto nelle attività di vaccinazione, nel rispetto di tutte le evidenze scientifiche di volta in volta disponibili, anche attraverso la condivisione di materiale informativo, in stretta collaborazione con gli organismi nazionali ed internazionali.

Tra i principi generali di cui alla sopra richiamata DGR n. 239 del 2.3.2021, la campagna ha richiesto e richiede un modello per la vaccinazione degli operatori in gradi di garantire i seguenti principi:

- rispetto delle indicazioni tecniche e delle buone pratiche relative alla preparazione e somministrazione del vaccino;
- rispetto delle tempistiche del calendario vaccinale;
- rispetto della continuità del servizio considerando i turni di lavoro del personale;
- prioritarizzazione attraverso una "stratificazione del rischio" interna, realizzata sentiti RSPP e Medico Competente (es. priorità per il personale a contatto col pubblico);
- rispetto delle indicazioni regionali per l'alimentazione dei flussi informativi. A tal proposito, per le categorie che procederanno autonomamente alla somministrazione del vaccino mediante il Medico Competente e/o i Servizi Sanitari interni, verranno messe a disposizione soluzioni informatiche per la registrazione di tutti i dati obbligatori per assolvere al debito informativo nei confronti delle strutture centrali (regionali/nazionali);

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- rispetto delle misure di prevenzione anti-contagio durante tutte le fasi della vaccinazione, da adattare ad ogni contesto locale al fine di individuare percorsi e spazi al fine di garantire il regolare flusso degli operatori.

4.6 Aziende Produttive

Come previsto dalle *"Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 - 10 Marzo 2021"* sarà possibile, qualora le dosi di vaccino disponibili lo permettano, vaccinare all'interno dei posti di lavoro, a prescindere dall'età, fatto salvo che la vaccinazione venga realizzata in sede, da parte di sanitari ivi disponibili, al fine di realizzare un notevole guadagno in termini di tempestività, efficacia e livello di adesione.

Pertanto, con D.G.R. n. 280 del 12.03.2021 è stato avviato il percorso per l'estensione della vaccinazione alle attività economiche e produttive, con il coinvolgimento di tutti i soggetti interessati (parti sociali, associazioni di categoria, società scientifiche rappresentative dei Medici del Lavoro) e sono stati definiti i principi generali di tale attività, si seguito declinati.

L'attività sarà erogata nel rispetto delle indicazioni di sicurezza e di tutela degli operatori e dei soggetti da vaccinare, con particolare riferimento a:

- informazione ai lavoratori sulla procedura e sulle modalità di vaccinazione applicate;
- informazione circa la somministrazione del vaccino e sue conseguenze;
- acquisizione del consenso informato secondo il modello unico definito a livello nazionale;
- raccolta dell'anamnesi;
- verifica delle condizioni di salute ai fini di un'appropriata somministrazione del vaccino;
- tempestiva registrazione dei dati relativi alle singole vaccinazioni espletate;
- vigilanza di eventuali reazioni avverse a breve termine successive alla somministrazione del vaccino;
- registrazione delle reazioni avverse e successivo invio ai sistemi di gestione della farmacovigilanza.

In accordo col citato provvedimento, la vaccinazione potrà essere avviata in tempi rapidi, compatibilmente con la disponibilità di vaccino, nelle aziende dotate di struttura organizzativa adeguata che garantiscono spazi idonei per la somministrazione del vaccino, spazi per accessi scaglionati e spazi per la permanenza post-vaccinazione.

Per le aziende dotate di spazi idonei e di struttura organizzativa adeguata che aderiscono all'iniziativa, il vaccino sarà reso disponibile dalle Aziende ULSS di riferimento e somministrato in ambienti idonei nell'ambito delle strutture di appartenenza. Per esigenze di natura logistica e/o organizzativa potranno anche essere utilizzati ai fini della vaccinazione spazi esterni all'azienda, purché adeguatamente attrezzati.

Inoltre, a seconda delle esigenze e coerentemente con la necessità di realizzare un notevole guadagno in termini di tempestività, efficacia e livello di adesione, gli spazi ritenuti idonei (interni o esterni all'azienda) potranno essere utilizzati per la vaccinazione di lavoratori appartenenti ad una o più aziende aderenti all'iniziativa (della stessa area, dello stesso comparto, per la vaccinazione delle medesime categorie/funzioni aziendali, etc.), nonché, con modalità organizzative da definire, l'iniziativa potrà essere estesa ai familiari dei lavoratori aderenti che per età o per categoria di rischio rientrano nel piano nazionale e regionale.

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

5. CATEGORIE E PRIORITÀ DI OFFERTA

Il Ministero della Salute, nel documento *"Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19 - 10 Marzo 2021"* ha ritenuto di aggiornare la proposta di aggiornamento delle categorie e dell'ordine di priorità precisando che, sulla base delle analisi condotte negli studi scientifici sinora disponibili, l'età e la presenza di condizioni patologiche rappresentano le variabili principali di correlazione con la mortalità per Covid-19. Inoltre, vengono considerati prioritari alcuni servizi e setting a rischio.

Pertanto, si definisce il seguente ordine di priorità delle categorie di persone da vaccinare nel proseguimento della campagna vaccinale:

Categorie prioritarie in base all'età e alla presenza di condizioni patologiche	**Categoria 1** Elevata fragilità (persone estremamente vulnerabili; disabilità grave)
	Categoria 2 Persone di età compresa tra 70 e 79 anni
	Categoria 3 Persone di età compresa tra i 60 e i 69 anni
	Categoria 4 Persone con comorbidità di età <60 anni, senza quella connotazione di gravità riportata per le persone estremamente vulnerabili
	Categoria 5 Resto della popolazione di età <60 anni

Sono inoltre considerate prioritarie le seguenti categorie, a prescindere dall'età e dalle condizioni patologiche, quali: personale docente e non docente, scolastico e universitario, Forze armate, di Polizia e del soccorso pubblico, servizi penitenziari e altre comunità residenziali.

In funzione delle diverse tipologie di vaccino disponibile e in considerazione delle indicazioni di utilizzo dello stesso per alcune categorie la programmazione consente di pianificare l'offerta in parallelo al fine di garantire il tempestivo utilizzo di tutte le dosi disponibili.

5.1 Categoria 1 - Elevata fragilità

Nel definire i gruppi a cui dare priorità nella campagna di vaccinazione si è tenuto conto, anche attraverso un confronto con società scientifiche di riferimento, della particolare fragilità di alcune categorie di cittadini affetti da specifiche patologie valutate come particolarmente critiche in quanto correlate al tasso di letalità associata a COVID-19 per danno d'organo preesistente o compromessa capacità di risposta immunitaria a SARS-CoV-2, definite estremamente vulnerabili (tabella 1) e dei portatori di disabilità gravi ai sensi della legge 104/1992 art.3 comma 3 (tabella 2).

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 1. ***Persone estremamente vulnerabili, intese come persone affette da condizioni che per danno d'organo preesistente, o che in ragione di una compromissione della risposta immunitaria a SARS-CoV-2 hanno un rischio particolarmente elevato di sviluppare forme gravi o letali di COVID-19.***

AREA DI PATOLOGIA	DESCRIZIONE	MODALITÀ DI OFFERTA	TEMPI DI AVVIO
Malattie respiratorie	- Fibrosi polmonare idiopatica - Altre malattie respiratorie che necessitano di ossigenoterapia.	**CVP**	15 marzo 2021
		MMG	*in corso di definizione a livello di Az. ULSS*
Malattie cardio-circolatorie	- Scompenso cardiaco in classe avanzata (III-IV NYHA); - Pazienti post shock cardiogeno	**CVP**	*22 marzo 2021*
		MMG	*in corso di definizione a livello di Az. ULSS*
Condizioni neurologiche e disabilità (fisica, sensoriale, intellettiva, psichica)	- Sclerosi laterale amiotrofica e altre malattie del motoneurone; - Sclerosi multipla; - Distrofia muscolare; - Paralisi cerebrali infantili; - Pazienti in trattamento con farmaci biologici o terapie immunodepressive* - Miastenia gravis; - Patologie neurologiche disimmuni.	**CVP**	*22 marzo 2021*
		Centri Specialistici	*22 marzo 2021*
		MMG	*in corso di definizione a livello di Az. ULSS*
Diabete/ altre endocrino-patie severe quali morbo di Addison	- Soggetti con diabete di tipo 1 - Soggetti con diabete di tipo 2 che necessitano di almeno 2 farmaci per il diabete o che hanno sviluppato complicanze. - Soggetti con morbo di Addison - Soggetti con panipopituitarismo	**Centri Specialistici**	*22 marzo 2021*
		MMG	*in corso di definizione a livello di Az. ULSS*
Fibrosi cistica	Pazienti da considerare per definizione ad alta fragilità per le implicazioni respiratorie tipiche della patologia di base	**Centri Specialistici**	*22 febbraio 2021*
Insufficienza renale/ patologia renale	Pazienti sottoposti a trattamento dialitico cronico.	**Centri Specialistici**	*22 marzo 2021*
Malattie autoimmuni – immunodeficienze primitive	- Pazienti con grave compromissione polmonare o marcata immunodeficienza* - Pazienti con immunodepressione secondaria a trattamento terapeutico*	**CVP**	*22 marzo 2021*
		Centri Specialistici	*22 marzo 2021*
		MMG	*in corso di definizione a livello di Az. ULSS*
Malattia Epatica	Pazienti con diagnosi di cirrosi epatica.	**CVP**	*22 marzo 2021*
		Centri Specialistici	*22 marzo 2021*
		MMG	*in corso di definizione a livello di Az. ULSS*

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Malattie cerebro-vascolari	- Evento ischemico-emorragico cerebrale che abbia compromesso l'autonomia neurologica e cognitiva del paziente affetto; - Persone che hanno subito uno "stroke" nel 2020 e per gli anni precedenti con ranking maggiore o uguale a 3.	**CVP**	*22 marzo 2021*
		Centri Specialistici	*22 marzo 2021*
		MMG	*in corso di definizione a livello di Az. ULSS*
Patologia oncologica	- Pazienti con patologia tumorale maligna in fase avanzata non in remissione - Pazienti oncologici e onco-ematologici in trattamento con farmaci immunosoppressivi, mielosoppressivi o a meno di 6 mesi dalla sospensione delle cure*.	**Centri Specialistici**	*22 febbraio 2021*
Emoglobinopatie	Pazienti affetti da talassemia e anemia a cellule falciformi.	**CVP**	*22 marzo 2021*
		Centri Specialistici	*22 marzo 2021*
Sindrome di Down	Tutti i pazienti con sindrome di Down in ragione della loro parziale competenza immunologica e della frequente presenza cardiopatie congenite sono da ritenersi fragili	**CVP**	*22 marzo 2021*
		MMG	*in corso di definizione a livello di Az. ULSS*
Trapianto di organo solido e di cellule staminali emopoietiche	- pazienti in lista d'attesa o trapiantati di organo solido * - pazienti in attesa o sottoposti a trapianto (sia autologo che allogenico) di cellule staminali emopoietiche (CSE) dopo i 3 mesi e fino ad un anno, quando viene generalmente sospesa la terapia immunosoppressiva* - pazienti trapiantati di CSE anche dopo il primo anno, nel caso che abbiano sviluppato una malattia del trapianto contro l'ospite cronica, in terapia immunosoppressiva*;	**Centri Specialistici**	*22 febbraio 2021*
Grande obesità	Pazienti con BMI maggiore di 35	**CVP**	*22 marzo 2021*
		Centri Specialistici	*22 marzo 2021*
		MMG	*in corso di definizione a livello di Az. ULSS*
HIV	Pazienti con diagnosi di AIDS o <200 CD4	**Centri Specialistici**	*22 marzo 2021*

** vaccinare anche i conviventi: le Aziende ULSS definiscono con i centri specialistici di riferimento del proprio territorio (presenti presso Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, IOV, altro) le specifiche modalità organizzative.*

Nel caso di minori che rientrano nella definizione di estremamente vulnerabili e che non possono essere vaccinati per mancanza di vaccini indicati per la loro fascia di età, vaccinare i relativi genitori/tutori/affidatari.

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 2. *Disabilità gravi*

CONDIZIONE	DESCRIZIONE	MODALITÀ DI OFFERTA	TEMPI DI AVVIO
Disabilità (fisica, sensoriale, intellettiva, psichica)	Disabili gravi ai sensi della legge 104/1992 art.3 comma 3**	**CVP**	*22 marzo 2021*
		MMG	*in corso di definizione*

*** vaccinare familiari conviventi e caregiver che forniscono assistenza continuativa in forma gratuita o a contratto.*

5.2 Categoria 2 - Persone di età compresa tra 70 e 79 anni

La seconda categoria di priorità viene definita invece sulla base del criterio anagrafico, in quanto questa variabile assume un ruolo preponderante nella valutazione dei fattori di rischio di mortalità associata a COVID-19. Infatti, in questa fascia di età il tasso di letalità di coloro che vengono a essere infettati risulta pari al 10%.

5.3 Categoria 3 - persone di età compresa tra i 60 e i 69 anni

La terza categoria di priorità viene definita ancora sulla base del criterio anagrafico. In questa fascia di età il tasso di letalità di coloro che vengono a essere infettati risulta pari al 3%.

5.4 Categoria 4 - Persone con comorbidità di età <60 anni

Le persone con comorbidità di età <60 anni senza quella connotazione di gravità riportata per la fragilità. La quarta categoria è nuovamente articolata tenendo conto dell'aumentato rischio clinico di persone affette da patologie o situazioni di compromissione immunologica che possono aumentare il rischio di sviluppare forme severe di COVID-19 seppur senza quella connotazione di gravità riportata per le persone fragili. In gran parte, le tipologie di patologie prese in considerazione sono le medesime assunte per le persone estremamente vulnerabili, ma il livello di gravità considerato è inferiore

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 3. ***Aree di patologia (e relativi codici di esenzione) da considerare per la definizione delle persone con comorbidità, di età <60 anni, senza quella connotazione di gravità riportata per l'elevata fragilità***

AREE DI PATOLOGIA
Malattie respiratorie
Malattie cardiocircolatorie
Malattie neurologiche
Diabete/altre endocrinopatie
HIV
Insufficienza renale/patologia renale
Ipertensione arteriosa
Malattie autoimmuni/Immunodeficienze primitive
Malattia epatica
Malattie cerebrovascolari
Patologia oncologica

5.5 Categoria 5 - Popolazione di età <60 anni

La quinta categoria è rappresentata dal resto della popolazione di età inferiore ai 60 anni.

5.6 Altre categorie prioritarie

Vengono considerate prioritari i seguenti setting e categorie e a prescindere dall'età e dalle condizioni patologiche:

Categoria e Setting	Sottocategorie
Personale scolastico e universitario, docente e non docente	
Forze Armate, di Polizia e del soccorso pubblico	Forze Armate, Polizia di Stato, Guardia di Finanza, Capitaneria di Porto, Vigili del Fuoco, Polizia Locale, Protezione Civile.
Servizi penitenziari	Polizia penitenziaria, personale carcerario, detenuti.
Comunità residenziali	Socio-Sanitarie, civili, religiose, etc

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

6. FLUSSI INFORMATIVI

Nell'ambito dei flussi istituiti dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) e in particolare del flusso AVN (Anagrafe Vaccinale Nazionale) istituito con Decreto del Ministero della Salute 17 settembre 2018, da gennaio 2021, come previsto dall'articolo 3 del Decreto-Legge 14 gennaio 2021 n. 2, l'Anagrafe nazionale vaccini tramite i flussi AVC (Anagrafe Vaccinale Covid19) e AVP (Anagrafe Vaccinale Prenotazioni) viene alimentata giornalmente dalle Regioni e Province autonome con i dati relativi alle somministrazioni dei vaccini anti COVID-19, e alle prenotazioni, al fine di monitorare l'attuazione del Piano strategico nazionale di preparazione e di implementazione della strategia vaccinale anti COVID-19.

Per ottemperare al debito informativo dell'Anagrafe Vaccinale anti COVID-19, secondo le specifiche definite dal Ministero della Salute, la Regione del Veneto ha adeguato e configurato opportunamente l'applicativo software denominato SIAVr (Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale regionale). L'applicativo consente di registrare puntualmente tutte le informazioni necessarie alla gestione della campagna vaccinale, sia attraverso un'interfaccia web sia attraverso un'apposita app fruibile dagli operatori, inoltre consente la programmazione delle sedute vaccinali tenendo conto sia dei cicli vaccinali previsti per lo specifico principio attivo del farmaco sia della disponibilità degli ambulatori/centri vaccinali; permette la produzione del certificato vaccinale e la registrazione dell'anamnesi prevaccinale secondo le indicazioni del Ministero della Salute e del flusso informativo verso il Ministero della Salute.

La Regione del Veneto ha adottato varie modalità organizzative al fine di assicurarsi il più alto tasso di adesione possibile alle vaccinazioni inserendo strumenti diversi, dalla chiamata attiva alla prenotazione on-line, alla preadesione assicurandosi lo strumento più efficace anche in riferimento al target della popolazione orientandosi verso una centralizzazione dello strumento laddove ritenuto più adeguato.

I canali che la Regione del Veneto ha messo a disposizione per la produzione del certificato vaccinale oltre alla stampa cartacea da parte dell'operatore, sono il FSEr (Fascicolo Sanitario Elettronico regionale) e l'applicazione mobile "VaccinAZIONI Veneto" che consente tra le altre funzionalità il download dell'attestazione delle vaccinazioni effettuate.

La registrazione puntuale e tempestiva della somministrazione e di tutte le informazioni ad essa correlata, è necessaria sia per l'invio dei flussi con la periodicità dettata dal Ministero della Salute, sia per le funzioni di monitoraggio, strategia e programmazione in capo alla Direzione Prevenzione e Sicurezza Alimentare e Veterinaria, che si avvale di appositi strumenti di supporto di Business Intelligence con la visibilità di dati aggregati standardizzati grazie all'unico strumento di registrazione. Gli strumenti sono inoltre a disposizione delle Aziende Ulss (ognuno per i dati di propria competenza) per le finalità di gestione e organizzazione oltre al monitoraggio sullo stato di avanzamento della campagna vaccinale.

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

APPENDICE 1. PRINCIPALI INDICAZIONI CAMPAGNA DI VACCINAZIONE (GEN-MAR 2021)

- Nota prot. n. 535703 del 16.12.2020: "Campagna di vaccinazione anti-COVID-19 ed avvio della prima giornata di vaccinazione";
- Nota prot. n. 534247 del 16.12.2020: "Campagna di vaccinazione anti-COVID-19: necessità di acquisizione di dispositivi per la conservazione";
- Nota prot. n. 537167 del 17.12.2020: "Campagna di vaccinazione anti-COVID-19 ed avvio della prima giornata di vaccinazione - Aggiornamento";
- Nota prot. n. 539198 del 18.12.2020: "Piano formativo del personale sanitario a supporto della campagna vaccinale per l'infezione da SARS-CoV-2";
- Nota prot. n. 551535 del 28.12.2020: "Chiarimenti in merito all'organizzazione della campagna vaccinale anti-COVID-19 nel contesto delle strutture residenziali per anziani e non autosufficienti";
- Nota prot. n. 4612 del 07.01.2021: "Modulo formativo per il personale sanitario a supporto della campagna vaccinale per l'infezione da SARS-CoV-2: la vaccinazione ed i vaccini anti-COVID";
- Nota prot. n. 4924 del 08.01.2021: Trasmissione della DGR n. 1801 del 22.12.2020 di approvazione del documento recante "Linee di indirizzo per l'organizzazione del piano di vaccinazione anti-COVID-19";
- Nota prot. n. 6127 del 08.01.2021: "Campagna di vaccinazione anti-COVID-19: aggiornamento e avvio della chiamata attiva per la popolazione generale";
- Nota prot. n. 8470 del 11.01.2021: "Trasmissione nota AIFA di specificazione all'uso di 6 dosi per fiala vaccino Pfizer Biontech (COMIRNATY)";
- Nota prot. n. 17575 del 15.01.2020: Trasmissione Circolare del Ministero della Salute prot. 1362 del 14.01.2021 "Aggiornamento vaccini disponibili contro SARS-CoV-2 per la fase 1 e aggiornamento del consenso informato";
- Nota prot. n. 45793 del 01.02.2021: "Campagna di vaccinazione anti-COVID-19, aggiornamento";
- Nota prot. n. 55858 del 05.02.2021: Trasmissione nota AIFA 0012518-03.02.2021 "Sorveglianza postmarketing dei vaccini contro COVID-19. Raccomandazioni AIFA per lo svolgimento di attività di farmacovigilanza omogenee e coordinate a livello nazionale";
- Nota prot. n. 61375 del 09.02.2021: "Campagna di vaccinazione anti-COVID-19: estensione servizi pubblici essenziali";
- Nota prot. n. 68276 del 12.02.2021: "Aggiornamento fase 1.A, fase 1.B e fase 2" e trasmissione Circolare del Ministero della Salute del 9.02.2021 "Aggiornamento vaccini disponibili contro SARS-CoV-2/COVID-19 e chiarimenti sul consenso informato";
- Nota prot. n. 70881 del 15.02.2021: Trasmissione del "Manuale per l'organizzazione di un Centro di Vaccinazione per la Popolazione (CVP)";
- Nota prot. n. 80222 del 19.02.2021: "Avvio vaccinazione soggetti estremamente vulnerabili";
- Nota prot. n. 85637 del 23.02.2021: "Aggiornamento sulle modalità d'uso del vaccino COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA e delle raccomandazioni *ad interim* sui gruppi *target* della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19";
- Nota prot. n. 95444 del 01.03.2021: "Campagna di vaccinazione anti-COVID-19, aggiornamento";
- Nota prot. n. 100799 03.03.2021: "Campagna di vaccinazione anti-COVID-19: vaccinazione personale veterinario";
- Nota prot. n. 100842 del 03.03.2021: "Campagna di vaccinazione anti-COVID-19: vaccinazione personale scolastico e universitario docente e non docente";
- Nota prot. n. 103707 del 04.03.2021: "Vaccinazione dei soggetti che hanno avuto un'infezione da SARS-COV-2";
- Nota prot. n. 105815 del 05.03.2021: "Consegne e somministrazione di vaccini - mese di marzo";

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- Nota prot. n. 108733 del 08.03.2021: Trasmissione Circolare del Ministero della Salute prot. 8811 del 08.03.2021 "Utilizzo del vaccino COVID-19 VACCINE ASTRAZENECA nei soggetti di età superiore ai 65 anni";
- Nota prot. n. 117616 del 11.03.2021: "Campagna vaccinale anti-COVID-19, riorganizzazione delle attività del personale dei Dipartimenti di Prevenzione";
- Nota prot. n. 120044 del 15.03.2021: "URGENTE - sospensione precauzionale del vaccino AstraZeneca".

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

APPENDICE 2. DETTAGLIO CATEGORIE INCLUSE NELLA FASE 1.A

TARGET	DESCRIZIONE
PERSONALE SANITARIO SSR	**MEDICI E DIRIGENTI SANITARI** (Medici, biologi, chimici, fisici, farmacisti, odontoiatri, psicologi, professioni sanitarie, veterinari) **ALTRO PERSONALE SANITARIO** **PROFESSIONI SANITARIE** (area infermieristica e ostetrica, tecnico sanitaria, tecnici di laboratorio, assistenti sanitari e tecnici della prevenzione, tecnica della riabilitazione)
ALTRO PERSONALE DEL SSR	**RUOLO TECNICO** (operatori socio sanitari, ausiliari, operatori tecnici, assistenti tecnici, ecc) **RUOLO AMMINISTRATIVO E PROFESSIONALE** (dirigenti, collaboratori, assistenti e coadiutori amministrativi, biologi, chimici, ingegneri ecc)
ALTRO PERSONALE IN APPALTO	**SERVIZI OSPEDALIERI IN APPALTO** (pulizie, portantini, cucine, sterilizzazione, manutenzioni attrezzature , ecc)
PERSONALE SANITA' PRIVATA	**SANITÀ PRIVATA ACCREDITATA** (medici, infermieri, tecnici sanitari, tecnici della riabilitazione ecc) **ALTRA SANITÀ PRIVATA** (medici, infermieri, tecnici sanitari, tecnici della riabilitazione ecc) **LIBERO- PROFESSIONISTI** (medici, veterinari, psicologi, tecnici sanitari, tecnici della riabilitazione, infermieri, odontoiatri, odontotecnici ecc)
PERSONALE IN CONVENZIONE	**MEDICI E ALTRI PROFESSIONISTI** (MMG, PLS, MCA, emergenze territoriali, veterinari, psicologi,ecc) **TRASPORTO SANITARIO** (dipendenti e volontari di croce rossa, SOGIT, croce verde, ecc)
STRUTTURE RESIDENZIALI	Centri di Servizi, Settore socio-sanitario, RSA e CA per disabili, altre residenzialità (salute mentale, dipendenze, minori), Centri diurni/Centri sollievo (anziani, disabili, salute mentale, dipendenze), Case di riposo per autosufficienti, Comunità educative minori. **OSPITI E OPERATORI SANITARI** (medici, infermieri, fisioterapisti, ecc) **ALTRO PERSONALE** (operatori socio sanitari, amministrativi, animatori, tecnici, ecc)
PERSONE IN FORMAZIONE	**MEDICI** (specializzandi, medici iscritti al corso di formazione specifica in Medicina Generale, CEFORMED, emergenza territoriale, ecc) **STUDENTI** (medicina e chirurgia, professioni sanitarie, ecc)
ALTRO	**FARMACISTI, INFORMATORI SCIENTIFICI, SPECIALISTI DI PRODOTTO**

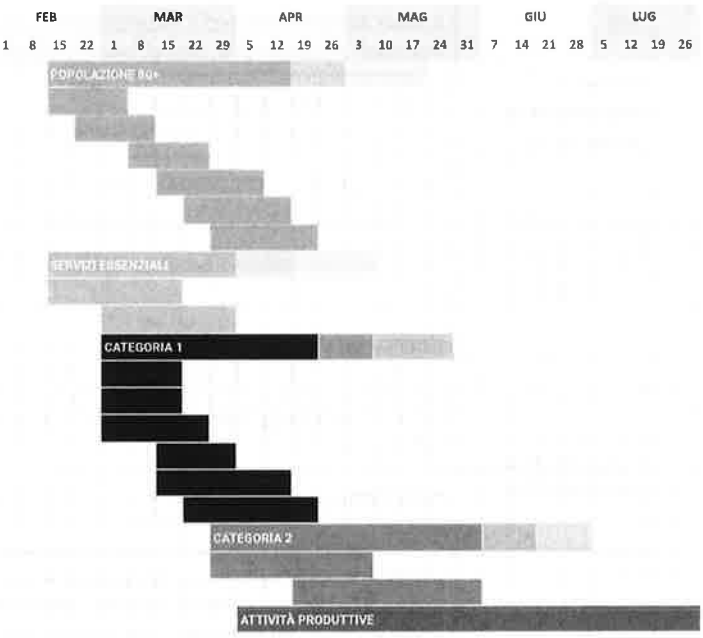
c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

APPENDICE 3. CALENDARIO INDICATIVO PROGRAMMAZIONE OFFERTA VACCINALE (AVVIO DELLE PRIME DOSI)

(aggiornamento 17.03.2021) - Tale programmazione è comunque subordinata alla disponibilità delle dosi di vaccino

POPOLAZIONE TARGET	1° DOSE	VACCINO
POPOLAZIONE 80+		mRNA o Vettore Virale
1941	15 febbraio	mRNA o Vettore Virale
1940	22 febbraio	mRNA o Vettore Virale
1939	8 marzo	mRNA o Vettore Virale
1938 e 1929, 1928, ... 1908	15 marzo	mRNA o Vettore Virale
1937 e 1932, 1931, 1930	22 marzo	mRNA o Vettore Virale
1936, 1935, 1934, 1933	29 marzo	mRNA o Vettore Virale
[illegible]		Vettore Virale
[illegible]	15 febbraio	[illegible]
[illegible]	1 marzo	[illegible]
CATEGORIA 1 [2]		mRNA
Fibrosi Cistica	22 febbraio	mRNA
Trapiantati (o in lista)	22 febbraio	mRNA
Pazienti oncologici	22 febbraio	mRNA
Talassemia e anemia falc.	15 marzo	mRNA
Malattie respiratorie	15 marzo	mRNA
Tutte le altre	22 marzo	mRNA
CATEGORIA 2		mRNA o Vettore Virale
1942-1946	29 marzo	mRNA o Vettore Virale
1947-1951	26 aprile	mRNA o Vettore Virale
ATTIVITÀ PRODUTTIVE [3]	5 aprile	Vettore Virale



[2] *La descrizione di dettaglio della condizione di elevata fragilità è riportata nelle "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti COVID-19 - 10 Marzo 2021"*

[3] *L'attività è disciplinata dalla DGR 280 del 12.03.2021 e le specifiche modalità organizzative e i tempi di avvio sono in corso di definizione, in funzione della disponibilità dei vaccini previsti.*

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

APPENDICE 4. MAPPATURA CENTRI DI VACCINAZIONE PER LA POPOLAZIONE

Si riportano di seguito i Centri di Vaccinazione di Popolazione allestiti dalle Aziende ULSS e attivi, o in corso di attivazione, nel territorio della Regione del Veneto. Si precisa che tale elenco può subire modifiche o integrazioni in base alla pianificazione regionale e dell'Azienda ULSS di riferimento. Sempre sul territorio regionale sono attivi, inoltre, ulteriori Punti Vaccinali, Ambulatori Vaccinali o Punti di Vaccinazione Ospedaliera allestiti ad hoc per specifici target di popolazione (es. elevata fragilità "Categoria 1" o altro) non inclusi nel presente elenco ad ulteriore supporto della rete di offerta vaccinale.

ULSS	COMUNE	SEDE	TIPO DI STRUTTURA
AULSS 1	Belluno	Ospedale San Martino	Drive-in
	Feltre	Loc. Peschiera - ex Marangoni	Drive-in
	Agordo	Piazzale Tamonich	Drive-in
	Tai di Cadore	Piazzale Dolomiti	Drive-in
	Belluno	Paludi	Drive-in
AULSS 2	Villorba	Bocciodromo	altra struttura
	Riese Pio X	Centro culturale Casa Riese	altra struttura
	Godega di Sant'Urbano	Palaingresso della Fiera di Godega	Fiera
	Oderzo	Sala Polifunzionale ex Foro Boario	altra struttura
	Treviso	Centro Anziani	altra struttura
	Treviso	Sala Riunioni Ospedale Ca' Foncello	Ospedale/Poliambulatorio
AULSS 3	Venezia Lido - Pellestrina	Ex Ospedale al Mare	Ospedale/Poliambulatorio
	Venezia Centro storico	Ospedale Civile	Ospedale/Poliambulatorio
	Venezia Mestre	Distretto Favaro	Ospedale/Poliambulatorio
	Marcon	Palazzetto dello Sport	Stadio/Palazzetto/Palestra
	Chioggia	Ospedale Chioggia	Stadio/Palazzetto/Palestra
	Cavarzere	Cittadella della Salute	Ospedale/Poliambulatorio
	Camponogara	Palazzetto Sport	Stadio/Palazzetto/Palestra
	Santa Maria di Sala	Villa Farsetti	altra struttura
	Noale	Ospedale	Ospedale/Poliambulatorio
	Mirano	Palazzetto dello Sport	Stadio/Palazzetto/Palestra
	Dolo	Palazzetto dello Sport	Stadio/Palazzetto/Palestra
AULSS 4	Jesolo	Palainvent	Stadio/Palazzetto/Palestra
	San Donà	Sala convegni via Girardi	altra struttura
	Portogruaro	East Gate Park	altra struttura
AULSS 5	Castelmassa	Mercato Coperto	altra struttura
	Trecenta	Ospedale San Luca	Ospedale/Poliambulatorio
	Lendinara	Palazzetto dello Sport	Stadio/Palazzetto/Palestra
	Rovigo	Censer	Fiera
	Adria	Sala Caponnetto	altra struttura
	Porto Viro	Sala Eracle	altra struttura
	Porto Tolle	Palazzetto dello Sport	Stadio/Palazzetto/Palestra

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

AULSS 6	**Padova**	**Fiera, padiglione n. 6**	**Fiera**
	Piove di Sacco	**Palasport Borgo Rossi**	**Stadio/Palazzetto/Palestra**
	Cittadella	**Palazzetto dello sport**	**Stadio/Palazzetto/Palestra**
	Loreggia	**Palazzetto dello sport**	**Stadio/Palazzetto/Palestra**
	Monselice	**Locali ex ospedale**	**Ospedale/Poliambulatorio**
	Este	**Locali Chiostro degli zoccoli**	**altra struttura**
AULSS 7	Bassano del Grappa	Centro Socio Ricreativo Rondò Brenta	altra struttura
	Bassano del Grappa	Palangarano	Stadio/Palazzetto/Palestra
	Asiago	Unione Montana Reggenza Sette Comuni	altra struttura
	Cassola	Centro Diurno Per Anziani	altra struttura
	Thiene	Padiglione Vanzet	Fiera
	Schio	Palestra comunale via Marconi	Stadio/Palazzetto/Palestra
	Arsiero	Palazzetto dello Sport	Stadio/Palazzetto/Palestra
AULSS 8	**Vicenza**	**Fiera, via oreficeria**	**Fiera**
	Trissino	**Pala Angelo SInicio, via Sauro**	**Stadio/Palazzetto/Palestra**
	Noventa Vicentina	**Struttura Sportiva Polivalente , via frassenara**	**Stadio/Palazzetto/Palestra**
	Valdagno	**Centro Marzotto**	**Stadio/Palazzetto/Palestra**
	Lonigo	**Struttura sportiva polivalente, Viale vittoria**	**Stadio/Palazzetto/Palestra**
AULSS 9	Verona	Fiera - pad 10, via Belgio	Fiera
	San Bonifacio	Palaferroli, Piazzetta Giuseppe Dalli - Cani, 4,	Stadio/Palazzetto/Palestra
	Legnago	Ex OIP, via Pasubio (TEMPORANEA)	Ospedale/Poliambulatorio
	Bussolengo	Bocciodromo, Strada di S. Vittore, 1	Stadio/Palazzetto/Palestra

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

APPENDICE 4. MAPPATURA CENTRI DI VACCINAZIONE PER LA POPOLAZIONE

c24b326c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
X legislatura

Proposta n. 536 / 2020

PUNTO fs / 4 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 17/03/2020

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 344 / DGR del 17/03/2020

OGGETTO:
Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica".

7702c7ba

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Presente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elisa De Berti	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
Segretario verbalizzante	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

X Legislatura

OGGETTO: Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica".

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si intende approvare un Piano di sanità pubblica contenente le indicazioni operative per i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto in relazione all'emergenza COVID- 19 attualmente in corso.
Il presente provvedimento non comporta spese per il bilancio regionale.

Il relatore riferisce quanto segue.

La corrente epidemia da coronavirus denominata COVID-19 è estesa ormai in tutte le Regioni italiane e, considerata l'evoluzione dello scenario epidemiologico, visto il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia stessa nonché l'incremento del numero di casi sul territorio nazionale, si evidenzia la necessità di attuare strategie di sanità pubblica volte a garantire le idonee misure di contenimento, ulteriori rispetto a quelle già adottate.
Pertanto, si ritiene opportuno approvare uno specifico Piano contenente delle indicazioni operative per i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto in relazione all'emergenza COVID-19 aggiuntive rispetto a quelle già fornite con i documenti: "*Procedura regionale Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2)*"; "*Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) – Istruzioni operative per la sorveglianza del personale dei Sistema Sanitario Regionale*"; "*Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) – Indicazioni operative per la tutela della salute negli ambienti di lavoro non sanitari"*.
Nello specifico i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS dovranno adottare un'organizzazione tale da garantire l'attuazione di strategie di sanità pubblica volte al contenimento dell'epidemia in argomento, con l'obiettivo primario ed urgente di interrompere la catena di trasmissione del virus responsabile dell'epidemia.
A tale scopo è stato predisposto il Piano avente ad oggetto "*Epidemia COVID 19: interventi urgenti di sanità pubblica"*.
Nel Piano in parola sono contenute le seguenti strategie:

- individuare tutti i possibili casi sospetti, probabili e confermati;
- effettuare un'approfondita indagine epidemiologica per individuare tutti i possibili contatti di "caso";
- disporre, per tutti i contatti, le misure di quarantena e isolamento domiciliare fiduciario;
- informare i soggetti affetti da COVID-19, e tutti i loro contatti, in merito alle misure igienico-sanitarie e ai comportamenti da adottare per tutelare la salute individuale e collettiva;
- individuare positivi in "categorie di lavoratori dei Servizi Essenziali"
- Screenare tutti i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale, MMG, PLS e Farmacisti, operatori delle Strutture per non autosufficienti.

Il Piano contiene anche le modalità con le quali attuare le strategie citate e le misure consequenziali che vanno poste in essere nei confronti dei soggetti individuati. In particolare, poi, vengono indicati i Laboratori che eseguiranno i test microbiologici per la ricerca diretta di SARS-CoV-2.
Il Piano, nella sua realizzazione, prevede il supporto dell'Azienda Ospedale Università Padova unitamente al Comitato regionale della Croce Rossa Italiana (CRI), sia per l'effettuazione dei tamponi ad alcune categorie di soggetti, sia per l'analisi degli stessi. In prima istanza supporterà l'Azienda ULSS n. 6, Distretto 1 nella realizzazione del Piano, ed è prevista una successiva estensione modulare di supporto ad altre Aziende ULSS del Veneto.

Nello specifico l'U.O.C. di Microbiologia della suddetta Azienda Ospedale Università Padova, Laboratorio regionale di riferimento, effettuerà direttamente i tamponi e relativa diagnostica, in relazione agli operatori impiegati nei Servizi Essenziali, con priorità verso quelli con maggior contatto con la popolazione generale quali gli "addetti" alle casse dei supermercati, Vigili del Fuoco, Forze dell'Ordine, con possibilità di ampliamento al variare dello scenario epidemiologico.
L'Azienda Ospedale Università Padova, per fronteggiare l'emergenza e supportare le Aziende ULSS nella realizzazione del Piano in oggetto, metterà a disposizione i medici tirocinanti e i tecnici di laboratorio del Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche.
Quanto sopra descritto è contenuto nel piano riguardante "*Epidemia COVID -19: interventi urgenti di Sanità Pubblica*" di cui all'**Allegato "A"** al presente atto, che si propone per l'approvazione.
Occorre altresì considerare che le recenti disposizioni normative statali assunte per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 hanno disposto un incremento del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l'anno 2020, in relazione agli interventi previsti dal Decreto-Legge 9 marzo 2020, n. 14 e dal Decreto-Legge 17 marzo 2020, n. 18, assegnando alla Regione del Veneto dei finanziamenti per misure da realizzare nei termini previsti dai medesimi Decreti. In particolare, occorre considerare che l'art. 18 del citato Decreto-Legge 17 marzo 2020, n. 18 stabilisce che le Regioni e gli Enti dei rispettivi Servizi Sanitari Regionali provvedano, sulla contabilità dell'anno 2020, all'apertura di un centro di costo dedicato, contrassegnato dal codice univoco "COV 20", garantendo pertanto una tenuta distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza. Conseguentemente, gli oneri sostenuti dall'Azienda Ospedale Università Padova per l'attuazione delle misure previste dal Piano approvato con il presente atto, dovranno essere contabilizzati in un apposito centro di costo dedicato, per essere successivamente rendicontate ad Azienda Zero, ai fini del riparto delle risorse assegnate per l'emergenza con gli atti sopra citati

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTA la L.R. n. 19 del 25/10/2016;
VISTI l'art. 2, comma 2 e l'art. 4 della L.R. n. 54 del 31/12/2012;
VISTA la L.R. n. 1 del 10/1/1997;
VISTO il Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30 gennaio 2020;
VISTA la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020;
VISTA l'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3/02/2020 e s.m.i.;
VISTO il Decreto del Presidente della Regione del Veneto n. 23 del 21 febbraio 2020;
VISTO il Decreto del Presidente della Regione del Veneto n. 24 del 21 febbraio 2020;
VISTA l'Ordinanza contingibile e urgente n. 1 del 23 febbraio 2020 del Ministro della Salute
di intesa con il Presidente della Regione Veneto;
VISTO il Decreto Legge 23 febbraio 2020, n. 6;
VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 febbraio 2020;
VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 febbraio 2020;
VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° marzo 2020;
VISTO il Decreto Legge 2 marzo 2020, n. 9;
VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 marzo 2020;
VISTO il Decreto Legge 8 marzo 2020, n. 11;
VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 8 marzo 2020;
VISTO il Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14;
VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 9 marzo 2020;
VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 marzo 2020;

VISTO il Decreto Legge 17 marzo 2020, n. 18;

DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrale e sostanziale della presente deliberazione;
2. di approvare il Piano "*Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica*" contenuto nell'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante;
3. di stabilire che l'Azienda Ospedale Università Padova, unitamente al Comitato regionale della Croce Rossa Italiana (CRI), supporterà per la realizzazione del Piano, in prima istanza l'Azienda ULSS n. 6, Distretto 1, sia per l'effettuazione dei tamponi, sia per l'analisi degli stessi. Successivamente tale procedura prevedrà una estensione modulare ad altre Aziende ULSS del Veneto;
4. di stabilire, nello specifico, che l'U.O.C. di Microbiologia dell'Azienda Ospedale Università Padova, Laboratorio regionale di riferimento, effettuerà direttamente i tamponi, con relativa diagnostica, agli operatori impiegati nei Servizi Essenziali, con priorità verso quelli con maggior contatto con la popolazione generale quali gli "addetti" alle casse dei supermercati, Vigili del Fuoco, Forze dell'Ordine, con possibilità di ampliamento al variare dello scenario epidemiologico;
5. di stabilire, ulteriormente, che l'Azienda Ospedale Università Padova, per fronteggiare l'emergenza e supportare le Aziende ULSS nella realizzazione del Piano in oggetto, metterà a disposizione i medici tirocinanti e i tecnici di laboratorio del Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche;
6. di prevedere che per gli oneri sostenuti dell'Azienda Ospedale Università Padova deve essere rispettato quanto espresso in premessa;
7. di incaricare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria all'esecuzione del presente atto;
8. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
f.to - Avv. Mario Caramel -

Piano "Epidemia Covid 19 Interventi Urgenti di Sanità Pubblica"
–
Regione Veneto – Azienda Ospedale Università Padova

Premessa

Al fine di interrompere la circolazione del virus SARS-COV-2 nella popolazione gene*rale si intende avviare un Piano che attraverso l'individuazione di soggetti "positivi"* paucisintomatici ed *asintomatici consenta l'allargamento dell'isolamento domiciliare* fiduciario attorno al caso *"*positivo*"*.

Il Piano sarà attuato dai Dipartimenti di Prevenzione della Regione del Veneto con *la collaborazione dell'*Azienda Ospedale Università Padova e del Comitato Croce Rossa Italiana attraverso il coordinamento della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto.

Obiettivo Generale

Interrompere la catena di trasmissione del virus responsabile di COVID-19.

Obiettivi Specifici:

- individuare tutti i possibili casi sospetti, probabili e confermati;
- disporre, per tutti i contatti, le misure di quarantena e isolamento domiciliare fiduciario;
- rimodulare l'attività dei Dipartimenti di Prevenzione a sostegno dell'emergenza COVID-19;
- screenare tutti i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale (SSR), MMG, PLS e Farmacisti, operatori delle Strutture per non autosufficienti al fine di potenziare la sicurezza degli stessi e degli assistiti;
- individuare positivi in "categorie di lavoratori dei Servizi Essenziali".

Strategia:

Dalla ricerca puntuale e sistematica di tutti i casi confermati, sarà possibile per i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dei Dipartimenti di Prevenzione avviare le conseguenti inchieste epidemiologiche ed intervenire con le disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena.
Al fine di individuare un maggior numero di soggetti positivi, sarà necessario effettuare un numero più elevato di saggi diagnostici con tampone naso-faringeo.

I primi soggetti da screenare saranno i contatti di caso famigliari, lavorativi, sociali/occasionali e anche Medici e operatori del Sistema Sanitario Regionale (SSR) oltre che delle Farmacie e delle Strutture per non autosufficienti con criterio di contatto e di geolocalizzazione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Potranno pertanto esserci tamponi effettuati a seguito di indagine epidemiologica condotta dal SISP e/o su attivazione di Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta o Medici Specialisti.

Il Piano sarà portato avanti secondo **le seguenti modalità**:

A. Popolazione target:

- soggetti potenzialmente collegati ad un cluster o comunque esposti a contagio (contatti famigliari, lavorativi o sociali/occasionali di casi sospetti o confermati) che sono stati o possono essere stati a contatto con un caso confermato o probabile di COVID-19, focalizzando la ricerca degli stessi con particolare attenzione alle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso;
- dipendenti del SSR, MMG, PLS e Farmacisti, operatori delle Strutture per non autosufficienti
- alcune categorie di lavoratori dei "Servizi Essenziali" con priorità verso quelli con maggiore contatto con la popolazione generale, iniziando pertanto con gli "Addetti" alle casse dei centri commerciali, Vigili del Fuoco e Forze dell'Ordine, con possibilità di ampliamento al variare dello scenario epidemiologico.

B. Formulazione delle richieste:

- le richieste saranno formulate dai MMG/PLS corredate dalle opportune informazioni e trasmesse alla COT dell'Azienda ULSS di riferimento, oppure da altri medici specialisti che provvederanno a segnalarle al SISP o alla COT secondo organizzazione locale;
- la COT e il SISP provvederanno a comunicare la lista alla struttura individuata per l'esecuzione.
- Per le categorie dei Servizi Essenziali saranno formulate delle liste in accordo con le Ulss di afferenza territoriale.

C. Effettuazione dei tamponi

Andranno individuati

- Centri di Effettuazione Tamponi sul territorio per i soggetti che sono stati individuati come contatti famigliari, lavorativi o sociali/occasionali di casi sospetti o confermati.

- Centri di Effettuazione Tamponi sul territorio per i soggetti appartenenti ad alcune categorie di lavoratori dei Servizi Essenziali che verranno screenati dall'Azienda Ospedale Università Padova, per la logistica coordinati dal Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastoenterologiche e per la diagnostica di laboratorio dal. UO.C. di Microbiologia e dalla microbiologia di Chimica Clinica.

- Per i casi individuati in cui si richiede effettuazione a domicilio, questa avverrà con il coinvolgimento dell'ADI o di altre strutture quali la CRI o volontari di altre associazioni opportunamente organizzate e formate, e comunque previo accordo con la Direzione Sanitaria dell'Azienda ULSS di riferimento.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- l'Azienda Ospedale Università Padova fornirà supporto per la realizzazione delle attività di tale Piano al Distretto 1 dell'Azienda ULSS 6 Euganea, e con estensione modulare agli altri ambiti distrettuali delle Aziende ULSS della Regione.

D. Indicazioni per i soggetti individuati

- Il soggetto se sintomatico deve permanere a casa fino all'effettuazione del tampone e fino alla comunicazione dell'esito in quanto le disposizioni regionali dispongono la quarantena/isolamento domiciliare fiduciario di persona considerata "contatto stretto" o "contatto non stretto" di caso sospetto.
- Per il contatto non stretto asintomatico si può valutare tampone non domiciliare.

Inchiesta epidemiologica

Per ogni caso sospetto, probabile e confermato, i SISP provvedono ad effettuare un'accurata indagine epidemiologica procedendo per centri concentrici ed allargando, per ogni singolo caso, la ricerca all'individuazione oltre che di tutti i possibili contatti "stretti" (familiari e lavorativi) anche di tutti i contatti sociali/occasionali (anche definiti come "non stretti" o a basso rischio). E' necessario che all'interno del Dipartimento di Prevenzione venga definita un Unità ad hoc, supportata anche da altri Servizi dell'Azienda, che possa garantire l'effettuazione a domicilio di tamponi anche di soggetti paucisintomatici o momentaneamente asintomatici che possono comunque essere potenzialmente collegati ad un cluster.

Misure di quarantena e isolamento domiciliare fiduciario

Tutti i contatti individuati dovranno essere posti in isolamento domiciliare fiduciario (soggetto sintomatico) o in quarantena (soggetto asintomatico). È opportuno che tutto il nucleo famigliare venga posto in isolamento domiciliare fiduciario, in quanto di frequente si possono verificare casi secondari tra i famigliari. Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al Medico di Medicina Generale in cui si dichiara che per motivi di sanità pubblica il soggetto è stato posto in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario, specificando la data di inizio e fine.

Deve essere sempre comunicato al soggetto interessato che, come previsto dal DPCM del 8.3.2020, è fatto "divieto assoluto di mobilità dalla propria abitazione o dimora per i soggetti sottoposti alla misura della quarantena ovvero risultati positivi al virus."

Deve essere effettuata la "sorveglianza attiva" per tutti i soggetti posti in isolamento (o quarantena) con contatto telefonico giornaliero o con altre modalità rispondenti alle finalità della sorveglianza anche con il supporto del Servizio di Telemedicina e Tele assistenza (TeSAN).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Flussi informativi

- La COT deve trasmettere la lista dei soggetti già fruibile con i dati anagrafici e le informazioni necessarie agli operatori incaricati dell'effettuazione dei tamponi.
- Tutti gli operatori adibiti al prelievo saranno abilitati all'applicativo software centralizzato denominato "Screening RVE" opportunamente configurato per il COVID 19.
- Il software prevedrà la possibilità di inserire una nuova richiesta completa dei dati anagrafici e permetterà di stampare le etichette da apporre ai test.
- Gli operatori saranno quindi dotati di portatile con connessione internet e stampante/lettore barcode per poter effettuare sia la richiesta, sia l'accettazione dei campioni nei punti di prelievo previsto.
- Attraverso l'interoperabilità, i Dipartimentali LIS dei Laboratori di Microbiologia progressivamente, avranno a disposizione i campioni accettati da refertare.
- È necessario venga garantita tempestivamente l'informazione di ritorno sull'esito dei tamponi sia al MMG/PLS e SISP oltre che alla COT. La COT garantisce la tracciabilità dell'avvenuta esecuzione dei tamponi.

Laboratori

Si elencano di seguito i laboratori che sono stati individuati per la diagnostica. Resta inteso che i Laboratori dell'Azienda Ospedale Università Padova si impegnano ad effettuare i tamponi sui soggetti dei Servizi Essenziali e a supportare le altre Aziende Ulss. La realizzazione di tale attività prevede il potenziamento e/o la costruzione di moduli operativi che coprono ciascuno le diverse province del Veneto. Nel caso di Padova il modulo operativo sarà realizzato incrementando la capacità della U.O.C. di Microbiologia dell'Azienda Ospedale Università Padova da circa 1500 a 3500 campioni al giorno.

I test microbiologici per la ricerca diretta di SARS-CoV-2 sono effettuati presso i laboratori di:

- Azienda Ospedale Università Padova UOC Microbiologia (Laboratorio Regionale di Riferimento, LRR),
- Azienda Ospedale Università Padova Microbiologia di Chimica Clinica
- Azienda Universitaria Integrata di Verona,
- ULSS 1 Dolomiti (Microbiologia Belluno)
- ULSS 2 Marca Trevigiana (Microbiologia a Treviso),
- ULSS 3 Serenissima (Microbiologia a Mestre),
- ULSS 4 Veneto Orientale (effettuazione dei test in fase di implementazione)
- ULSS 5 Polesana (Microbiologia Rovigo) (in via di implementazione)
- ULSS 6 Euganea (Ospedali Riuniti Padova Sud – Microbiologia di Schiavonia)
- ULSS 8 Berica (Microbiologia Vicenza),

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- ULSS 9 Scaligera (Laboratorio analisi di Legnago, Laboratorio Analisi di San Bonifacio, Laboratorio di Villafranca)
- IRCCS per le Malattie infettive e tropicali Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar.
- IZS delle Venezia di Legnaro (PD).

Tutti i Laboratori dovranno potenziare la loro operatività e contrassegnare con codici condivisi e riconoscibili i campioni degli operatori sanitari, quelli della popolazione generale e quelli degli appartenenti alle categorie dei servizi essenziali.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale
X legislatura

Proposta n. 1566 / 2020

PUNTO 39 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 06/08/2020

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1104 / DGR del 06/08/2020

OGGETTO:
Approvazione del nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020.

6d730ace

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Presente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elisa De Berti	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
Vicesegretario verbalizzante	Stefania Zattarin	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

6d730ace

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

OGGETTO: Approvazione del nuovo Piano "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si intende approvare il nuovo Piano di "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening" e procedere contestualmente alla modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020.
Il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale.

Il relatore riferisce quanto segue.

Con la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 la Giunta Regionale ha approvato uno specifico Piano, denominato "Epidemia COVID 19: interventi urgenti di sanità pubblica", contenente le indicazioni operative garantite sotto il coordinamento dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto, in relazione all'emergenza COVID-19.

Le indicazioni contenute nel suddetto Piano erano aggiuntive rispetto a quelle già fornite con i documenti "Procedura regionale Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2)", "Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) - Istruzioni operative per la sorveglianza del personale dei Sistema Sanitario Regionale" e "Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) - Indicazioni operative per la tutela della salute negli ambienti di lavoro non sanitari".

Successivamente, con nota prot. n. 247521 del 23/06/2020, la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha fornito nuove indicazioni rispetto al Piano di cui alla citata D.G.R. n. 344/2020, al fine di adattare le stesse allo scenario epidemiologico in continua evoluzione.

Con l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 64 del 06/07/2020 sono state adottate misure di adeguamento delle restrizioni disposte con precedenti provvedimenti per il contenimento e la gestione dell'emergenza da virus COVID-19.

Inoltre, con note regionali sono state fornite specifiche indicazioni per l'esecuzione del tampone di ricerca SARS-CoV-2 nel personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili, di ritorno dall'estero e, in generale, nel personale sanitario di rientro dall'estero.

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dei risultati degli screening sin qui condotti, anche nelle categorie di lavoratori elencate nella citata D.G.R. n. 344/2020, che evidenziano un aumento della circolazione di SARS-CoV-2 in specifici contesti, e alla luce del Decreto-legge n. 83 del 30/07/2020, con il quale è stato prorogato lo stato di emergenza fino al 15/10/2020, si ritiene necessario integrare e modificare il suddetto Piano, al fine di monitorare e tenere sotto controllo la circolazione del virus responsabile della diffusione del COVID-19 e di intercettare tutti i possibili nuovi focolai.

Alla luce del citato Decreto-legge n. 83/2020, nella Regione del Veneto con l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 81 del 31/07/2020 è stata prorogata fino al 15/10/2020 l'efficacia del citata Ordinanza n. 64/2020, oltre che delle precedenti Ordinanze regionali n. 59 del 13/06/2020, n. 63 del 26/06/2020.

Pertanto, con la presente delibera si ritiene di disporre l'aggiornamento delle azioni del Piano di cui alla D.G.R. n. 344 del 17/03/2020, mediante l'approvazione di un nuovo Piano, denominato "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening", elaborato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria,

098cae6b

acquisito il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 di cui alla D.G.R. n. 269 del 02/03/2020, e contenuto all'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

Tra le misure che sono previste nel nuovo Piano, sono di particolare rilevanza quelle volte al rafforzamento delle attività di *contact tracing*, all'aggiornamento delle indicazioni sullo screening in alcune categorie di persone (in particolare sulle persone che assistono soggetti disabili e /o fragili) e allo studio di un sistema di *early warning* da attivare in vista della prossima stagione autunnale.

La strategia alla base delle suddette misure è quella di intercettare precocemente eventuali nuovi casi in contesti con presenza di soggetti vulnerabili ed attivare la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio.

Il nuovo Piano, nella sua realizzazione, sarà attuato dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto, con il supporto, ove possibile, dell'Azienda Ospedale Università di Padova e del Comitato regionale della Croce Rossa Italiana, con il coordinamento della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto.

La Scuola di Medicina e i Dipartimenti dell'Università di Padova metteranno a disposizione medici tirocinanti e ove necessario tecnici di laboratorio, allo scopo di supportare le Aziende ULSS nella realizzazione del Piano.

Si elencano di seguito le categorie per le quali si raccomanda l'esecuzione di un saggio diagnostico per la ricerca di SARS-CoV-2 (test di biologia molecolare o test diagnostico rapido) o di un test sierologico rapido con finalità di screening:

A. pazienti che accedono al Pronto Soccorso, o agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19, nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati;

B. ospiti e operatori a diretto contatto con gli ospiti di strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti, con particolare attenzione nel caso di operatori che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;

C. operatori sanitari impiegati presso le strutture del servizio sanitario regionale, con particolare attenzione nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;

D. personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive;

E. ospiti ed operatori dei centri di accoglienza per migranti;

F. soggetti che fanno ingresso nel territorio della Regione del Veneto e che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero rientranti nelle categorie di seguito elencate:

a. operatori (es. badanti) che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti;

b. tutti i lavoratori che si sono recati all'estero per trasferte di lavoro di durata fino a 120 ore (5 giorni), per i quali è prevista un'eccezione all'obbligo di quarantena ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rientro dall'estero;

c. lavoratori stagionali del settore agricolo;

d. persone che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) in Romania o Bulgaria e che fanno ingresso nel territorio regionale attraverso trasporto di linea terrestre;

G. gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, su valutazione dell'Azienda ULSS.

Allo stato attuale delle conoscenze è comunque raccomandata, in caso di positività del test diagnostico rapido, così come per il test sierologico rapido, la conferma tramite esecuzione di un test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2.

Inoltre, in considerazione di eventuali focolai identificati in specifici gruppi di popolazione, il nuovo Piano prevede la possibilità che le Aziende ULSS del Veneto possano valutare l'avvio di ulteriori indagini su gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, definendo la tipologia di test da utilizzare e la relativa frequenza, comunicando l'estensione delle attività di screening alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto e provvedendo a garantire per tutti i test effettuati, in accordo con Azienda Zero, la registrazione sui sistemi informativi regionali anche del dato della specifica categoria target di popolazione individuata e sottoposta a screening, nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela dei dati personali.

Si dà atto che il contenuto del Piano "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening" potrà essere ulteriormente rimodulato al variare dell'attuale scenario epidemiologico.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il Decreto-legge n. 83 del 30/07/2020;
VISTO il Regolamento UE 2016/679 e il D.lgs. 196/2003, come modificato e integrato dal D.lgs. n. 101/2018;
VISTA la L.R. n. 19 del 25/10/2016;
VISTI l'art. 2, comma 2 e l'art. 4 della L.R. n. 54 del 31/12/2012;
VISTA la L.R. n. 1 del 10/1/1997;
VISTO il Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30 gennaio 2020;
VISTA la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020;
VISTA l'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3/02/2020 e s.m.i.;
VISTE l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 59 del 13/06/2020, l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 63 del 26/06/2020, l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 64 del 06/07/2020, l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 81 del 31/07/2020;
VISTO il Decreto del Presidente della Regione del Veneto n. 23 del 21 febbraio 2020;
VISTO il Decreto del Presidente della Regione del Veneto n. 24 del 21 febbraio 2020;
VISTA l'Ordinanza contingibile e urgente n. 1 del 23 febbraio 2020 del Ministro della Salute di intesa con il Presidente della Regione Veneto;
VISTE la D.G.R. n. 269 del 02/03/2020, la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020;

098cae6b

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrale e sostanziale della presente deliberazione;

2. di approvare il nuovo Piano "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening", a modifica del precedente contenuto nella D.G.R. n. 344 del 17/03/2020, elaborato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e contenuto all'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

3. di dare atto che il contenuto del Piano "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening" potrà essere ulteriormente rimodulato al variare dell'attuale scenario epidemiologico;

4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;

5. di incaricare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria all'esecuzione del presente atto;

6. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

IL VERBALIZZANTE
Vicesegretario della Giunta Regionale
ai sensi della DGR 1217/2015
Dott.ssa Stefania Zattarin

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening

(DGR 344/2020 e successive modifiche ed integrazioni)

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

e86d13df

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

PREMESSA

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dei risultati delle attività di screening fin qui condotte, che evidenziano un aumento della circolazione di SARS-CoV-2 in specifici contesti, si propone un aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica. Il seguente aggiornamento evidenzia tre elementi cardine della strategia regionale per la "fase 3": rafforzamento delle attività di *contact tracing* di ricerca della circolazione virale in tutti i contatti a rischio, aggiornamento delle indicazioni sullo screening in alcune categorie di persone, studio di un sistema di *early warning* da attivare in vista della prossima stagione autunnale.

OBIETTIVO GENERALE

Mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19, intercettando ed isolando tutti i possibili nuovi focolai.

STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

1. individuare tutti i possibili casi sospetti, probabili e confermati e disporre le adeguate misure di isolamento domiciliare fiduciario;
2. intercettare tutti i possibili contatti a rischio (*contact tracing*), seguirli in sorveglianza attiva e disporre le misure di quarantena;
3. focalizzare le attività di screening in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria e/o di importazione di casi dall'estero;
4. implementazione di un sistema di allerta precoce (*early warning*) per la ricerca anche di casi asintomatici per monitorare la circolazione virale.

1. INDIVIDUARE E TRACCIARE TUTTI I CASI SOSPETTI E CONFERMATI

La ricerca di tutti i possibili soggetti con sintomi compatibili, o comunque sospetti di COVID-19, deve essere sempre condotta in stretta sinergia tra tutti gli operatori sanitari che pongono il sospetto clinico e il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, che dovrà sempre essere informato anche del caso sospetto. Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ha un ruolo fondamentale nell'avviare le opportune azioni di sanità pubblica in sinergia con gli altri servizi e operatori coinvolti. In accordo con tale strategia e con le indicazioni ministeriali[1] e regionali, tutti i casi sospetti per COVID-19 richiedono l'esecuzione del test diagnostico.

[1] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7922 del 9.03.2020 "COVID-2019. Aggiornamento della definizione di caso" e successive modifiche. Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico: 1) Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse, difficoltà respiratoria) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in aree in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi. 2) Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi. 3) Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) e che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica. Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel Pronto Soccorso ospedaliero, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o Paese è stata segnalata trasmissione locale.*

e86d13df

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

2. CONTACT TRACING E GESTIONE DEI CONTATTI

Il *contact tracing* rappresenta una misura essenziale di sanità pubblica per contrastare la diffusione dell'epidemia di COVID-19. In linea con quanto esplicitato dalle Circolari Ministeriali e quanto già previsto nella DGR 344 del 17.3.2020, è opportuno, ancor più nello scenario attuale, che le indagini epidemiologiche dei nuovi casi positivi vengano estese, oltre ai contatti stretti (ad alto rischio), anche ad altri contatti sociali/occasionali (anche definiti a rischio basso).

A seguito di ogni caso confermato, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica proseguiranno le attività di indagine epidemiologica tempestiva e puntuale.

- **Contatti stretti (sintomatici e asintomatici)**: vengono posti in quarantena e sottoposti a test di biologia molecolare all'inizio della sorveglianza e successivamente ripetuto al termine del periodo di quarantena.
- **Contatti occasionali sintomatici**: vengono posti in quarantena e sottoposti a test di biologia molecolare all'inizio della sorveglianza.
- **Contatti occasionali asintomatici**: l'operatore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica valuta, sulla base del tipo di contatto se raccomandare l'automonitoraggio riprendendo la normale vita di comunità o predisporre la quarantena con eventuale esecuzione del test di biologia molecolare; per i casi posti in isolamento, sulla base della valutazione del rischio, dovrà essere effettuato il test di biologia molecolare la termine della quarantena.

3. SCREENING PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

Le attività di screening previste dalla DGR 344/2020 (e successive modifiche e integrazioni) saranno rimodulate, come di seguito specificato, in considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, riservandosi la possibilità di rimodularne l'offerta in relazione alle future evoluzioni dello stesso.

Il Piano, nella sua realizzazione, sarà attuato dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS e prevede, ove possibile, il supporto dell'Azienda Ospedale Università di Padova unitamente al Comitato regionale della Croce Rossa Italiana, attraverso il coordinamento della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto. La Scuola di Medicina e i Dipartimenti dell'Università di Padova metteranno a disposizione medici tirocinanti e ove necessario tecnici di laboratorio, allo scopo di supportare le Aziende ULSS nella realizzazione del Piano.

La nuova strategia prevede l'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria e/o di importazione di casi dall'estero, e le conseguenti azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio. Si raccomanda l'esecuzione di un s**aggio diagnostico per la ricerca di SARS-CoV-2 (test di biologia molecolare o test diagnostico rapido) o di un test sierologico rapido** con finalità di screening nelle seguenti categorie:

A. pazienti che accedono al Pronto Soccorso, o agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19, nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati;
B. ospiti e operatori a diretto contatto con gli ospiti di strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti, con particolare attenzione nel caso di operatori che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;

C. operatori sanitari impiegati presso le strutture del servizio sanitario regionale, con particolare attenzione nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;
D. personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive;
E. ospiti ed operatori dei centri di accoglienza per migranti;
F. soggetti che fanno ingresso nel territorio della Regione del Veneto e che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero rientranti nelle categorie di seguito elencate:
    a. operatori (es. badanti) che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti;
    b. tutti i lavoratori che si sono recati all'estero per trasferte di lavoro di durata fino a 120 ore (5 giorni), per i quali è prevista un'eccezione all'obbligo di quarantena ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rientro dall'estero;
    c. lavoratori stagionali del settore agricolo;
    d. persone che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) in Romania o Bulgaria e che fanno ingresso nel territorio regionale attraverso trasporto di linea terrestre;
G. gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, su valutazione dell'Azienda ULSS.

Si forniscono di seguito le indicazioni specifiche per le categorie individuate.

A. Pazienti che accedono al Pronto Soccorso, o agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19, nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati.

Tenendo conto delle disposizioni di cui alle *Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 – COVID-19* si raccomanda l'esecuzione del **test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo** per i pazienti che accedono al Pronto Soccorso in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19 nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati (prot. n. 170839 del 28.04.2020).

Come già riportato nel presente documento, al fine di individuare tutti i possibili casi di COVID-19, in accordo con tale strategia e con le indicazioni ministeriali e regionali, tutti i casi sospetti per COVID-19 richiedono l'esecuzione del test diagnostico.

B. Ospiti e operatori a diretto contatto con gli ospiti di strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti, con particolare attenzione nel caso di operatori che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

In relazione alle disposizioni di cui alle *Linee di indirizzo per le Strutture residenziali extra-ospedaliere* trasmesse con nota prot. n. 207292 del 26.05.2020, si conferma l'opportunità di effettuare, prima dell'accoglimento definitivo di un nuovo ospite, un tampone rinofaringeo al momento dell'accesso e a distanza di 14 giorni, dopo un periodo di osservazione in un modulo di accoglienza temporanea.

Per la ripetizione dei test sugli operatori e gli ospiti residenti, si prevede l'esecuzione del **test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo ogni 30 giorni**, fermo restando la possibilità di incrementare tale frequenza in presenza di nuovi casi. Qualora si riscontrasse un caso positivo per SARS-CoV-2 non precedentemente noto all'interno della struttura, dopo aver effettuato un'accurata indagine epidemiologica per identificare rapidamente i focolai e garantire adeguate misure di contenimento, e dopo aver offerto il test ai residenti e agli operatori sanitari coinvolti, si può valutare l'opportunità di anticipare lo screening di tutti gli ospiti ed operatori, e di ripeterlo temporaneamente a cadenza inferiore.
Particolare attenzione va posta nel caso di operatori sanitari che prestano servizio presso strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti. **In questo caso è raccomandata l'effettuazione di un test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo all'arrivo e un secondo a distanza di 5-7 giorni e, comunque, prima della conclusione della quarantena quando prevista.** A tal proposito, si raccomanda agli operatori sanitari che soggiornano all'estero di comunicare suddetto soggiorno alla loro Azienda di riferimento in modo che possa essere opportunamente organizzato lo screening, secondo le modalità sopracitate, al loro rientro nel territorio regionale.

C. **Operatori sanitari impiegati presso le strutture del servizio sanitario regionale, con particolare attenzione nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalle motivazioni del soggiorno all'estero.**

Si raccomanda di avviare un'attività di screening allargata a seguito del riscontro di un caso positivo di COVID-19 non precedentemente noto all'interno della struttura sanitaria o che ha frequentato un servizio o struttura ambulatoriale. In tale contesto si raccomanda di adottare una strategia di *contact tracing* che consideri tutti gli operatori potenzialmente venuti a contatto con il predetto caso in modo da sottoporli a tampone rinofaringeo (inclusi tutti i contatti occasionali e indipendentemente dall'utilizzo di dispositivi di protezione o dispositivi medici). Tale indagine, a cura della Direzione Sanitaria con il supporto del servizio del Medico Competente o di altro servizio sulla base dell'organizzazione aziendale, potrà essere estesa a seconda delle necessità e sarà compito dei sopracitati servizi stabilire le tempistiche di eventuali test diagnostici aggiuntivi per il personale coinvolto.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Si prevede l'esecuzione del **test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo ogni 30 giorni** agli operatori sanitari delle Unità Operative coinvolte principalmente nell'assistenza di pazienti COVID-19 o nell'assistenza di pazienti con condizione di particolare fragilità, che possano predisporre a forme di malattia complicata quali: terapia intensiva, malattie infettive, geriatria, lungodegenza, USCA, MMG, PLS, medici delle commissioni invalidi (es. medici Inps, medici legali, medici di categoria, ecc.), o altri individuati dalla singola Azienda ULSS. Organizzando l'effettuazione dei test in modo asincrono all'interno delle strutture ospedaliere, si può garantire un continuo monitoraggio dell'eventuale circolazione virale.

Particolare attenzione va posta nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti. **In questo caso è raccomandata l'effettuazione di un test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo all'arrivo e un secondo a distanza di 5-7 giorni e, comunque, prima della conclusione della quarantena quando prevista.** A tal proposito, si raccomanda agli operatori sanitari che soggiornano all'estero di comunicare suddetto soggiorno alla loro Azienda di riferimento in modo che possa essere opportunamente organizzato lo screening, secondo le modalità sopracitate, al loro rientro nel territorio regionale.

D. **Personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive.**

Con particolare riferimento agli individui affetti da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive, in considerazione dell'oggettiva difficoltà del personale e del disabile al mantenimento di idonei dispositivi di protezione individuale e comunque di mascherine a protezione delle vie respiratorie, nel contesto delle attività assistenziali e tenuto conto della fragilità degli individui assistiti, si raccomanda l'esecuzione di un **tampone rinofaringeo con test di biologia molecolare o test diagnostico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 ogni 30 giorni per gli operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa.** La periodicità di tale test diagnostico può eventualmente variare a discrezione delle valutazioni dell'Azienda ULSS territorialmente competente.

E. **Ospiti e operatori dei centri di accoglienza per migranti.**

Alla luce del quadro epidemiologico nazionale ed internazionale che ha evidenziato la presenza di alcuni focolai all'interno dei centri di accoglienza, e in considerazione della maggior facilità di rapida trasmissione virale in questi contesti, in accordo con le raccomandazioni dei maggiori organismi internazionali (OMS, ECDC), appare necessario procedere ad aggiornare gli strumenti messi in atto per contrastare l'epidemia COVID-19 e per prevenire l'insorgenza di nuovi focolai sul territorio regionale.

Pertanto si raccomanda di sottoporre gli ospiti e operatori di tali strutture a **test di biologia molecolare o test diagnostico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2**. L'eventuale ripetizione

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

del test dovrà essere valutata dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica in funzione degli esiti del primo screening e della situazione epidemiologica locale. Si rafforza, altresì, la raccomandazione al rispetto di tutte le misure igienico-sanitarie per il contenimento del rischio di diffusione di SARS-CoV-2 (es. utilizzo corretto della mascherina a protezione delle vie aeree, igiene delle mani, igiene respiratoria, distanziamento interpersonale, automonitoraggio delle condizioni cliniche, ecc.) prevedendo attività specifiche in considerazione della peculiarità di tale contesto.

F. **Soggetti che fanno ingresso nel territorio della Regione del Veneto e che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero rientranti nelle categorie di seguito elencate:**
   a. soggetti **(es. badanti)** che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti;
   b. **lavoratori che si sono recati all'estero per trasferte di lavoro di durata fino a 120 ore (5 giorni)**, per i quali è prevista un'eccezione all'obbligo di quarantena ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rientro dall'estero;
   c. **lavoratori stagionali del settore agricolo;**
   d. **persone** che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) in **Romania o Bulgaria e che fanno ingresso nel territorio regionale attraverso trasporto di linea terrestre.**

Quando sopra specificato trova riscontro nel modificato scenario epidemiologico che evidenzia un'attuale contenuta circolazione virale nel territorio italiano ma, in considerazione delle riaperture dei confini nazionali, risulta necessario aggiornare gli strumenti messi in atto per prevenire l'insorgenza di nuovi focolai di importazione sul territorio regionale, correlati all'arrivo e al rientro in Italia di soggetti potenzialmente infetti. L'attuale scenario epidemiologico internazionale, in continua evoluzione, si caratterizza per l'eterogeneità dei dati di prevalenza e incidenza e delle azioni messe in atto per contrastare la diffusione di SARS-CoV-2 (es. lockdown, disponibilità e utilizzo dei test diagnostici, utilizzo delle mascherine, distanziamento interpersonale, ecc.).

Pertanto, è necessario porre particolare attenzione a quelle categorie di viaggiatori che fanno ingresso in Italia e per le quali non è previsto o risulta di più difficile attuazione il rispetto sia dell'obbligo di segnalazione al Dipartimento di Prevenzione, previsto dal DPCM 11 giugno 2020 ai fini dell'isolamento fiduciario e della sorveglianza, sia delle misure igienico-sanitarie e di distanziamento sociale volte al contrasto della diffusione virale, in considerazione delle specifiche condizioni lavorative, abitative e sociali (es. promiscuità abitativa, marginalità sociale, lavoratori stagionali, lavoratori impegnati in attività di assistenza di soggetti anziani e/o fragili, possibili barriere di accesso all'assistenza sanitaria, ecc.).

Tale approccio, da attuare sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione territorialmente competenti, necessita di una efficace collaborazione tra i diversi attori coinvolti che, a vario titolo, possono favorire l'applicazione delle presenti raccomandazioni. Un ruolo fondamentale in tale strategia è svolto dal Datore di Lavoro, che dovrà favorire e raccomandare il rispetto delle indicazioni fornite nazionali e regionali, anche in

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

considerazione della tutela della salute degli altri dipendenti. In questo contesto risulta fondamentale il ruolo delle parti sociali, sia delle Associazioni datoriali che sindacali, che potranno rafforzare la consapevolezza e la collaborazione dei Datori di Lavoro e dei lavoratori, con particolare riferimento all'obbligo di isolamento fiduciario, di cui al DPCM 11 giugno 2020, prima del rientro al lavoro, secondo il principio che vede la tutela della salute pubblica realizzarsi anche nei luoghi di lavoro a tutela della salute del cittadino-lavoratore. I Servizi di Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro potranno ricercare la predetta collaborazione anche nell'ambito delle attività del Comitato di coordinamento art. 7 DLgs 81/08, individuando peraltro i settori merceologici cui prioritariamente indirizzare attenzione (a titolo di esempio l'agricoltura e la manodopera stagionale proveniente da Paesi ad incidenza elevata di rischio di contagio, la logistica e o altri settori a maggior rischio anche per la presenza contemporanea di più imprese), e raccordando la loro azione con quella dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica.

Si ritiene, infine, opportuno rafforzare le azioni di collaborazione tra i soggetti coinvolti al fine di promuovere il rispetto dell'obbligo di notifica, previsto dal DPCM 11 giugno 2020, ai Dipartimenti di Prevenzione territorialmente competenti.

Pertanto si raccomanda, **nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di rientro dall'estero**, di sottoporre a test di screening:

- **le categorie di cui ai punti a. e b. attraverso test di biologia molecolare o test diagnostico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2** all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni e, comunque, prima della conclusione della quarantena quando prevista;
- **le categorie di cui ai punti c. e d. attraverso test sierologico rapido o test diagnostico rapido** all'arrivo e, in caso di positività, tampone rinofaringeo per la ricerca diretta di SARS-CoV-2.

In attesa di refertazione dei saggi diagnostici e di screening, si raccomanda comunque il rispetto delle disposizioni di quarantena quando previste, e di tutte le misure igienico-sanitarie per il contenimento del rischio di diffusione di SARS-CoV-2 (es. utilizzo corretto della mascherina a protezione delle vie aeree, igiene delle mani, igiene respiratoria, distanziamento interpersonale, automonitoraggio delle condizioni cliniche, ecc.).

G. Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, su valutazione dell'Azienda ULSS.

L'Azienda ULSS, in funzione della particolare situazione epidemiologica locale, anche in considerazione di eventuali focolai identificati in specifici gruppi di popolazione, potrà avviare ulteriori indagini, definendo la tipologia di test utilizzato e la relativa frequenza, comunicando l'estensione delle attività di screening alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto e provvedendo a garantire per tutti i test effettuati, in accordo con Azienda Zero, la registrazione sui sistemi informativi regionali anche del dato della specifica categoria target di popolazione individuata e sottoposta a screening.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

4. SISTEMA DI ALLERTA PRECOCE (*EARLY WARNING*)

In previsione di una possibile ripresa della circolazione virale con l'arrivo della stagione autunnale, sarà attivato, al fianco dell'attività di screening, un sistema di **allerta precoce** (*early warning*) attraverso la ricerca e il monitoraggio della circolazione virale in campioni rappresentativi di ulteriori specifici gruppi di popolazione individuati come sentinella.

5. TEST SIEROLOGICI

I test sierologici per SARS-CoV-2 rappresentano "uno strumento importante per stimare la diffusione dell'infezione in una comunità", come ribadito anche nella Circolare Ministeriale prot. n. 16106 del 9.5.2020 *"COVID-19: test di screening e diagnostici"*. Alla luce dell'evoluzione del panorama epidemiologico nazionale ed internazionale ed in considerazione della possibile insorgenza di focolai epidemici nel territorio regionale, si raccomanda l'utilizzo di tali test al fine di mantenere una stretta sorveglianza della circolazione virale nelle categorie di cui ai punti c. e d. precedentemente elencati.

Nel caso di un soggetto positivo al suddetto test, come anche ribadito dalla predetta Circolare Ministeriale, è indicata l'esecuzione di un test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo, al fine di escludere l'evenienza di un'infezione in atto.

Le Aziende ULSS potranno decidere di avviare ulteriori indagini epidemiologiche, avvalendosi dei suddetti test, anche su specifiche popolazioni target sentinella, da loro individuate, con finalità di monitoraggio epidemiologico della circolazione virale sul loro territorio. Per tutti i test effettuati dovrà essere garantita la registrazione con specificato il target di popolazione.

6. TAMPONI IN POOL e RICERCA CARICA VIRALE

Al fine di ottimizzare l'efficienza dei test diagnostici con tampone, si suggerisce di valutare l'adozione della metodica del *pooling sample* per i campioni effettuati per screening.

Per poter effettuare valutazioni specifiche sull'infettività dei nuovi positivi, tutti i laboratori del Veneto abilitati all'effettuazione dei test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 dovranno, per ogni nuovo positivo, rilevare ed inviare Azienda ULSS 2 marca trevigiana (UOC Microbiologia, Ospedale di Treviso) i seguenti parametri: i target rilevati, i CT rilevati (cicli nel quale si registra la positività) e un inquadramento sintetico del paziente.

7. TEST DIAGNOSTICI RAPIDI

Sono stati sviluppati e sono in continua evoluzione, test diagnostici rapidi che identificano il virus in soggetti infetti, rilevando la presenza di proteine virali nelle secrezioni respiratorie (tamponi oro-faringei o saliva) attraverso il legame ad anticorpi specifici fissati su un supporto, che determinano la formazione di bande colorate o fluorescenti. Tali test possono fornire una risposta qualitativa in tempi rapidi (pochi minuti) e possono essere eseguiti sia nei laboratori (diminuendo la complessità e i tempi di lavorazione) sia direttamente al *"point of care"*. **Allo stato attuale delle conoscenze è comunque raccomandata, in caso di positività degli stessi, l'esecuzione di un test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2**. E' prevedibile che nuovi sviluppi tecnologici basati sulle

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

evidenze scientifiche permetteranno di realizzare test diagnostici rapidi con migliore sensibilità. L'utilizzo di questi test potrà rappresentare un contributo importante nel controllo della trasmissione di SARS-CoV-2 in particolare in presenza di una situazione di trasmissibilità virale sostenuta.

8. SORVEGLIANZA ATTIVA e PASSIVA

Alla luce dell'attuale scenario epidemiologico, l'operatore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, al fine di perseguire un utilizzo più razionale delle risorse a disposizione, porrà i casi sospetti, confermati, i loro contatti così come i soggetti sottoposti a quarantena per i rientri dall'estero in sorveglianza passiva.

L'operatore valuta, altresì, l'opportunità di porre in sorveglianza attiva i casi sospetti, confermati e i loro contatti appartenenti a categorie che, per contesto socio-culturale, potrebbero risultare meno complianti nell'attuazione della sorveglianza passiva nonché a tutti i soggetti a maggior rischio di complicanze (es. anziani, soggetti fragili, soli o non autosufficienti ecc.). Limitatamente a specifici contesti (es. centri di accoglienza), qualora le consuete forme di sorveglianza attiva non siano percorribili da un punto di vista organizzativo, tale attività potrà essere riformulata ad hoc, con l'eventuale assistenza di soggetti terzi portatori di interesse.

9. REGISTRAZIONE DEI DATI

Si ribadisce che per tutti i test effettuati deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato. A tale scopo, per tutti i dati relativi alle attività di screening delle categorie sopra elencate, oltre che per quelli relativi alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19, ciascuna Azienda ULSS provvede ad alimentare tempestivamente gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, per il successivo inserimento nella Sistema di Biosorveglianza.

Azienda Zero provvederà a definire e realizzare specifiche procedure per la registrazione del dato, con particolare riferimento alla registrazione, per tutti i test effettuati, dell'eventuale specifica categoria target di popolazione sottoposta a screening. Si raccomanda alle Aziende ULSS la completezza della registrazione di tutti i dati.

La registrazione dei dati dovrà avvenire in ogni caso nel pieno rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

TABELLA 1 - PROSPETTO RIASSUNTIVO SCREENING - REGIONE del VENETO	
TARGET	**"FASE 3" (v. 02)**
OPERATORI SANITARI COINVOLTI PRINCIPALMENTE NELL'ASSISTENZA DI PAZIENTI COVID-19 O NELL'ASSISTENZA DI PAZIENTI FRAGILI O CON PARTICOLARI CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ es. terapia intensiva, malattie infettive, geriatria, lungodegenza, USCA, MMG, PLS, medici delle commissioni invalidi (es. medici Inps, medici legali, medici di categoria, ecc.) o altri individuati dalla singola Azienda Sanitaria	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare) ogni 30 gg** con modalità asincrona Per gli operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti effettuare il test **all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
OSPITI E OPERATORI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI E/O NON AUTOSUFFICIENTI	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare) ogni 30 gg** Per gli operatori sanitari che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti effettuare il test **all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
OPERATORI DIRETTAMENTE COINVOLTI NELL'ASSISTENZA CONTINUATIVA DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ SENSORIALI, PSICHICHE E INTELLETTIVE	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare o test rapido diagnostico) ogni 30 gg**
OSPITI ED OPERATORI DEI CENTRI DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare o test rapido diagnostico),** *eventuali ripetizioni su valutazione del SISP in funzione degli esiti dello screening*
OPERATORI CHE PRESTANO ASSISTENZA DOMICILIARE CONTINUATIVA AD ANZIANI E SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ NON AUTOSUFFICIENTI (es. badanti)	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare o test rapido diagnostico) all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
SOGGETTI RIENTRANTI DA TRASFERTA DI LAVORO ALL'ESTERO < 5gg (esonerati dall'obbligo di quarantena ai sensi delle normative vigenti)	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare o test rapido diagnostico) all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
LAVORATORI STAGIONALI DEL SETTORE AGRICOLO CHE ARRIVANO DALL'ESTERO	**Test sierologico rapido o test diagnostico rapido**
SOGGETTI IN INGRESSO IN REGIONE DEL VENETO PER MEZZO DI TRASPORTO DI LINEA TERRESTRE da Bulgaria o Romania o da altri paesi successivamente individuati	**Test sierologico rapido o test diagnostico rapido all'arrivo**
ALTRI GRUPPI TARGET DI POPOLAZIONE CHE RIVESTONO UN PARTICOLARE INTERESSE EPIDEMIOLOGICO LOCALE	**Gruppo target, tipologia di test e frequenza,** *su valutazione dell'Azienda ULSS in considerazione della situazione epidemiologica locale*

e86d13df

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale
XI legislatura

Proposta n. 1916 / 2020

PUNTO fs / 2 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 21/10/2020

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1422 / DGR del 21/10/2020

OGGETTO:
Approvazione del nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e della successiva D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020.

c1807733

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Elisa De Berti	Presente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Francesco Calzavara	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Roberto Marcato	Presente
Segretario verbalizzante	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

c1807733

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

OGGETTO: Approvazione del nuovo Piano "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e della successiva D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento si intende approvare il nuovo Piano "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" e procedere contestualmente alla modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e della successiva D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020.
Il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale.

Il relatore riferisce quanto segue.

Con la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 la Giunta Regionale ha approvato uno specifico Piano, denominato "Epidemia COVID 19: interventi urgenti di sanità pubblica", contenente le indicazioni operative garantite sotto il coordinamento dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto, in relazione all'emergenza COVID-19.

Le indicazioni contenute nel suddetto Piano erano aggiuntive rispetto a quelle già fornite con i documenti "Procedura regionale Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2)", "Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) - Istruzioni operative per la sorveglianza del personale dei Sistema Sanitario Regionale" e "Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) - Indicazioni operative per la tutela della salute negli ambienti di lavoro non sanitari".

Successivamente, con nota prot. n. 247521 del 23/06/2020, la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha fornito nuove indicazioni rispetto al Piano di cui alla citata D.G.R. n. 344/2020, al fine di adattare le stesse allo scenario epidemiologico in continua evoluzione.

Con l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 64 del 06/07/2020 sono state adottate misure di adeguamento delle restrizioni disposte con precedenti provvedimenti per il contenimento e la gestione dell'emergenza da virus COVID-19.

Inoltre, con note regionali sono state fornite specifiche indicazioni per l'esecuzione del tampone di ricerca SARS-CoV-2 nel personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili, di ritorno dall'estero e, in generale, nel personale sanitario di rientro dall'estero.

In considerazione dell'aumento della circolazione del virus SARS-CoV-2 e della proroga dello stato di emergenza fino al 15/10/2020, è stata approvata dalla Giunta Regionale la D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020, con la quale è stato disposto l'aggiornamento delle azioni del Piano, di cui alla citata D.G.R. n. 344/2020, mediante l'approvazione di un nuovo Piano, denominato "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening", elaborato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, acquisito il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico regionale COVID-19.

Con la D.G.R. n. 1103 del 06/08/2020 è stato approvato il documento recante "Emergenza COVID-19 – Piano emergenziale per l'autunno 2020", elaborato dalle Strutture regionali dell'Area Sanità e Sociale, in collaborazione con Azienda Zero, con il quale è stato adeguato il sistema assistenziale all'attuale scenario pandemico, prevedendo interventi specifici nei differenti contesti.

35e659dc

Vengono anche proposte azioni di prevenzione, quali la definizione di un modello aziendale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica, una campagna vaccinale pneumococcica per RSA e per i nuovi 65enni e di recupero (PCV13), livelli di rischio sulla base degli indicatori di monitoraggio e delle eventuali misure integrative di sanità pubblica, un Progetto di sorveglianza epidemiologica di SARS-CoV-2 attraverso le acque reflue urbane, lo sviluppo di interfaccia software per la registrazione delle vaccinazioni non eseguite presso il servizio vaccinale, la regolamentazione degli accessi e delle visite strutture residenziali per anziani, l'intensificazione del piano regionale di screening per ricerca di SARS-CoV-2 e il rafforzamento della stretta integrazione delle Strutture coinvolte nella gestione dell'emergenza.

Il documento conferma, inoltre, la validità del modello veneto delle Cure Primarie, organizzato in medicine di gruppo integrate, e della sua evoluzione in team di assistenza primaria.

Da ultimo, dedica una sezione alle attività della UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, per la raccolta di tutti gli esiti dei test per Covid-19, nel rispetto della normativa che regola la protezione dei dati personali, al fine di identificare e prevenire l'insorgenza di focolai nei differenti contesti assistenziali, sociali e lavorativi, per incentivare la Telemedicina e per coordinare i sistemi informativi delle strutture pubbliche e private interessate nella gestione dell'emergenza, con lo scopo di garantire la continuità informativa a tutti gli attori coinvolti.

In data 08/10/2020, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha approvato il documento recante "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale", predisposto dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, nel quale sono indicate le misure di sanità pubblica da adottare in funzione dei differenti scenari epidemiologici previsti, al fine di supportare e orientare il processo decisionale dei soggetti coinvolti.

Successivamente, con il DPCM del 13/10/2020 sono state previste, tra le altre cose, misure urgenti di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale, nonché alcuni obblighi a cui attenersi nel caso di ingresso nel territorio nazionale dall'estero, con efficacia fino al 13/11/2020.

Alla luce del suddetto DPCM, con l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 141 del 17/10/2020 sono state adottate ulteriori disposizioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19, con particolare riferimento allo svolgimento di attività economiche e sociali, alle misure per il rientro a scuola a seguito di malattia, alle misure riguardanti i Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), nonché all'accesso alle residenze socio-sanitarie assistenziali.

Con la Circolare del Ministero della Salute n. 31400 del 29/09/2020 sono state fornite informazioni in ordine alla natura e all'efficacia dei test attualmente disponibili per la rilevazione dell'infezione da SARS-CoV-2 e per evidenziarne l'utilità dei test antigenici rapidi come strumento di prevenzione nell'ambito del sistema scolastico.

In data 16/10/2020, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha approvato il documento recante "Test di laboratorio per Covid-19 e il loro uso in sanità pubblica", predisposto dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, che nasce dalla necessità di chiarire le indicazioni per la diagnostica di SARS-CoV-2 e i criteri di scelta dei test a disposizione nei diversi contesti per un uso razionale e sostenibile delle risorse.

In particolare, alla luce delle evidenze al momento disponibili, della situazione epidemiologica e della necessità di garantire test in tempi compatibili con le diverse esigenze di salute pubblica, nel sopra indicato documento si precisa che l'elevata sensibilità e specificità dei test non possono rappresentare l'unico criterio nella scelta del tipo di test da utilizzare, ma rimane essenziale la rapidità di diagnosi nei soggetti con sospetto clinico e/o sintomatici e dei contatti, per controllare il focolaio limitando la diffusione del virus e avvalendosi di quarantena e isolamento.

Alla luce di quanto sopra e in considerazione dell'aumentare della circolazione del virus SARS-CoV-2, con la presente delibera si ritiene necessario integrare e modificare il Piano, di cui alla citata D.G.R. n. 344/2020 e successiva D.G.R. n. 1104/2020, e si propone all'approvazione della Giunta Regionale il nuovo Piano

35e659dc

"Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione", elaborato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, acquisito il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico regionale COVID-19, contenuto all'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

L'obiettivo generale del nuovo Piano è quello di mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile del COVID-19, individuando ed isolando tutti i possibili nuovi casi o focolai, attraverso il rafforzamento dell'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria e/o di importazione di casi dall'estero, nonché attraverso azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio, soprattutto dei focolai familiari, scolastici, ospedalieri, lavorativi e delle Strutture residenziali.

Tra le misure che sono previste nel nuovo Piano, sono di particolare rilevanza quelle volte a:

- impiegare il test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2 nelle attività del Piano per garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica, in base a quanto indicato dai principali organismi internazionali e dalla Circolare del Ministero della Salute n. 31400 del 29/09/2020, nonché per garantire uno screening periodico, rapido e frequente che possa, in particolare per i contesti più fragili, garantire l'isolamento precoce dei positivi e la loro presa in carico;
- garantire l'offerta di Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2 attraverso l'organizzazione da parte delle Aziende ULSS di Punti di accesso territoriali, assicurando almeno un punto h24, 7 giorni su 7;
- ampliare l'accessibilità ai test rapidi anche presso le sedi di Continuità Assistenziale, attraverso il coinvolgimento delle USCA;
- mettere a disposizione dei MMG e dei PLS i suddetti Test, così come previsto dalla Nota tecnica ad interim del Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica", aggiornata al 16 ottobre 2020, che potranno essere utilizzati a loro discrezione durante l'attività ambulatoriale o domiciliare a favore della popolazione assistita, in particolare con lo scopo di favorire la diagnosi differenziale,
- estendere l'offerta dello screening, di cui alla citata D.G.R. n. 1104/2020, oltre che alle categorie prevalentemente sanitarie, anche ad altri gruppi target di popolazione.

Il nuovo Piano ribadisce anche la necessità che venga garantita, da parte delle Aziende ULSS e di tutti gli attori coinvolti nell'esecuzione dei test, la registrazione e la tracciabilità dei dati relativi alle attività di screening e alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19.

Inoltre, al fine di garantire l'efficienza, la sostenibilità e la tempestività delle attività di presa in carico dei positivi, di rintraccio dei contatti, di sorveglianza, prevenzione e controllo dell'epidemia in corso, il nuovo Piano indica alle Aziende ULSS di rafforzare i Dipartimenti di Prevenzione, che nell'attuale emergenza vedono un costante incremento del carico di lavoro, sia sotto un profilo organizzativo che di personale, in conformità con quanto indicato nel "Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione", approvato con la D.G.R. n. 782 del 16/06/2020 (Allegato "B"), e prevedendo un riorientamento delle attività del Dipartimento come specificato nell'**Allegato A** al presente provvedimento. Allo stesso modo andranno potenziati i Distretti, incrementando il numero delle USCA, nonché garantendo un adeguato profilo organizzativo e di personale per le Cure domiciliari.

Si dà atto che il contenuto del nuovo Piano "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" potrà essere ulteriormente rimodulato al variare dell'attuale scenario epidemiologico.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

35e659dc

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il Regolamento UE 2016/679 e il D.lgs. 196/2003, come modificato e integrato dal D.lgs. n. 101/2018;
VISTO il DPCM del 13/10/2020;
VISTA la Circolare del Ministero della Salute n. 31400 del 29/09/2020;
VISTA la L.R. n. 19 del 25/10/2016;
VISTI l'art. 2, comma 2 e l'art. 4 della L.R. n. 54 del 31/12/2012;
VISTA la L.R. n. 1 del 10/1/1997;
VISTE la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020, la D.G.R. n. 782 del 16/06/2020, la D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020, la D.G.R. n. 1103 del 06/08/2020;
VISTE l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 64 del 06/07/2020, l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 141 del 17/10/2020;

DELIBERA

1. di approvare le premesse quale parte integrale e sostanziale della presente deliberazione;

2. di approvare il nuovo Piano "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione", a modifica del precedente contenuto nella D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e successiva D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020, elaborato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e contenuto all'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

3. di dare atto che il contenuto del Piano "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" potrà essere ulteriormente rimodulato al variare dell'attuale scenario epidemiologico;

4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;

5. di incaricare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria all'esecuzione del presente atto;

6. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
Avv. Mario Caramel

35e659dc

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Piano di Sanità Pubblica

Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione

(DGR 344/2020, DGR 1104/2020 e successive modifiche ed integrazioni)

OTTOBRE 2020

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

70d261fc

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

SOMMARIO

1. PREMESSA 3

2. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA 3

3. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE 3

3.1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica 5

3.2 Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro 6

3.3 Attività di promozione della salute 6

3.4 Attività certificative e medico legali 7

3.5 Attività da remoto e a distanza 7

4. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI DI SCREENING PER SARS-COV-2 7

4.1 Test di screening per la ricerca di sars-cov-2 7

4.2 Popolazione target 8

4.3 Registrazione e tracciabilità dei dati 11

5. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI TEST ANTIGENICI RAPIDI 11

5.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali 12

5.1.1 Sedi h24 7gg/7 12

5.1.2 Sedi di Continuità Assistenziale potenziate 12

5.1.3 Studi della medicina generale o spazi alternativi organizzati 12

5.2 Indicazioni operative 13

5.3 Attuazione e Monitoraggio 13

70d261fc

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

1. PREMESSA

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dei risultati delle attività di screening fin qui condotte, che evidenziano un aumento della circolazione di SARS-CoV-2 in specifici contesti, si ritiene di aggiornare il Piano di Sanità Pubblica della Regione del Veneto.

Il Piano, nella sua realizzazione, sarà attuato sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS.

Le indicazioni contenute nel presente documento integrano le indicazioni fornite dagli altri documenti regionali per i seguenti ambiti:

- gestione dei casi sospetti e confermati e attività di contact tracing - *"EMERGENZA COVID-19 - Procedura regionale Nuovo Coronavirus SARS-CoV-2"*,
- gestione dei casi sospetti, confermati e dei contatti in ambito scolastico - *"EMERGENZA COVID-19 - Protocollo operativo per la gestione dei contatti di caso confermato di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia"*,
- *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 – COVID-19"*,
- *"EMERGENZA COVID-19 - Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale"* e successive note integrative.

2. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

Mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19, intercettando ed isolando tutti i possibili nuovi casi o focolai. La strategia prevede di **rafforzare l'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria** e/o di importazione di casi dall'estero, e le conseguenti azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio soprattutto dei **focolai familiari, scolastici, ospedalieri e delle Strutture residenziali**.

3. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Le attività di *contact tracing* rivestono un ruolo cardine nella strategia di Sanità Pubblica di prevenzione e contenimento del contagio della Regione del Veneto. Il recente aumento dei nuovi casi positivi su base giornaliera determina un costante incremento del carico di lavoro richiesto al personale dei Dipartimenti di Prevenzione, impegnato senza sosta e a pieno ritmo, fin dalle prime fasi dell'epidemia, per far fronte all'emergenza sanitaria. Anche nell'attuale scenario epidemiologico, l'obiettivo di Sanità Pubblica da porre in essere con assoluta urgenza, è quello di interrompere tutte le possibili catene di trasmissione del virus responsabile di COVID-19.

Al fine di garantire l'efficienza, la sostenibilità e la tempestività delle attività di presa in carico dei positivi, di rintraccio dei contatti, di sorveglianza, prevenzione e controllo dell'epidemia in corso, è necessario che le Aziende ULSS rafforzino i Dipartimenti di Prevenzione da un punto di vista organizzativo e di personale, in modo da garantire ai suddetti Dipartimenti di riorientare le attività

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

al proprio interno a supporto della gestione dell'emergenza, in conformità con quanto indicato nel "Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione" previsto con DGR n. 782 del 16.06.2020[1].

In particolare dovranno essere garantite le attività di inchiesta epidemiologica e di rintraccio di tutti i contatti istituendo delle **"Centrali Operative di Contact Tracing"** dedicate. Le attività di *contact tracing* dovranno essere **coordinate dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, individuando un medico specialista in Igiene come referente,** e garantite da personale afferente ai diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione con il supporto, in caso di bisogno, del personale di altri servizi aziendali. Tali attività potranno essere garantite, per i diversi ambiti di competenza, da medici, assistenti sanitari e infermieri ma anche tecnici della prevenzione, medici in formazione, studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, personale amministrativo, etc. Per quanto riguarda gli operatori che non hanno esperienza di conduzione delle indagini epidemiologiche deve essere garantito dal Sisp una rapida formazione "sul campo".

Si ribadisce l'importanza, sulla base dell'organizzazione locale e in accordo con la Direzione Aziendale, di supportare le attività del Dipartimento di Prevenzione e delle **Centrali Operative di Contact Tracing con personale aggiuntivo afferente anche ad altri servizi dell'Azienda ULSS.** L'articolazione organizzativa sarà valutata da ogni singola Azienda in funzione delle specifiche esigenze e realtà territoriale. La numerosità del personale dedicato a tali attività dovrà essere commisurata al carico di lavoro e allo scenario epidemiologico e in numero tale da **garantire il rapporto di 1:10.000 abitanti** come previsto dai documenti internazionali[2], nazionali[3] e regionali[4] di riferimento.

Si evidenzia di seguito la tabella, riportata nella DGR. 782 del 16.06.2020 "Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione", relative alle dotazione organiche dei GORR per le attività relative alle gestione dell'emergenza, attivabili anche su base modulare con particolare riferimento alle indispensabili attività di inchiesta epidemiologica da garantire da parte delle "*Centrali Operative di Contact Tracing*".

[1] *DGR n. 782 del 16 giugno 2020 "Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria"*

[2] *ECDC Technical Report - Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities for COVID-19 cases in the EU/EEA - 2 marzo 2020.*

[3] *Decreto del Ministero della Salute del 30.04.2020 - "Adozione dei Criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'Allegato 10 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020".*

[4] *DGR n. 782 del 16 giugno 2020 - Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

	Popolazione assistita > 18 anni	Dotazione organica del GORR attivabile su base modulare in corso di emergenza n. Operatori Sanitari
ULSS 1	174.027	17
ULSS 2	736.992	73
ULSS 3	531.290	53
ULSS 4	193.445	19
ULSS 5	205.667	20
ULSS 6	785.758	78
ULSS 7	304.700	30
ULSS 8	412.681	41
ULSS 9	770.841	77
Regione Veneto	**4.115.401**	**411**

3.1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Si dà indicazione di differire tutte le chiamate vaccinali rivolte ai 12enni e 14enni, fino a prossima comunicazione che sarà legata all'andamento dello scenario epidemiologico. Inoltre, andranno differite tutte le attività vaccinali non urgenti a richiesta dell'utenza.

Si raccomanda inoltre di rivedere l'organizzazione Aziendale delle sedi vaccinali territoriali prevedendo un accorpamento delle stesse, con particolare attenzione alle sedi vaccinali minori e periferiche al fine di ottimizzare l'impegno orario e l'organizzazione delle attività, riducendo il tempo legato agli spostamenti del personale e la relativa presenza di personale su più sedi, fornendo anche in questo modo supporto alla gestione dell'emergenza COVID-19.

Per le attività di **relative allo screening oncologico,** allo stato attuale non vi sono indicazioni alla sospensione delle attività di primo livello, e si ribadisce la necessità di garantire in tempi congrui le prestazioni di secondo livello. E' importante che le aziende attivino il portale screening, promuovendone l'uso nella popolazione, perchè tale strumento informatico, oltre ad agevolare le utenti, può ridurre il carico degli operatori delle segreteria di screening e potenzialmente rendere più efficiente la gestione delle sedute disponibili per screening mammografico e screening della cervice uterina. Per quanto inerente lo screening del colon retto, si raccomanda di avviare, dal 1 novembre, il progetto della Farmacie dei Servizi, poichè le farmacie possono rappresentare un utile supporto a tale screening. Si invitano, inoltre, le Aziende a monitorare periodicamente i tassi di adesione della popolazione invitata ai programmi di screening oncologici.

70d261fc

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

3.2 Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Considerata l'accelerazione nell'evoluzione dell'epidemia, con aumento progressivo del numero di casi ed evidenze di criticità nei servizi territoriali, si forniscono le seguenti indicazioni al fine di promuovere l'adozione di comportamenti omogenei da parte dei Servizi interessati:

- Incrementare l'attività di supporto e assistenza alle attività economiche e produttive, mediante informazione e diffusione di indirizzi operativi, privilegiando, rispetto ad accessi presso le singole aziende, attività di coinvolgimento simultaneo di più aziende con attività a distanza.
- Mantenere l'attività di supporto alle altre strutture del Dipartimento di Prevenzione, sia mediante la condivisione delle informazioni relative alle aziende e al tessuto produttivo del territorio di competenza, sia collaborando ad attività trasversali per una maggiore copertura delle attività economiche del territorio ed anche nelle attività di contact tracing sulla base delle risorse disponibili.
- Garantire le prestazioni urgenti o indifferibili (es. interventi a seguito di segnalazione del SUEM 118 per infortuni sul lavoro; richiesta dell'Autorità Giudiziaria o di Forze dell'Ordine; interventi a seguito di segnalazione per situazioni lavorative ritenute di pericolo grave e imminente; atti non ripetibili nell'ambito di attività di indagine giudiziaria; altre attività per le quali sono previsti termini di carattere perentorio).

Per le attività certificative e formative, si rimanda alle indicazioni di cui ai punti **4.4** e **4.5**.

3.3 Attività di promozione della salute

Le attività di promozione della salute, anche in considerazione di quanto affermato dall'OMS, che nel futuro prossimo prevede un aumento delle patologie croniche non trasmissibili, dovuto proprio agli stili di vita assunti dalla popolazione durante l'emergenza, vanno mantenute nei limiti delle possibilità connesse alla gestione dell'emergenza. Si evidenzia inoltre che obesità, ipertensione, sedentarietà, consumo di tabacco sono fortemente correlati non solo all'insorgenza e aggravarsi di malattie croniche, ma, come hanno evidenziato i dati relativi all'epidemia di Covid-19, anche alle complicanze di patologie infettive. Pertanto i Servizi di prevenzione MCNT, programmi di Screening sono tenuti con le proprie équipe a:

a) sensibilizzare su quanto sopra gli operatori sanitari
b) prestare particolare attenzione alle fasce d'età maggiormente penalizzate durante la fase 1 Covid-19, dal punto di vista del benessere psico-fisico, quali infanzia, adolescenza, malati cronici e anziani, veicolando strumenti di comunicazione e informazione rivolti sia alla popolazione scolastica che ai gruppi target.

Tali azioni di possono essere attuate tramite gli strumenti già disponibili (alcuni esempi: Programma delle attività congiunte - Strumenti didattici multimediali; Video per la promozione della prescrizione dell'esercizio fisico; FAD specifiche).

Per quanto concerne la medicina di iniziativa, dovranno essere mantenute le attività già in essere, per quanto possibile in base alla disponibilità di risorse.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

3.4 Attività certificative e medico legali

Si dà indicazione a differire tutte le attività certificative che non rivestono carattere di urgenza e non rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Dovranno continuare ad essere garantite le attività previste nei LEA, incluse commissioni patenti provinciali e commissioni invalidi che, dove possibile, possono essere espletate agli atti attraverso la valutazione documentale da parte delle commissioni preposte, anche in considerazione di evitare gli affollamenti degli spazi comuni, riducendo allo stesso tempo gli spostamenti e gli accessi alle strutture di persone con particolari fragilità.

Le Aziende ULSS, in considerazione dei nuovi carichi di lavoro previsti per i Dipartimenti di Prevenzione, dovranno coinvolgere nelle attività di medicina necroscopica altro personale medico afferente ad altri servizi aziendali, a supporto del personale medico dei Dipartimenti di Prevenzione.

3.5 Attività da remoto e a distanza

Si evidenzia, inoltre, che tutti i Dipartimenti di Prevenzione dovranno garantire lo svolgimento in sicurezza in modalità da remoto o a distanza, con l'ausilio di supporti tecnologici quali videoconferenza, di tutte le attività che possono essere svolte con tale modalità, siano esse incontri interni e riunioni o attività rivolte all'utenza esterna. A titolo di esempio dovranno essere considerate tali modalità per i colloqui pre-vaccinali con i genitori, colloqui informativi e attività strutturata di formazione/divulgazione con l'utenza in genere. Per tutte le attività di follow-up andrà valutata sempre la possibilità di esecuzione da remoto e la consultazione esami non in presenza del paziente.

4. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI DI SCREENING PER SARS-COV-2

4.1 Test di screening per la ricerca di sars-cov-2

Preso atto dello sviluppo di nuove metodiche di test in grado di fornire una risposta rapida, con il vantaggio di poter essere processati non solo in laboratorio ma anche nel cosiddetto "punto di cura" ("*point of care*"), la Regione del Veneto ha valutato l'opportunità di impiegare il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* nelle attività del presente Piano di Sanità Pubblica.

La scelta di tale test consente di garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica[5], sulla base di quanto indicato dai principali organismi internazionali (OMS, ECDC, CDC, Circolare del Ministero della Salute n.31400 del 29.09.2020 e Nota tecnica ad interim del Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità "*Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica*" aggiornata al 16.10.2020) e al fine garantire uno screening periodico, rapido e frequente che possa, in particolare per i contesti più fragili, garantire un possibile filtro per SARS-CoV-2. Nella tabella sotto riportata, dove non specificato diversamente, il test di riferimento è il test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2.

[5] *Documento "EMERGENZA COVID-19 - Indicazioni operative per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2" versione del 05.10.2020, trasmesso con nota della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare, Veterinaria prot. 422973 del 5.10.2020*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

4.2 Popolazione target

Le attività di screening previste dalla DGR 1104/2020 (che aggiornava la DGR 344/2020) saranno rimodulate, come di seguito specificato, oltre alle categorie prevalentemente sanitarie si aggiungono gruppi target di popolazione. In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, ci si riserva la possibilità di rimodulare l'offerta in relazione alle future evoluzioni dello stesso.

PROSPETTO RIASSUNTIVO SCREENING PER SARS-CoV-2 NELLA REGIONE DEL VENETO		
CATEGORIA	**GRUPPO TARGET**	**TEMPISTICHE ED INDICAZIONI**
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Operatori Sanitari ospedalieri e territoriali coinvolti principalmente nell'assistenza di pazienti Covid 19 (Mal. infettive, ter.Intensiva, USCA, PS, etc.)	**ogni 8 giorni**
	Operatori Sanitari ospedalieri e territoriali	**ogni 20 giorni**
	MMG, PLS, MCA	**ogni 20 giorni**
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 20 giorni**
	Pazienti in previsione di ricovero programmato	**entro le 48 ore precedenti il ricovero (Test di biologia molecolare)**
	Soggetti autorizzati a prestare assistenza continuativa in ambito ospedaliero a pazienti non autonomi e assistenza al momento del parto	**all'inizio dell'attività di assistenza (Test di biologia molecolare e/o test antigenico rapido)** con eventuale ripetizione da valutare dalla struttura ospedaliera *NB: la scelta della tipologia di test è effettuata in funzione del tipo di assistenza e della tempistica (elezione/urgenza)*
ALTRI OPERATORI A SUPPORTO SANITARIO	Farmacisti	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS*
	Volontari dei servizi a supporto delle attività sanitarie (es. volontari e soccorritori delle varie Associazioni)	**ogni 20 giorni**
	Personale sanitario INPS e INAIL	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dai Servizi stessi con eventuale supporto delle Aziende ULSS*
	Operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa di persone affette da disabilità sensoriali, psichiche	**ogni 20 giorni**

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

	ed intellettive	
STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIER E PER ANZIANI E/O NON AUTOSUFFICIENTI	Operatori sanitari	**ogni 8 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Ospiti	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Visitatori (da intendersi per i visitatori che accedono al nucleo di degenza e laddove non sia possibile il rigoroso rispetto delle misure previste per la prevenzione del contagio)	**ogni 7 giorni** (è preferibile che i visitatori siano sempre gli stessi, al fine di garantirne il monitoraggio). *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
DONATORI	Donatori di sangue ed emocomponenti	All'atto della donazione *NB: Nel rispetto dei protocolli definiti dagli organi competenti*
CENTRI DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI	Ospiti ed Operatori	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale
RIENTRI DALL'ESTERO	Operatori che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti (es. badanti)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
	Operatori sanitari che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
	Operatori sanitari che prestano servizio presso strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Soggetti rientranti da trasferta di lavoro all'estero < 5gg (esonerati dall'obbligo di quarantena ai sensi delle normative vigenti)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
AZIENDE PRODUTTIVE	Lavoratori rientranti nel progetto specifico *Back to Veneto* (DGR 601/2020)	**ogni 30 giorni**, o comunque nel rispetto del protocollo sanitario disposto dal Medico Competente (test sierologico e/o

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

		test antigenico) *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalle Aziende partecipanti*
SERVIZI ESSENZIALI*	Lavoratori dei Servizi pubblici essenziali a maggior contatto con il pubblico	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale (test sierologico qualitativo con successiva conferma con test di biologia molecolare per i casi positivi) *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dai Servizi stessi*
ALTRO	Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale

**Per tali categorie si rimanda alle indicazioni operative specifiche sotto riportate.*

Particolare attenzione va posta nel caso di **operatori sanitari** che prestano servizio presso strutture ospedaliere, extraospedaliere (hospice, URT, ospedali di comunità) e strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti e che hanno **transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti**. A tal proposito, si raccomanda agli operatori sanitari che soggiornano all'estero di comunicare suddetto soggiorno alla loro Azienda di riferimento in modo che possa essere opportunamente organizzato lo screening con tampone antigenico.

Inoltre, si ribadisce quanto già riportato con la DGR 1104/2020 circa la necessità di porre particolare attenzione a quelle categorie di viaggiatori che fanno ingresso in Italia e per le quali non è previsto o risulta di più difficile attuazione il rispetto sia dell'obbligo di segnalazione al Dipartimento di Prevenzione, previsto dal DPCM 11 giugno 2020 e successivi aggiornamenti ai fini dell'isolamento fiduciario e della sorveglianza, sia delle misure igienico-sanitarie e di distanziamento sociale volte al contrasto della diffusione virale, in considerazione delle specifiche condizioni lavorative, abitative e sociali (es. promiscuità abitativa, marginalità sociale, lavoratori stagionali, lavoratori impegnati in attività di assistenza di soggetti anziani e/o fragili, possibili barriere di accesso all'assistenza sanitaria, ecc.). Tale approccio da attuare in stretta collaborazione tra i diversi attori coinvolti che, a vario titolo, possono favorire l'applicazione delle presenti raccomandazioni. Un ruolo fondamentale in tale strategia è svolto dal Datore di Lavoro, che dovrà favorire e raccomandare il rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, anche in considerazione della tutela della salute degli altri dipendenti.

Oltre al funzionamento delle strutture sanitarie, tra le attività da garantire in caso di pandemia, riveste un ruolo cruciale l'attività svolta dal **personale appartenente ai servizi pubblici essenziali** a tutela della sicurezza della popolazione (es. Forze dell'Ordine, Guardia di Finanza, Polizia Locale, Protezione Civile, Vigili del Fuoco). Al fine di monitorare, all'interno di tali categorie, i lavoratori a particolare rischio (individuati in base alle valutazioni effettuate da parte di ciascun servizio essenziale), le Aziende ULSS, a seguito di richiesta, mettono a disposizione i test sierologici, condividendo le modalità di ritiro con i rispettivi Medici Competenti o altro personale appartenente ai rispettivi servizi sanitari interni, che poi provvederanno alla successiva somministrazione e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

registrazione dell'esito di tali test nei sistemi informativi messi a disposizione a livello regionale secondo le modalità previste al punto 4.2.
Si raccomanda che tutti gli operatori coinvolti nell'esecuzione del Test, nel rispetto delle procedure aziendali, indossino i Dispositivi di Protezione individuale previsti. Sarà previsto un adeguato supporto formativo per l'esecuzione dei test e la registrazione degli esiti.

L'Azienda ULSS, in funzione della particolare situazione epidemiologica locale, anche in considerazione di eventuali focolai identificati in **specifici gruppi di popolazione**, potrà avviare ulteriori indagini, definendo la tipologia di test utilizzato e la relativa frequenza, comunicando l'estensione delle attività di screening alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto e provvedendo a garantire per tutti i test effettuati, in accordo con Azienda Zero, la registrazione sui sistemi informativi regionali anche del dato della specifica categoria target di popolazione individuata e sottoposta a screening.

4.3 Registrazione e tracciabilità dei dati

Per tutti i test effettuati **deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato (esito, motivazione e categoria)**. A tale scopo, per tutti i dati relativi alle attività di screening delle categorie sopra elencate, oltre che per quelli relativi alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19, dovranno essere alimentati tempestivamente gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, per il successivo inserimento nel *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Azienda Zero provvederà ad aggiornare le specifiche procedure per consentire la registrazione dei dati da parte delle Aziende ULSS (e degli altri attori coinvolti), con particolare riferimento alla registrazione, per i test effettuati, dell'informazione relativa alla motivazione di esecuzione del test e l'eventuale categoria target di popolazione sottoposta a screening.

Si raccomanda alle Aziende ULSS e a tutti gli attori coinvolti (es. medici competenti aziendali) la completezza della registrazione di tutti i dati con le modalità definite da Azienda Zero per alimentare il *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Qualsiasi laboratorio regionale del SSR, ed i laboratori privati accreditati autorizzati ad effettuare tali prestazioni, devono garantire la tracciabilità dei test. Le modalità e i relativi flussi, se non già in essere, andranno concordati tempestivamente dagli stessi laboratori con l'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero.

5. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI TEST ANTIGENICI RAPIDI

In accordo quanto previsto dalla Nota tecnica ad interim del Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità *"Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica"*, aggiornata al 16 ottobre 2020, in ragione della semplicità di esecuzione e della previsione di un uso diffuso del test antigenico rapido, è *"ipotizzabile attuare un coinvolgimento della rete dei pediatri di libera*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

scelta e del medico di medicina generale per l'uso nei diversi contesti organizzativi, incluso quello delle indagini di comunità".
In ogni Azienda ULSS al fine di consentire una diagnosi tempestiva di COVID-19, di ampliare ulteriormente l'offerta di *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* e di coinvolgere opportunamente la Medicina territoriale potranno essere organizzati **Punti di accesso territoriali.**

5.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali

L'esecuzione presso i Punti di accesso territoriali è destinata a persone:

1. con sintomatologia compatibile con COVID (caso sospetto);
2. a persone identificate come contatto stretto di un caso confermato.

L'accesso ai Punti è possibile solo con **mascherina chirurgica e dopo aver effettuato accurata igiene delle mani**.
I Punti di accesso territoriale individuati dalle ULSS secondo un Piano di Attuazione sono quelli di seguito riportati.

5.1.1 Sedi h24 7gg/7

Si tratta di sedi dedicate alla somministrazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, attive 7gg/7 h24, che vedano la presenza di équipe di Medici di Continuità Assistenziale, medici e personale USCA, personale infermieristico e tecnico e/o altro personale per l'accoglienza e la gestione dei pazienti. Per ogni Azienda Ulss deve essere presente almeno un punto Covid 19 h24.

L'accesso è libero, potendo prevedere anche alcune fasce orarie su prenotazione; l'esecuzione del tampone rapido è **eseguita previa prescrizione del Medico curante o su indicazione del Medico presente.**

5.1.2 Sedi di Continuità Assistenziale potenziate

Per ampliare ulteriormente l'accessibilità dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* e sfruttare la capillarità di offerta delle attuali 105 sedi di Continuità Assistenziale le stesse potranno essere rafforzate attraverso il potenziamento con personale USCA, al fine di garantire l'esecuzione del *Test*. L'esecuzione dei Test sarà offerta anche attraverso l'individuazione di fasce orarie e/o percorsi dedicati.

5.1.3 Studi della medicina generale o spazi alternativi organizzati

Al fine di potenziare la presa in carico degli assistiti da parte dei Medici di medicina generale vengono messi a disposizione degli stessi i *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* che potranno essere utilizzati a loro discrezione durante l'attività ambulatoriale o domiciliare a favore della popolazione assistita, in particolare con lo scopo di favorire la diagnosi differenziale.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Saranno da privilegiare le forme organizzate di medici convenzionati, in particolare le Medicine di gruppo e le Medicine di gruppo integrate, fondate su una organizzazione dell'accesso e dotate di personale infermieristico.

L'effettuazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* potrà essere gestita anche con modalità drive-in presso gli studi dei Medici curanti stessi. Alternativamente potranno essere utilizzati gli spazi ad oggi già organizzati per la somministrazione delle vaccinazioni antinfluenzali. Valorizzando la collaborazione delle amministrazioni locali, anche attraverso accordi con ANCI, detti spazi potranno anche rappresentare punti screening per popolazione-target.

Visto l'impegno concomitante anche sul versante delle vaccinazioni antinfluenzali, per suddetta attività potranno essere riconosciute fino ad un massimo di 3 ore aggiuntive/settimana di presenza infermieristica (riconosciute secondo indennità infermieristica prevista da ACN); il riconoscimento dell'indennità di cui sopra sarà erogato a seguito della valutazione dell'effettiva documentata presenza infermieristica e dell'attività svolta e registrata sull'apposito applicativo regionale. Detto riconoscimento sarà limitato alla durata dell'emergenza COVID.

5.2 Indicazioni operative

L'esecuzione del *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* ed il suo esito dovranno essere tempestivamente registrati sul Portale Regionale o negli applicativi dedicati.

Gli operatori che eseguono il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, nel rispetto delle procedure aziendali, dovranno indossare i Dispositivi di Protezione Individuale previsti (FFP2, camice/grembiule monouso, guanti, occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera). Specifica formazione sull'esecuzione del Test dovrà essere prevista dalle Aziende ULSS.

Per l'esecuzione del tampone rapido non è necessaria una sanificazione straordinaria dell'ambiente, bensì l'applicazione delle normali procedure di sanificazione degli ambienti sanitari previsti durante la pandemia da SARS-CoV-2. Negli ambienti dove è eseguita la procedura deve essere assicurata adeguata ventilazione. Secondo quanto previsto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 in generale le aree pubbliche in cui un caso COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.
A completamento si precisa che l'introduzione del tampone nella provetta contenente il liquido precedentemente dispensato inattiva completamente il virus.

5.3 Attuazione e Monitoraggio

Ogni Azienda ULSS è tenuta a redigere un Piano di attuazione dei Punti di Accesso Territoriale che preveda la localizzazione dei punti, le fasce orarie, le modalità di accesso e le tempistiche di attivazione, che dovrà essere trasmesso alla Unità Organizzativa Cure Primarie e Strutture Socio-sanitarie territoriali.

PROTOCOLLO:I.0004230.13-05-2025 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.01/2011 del 13-05-2025

Ministero della Salute

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità del 30 gennaio 2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale;

Vista la successiva dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come «pandemia» in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Considerati l'evolversi della situazione epidemiologica, il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e l'incremento dei casi sul territorio nazionale;

Considerato, inoltre, che le dimensioni sovranazionali del fenomeno epidemico e l'interessamento di più ambiti sul territorio nazionale rendono necessarie misure volte a garantire uniformità nell'attuazione dei programmi di profilassi elaborati in sede internazionale ed europea;

Visto il decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante "*Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19*";

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 aprile 2020, recante "*Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 27 aprile 2020, n. 108;

Visto, in particolare, l'articolo 2, comma 11, il quale prevede "*nei casi in cui dal monitoraggio emerga un aggravamento del rischio sanitario, individuato secondo i principi per il monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 e secondo i criteri stabiliti dal Ministro della salute entro cinque giorni dalla data del 27 aprile 2020, il Presidente della Regione propone tempestivamente al Ministro della salute, ai fini dell'immediato esercizio dei poteri di cui 2, comma 2, del decreto-legge 25 marzo 2020, n.19, le misure restrittive necessarie e urgenti per le attività produttive delle aree del territorio regionale specificamente interessate dall'aggravamento*";

Visto l'art. 16, comma 1, lett. a del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

Visto la nota del 30 aprile 2020 con cui i direttori generali della Direzione generale della prevenzione sanitaria e della Direzione generale della programmazione sanitaria trasmettono, all'esito delle consultazioni con le autorità regionali, politiche e tecniche, nel corso delle riunioni del 29 e 30 aprile 2020, il documento relativo ai criteri in merito alle attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A, di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020;

PROTOCOLLO:I.0004230.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.01/L011 del 15-03-2023

DECRETA

1. Con il presente decreto sono adottati i criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020, così come individuati nel documento allegato che costituisce parte integrante del presente decreto.

Il presente decreto è pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 30 APR 2020

IL MINISTRO DELLA SALUTE
Roberto Speranza

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

OGGETTO: Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/2020.

Le misure di contenimento adottate nella prima fase di sviluppo dell'epidemia, in Italia così come negli altri paesi, hanno contribuito in misura determinante all'appiattimento della curva epidemica con riduzione dei nuovi casi e conseguente alleggerimento della risposta assistenziale a carico del servizio sanitario. Tali misure, sebbene abbiano permesso di superare la fase emergenziale, sott'altro profilo hanno determinato impatti economici e sociali non sostenibili nel medio-lungo periodo.

Pertanto, l'Italia, come molti paesi in Europa, si sta apprestando ad allentare gradualmente tali misure a favore di una progressiva ripresa del tessuto economico e sociale.

In assenza di un vaccino o di un trattamento farmacologico efficace, e a causa del livello di immunità della popolazione ancora basso, può verificarsi una rapida ripresa di trasmissione sostenuta nella comunità.

Tutto questo, come anche suggerito dagli organismi internazionali, presuppone l'implementazione e il rafforzamento di un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus, del progressivo impatto sui servizi sanitari.

Allo stato attuale dell'epidemia, il consolidamento di una nuova fase, caratterizzata da iniziative di allentamento del *lockdown* e dalla loro progressiva estensione, può aver luogo solo ove sia assicurato uno stretto monitoraggio dell'andamento della trasmissione del virus sul territorio nazionale. Altri presupposti sono il grado di *preparedness* e tenuta del sistema sanitario, per assicurare l'identificazione e gestione dei contatti, il monitoraggio dei quarantenati, una adeguata e tempestiva esecuzione dei tamponi per l'accertamento diagnostico dei casi, il raccordo tra assistenza primaria e quella in regime di ricovero, nonché la costante e tempestiva alimentazione dei flussi informativi necessari, da realizzarsi attraverso l'inserimento dei dati nei sistemi informativi routinari o realizzati *ad hoc* per l'emergenza in corso.

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Per gli scopi di monitoraggio citati in premessa, e della necessità di classificare tempestivamente il livello di rischio in modo da poter valutare la necessità di modulazioni nelle attività di risposta all'epidemia, sono stati disegnati alcuni indicatori con valori di soglia e di allerta che dovranno essere monitorati, attraverso sistemi di sorveglianza coordinati a livello nazionale, al fine di ottenere dati aggregati nazionali, regionali e locali. Si precisa che tali indicatori non sono finalizzati ad una valutazione di efficienza/efficacia dei servizi ma ad una raccolta del dato e ad una migliore comprensione della qualità dello stesso, al fine di poter realizzare nel modo più corretto possibile una classificazione rapida del rischio di concerto con l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni/PPAA. Alcuni indicatori, definiti opzionali, sono relativi a flussi di sorveglianza non attualmente attivi che potranno essere istituiti in alcune Regioni/PP.AA. in base alla fattibilità ed opportunità. Tali indicatori verranno considerati nella classificazione del rischio solo qualora la Regione/P.A. raccolga il dato a seguito dell'attivazione del relativo flusso informativo.

Il monitoraggio comprenderà i seguenti indicatori:

- indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio (Tabella 1);
- indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e gestione dei contatti (Tabella 2);
- indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari (Tabella 3).

1. Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:

1.1 Numero di casi sintomatici notificati per mese in cui è indicata la data inizio sintomi/totale di casi sintomatici notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.

1.2 Numero di casi notificati per mese con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) in cui è indicata la data di ricovero/totale di casi con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.

1.3 Numero di casi notificati per mese con storia di trasferimento/ricovero in reparto di terapia intensiva (TI) in cui è indicata la data di trasferimento o ricovero in TI/totale di casi con storia di trasferimento/ricovero in terapia intensiva notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.

1.4 Numero di casi notificati per mese in cui è riportato il comune di domicilio o residenza/totale di casi notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.

1.5 Numero di checklist somministrate settimanalmente a strutture residenziali sociosanitarie (opzionale).

1.6 Numero di strutture residenziali sociosanitarie rispondenti alla checklist settimanalmente con almeno una criticità riscontrata (opzionale).

2.Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti:

PROTOCOLLO:I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.61/L011 del 15-03-2023

2.1 Percentuale di tamponi positivi escludendo per quanto possibile tutte le attività di screening e il "re-testing" degli stessi soggetti, complessivamente e per macro-setting (territoriale, PS/Ospedale, altro) per mese.

2.2 Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi.

2.3 Tempo tra data inizio sintomi e data di isolamento (opzionale).

2.4 Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al *contact-tracing*.

2.5 Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento e monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento.

2.6 Numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati.

3.Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari:

3.1 Numero di casi riportati alla Protezione civile negli ultimi 14 giorni.

3.2 Rt calcolato sulla base della sorveglianza integrata ISS (si utilizzeranno due indicatori, basati su data inizio sintomi e data di ospedalizzazione).

3.3 Numero di casi riportati alla sorveglianza sentinella COVID-net per settimana (opzionale).

3.4 Numero di casi per data diagnosi e per data inizio sintomi riportati alla sorveglianza integrata COVID-19 per giorno.

3.5 Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito).

3.6 Numero di nuovi casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note.

3.7 Numero di accessi al PS con classificazione ICD-9 compatibile con quadri sindromici riconducibili a COVID-19 (opzionale).

3.8 Tasso di occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19.

3.9 Tasso di occupazione dei posti letto totali di Area Medica per pazienti COVID-19.

La fase di transizione dell'epidemia di COVID-19 si propone di proteggere la popolazione, con particolare attenzione per le fasce di popolazione vulnerabile, e di mantenere un numero di casi di infezione limitato e comunque entro valori che li rendano gestibili da parte dei servizi sanitari del Paese.

I criteri da valutare per la fase di transizione nella gestione COVID-19 in Italia sono i seguenti:

1. mantenimento di un numero di nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2 stabile ovvero un aumento limitato nel numero di casi nel tempo e nello spazio, che possa essere indagato in modo adeguato e contenibile con misure di controllo locali;

PROTOCOLLO:I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa (interno n.61/2011 del 15-03-2023

2. mantenimento o riduzione del numero di casi di trasmissione in strutture che ospitano popolazioni vulnerabili (cluster in ospedali, RSA, altre strutture assistenziali, case di riposo ecc.) e assenza di segnali di sovraccarico dei servizi sanitari.

Le soglie definite negli indicatori proposti sono volte a monitorare il mantenimento di questi criteri. Sono inoltre identificati valori di allerta che devono portare ad una valutazione del rischio congiuntamente nazionale e della/e Regioni/PP.AA. interessate, per decidere se le condizioni siano tali da richiedere una revisione delle misure adottate/da adottare ed eventualmente anche della fase di gestione dell'epidemia.
Valori soglia sono definiti in modo puntuale per alcuni indicatori mentre una valutazione comparativa sarà effettuata con i dati dei 7 giorni precedenti raccolti nell'ambito della sorveglianza integrata nazionale, il cui storico costituirà quindi il valore di riferimento epidemiologico.
Una prima valutazione della qualità delle informazioni raccolte si effettuerà valutando la *compliance* della qualità minima dei sistemi informativi utilizzati per la raccolta attraverso indicatori di processo in Tabella 1.

Una volta accertata la qualità del dato si procederà ad una valutazione del rischio, definito come la combinazione della probabilità e dell'impatto di una minaccia sanitaria. È possibile analizzare separatamente queste due condizioni per poi valutare il rischio complessivamente. In questo contesto specifico, la minaccia sanitaria è costituita dalla trasmissione non controllata e non gestibile di SARS-CoV-2, e si valuterà quindi il rischio legato alla **probabilità** di infezione/trasmissione in Italia e all'**impatto,** ovvero la gravità della patologia con particolare attenzione a quella osservata in soggetti con età superiore a 50 anni.
La Figura 1 riporta l'algoritmo di valutazione relativo alla probabilità, mentre la Figura 2 riporta quello relativo all'impatto con indicati gli indicatori di riferimento. Il risultato di entrambe queste valutazioni viene rapportato alla matrice di stima del rischio riportata in Tabella 4, restituendo una valutazione del rischio complessivo.
Qualora gli indicatori non opzionali di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione (Tabella 2) dei contatti non siano valutabili o diano molteplici segnali di allerta, il rischio così calcolato dovrà essere rivalutato al livello di rischio immediatamente superiore.
Una classificazione di rischio moderato/alto/molto alto porterà ad una rivalutazione e validazione congiunta con la Regione/P.A. interessata che porterà a integrare le informazioni da considerare con eventuali ulteriori valutazioni svolte dalla stessa sulla base di indicatori di processo e risultato calcolati per i propri servizi. Qualora si confermi un rischio alto/molto alto, ovvero un rischio moderato ma non gestibile con le misure di contenimento in atto, si procederà ad una rivalutazione delle stesse di concerto con la Regione/P.A. interessata, secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 11 del DPCM 26/4/2020. Se non sarà possibile una valutazione secondo le modalità descritte, questa costituirà di per sé una valutazione di rischio elevata, in quanto descrittiva di una situazione non valutabile e di conseguenza potenzialmente non controllata e non gestibile.
Una classificazione aggiornata del rischio per ciascuna Regione/P.A. deve avvenire almeno settimanalmente. Il Ministero della Salute, tramite apposita **cabina di regia**, che coinvolgerà le Regioni/PP.AA. e l'Istituto Superiore di Sanità, raccoglie le informazioni necessarie per la

PROTOCOLLO:I:0004250:13-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.01/2011 del 13-03-2023

classificazione del rischio e realizza una classificazione settimanale del livello di rischio di una trasmissione non controllata e non gestibile di SARS-CoV-2 nelle Regioni/PP.AA.

RISORSE UMANE

La ricerca e la gestione dei contatti, per essere condotta in modo efficace, deve prevedere un adeguato numero di risorse umane, quali operatori sanitari e di sanità pubblica, personale amministrativo e, ove possibile, altro personale già presente nell'ambito dei Servizi veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione, da coinvolgere secondo le esigenze locali.

Sulla base delle stime dell'ECDC, per garantire in modo ottimale questa attività essenziale dovrebbero essere messe a disposizione nelle diverse articolazioni locali non meno di 1 persona ogni 10.000 abitanti includendo le attività di indagine epidemiologica, il tracciamento dei contatti, il monitoraggio dei quarantenati, l'esecuzione dei tamponi, preferibilmente da eseguirsi in strutture centralizzate (*drive in* o simili), il raccordo con l'assistenza primaria, il tempestivo inserimento dei dati nei diversi sistemi informativi.

È necessario provvedere a un'appropriata formazione del personale e garantire, da parte dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Distretti Sanitari, il mantenimento dei livelli di erogazione dei rimanenti ordinari servizi (ad es. screening, vaccinazioni).

Si invita a voler dare la massima diffusione alla presente nota circolare ai servizi e ai soggetti interessati.

DIRETTORE GENERALE DGPRE
.*f.to* Dott. Claudio D'Amario

DIRETTORE GENERALE DGPROGS
f.to Dott. Andrea Urbani

**"firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d. Lgs. N. 39/1993*

PROTOCOLLO:I.0004250.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.01/2011 del 15-03-2023

Allegato 1

Tabella 1. Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio.

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Capacità di monitoraggio (indicatori di qualità dei sistemi di sorveglianza con raccolta dati a livello nazionale)	1.1	Numero di casi sintomatici notificati per mese in cui è indicata la data inizio sintomi / totale di casi sintomatici notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo	Almeno il 60% con trend in miglioramento Un valore di almeno 50% con trend in miglioramento sarà considerato accettabile nelle prime 3 settimane dal 4 maggio 2020	<50% nelle prime 3 settimane dal 4 maggio 2020, a seguire <60%	Sorveglianza integrata nazionale
	1.2	Numero di casi notificati per mese con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) in cui è indicata la data di ricovero/totale di casi con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.3	Numero di casi notificati per mese con storia di trasferimento/ricovero in reparto di terapia intensiva (TI) in cui è indicata la data di trasferimento o ricovero in TI/totale di casi con storia di trasferimento/ricovero in terapia intensiva notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.4	Numero di casi notificati per mese in cui è riportato il comune di domicilio o residenza/totale di casi notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.5 (opzionale)	Numero di checklist somministrate settimanalmente a strutture residenziali sociosanitarie	Almeno il 50% delle strutture residenziali sociosanitarie sul territorio Regionale/PA con trend in miglioramento	<50% delle strutture residenziali sociosanitarie sul territorio Regionale/PA	Valutazione periodica settimanale ad opera delle Regioni e Province Autonome Sorveglianza complementare da realizzare in base alla fattibilità
	1.6 (opzionale)	Numero di strutture residenziali sociosanitarie rispondenti alla checklist settimanalmente con almeno una criticità riscontrata	Non oltre il 30% con trend in miglioramento	>30%	

Tabella 2. Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Abilità di testare* tempestivamente tutti i casi sospetti	2.1	% di tamponi positivi escludendo per quanto possibile tutte le attività di screening e il "re-testing" degli stessi soggetti, complessivamente e per macro-setting (territoriale, PS/Ospedale, altro) per mese	Trend in diminuzione in setting ospedalieri/PS Valore predittivo positivo (VPP) dei test stabile o in diminuzione	Trend in aumento in setting ospedalieri/PS VPP in aumento	Valutazione periodica settimanale
	2.2	Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi	Mediana settimanale ≤ 5gg	Mediana settimanale > 5gg	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19
	2.3 (opzionale)	Tempo tra data inizio sintomi e data di isolamento	Mediana settimanale ≤ 3gg	Mediana settimanale > 3gg	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 con integrazione di questa variabile
Possibilità di garantire adeguate risorse per contact-tracing, isolamento e quarantena	2.4	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a *ciascuna attività* a livello locale progressivamente allineato con gli standard raccomandati a livello europeo	Numero e tipologia di figure professionali *dedicate a* livello locale riportato come non adeguato in base agli standard raccomandati *a livello* europeo	Relazione periodica (mensile)
	2.5	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento e monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento			
	2.6	Numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati	Trend in miglioramento con target finale 100%		

** Al momento sono considerati validi a scopo diagnostico test molecolari validati dal laboratorio nazionale di riferimento ed eseguiti su campioni prelevati con tampone naso-faringeo.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 3. Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari

Settore		Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Stabilità di trasmissione	3.1	Numero di casi riportati alla protezione civile negli ultimi 14 giorni	Numero di casi con trend settimanale in diminuzione o stabile	Casi in aumento negli ultimi 5gg (% di aumento settimanale con soglie standard *da utilizzare come* "cruscotto informativo") Nei primi 15-20 giorni dopo la riapertura è atteso un aumento nel numero di casi. In questa fase allerte da questo indicatore andranno valutate congiuntamente all'indicatore 3.1 e 3.5 a livello regionale	Ministero della salute
	3.2	Rt calcolato sulla base della sorveglianza integrata ISS (si utilizzeranno due indicatori, basati su data inizio sintomi e data di ospedalizzazione)	Rt regionale calcolabile e ≤1 in tutte le Regioni/PPAA in fase 2 A	Rt>1 o non calcolabile	Database ISS elaborato da FBK
	3.3 (opzionale)	Numero di casi riportati alla sorveglianza sentinella COVID-net per settimana	Numero di casi con trend in diminuzione o stabile	Casi in aumento negli ultimi 5 gg (% di aumento settimanale con soglie standard da utilizzare come "cruscotto informativo) Nei primi 15-20 giorni dopo la riapertura è atteso un aumento nel numero di casi. In questa fase allerte da questo indicatore andranno valutate congiuntamente all'indicatore 3.1 e 3.5 a livello regionale	ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella COVID-Net
	3.4	Numero di casi per data diagnosi e per data inizio sintomi riportati alla sorveglianza integrata COVID-19 per giorno	Trend settimanale in diminuzione o stabile	Casi in aumento nell'ultima settimana Nei primi 15-20 giorni dopo ia *riapertura è atteso un* aumento nei numero di casi. In questa fase ailerte da questo indicatore andranno vaiutate congiuntamente *all'indicatore* 3.1 *e* 3.5 a *livello* regionale (% di aumento settimanale con soglie standard da *utilizzare come "cruscotto* informativo")	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 Verrà integrata una variabile dove si potrà indicare il *setting* di inizio sintomi
	3.5	Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito)	Mancato aumento nel numero di focolai di trasmissione attivi nella Regione Assenza di focolai di trasmissione sul territorio regionale *per cui non sia stata* rapidamente realizzata una valutazione del rischio e valutata l'*opportunità di* istituire una "zona rossa" sub-regionale	Evidenza di nuovi focolai negli ultimi 7 giorni in particolare se in RSA/case di *riposo/ospedali o altri luoghi* che ospitino popolazioni vulnerabili La presenza nuovi focolai nella Regione richiede una valutazione del rischio *ad hoc* che definisca qualora nella regione vi sia una trasmissione sostenuta e diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1	ISS - Monitoraggio dei focolai e delle zone rosse con *schede di indagine* O ISS- Sorveglianza integrata (utilizzando la variabile luogo di esposizione e definendo una ID focolaio
			≥ 90 % delle strutture rispondenti riportano l'assenza di *residenti* con diagnosi confermata di COVID-19 (opzionale)	<90% delle strutture rispondenti riportano l'*assenza di residenti* con diagnosi confermata di COVID-19 (opzionale)	Sorveglianza via checklist delle strutture residenziali sociosanitarie (opzionale) Sorveglianza complementare da realizzare in base alla fattibilità

			Mancato aumento nel numero di focolai di trasmissione attivi nella Regione	Evidenza di nuovi focolai negli ultimi 7 giorni in particolare se in RSA/case di riposo/ospedali o altri luoghi che ospitino popolazioni vulnerabili	ISS - Attivazione del Network Italiano di Epidemic Intelligence
	3.6	*Numero di nuovi casi di* infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note	*Nel caso vi siano* nuovi focolai dichiarati, l'indicatore può monitorare la qualità del contact-tracing, nel caso non vi siano focolai di *trasmissione la* presenza di casi non collegati a catene di trasmissione potrebbe essere compatibile con uno scenario di bassa *trasmissione in cui si* osservano solo casi sporadici (considerando una quota di circolazione non visibile in soggetti pauci *sintomatici)*	*In presenza di focolai, la* presenza di nuovi casi di infezione non tracciati a catene note di contagio richiede una valutazione del rischio *ad hoc* che definisca qualora nella regione vi sia *una trasmissione sostenuta e* diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1	*Valutazione* periodica settimanale
	3.7 (opzionale)	Numero di accessi al PS con classificazione ICD-9 compatibile con quadri sindromici riconducibili a COVID-19	Numero di accessi PS con sindromi compatibili con COVID-19 in diminuzione o stabili in almeno l'80% dei PS *parte della rete di* sorveglianza nella Regione/PA	Numero di accessi PS con sindromi compatibili con COVID-19 in aumento nel 50% dei PS parte della rete di sorveglianza nella Regione/PA	Coordinamento Sorveglianza sindromica dei PS da definire
Servizi sanitari e assistenziali non sovraccarichi	3.8	Tasso di occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19	≤ 30%	>30%	Piattaforma rilevazione giornaliera posti letto MdS. Dati ricoveri Protezione Civile
	3.9	Tasso di occupazione dei posti letto totali di Area Medica per pazienti COVID-19	≤ 40%	> 40%	

Figura 1 – Algoritmo di valutazione di probabilità e indicatori rilevanti per fase di riferimento

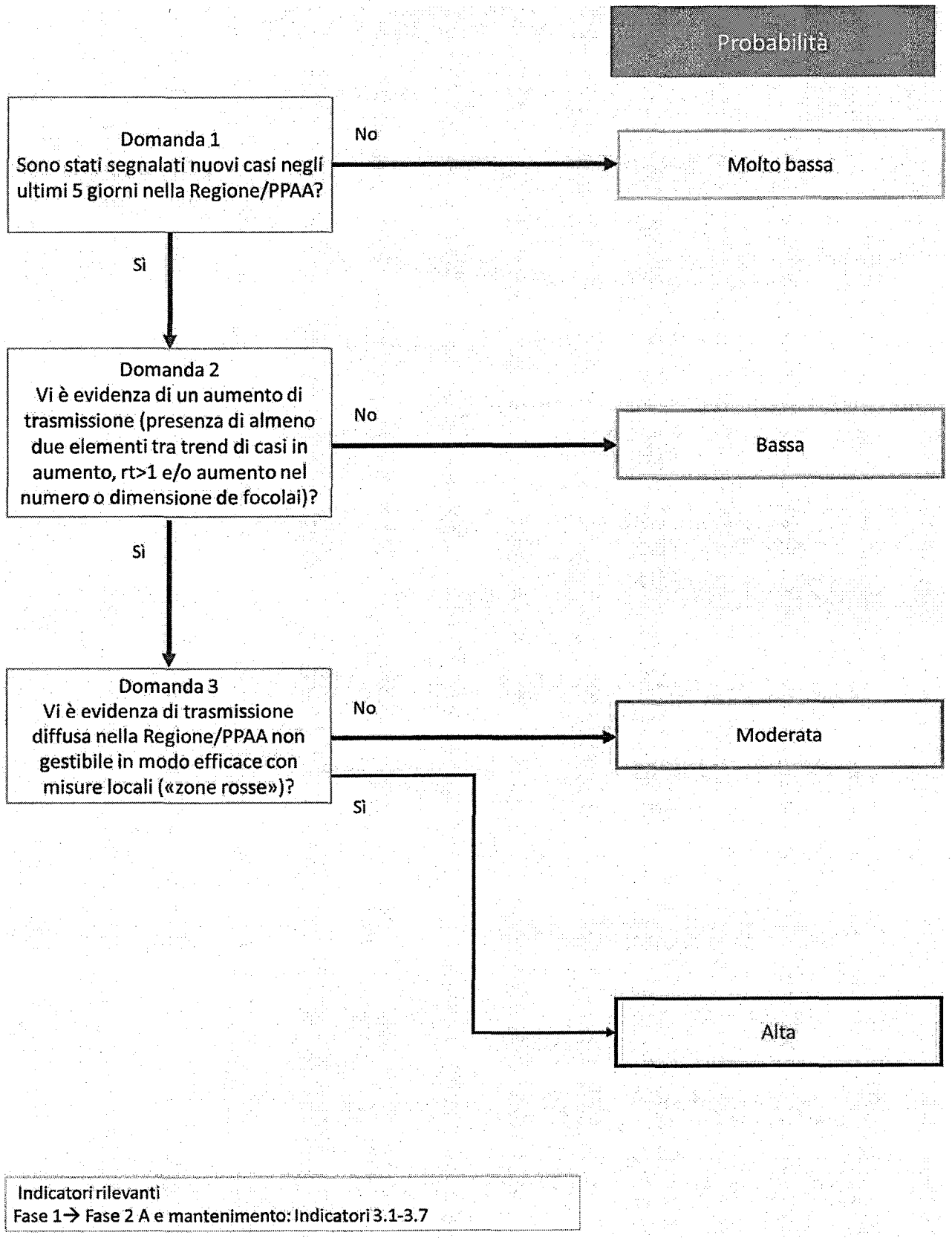
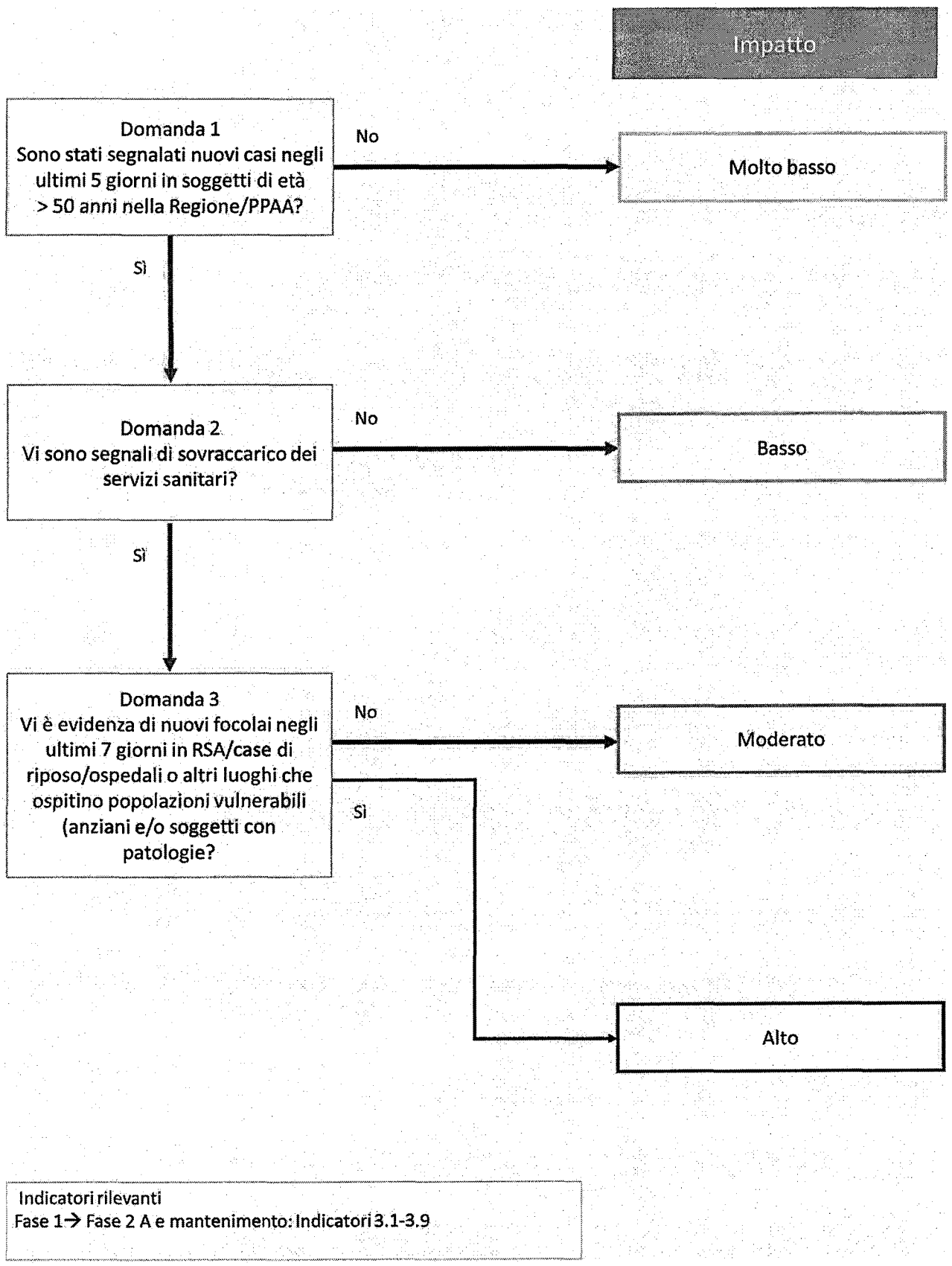


Figura 2 – algoritmo di impatto e indicatori rilevanti per fase di riferimento



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 4 – Matrice di attribuzione del rischio in base agli algoritmi di valutazione di probabilità ed impatto

Probabilità / Impatto	Molto Bassa	Bassa	Moderata	Alta
Molto Basso	Rischio Molto basso	Rischio Basso	Rischio Basso	Rischio Moderato
Basso	Rischio Basso	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Moderato
Moderato	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Moderato	Rischio Alto
Alto	Rischio Moderato	Rischio Moderato	Rischio Alto	Rischio Molto Alto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Istituto Superiore di Sanità

Rapporto ISS COVID-19 • n. 1/2021

Il *case fatality rate* dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia

Versione del 20 gennaio 2021

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Il *case fatality rate* dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia

Versione del 20 gennaio 2021

Istituto Superiore di Sanità

Massimo FABIANI, Graziano ONDER, Stefano BOROS, Matteo SPURI, Giada MINELLI, Alberto MATEO URDIALES, Xanthi ANDRIANOU, Flavia RICCARDO, Martina DEL MANSO, Daniele PETRONE, Luigi PALMIERI, Maria Fenicia VESCIO, Antonino BELLA, Patrizio PEZZOTTI

in collaborazione con

Gruppo di Lavoro Sorveglianza ISS

Xanthi ANDRIANOU, Antonino BELLA, Stefania BELLINO, Stefano BOROS, Alessandra CIERVO, Fortunato "Paolo" D'ANCONA, Martina DEL MANSO, Corrado DI BENEDETTO, Maria DORRUCCI, Massimo FABIANI, Antonietta FILIA, Stefania GIANNITELLI, Alberto MATEO URDIALES, Daniele PETRONE, Patrizio PEZZOTTI, Ornella PUNZO, Flavia RICCARDO, Maria Cristina ROTA, Matteo SPURI, Paola STEFANELLI, Marco TALLON, Roberta URCIUOLI, Maria Fenicia VESCIO

Referenti Regioni e Provincie Autonome

Antonia PETRUCCI (Abruzzo), Michele LA BIANCA (Basilicata), Anna Domenica MIGNUOLI (Calabria), Pietro BUONO (Campania), Erika MASSIMILIANI (Emilia-Romagna), Fabio BARBONE (Friuli Venezia Giulia), Francesco VAIRO (Lazio), Camilla STICCHI (Liguria), Danilo CEREDA (Lombardia), Lucia DI FURIA (Marche), Francesco SFORZA (Molise), Annamaria BASSOT (PA Bolzano), Pier Paolo BENETOLLO (PA Trento), Chiara PASQUALINI (Piemonte), Lucia BISCEGLIA (Puglia), Maria Antonietta PALMAS (Sardegna), Salvatore SCONDOTTO (Sicilia), Emanuela BALOCCHINI (Toscana), Anna TOSTI (Umbria), Mauro RUFFIER (Valle d'Aosta), Filippo DA RE (Veneto)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Istituto Superiore di Sanità
Il *case fatality rate* dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia. Versione del 20 gennaio 2021.
Massimo Fabiani, Graziano Onder, Stefano Boros, Matteo Spuri, Giada Minelli, Alberto Mateo Urdiales, Xanthi Andrianou, Flavia Riccardo, Martina Del Manso, Daniele Petrone, Luigi Palmieri, Maria Fenicia Vescio, Antonino Bella, Patrizio Pezzotti
2021, ii, 51 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021

Diversi rapporti hanno valutato la letalità calcolata utilizzando dati aggregati cumulati riferiti ai casi e decessi notificati a una certa data. Questa misura può però risentire di due principali distorsioni. In primo luogo, le stime puntuali e il loro confronto nello spazio e nel tempo possono essere distorte da differenze e modificazioni nell'accessibilità ai test diagnostici, e quindi dalla capacità di tracciare e conteggiare tutti i casi reali di infezione. In secondo luogo, l'utilizzo di dati aggregati cumulati a una certa data non tiene conto dell'intervallo di tempo tra la diagnosi e l'eventuale decesso. Infine, per confrontare le stime tra diverse popolazioni è importante tener conto della differente struttura demografica delle popolazioni utilizzando tassi standardizzati per età e sesso. L'obiettivo di questo rapporto è fornire stime standardizzate per sesso ed età del *case fatality rate* (CFR) del COVID-19 a livello regionale e in riferimento a diverse fasi dell'epidemia utilizzando i dati individuali estratti dal sistema di sorveglianza integrata coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Tra i casi confermati notificati fino a ottobre 2020, il CFR standardizzato per sesso ed età è stato complessivamente del 4,3%; 6,6% durante la prima fase epidemica (febbraio-maggio), 1,5% nella seconda fase (giugno-settembre) e 2,4% tra i casi diagnosticati nel mese di ottobre. L'elevato CFR osservato durante la prima ondata epidemica è verosimilmente spiegato dalla limitata capacità diagnostica in questo periodo che non ha permesso l'identificazione di molti casi asintomatici e meno gravi.

Istituto Superiore di Sanità
Case fatality rate of SARS-CoV-2 infection at regional level and across different phases of the epidemic in Italy. Version of January 20, 2021.
Massimo Fabiani, Graziano Onder, Stefano Boros, Matteo Spuri, Giada Minelli, Alberto Mateo Urdiales, Xanthi Andrianou, Flavia Riccardo, Martina Del Manso, Daniele Petrone, Luigi Palmieri, Maria Fenicia Vescio, Antonino Bella, Patrizio Pezzotti
2021, ii, 51 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021 (in Italian)

Several reports have assessed lethality by using cumulative aggregated data at a time point. However, this measure may suffer from two types of bias. First, point-estimates and their comparison over space and time are affected by differences and changes in accessibility to diagnostic testing, hence by the capability to track and count all the real infected cases. Second, using cumulative aggregated data at a given time point does not account for the time interval between diagnosis and possible death. Finally, in order to compare estimates among different populations it is important to account for differences in the demographic structure of the populations using rates standardized by age and sex. This report aims to estimate the COVID-19 Case Fatality Rate (CFR) standardized by sex and age at regional level and across different phases of the epidemic using individual data from the Italian integrated surveillance system coordinated by the Italian Institute of Health. Among confirmed cases notified until October 2020, the CFR standardized by age and sex was 4.3%; 6.6% during the first epidemic phase (February-May), 1.5% during the second phase (June-September), and 2.4% among cases diagnosed in October. The high CFR observed during the first wave is likely explained by the limited diagnostic capability in this period that did not allow to identify many asymptomatic and less severe cases.

Per informazioni su questo documento scrivere a: massimo.fabiani@iss.it

Citare questo documento come segue:

Fabiani M, Onder G, Boros S, Spuri M, Minelli G, Mateo Urdiales A, Andrianou X, Riccardo F, Del Manso M, Petrone D, Palmieri L, Vescio MF, Bella A, Pezzotti P. *Il case fatality rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia. Versione del 20 gennaio 2021.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021).

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica (Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità 2021
viale Regina Elena, 299 –00161 Roma

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Indice

Acronimi ii
Introduzione 1
1. Metodologia 3
2. Situazione epidemiologica nazionale aggiornata al 13 gennaio 2021 5
3. Distribuzione dei decessi nel tempo 8
4. CFR standardizzato per sesso ed età 12
5. Stima del CFR regionale relativo aggiustato per sesso, età e mese di diagnosi 24
6. Eccesso di mortalità e mortalità standardizzata a livello regionale nelle diverse fasi epidemiche 29
7. Confronto dell'eccesso di mortalità con altri Paesi europei 31
8. Sintesi 33
Bibliografia 35
Appendice A1. Casi e decessi per sesso, classe di età e Regione/PA di diagnosi 37
Appendice A2. CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi (casi ≥ 50 anni) 48

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Acronimi

CFR	*Case Fatality Rate*
COVID 19	Corona Virus Disease- 2019
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
Eurostat	Statistical Office of the European Union
IC	Intervallo di confidenza
IFR	*Infection Fatality Rate*
IQR	*InterQuartile Range*
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
PA	Provincia Autonoma
r	Coefficiente di correlazione di Pearson
SARS-CoV-2	*Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2*
UE	Unione Europea
WHO	World Health Organization

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Introduzione

Il primo caso di COVID-19 è stato diagnosticato in Italia il 20 febbraio 2020, con il primo decesso associato alla malattia registrato il 21 febbraio (1, 2). Al 13 gennaio 2021, l'Italia risultava uno dei Paesi con il maggior numero di casi confermati di COVID-19 (n = 2.319.036) e decessi COVID-19 correlati (n = 80.326) (3, 4).

I dati sui decessi hanno attratto una sostanziale porzione di ricerca a livello nazionale ed internazionale e molti studi hanno analizzato differenze inter-regionali ed inter-nazionali nei principali parametri epidemiologici comunemente utilizzati per misurare l'impatto dell'epidemia sui decessi. In precedenti rapporti, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) hanno prodotto i dati sull'eccesso di mortalità (vale a dire quanti morti in più, per tutte le cause ci sono stati nel Paese rispetto agli anni precedenti), mostrando rilevanti differenze in questo parametro nelle diverse fasce di età e aree geografiche (5).

Un altro parametro utilizzato per valutare l'impatto dell'epidemia sui decessi è rappresentato dalla letalità, ossia la proporzione di decessi che si verificano in una popolazione infetta (*Infection Fatality Rate,* IFR). Alcune pubblicazioni e siti web hanno usato questo parametro per confrontare l'impatto della pandemia in diversi contesti nazionali ed internazionali (6-13). Tuttavia, parte di questi rapporti erano gravati da limitazioni metodologiche.

In alcuni casi la letalità è stata calcolata utilizzando dati aggregati cumulati riferiti ai casi e decessi notificati a una certa data. Questa tipologia di stima può però risentire di due principali distorsioni (14-18). In primo luogo, le stime puntuali e il loro confronto nello spazio e nel tempo possono essere distorte da differenze e modificazioni nell'accessibilità ai test diagnostici. Ad esempio, una ridotta capacità di tracciamento di casi asintomatici conduce a una di sottostima della popolazione infetta esposta al rischio di morte e alla conseguente sovrastima della letalità. In questi casi, è più appropriato utilizzare il termine *Case Fatality Rate* (CFR) che, diversamente dall'IFR, è calcolato esclusivamente sulla popolazione dei casi noti, ossia quelli diagnosticati e notificati.

In secondo luogo, l'utilizzo di dati aggregati cumulati a una certa data non tiene conto dell'intervallo di tempo che intercorre tra la diagnosi e l'eventuale decesso. In questa circostanza, i casi per i quali l'infezione è relativamente recente da non aver ancora potuto manifestare eventuali complicazioni fatali sono conteggiati nella popolazione infetta a rischio di decesso, causando così una sottostima dell'IFR e del CFR.

Un modo per limitare quest'ultimo elemento di distorsione è quello di analizzare dati individuali riferiti ai soli casi per i quali è trascorso un tempo dalla diagnosi ragionevolmente sufficiente per osservare l'eventuale occorrenza di un decesso collegato all'infezione.

Inoltre, dall'inizio della pandemia è risultato evidente come l'età avanzata rappresenti il principale fattore di rischio per sviluppare complicanze severe legate all'infezione e incrementi notevolmente il rischio di decesso per COVID-19. Questo dato è particolarmente rilevante in Italia, dove circa un quarto della popolazione è rappresentata da ultrasessantacinquenni (nel mondo solo il Giappone ha più anziani dell'Italia) e dove pertanto la proporzione di popolazione a rischio di sviluppare conseguenze severe legate all'infezione è più numerosa.

È quindi importante considerare la struttura demografica della popolazione e calcolare CFR standardizzati per età e sesso al fine di rendere paragonabili le stime riferite a diverse popolazioni, sia a livello nazionale che a livello regionale.

Al fine di superare parte di queste limitazioni, l'obiettivo principale di questo rapporto è fornire le stime del CFR standardizzato del COVID-19 a livello regionale e in riferimento a diverse fasi dell'epidemia utilizzando i dati individuali estratti dal sistema di sorveglianza integrata coordinato dall'ISS.

A questo scopo sono state utilizzate le informazioni relative ai casi diagnosticati e notificati in Italia da inizio epidemia al 31 ottobre 2020, seguiti per almeno 30 giorni dalla data di diagnosi.

1. Metodologia

L'analisi è stata condotta utilizzando il database dei casi COVID-19 confermati con test molecolare e notificati al sistema di sorveglianza da inizio epidemia (20 febbraio 2020) al 13 gennaio 2021 dalle Regioni/ Province Autonome (PA) (19).

I criteri suggeriti dall'ISS alle Regioni/PA per la segnalazione dei decessi associati a COVID-19 nel sistema di sorveglianza utilizza le indicazioni di ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) e WHO (World Health Organization), riprese nel rapporto sulla "Definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte per COVID-19" (20). Oltre la positività confermata con test molecolare, questi criteri includono: 1) la presenza di un quadro clinico e strumentale suggestivo di COVID-19; 2) l'assenza di una chiara causa di morte diversa dal COVID-19; 3) l'assenza di un periodo di recupero clinico completo tra la malattia e il decesso. Dopo una descrizione della distribuzione regionale dei casi e dei decessi e il confronto con i dati aggregati riportati dal Ministero della Salute alla stessa data (21), sono stati esclusi dall'analisi i casi con informazioni mancante o incongruente per la data di diagnosi e/o la data di decesso (0,17%) (Figura 1).

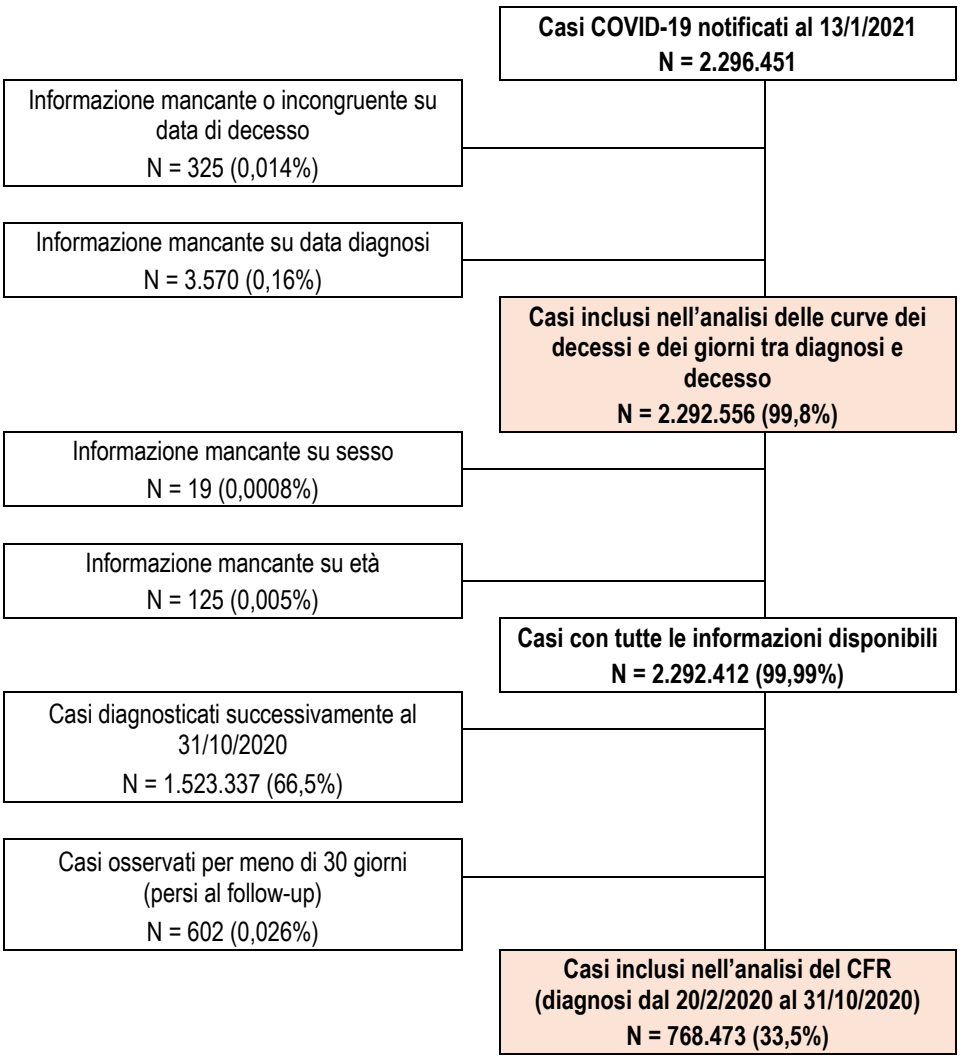


Figura 1. Selezione dei casi inclusi nelle analisi

Per 1384 casi deceduti (1,8%) con data di decesso antecedente 1-7 giorni la data di diagnosi è stata posta la data di decesso coincidente con la data di diagnosi, assumendo che il decesso sia avvenuto tra la data del prelievo e quella di diagnosi o che il test sia stato eseguito *post mortem*.

Sulla base di questo dataset (99,8% dei casi iniziali) è stata descritta la distribuzione dei decessi nel corso dell'epidemia, così come la distribuzione semplice e cumulata dei decessi per numero di giorni intercorsi dalla diagnosi.

Considerando che oltre il 90% dei decessi segnalati è avvenuto entro 30 giorni dalla diagnosi e che i decessi successivi potrebbero essere riferiti a casi clinicamente guariti e quindi non riconducibili direttamente al COVID-19, nelle analisi successive, conformemente a quanto avviene in altri Paesi europei (22), è stata utilizzata una definizione più conservativa basata solo sui decessi avvenuti in questo intervallo di tempo.

Sono stati infine esclusi dall'analisi i casi con informazione mancante su sesso e/o età (0,006%) e i casi non rintracciabili per i quali l'ultima data di aggiornamento dello stato clinico era inferiore a 30 giorni dalla data di diagnosi (0,026%). Le successive analisi sono state quindi condotte su 768.473 casi diagnosticati nel periodo febbraio-ottobre per i quali erano disponibili informazioni sullo stato clinico a 30 giorni dalla diagnosi. L'utilizzo del dataset estratto il 13 gennaio ha consentito di tener conto di oltre sei settimane di possibile ritardo nell'aggiornamento delle informazioni inserite nella piattaforma del sistema di sorveglianza dalle Regioni/PA.

I tassi mensili di incidenza e mortalità e il CFR, sia complessivi che specifici per fase epidemica e Regione/PA sono stati standardizzati per sesso e classe di età (< 50 anni, 50-59 anni, 60-69 anni, 70-79 anni, 80-89 anni e ≥ 90 anni) utilizzando il metodo diretto e la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento (23). I casi di età inferiore a 50 anni sono stati sono stati raggruppati in un'unica classe visto il numero relativamente basso di decessi osservati in questa fascia di età (1,07%).

I tassi e il CFR standardizzati sono stati calcolati utilizzando anche la popolazione europea standard (Eurostat 2013) (24) come riferimento, in modo da consentire eventuali confronti futuri con le stime del CFR relative agli altri Paesi europei, per i quali non sono attualmente disponibili dati sufficientemente disaggregati che ne consentano il calcolo.

Inoltre, è stato stimato, sia complessivamente che per ciascuna fase epidemica, il CFR relativo in ciascuna Regione/PA rispetto al CFR misurato a livello nazionale. I CFR relativi, aggiustati per sesso, età e mese di diagnosi, sono stati stimati attraverso il modello di regressione negativo-binomiale e messi in relazione con il livello di sottonotifica derivato dal confronto tra il numero di decessi notificati al sistema di sorveglianza e quelli desunti dai dati aggregati disseminati dal Ministero della Salute (21).

Infine, a scopo di validazione, è stata valutata la correlazione tra i tassi regionali di mortalità standardizzati così come calcolati in questo lavoro e le stime regionali dell'eccesso di mortalità recentemente pubblicate da ISTAT-ISS (5). L'eccesso di mortalità nazionale stimato da ISTAT-SS è stato inoltre confrontato con le stime riferite agli altri Paesi europei utilizzando i dati resi disponibili sul portale Eurostat (25).

2. Situazione epidemiologica nazionale aggiornata al 13 gennaio 2021

Durante il periodo tra il 20 febbraio (inizio epidemia) e il 13 gennaio 2021 sono stati diagnosticati e notificati al sistema di sorveglianza 2.296.451 casi, di cui 78.597 (3,42%) deceduti. La maggior parte dei decessi sono stati notificati dalle Regioni Lombardia (N=25.782; 32,8%), Emilia-Romagna (N=8.454; 10,8%), Piemonte (N=7.639; 9,72%), Veneto (N=7.565; 9,63%) e Lazio (N=4.175; 5,31%)) (Tabella 1).

Tabella 1. Differenze regionali tra il numero cumulato di casi e decessi comunicati dal Ministero della Salute e quelli notificati al Sistema di Sorveglianza (13 gennaio 2021)

Regione	Ministero della Salute		Sistema Sorveglianza		Variazione casi (%)*	Variazione decessi (%)*
	N. casi	N. decessi	N. casi	N. decessi		
Piemonte	209.481	8.278	209.295	7.639	-0,09	-7,72
Valle d'Aosta	7.565	392	7.571	394	0,08	0,51
Lombardia	505.637	25.954	501.902	25.782	-0,74	-0,66
PA Bolzano	32.012	788	31.702	819	-0,97	3,93
PA Trento	24.118	1.037	23.942	1.029	-0,73	-0,77
Veneto	291.719	7.684	289.188	7.565	-0,87	-1,55
Friuli Venezia Giulia	57.787	1.981	51.869	1.710	-10,24	-13,68
Liguria	64.671	3.064	64.298	2.945	-0,58	-3,88
Emilia-Romagna	195.573	8.520	194.395	8.454	-0,60	-0,77
Toscana	126.140	3.916	125.283	3.721	-0,68	-4,98
Umbria	31.467	676	31.684	660	0,69	-2,37
Marche	48.127	1.735	45.703	1.700	-5,04	-2,02
Lazio	183.908	4.259	185.734	4.175	0,99	-1,97
Abruzzo	38.339	1.300	38.321	1.299	-0,05	-0,08
Molise	7.236	219	7.235	218	-0,01	-0,46
Campania	202.552	3.257	198.604	3.418	-1,95	4,94
Puglia	104.578	2.755	104.598	2.755	0,02	0,00
Basilicata	12.197	284	11.888	237	-2,53	-16,55
Calabria	27.736	521	27.636	413	-0,36	-20,73
Sicilia	113.524	2.841	113.318	2.852	-0,18	0,39
Sardegna	34.669	865	32.285	812	-6,88	-6,13
Totale	**2.319.036**	**80.326**	**2.296.451**	**78.597**	**-0,97**	**-2,15**

* variazione % del numero di casi/decessi segnalati al sistema di sorveglianza rispetto ai dati aggregati cumulati comunicati dal Ministero della Salute.

Si evidenzia che a causa della forte pressione sui dipartimenti di prevenzione si registrano dei ritardi nella notifica e nell'aggiornamento tempestivo delle informazioni dei casi individuali, rendendo quindi il quadro più recente in parte sottostimato sia per le nuove diagnosi che per i decessi. In particolare, da un confronto con i dati riportati dal Ministero della Salute aggiornati al 13 gennaio emerge che il sistema di sorveglianza risente nell'immediato di una sottonotifica, soprattutto dei decessi, che in alcune Regioni può superare il 10%.

La Tabella 2 mostra la distribuzione dei casi e dei decessi segnalati per sesso e fasce di età. Un totale di 1.185.080 casi è di sesso femminile (51,6%). Nelle fasce di età 0-9, 10-19, 20-29, 60-69 e 70-79 anni si osserva un numero maggiore di casi di sesso maschile rispetto a quelli di sesso femminile. Questo dato appare invertito nella popolazione ultraottantenne ed è ragionevolmente spiegato dalla maggiore aspettativa di vita della popolazione femminile. Infine, si osserva un aumento della percentuale di decessi con l'aumentare dell'età. A partire dalla fascia di età 10-19 anni la percentuale dei casi deceduti è più elevata nei soggetti di sesso maschile.

Tabella 2. Numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale*		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	46.362	4	0,01	43.192	4	0,01	89.554	8	0,01
10-19	99.727	5	0,01	91.379	4	0,00	191.106	9	0,00
20-29	138.859	24	0,02	136.702	17	0,01	275.565	41	0,01
30-39	138.537	96	0,07	144.428	61	0,04	282.969	157	0,06
40-49	170.439	455	0,27	194.883	201	0,10	365.323	656	0,18
50-59	198.505	1.928	0,97	212.644	683	0,32	411.151	2.611	0,64
60-69	136.685	5.588	4,09	121.032	1.904	1,57	257.718	7.492	2,91
70-79	100.404	13.251	13,20	92.746	6.024	6,50	193.150	19.275	9,98
80-89	67.291	17.824	26,49	98.987	14.725	14,88	166.285	32.549	19,57
>=90	14.481	5.327	36,79	49.023	10.466	21,35	63.504	15.793	24,87
Non nota	62	3	4,84	64	3	4,69	126	6	4,76
Totale	**1.111.352**	**44.505**	**4,00**	**1.185.080**	**34.092**	**2,88**	**2.296.451**	**78.597**	**3,42**

* Inclusi 19 casi con informazione sul sesso mancante.

La distribuzione cumulata dei casi e dei decessi notificati al 13 gennaio 2021 per sesso e classe di età varia a livello regionale (vedi dettagli in Appendice A1). Come si osserva nella Tabella 3, mentre la distribuzione per sesso dei casi è abbastanza simile tra le Regioni, l'età mediana dei casi diagnosticati appare leggermente più elevata nelle Regioni settentrionali rispetto a quelle centro-meridionali.

Tabella 3. Differenze regionali della distribuzione per sesso e dell'età mediana tra i casi totali e i casi deceduti

Regione	Casi		Decessi	
	% uomini	Età mediana (IQR)	% uomini	Età mediana (IQR)
Nord	**48,03**	**49 (31-65)**	**55,85**	**83 (76-89)**
Piemonte	45,74	51 (34-68)	56,29	83 (76-88)
Valle d'Aosta	46,02	52 (36-69)	48,98	84 (78-90)
Lombardia	48,37	49 (32-65)	57,98	82 (74-88)
PA Bolzano	48,11	46 (27-60)	52,38	85 (79-91)
PA Trento	46,02	53 (36-72)	54,32	85 (79-90)
Veneto	48,75	49 (31-63)	51,96	85 (78-90)
Friuli Venezia Giulia	48,59	50 (33-65)	50,35	85 (79-91)
Liguria	48,50	51 (32-67)	56,30	83 (76-89)
Emilia-Romagna	48,58	48 (29-63)	54,22	84 (77-90)
Centro	**48,38**	**47 (29-61)**	**55,85**	**82 (74-88)**
Toscana	48,59	48 (29-63)	54,29	84 (77-89)
Umbria	48,44	46 (27-61)	58,33	83 (75-89)
Marche	46,89	49 (31-65)	54,12	83 (76-89)
Lazio	48,60	46 (28-60)	57,56	81 (72-87)
Sud e isole	**49,33**	**46 (28-60)**	**60,93**	**79 (71-86)**
Abruzzo	49,02	48 (29-63)	56,51	82 (73-88)
Molise	48,60	49 (29-64)	55,50	84 (74-89)
Campania	50,57	44 (27-59)	66,12	76 (68-83)
Puglia	48,27	48 (30-62)	59,89	80 (72-86)
Basilicata	48,97	47 (28-61)	60,34	80 (72-86)
Calabria	48,95	44 (27-59)	58,11	79 (71-86)
Sicilia	49,15	46 (28-61)	58,77	80 (72-87)
Sardegna	46,73	48 (29-62)	60,34	81 (72-87)
Totale	**48,39**	**48 (30-63)**	**56,62**	**82 (75-88)**

IQR, range interquartile

Analogamente, l'età mediana appare tendenzialmente più elevata tra i casi deceduti nelle Regioni centro-settentrionali, mentre la distribuzione per sesso evidenzia in genere una più alta proporzione di uomini tra i casi deceduti nelle Regioni meridionali, particolarmente in Campania, dove si osserva un rapporto 2:1 tra i due sessi.

Si sottolinea infine come, a livello nazionale, l'età mediana dei casi diagnosticati sia diminuita da 62 anni (IQR: 47-80) durante la prima fase epidemica (febbraio-maggio 2020) a 39 anni (IQR: 24-56) durante i mesi estivi (giugno-settembre 2020), per poi risalire fino a 47 anni (IQR: 29-61) durante la seconda ondata epidemica (ottobre 2020-gennaio 2021). Al contrario, è stata osservata solo un lieve aumento dei casi di sesso maschile durante i mesi estivi (53,4%) rispetto alla prima fase (45,8%) e alla seconda ondata dell'epidemia (48,5%). L'età mediana dei casi deceduti e la loro distribuzione per sesso non hanno mostrato modificazioni di rilievo nel passaggio tra le tre fasi epidemiche.

3. Distribuzione dei decessi nel tempo

Durante il periodo tra il 20 febbraio (inizio epidemia) e il 13 gennaio 2021 sono stati notificati al sistema di sorveglianza un totale di 77.753 decessi (98,9%) con informazione disponibile sulla data del decesso e quella di diagnosi. Come si osserva in Figura 2, circa la metà di questi sono avvenuti durante la prima ondata dell'epidemia (febbraio – maggio 2020; 45,1%), mentre la quota di decessi registrati durante i mesi estivi appare molto ridotta (giugno – settembre 2020; 1,51%) per poi risalire in riferimento alla seconda ondata dell'epidemia (ottobre 2020 – gennaio 2021; 53,4%). Occorre tener presente che, tra i casi segnalati al sistema di sorveglianza, il numero dei decessi avvenuti nei mesi di dicembre e gennaio, quindi attribuibili alla seconda ondata dell'epidemia, è verosimilmente sottostimato, sia perché il mese di gennaio non era ancora terminato al momento dell'estrazione dei dati, sia perché le segnalazioni riferite a questi mesi potrebbero soffrire di un ritardo di notifica.

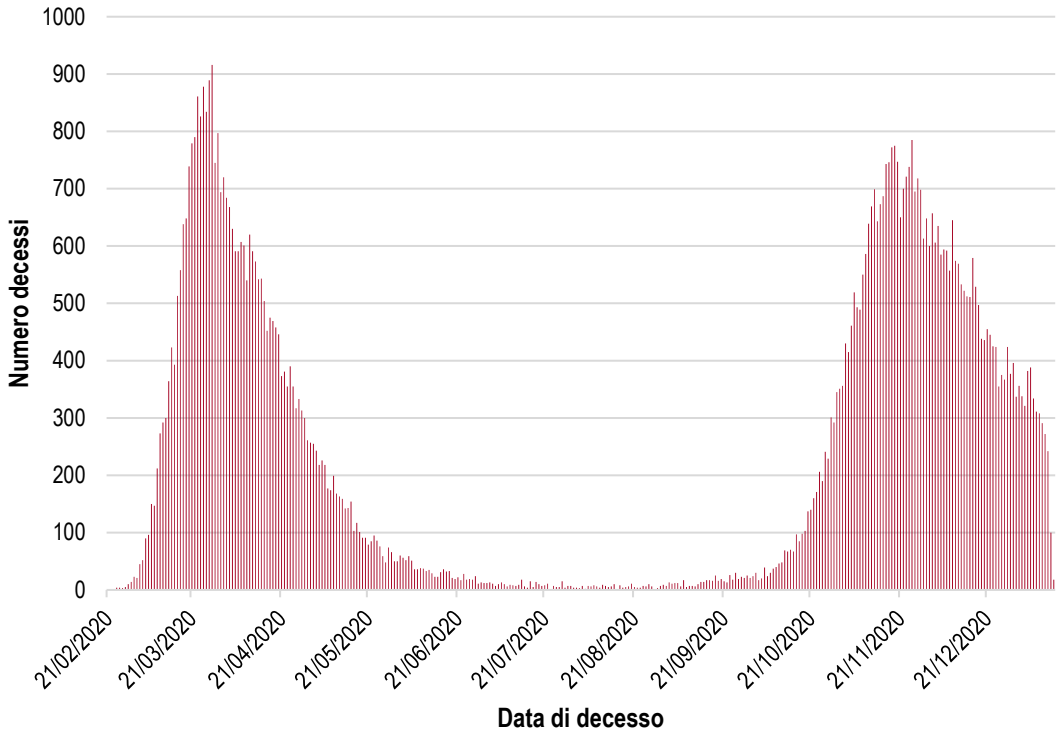


Figura 2. Distribuzione dei decessi nel periodo 21 febbraio 2020 – 13 gennaio 2021 in Italia

La distribuzione dei decessi nel tempo non è comunque omogenea tra le Regioni. Molte di queste, in particolare quelle centro-meridionali, dove la diffusione dell'infezione SARS-Cov-2 era stata relativamente limitata durante la prima fase dell'epidemia, mostrano una curva dei decessi con picchi più elevati in corrispondenza della seconda ondata (Figura 3).

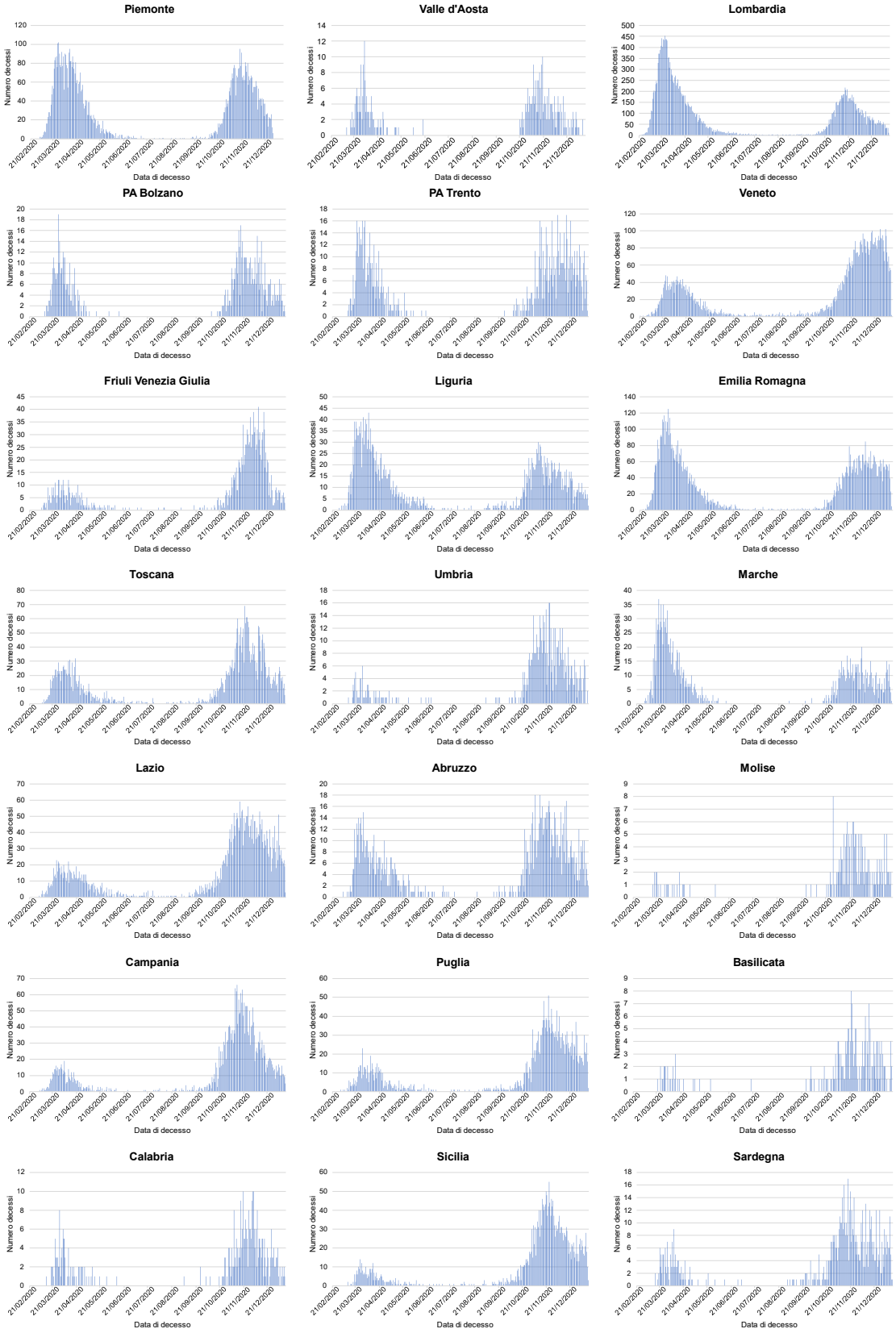


Figura 3. Distribuzione dei decessi a livello regionale nel periodo 21 febbraio 2020 – 13 gennaio 2021

Come descritto nella Figura 4, tra tutti i decessi notificati da inizio epidemia al 13 gennaio 2021, il 91,8% è avvenuto entro 30 giorni dalla data di diagnosi, il 96,0% entro 40 giorni e il 98,8% entro 60 giorni. Queste percentuali sono piuttosto omogenee tra le Regioni/PA, con quote più basse in Toscana dove le percentuali di decessi entro 30/40/60 giorni dalla diagnosi sono risultate rispettivamente 83,0%, 90,9% e 96,9% (Tabella 4). La mediana del tempo intercorso tra la diagnosi e il decesso è risultata pari a 10 giorni (IQR: 5-17) a livello nazionale, variabile tra 8 giorni in Lombardia (IQR=3-15) e Piemonte (IQR: 4-15) e 14 giorni in Toscana (IQR: 7-24) e Basilicata (IQR: 7-22). A livello nazionale, il tempo mediano tra diagnosi e decesso è tendenzialmente aumentato nel corso dell'epidemia. Questo è passato da 7 giorni (IQR: 3-15) tra i deceduti diagnosticati durante la prima ondata (febbraio-maggio 2020) a 14 giorni (IQR: 7-25) tra quelli diagnosticati nei mesi estivi (giugno-settembre 2020) e 11 giorni (IQR: 6-18) tra i deceduti diagnosticati durante la seconda ondata (ottobre 2020-gennaio 2021), riflettendo verosimilmente una riduzione dei tempi di accesso alla diagnosi e al trattamento. Nell'intero periodo esaminato, 1384 (1,78%) decessi sono stati diagnosticati *post mortem*; 1209 (3,45%) durante la prima ondata, 11 (0,94%) nei mesi estivi e 164 (0,40%) durante la seconda ondata.

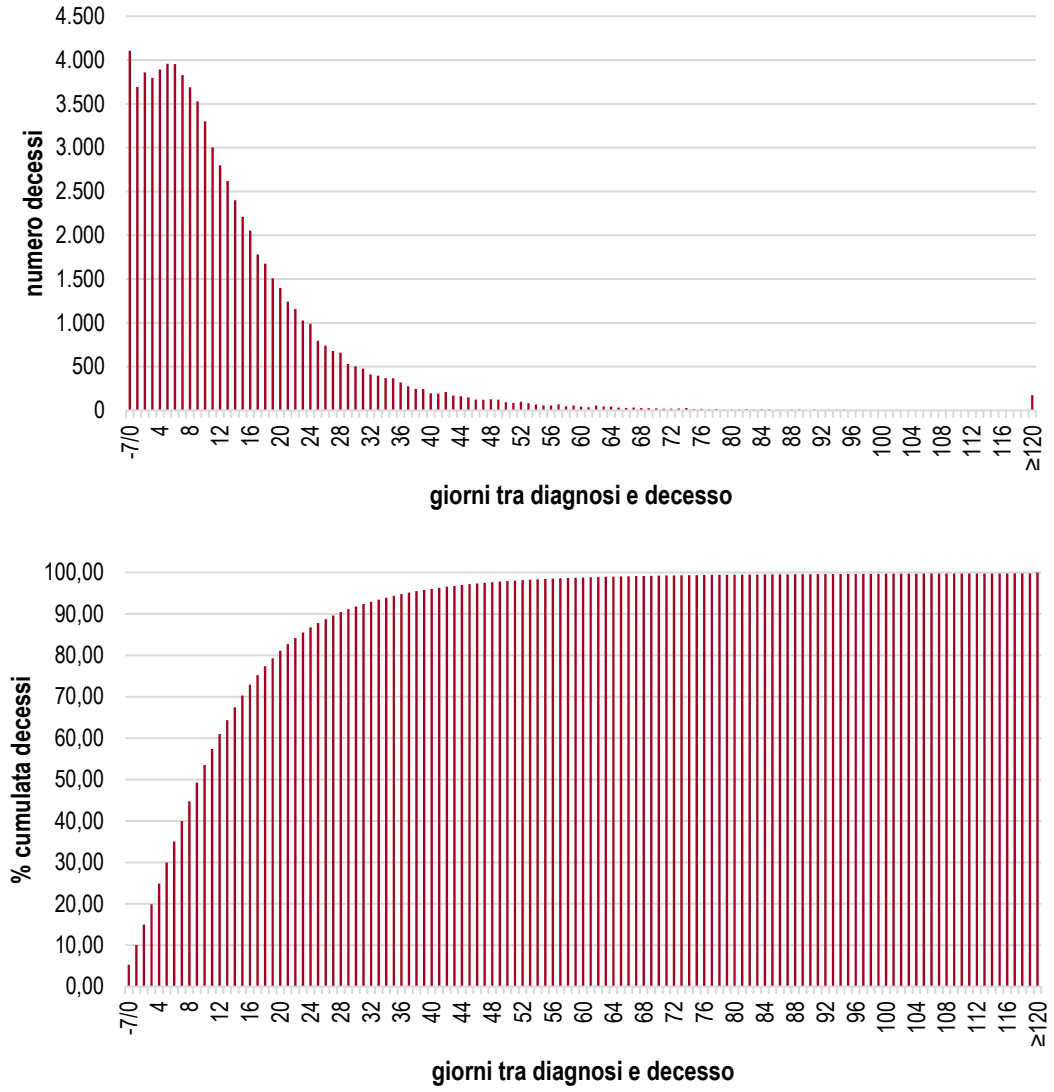


Figura 4. Distribuzione dell'intervallo di tempo trascorso tra diagnosi e decesso in Italia

Tabella 4. Percentuale dei decessi avvenuti entro 30/40/60 giorni dalla diagnosi e tempo mediano intercorso tra la diagnosi e il decesso

Regione	% decessi			Mediana giorni diagnosi-decesso (IQR)
	entro 30 giorni	entro 40 giorni	entro 60 giorni	
Piemonte	95,02	98,44	99,73	8 (4-15)
Valle d'Aosta	94,15	98,22	99,49	9 (5-16)
Lombardia	93,46	96,58	98,85	8 (3-15)
PA Bolzano	94,87	97,92	99,63	9 (5-16)
PA Trento	93,77	97,66	99,42	10 (6-16)
Veneto	90,48	95,04	97,96	12 (6-19)
Friuli Venezia Giulia	95,95	97,83	99,47	10 (5-16)
Liguria	91,50	95,44	98,50	9 (4-17)
Emilia-Romagna	90,89	95,16	98,59	10 (5-18)
Toscana	82,96	90,86	96,88	14 (7-24)
Umbria	88,55	96,18	99,54	13 (6-21)
Marche	90,65	96,18	99,41	10 (5-19)
Lazio	88,62	95,04	98,89	12 (6-20)
Abruzzo	89,22	94,92	98,77	11 (6-20)
Molise	94,04	98,62	99,08	10 (5-17)
Campania	92,21	97,04	99,38	10 (5-18)
Puglia	89,79	95,53	98,87	12 (6-20)
Basilicata	88,03	95,73	99,15	14 (7-22)
Calabria	91,21	96,98	99,50	13 (6-20)
Sicilia	91,00	95,76	98,70	12 (6-21)
Sardegna	91,49	96,70	99,11	11 (5-19)
Totale	**91,80**	**96,04**	**98,79**	**10 (5-17)**

4. CFR standardizzato per sesso ed età

Per il calcolo dei tassi mensili di incidenza e mortalità e del CFR standardizzati per sesso ed età con il metodo diretto è stata utilizzata come riferimento sia la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 che la popolazione europea standard (Tabella 5) (23, 24).

Tabella 5. Distribuzione relativa per sesso ed età della popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 e della popolazione europea standard

Classe di età	Italia*		Europa**	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
< 50 anni	27,7	26,8	30,5	30,5
50-59 anni	7,7	8,0	6,8	6,8
60-69 anni	5,9	6,4	5,8	5,8
70-79 anni	4,6	5,4	4,5	4,5
80-89 anni	2,4	3,7	2,0	2,0
90+ anni	0,4	1,0	0,5	0,5
Totale	**48,7**	**51,3**	**50,0**	**50,0**

* Fonte ISTAT (popolazione residente in Italia al 1/1/2020); ** Fonte Eurostat (popolazione standard europea - ESP 2013)

In riferimento all'intero periodo preso in esame (febbraio-ottobre 2020) e ai decessi avvenuti entro 30 giorni dalla data di diagnosi, come evince dalla Figura 5, il CFR grezzo tende a incrementare rapidamente con l'età a partire dai 50 anni, in misura maggiore tra gli uomini rispetto alle donne. Questo, viste le differenze regionali nella distribuzione della casistica per sesso e soprattutto per età (Appendice A1), giustifica il ricorso al metodo della standardizzazione diretta per evitare una distorsione del confronto del CRF tra le Regioni/PA e tra le diverse fasi epidemiche.

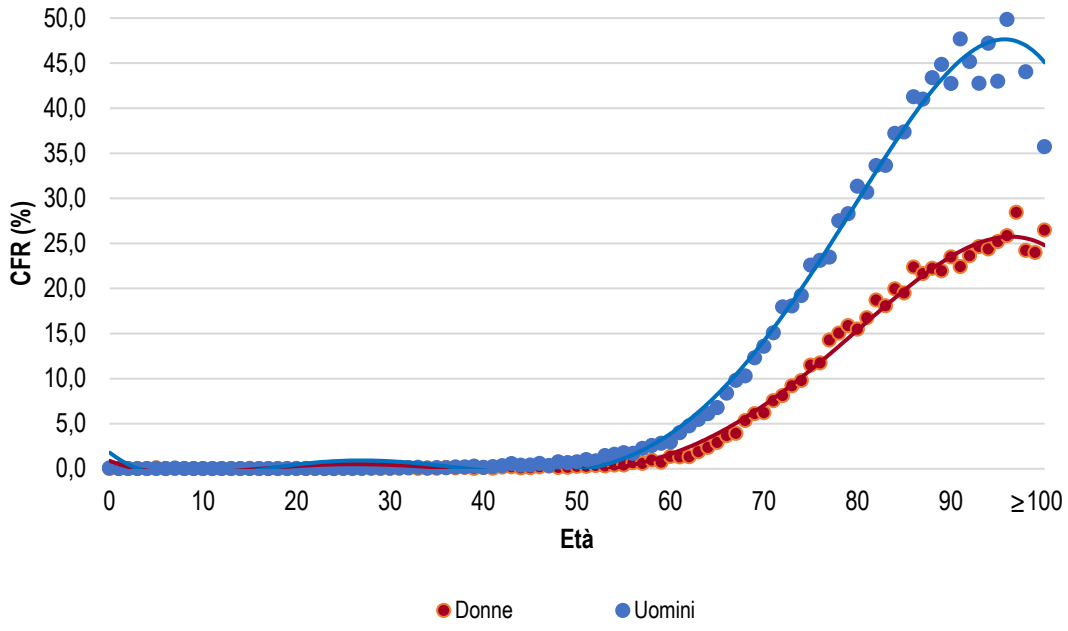


Figura 5. CFR grezzo per sesso ed età alla diagnosi

La Figura 6 mostra, per ciascun mese di diagnosi, l'incidenza, la mortalità e il CFR standardizzato per sesso e classe di età calcolati usando sia la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 che la popolazione europea standard come riferimento. In riferimento alla prima, il tasso di incidenza mensile standardizzato per sesso e classe di età a inizio epidemia (febbraio-marzo) è risultato pari a 143 casi X 100.000 residenti. Questo è lievemente aumentato ad aprile per poi decrescere progressivamente fino al mese di luglio (12 casi X 100.000 residenti). Già nei mesi di agosto e settembre, con il rientro dalle vacanze estive e la riapertura delle scuole, oltre che con l'incremento del numero di tamponi effettuati, è stata osservata una lieve risalita dell'incidenza che è poi rapidamente aumentata raggiungendo il suo picco nel mese di ottobre (743 casi X 100.000 residenti).

Malgrado l'elevata incidenza osservata nel mese di ottobre, i tassi di mortalità e il CFR indicano come agli elevati livelli registrati durante la prima ondata dell'epidemia (febbraio-marzo: mortalità=26,1 decessi per 100.000 residenti; CFR=8,9%) e successivamente diminuiti fino a luglio, siano seguiti un aumento della mortalità e del CFR che però non hanno raggiunto i picchi registrati nel periodo febbraio-aprile (ottobre: mortalità=14,7 X 100.000 residenti; CFR=2,.43%).

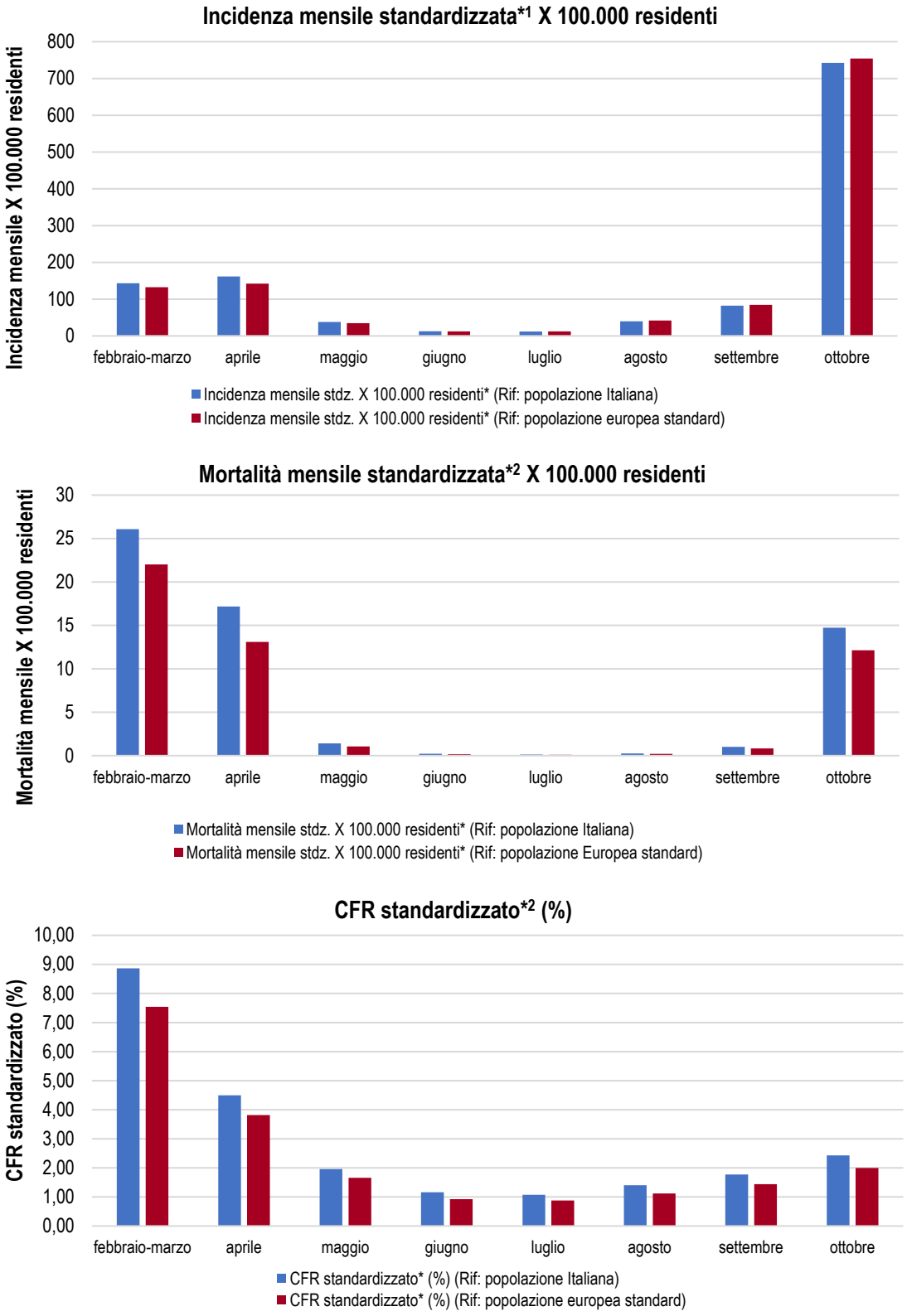
Questo relativo contenimento della mortalità e del CFR durante la seconda ondata epidemica è verosimilmente dovuto alla combinazione di diversi fattori:

1) aumentata disponibilità di servizi ospedalieri dedicati,
2) migliorate conoscenze in merito a possibili trattamenti terapeutici,
3) aumentata capacità diagnostica con conseguente tracciamento di casi asintomatici e paucisintomatici a ridotto rischio di decesso.

D'altra parte, gli elevati livelli di mortalità e CFR registrati durante la prima ondata hanno verosimilmente risentito di un effetto "harvesting", ossia dell'anticipazione del decesso tra persone in condizioni di salute molto compromesse a inizio epidemia che sarebbero comunque decedute nel breve periodo.

La Tabella 6 mostra l'incidenza, la mortalità e il CFR, grezzi e standardizzati, sia a livello nazionale che specifici per Regione/PA in riferimento all'intero periodo esaminato (febbraio-ottobre). A livello nazionale, utilizzando come riferimento la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020, è stato osservato un tasso di incidenza mensile pari a 153,8 casi per 100.000 residenti, un tasso di mortalità mensile pari a 8,33 decessi per 100.000 residenti e un CFR standardizzato pari a 4,34% dei casi diagnosticati. Questi indicatori presentano una variabilità a livello regionale, con i più alti tassi standardizzati di incidenza e mortalità osservati in Valle d'Aosta (incidenza mensile=333,1 per 100.000 residenti; mortalità mensile=20,1 decessi per 100.000 residenti) e Lombardia (incidenza mensile=260,8 per 100.000 residenti; mortalità mensile=21,2 decessi per 100.000 residenti). Il CFR standardizzato è risultato essere superiore in Lombardia (5,71%) ed Emilia-Romagna (4,98%), mentre i livelli più bassi sono stati osservati in Umbria (2,27%) e Molise (2,42%).

Come mostrato nella Figura 7, il CFR standardizzato a livello regionale appare positivamente correlato con l'incidenza standardizzata dell'infezione (r=0,380), suggerendo che all'aumentare di quest'ultima aumenti anche la pressione sui servizi sanitari. D'altro canto, durante le fasi di elevata incidenza potrebbe diminuire la capacità di tracciamento di casi asintomatici e meno gravi, con conseguente aumento del CFR.



* Standardizzazione per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso.
[1] Casi diagnosticati dal 20/2/2020 al 31/10/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

Figura 6. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età per mese di diagnosi

Tabella 6. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età

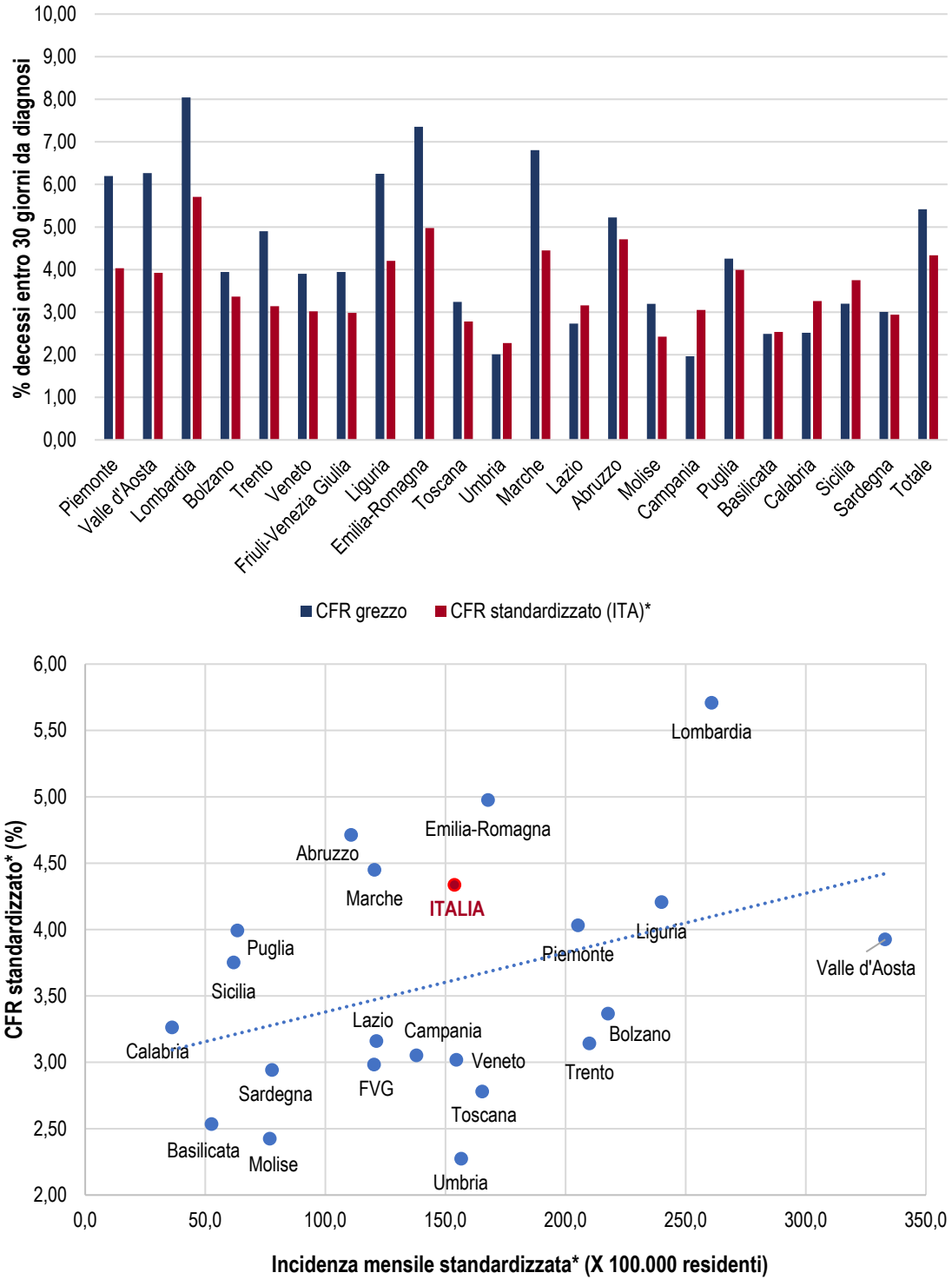
Regione	Pop.	Casi[1]	Decessi[2]	Incidenza mensile (X 100.000 residenti)			Mortalità mensile (X 100.000 residenti)			CFR (%)		
				grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezzo	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**
Piemonte	4.311.217	75.037	4.650	207,8	205,2	199,3	12,87	11,40	9,26	6,20	4,03	3,40
Valle d'Aosta	125.034	3.511	220	335,2	333,1	323,0	21,00	20,12	15,87	6,27	3,93	3,23
Lombardia	10.027.602	218.828	17.599	260,5	260,8	252,7	20,95	21,29	17,63	8,04	5,71	4,86
Bolzano	532.644	9.685	382	217,0	217,8	214,3	8,56	9,93	7,87	3,94	3,37	2,74
Trento	545.425	9.587	470	209,8	210,0	202,3	10,29	10,56	8,49	4,90	3,14	2,61
Veneto	4.879.133	63.269	2.469	154,8	154,6	152,2	6,04	6,04	4,78	3,90	3,02	2,48
Friuli-Venezia Giulia	1.206.216	12.171	480	120,4	120,3	119,6	4,75	4,07	3,23	3,94	2,98	2,45
Liguria	1.524.826	30.957	1.935	242,3	240,0	238,2	15,15	11,67	9,58	6,25	4,21	3,53
Emilia-Romagna	4.464.119	63.282	4.654	169,2	167,8	164,5	12,44	11,43	9,35	7,35	4,98	4,16
Toscana	3.692.555	51.032	1.654	165,0	165,3	165,7	5,35	4,65	3,74	3,24	2,78	2,27
Umbria	870.165	11.298	227	155,0	156,6	159,3	3,11	2,70	2,27	2,01	2,27	1,89
Marche	1.512.672	15.476	1.053	122,1	120,5	117,7	8,31	7,32	6,02	6,80	4,45	3,74
Lazio	5.755.700	58.592	1.600	121,5	121,3	122,5	3,32	3,50	2,88	2,73	3,16	2,61
Abruzzo	1.293.941	12.022	628	110,9	110,8	110,5	5,79	5,44	4,45	5,22	4,71	3,90
Molise	300.516	1.941	62	77,1	76,9	77,1	2,46	2,12	1,70	3,19	2,42	1,97
Campania	5.712.143	66.912	1.315	139,8	138,0	140,1	2,75	3,35	2,90	1,97	3,05	2,57
Puglia	3.953.305	20.934	891	63,2	63,4	62,9	2,69	2,84	2,35	4,26	3,99	3,33
Basilicata	553.254	2.450	61	52,9	52,7	52,7	1,32	1,30	1,09	2,49	2,53	2,15
Calabria	1.894.110	5.766	145	36,3	36,2	36,6	0,91	0,96	0,78	2,52	3,26	2,67
Sicilia	4.875.290	25.279	809	61,9	61,9	62,1	1,98	2,18	1,79	3,20	3,75	3,09
Sardegna	1.611.621	10.444	314	77,4	77,9	78,0	2,33	2,30	1,86	3,01	2,94	2,47
TOTALE	**59.641.488**	**768.473**	**41.618**	**153,8**	**153,8**	**151,3**	**8,33**	**8,33**	**6,81**	**5,42**	**4,34**	**3,64**

[1] Casi diagnosticati dal 20/2/2020 al 31/10/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

* Tassi e CFR standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione residente in Italia al 1/1/2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT);

** Tassi standardizzato per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione europea del 2020 come riferimento standard (Fonte: Eurostat)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

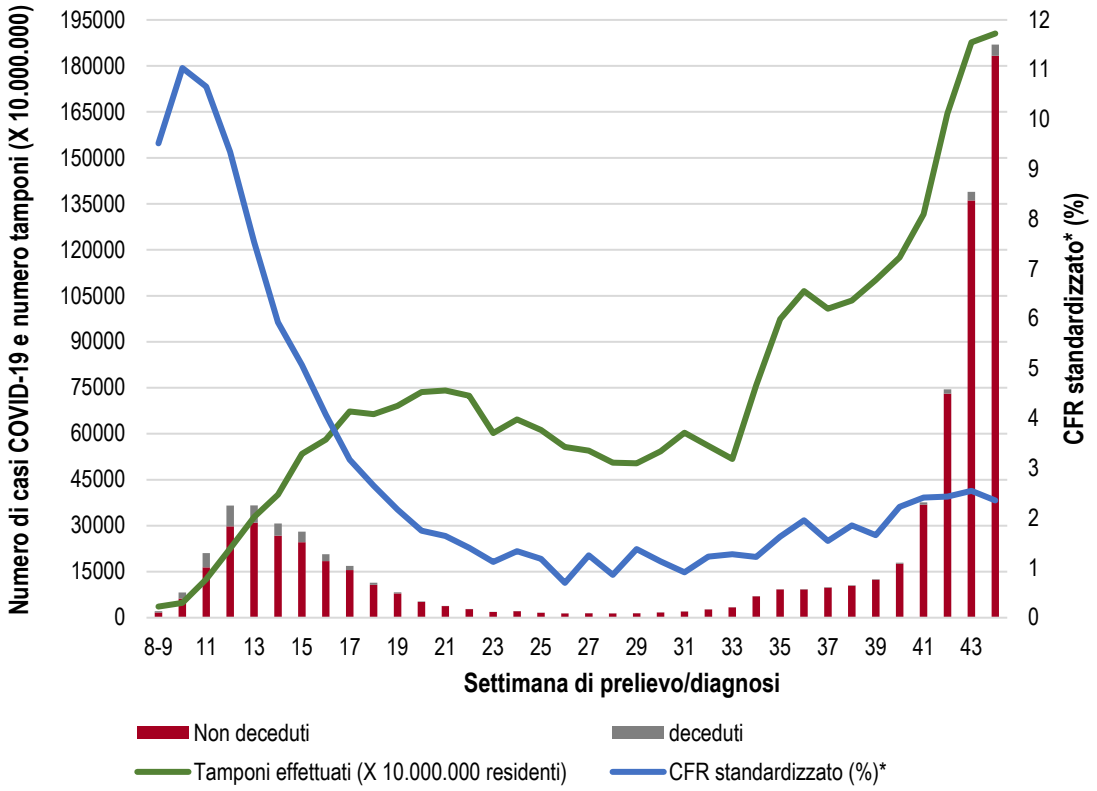


* Incidenza e CFR standardizzati per sesso e classe di età
utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 7. CFR standardizzato per sesso e classe di età e relazione con l'incidenza standardizzata

Infine, la Figura 8 mostra come il CFR standardizzato settimanale appare negativamente correlato con il numero settimanale di tamponi effettuati (r=-0,493), suggerendo che all'aumentare di quest'ultimo abbia

corrisposto, specialmente nella prima fase dell'epidemia, un aumento della capacità di tracciamento di casi asintomatici e paucisintomatici con conseguente riduzione del CFR.



* CFR standardizzato per sesso e classe di età utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 8. Trend settimanale del CFR e del numero di tamponi molecolari effettuati (20 febbraio – 31 ottobre 2020)

Nell'interpretare le differenze regionali di CFR è importante tenere in considerazione la tempistica con cui l'epidemia si è manifestata nei diversi ambiti territoriali. L'epidemia ha colpito prevalentemente l'area settentrionale del Paese durante la prima ondata (febbraio-maggio), per poi estendersi più diffusamente sull'intero territorio nazionale nelle fasi successive.

In base alla Tabella 7, dove è riportata per ciascuna Regione/PA la distribuzione relativa del numero casi diagnosticati nelle diverse fasi, è possibile osservare come il 39% dei casi diagnosticati nelle Regioni del Nord Italia sia riferibile alla prima fase dell'epidemia, in contrasto con il 19% e 13% osservato rispettivamente nelle Regioni dell'Italia centrale e in quelle del Sud Italia.

Questa disparità nella distribuzione dei casi nel tempo potrebbe spiegare parte delle differenze del CFR regionale riferite all'intero periodo esaminato e precedentemente presentate in Tabella 6. Infatti, rispetto ai casi più recenti, i casi diagnosticati nella prima fase dell'epidemia hanno probabilmente risentito di un sistema sanitario meno preparato ad affrontare l'emergenza in termini di accesso alla diagnosi, disponibilità di servizi ospedalieri e di conoscenze in merito ai possibili trattamenti terapeutici. La capacità diagnostica nella prima fase dell'epidemia è stata limitata e pertanto l'esecuzione di test molecolari è stata riservata ai casi più gravi di malattia. Questo può aver condotto a una sottostima dei casi e alla conseguente sovrastima del CFR riferito a questa fase epidemica iniziale.

Tabella 7. Distribuzione dei casi COVID-19 diagnosticati nelle diverse fasi dell'epidemia

Regione	Fase 1 (20/2-31/5)		Fase 2 (1/6-30/9)		Fase 3 (1/10-31/10)		Intero periodo (20/2-31/10)
	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi
Nord	**188.256**	**38,7**	**47.805**	**9,8**	**250.266**	**51,5**	**486.327**
Piemonte	30.725	40,9	4.937	6,6	39.375	52,5	75.037
Valle d'Aosta	1.186	33,8	129	3,7	2.196	62,5	3.511
Lombardia	89.007	40,7	18.016	8,2	111.805	51,1	218.828
Bolzano	2.573	26,6	931	9,6	6.181	63,8	9.685
Trento	4.804	50,1	1.303	13,6	3.480	36,3	9.587
Veneto	19.162	30,3	9.140	14,4	34.967	55,3	63.269
Friuli Venezia Giulia	3.293	27,1	1.636	13,4	7.242	59,5	12.171
Liguria	9.730	31,4	3.866	12,5	17.361	56,1	30.957
Emilia-Romagna	27.776	43,9	7.847	12,4	27.659	43,7	63.282
Centro	**25.645**	**18,8**	**17.268**	**12,7**	**93.485**	**68,5**	**136.398**
Toscana	9.695	19,0	5.016	9,8	36.321	71,2	51.032
Umbria	1.427	12,6	1.098	9,7	8.773	77,7	11.298
Marche	6.726	43,5	1.320	8,5	7.430	48,0	15.476
Lazio	7.797	13,3	9.834	16,8	40.961	69,9	58.592
Sud e isole	**18.783**	**12,9**	**22.006**	**15,1**	**104.959**	**72,0**	**145.748**
Abruzzo	3.247	27,0	1.226	10,2	7.549	62,8	12.022
Molise	432	22,3	224	11,5	1.285	66,2	1.941
Campania	4.700	7,0	8.658	12,9	53.554	80,0	66.912
Puglia	4.486	21,4	3.410	16,3	13.038	62,3	20.934
Basilicata	372	15,2	438	17,9	1.640	66,9	2.450
Calabria	1.195	20,7	823	14,3	3.748	65,0	5.766
Sicilia	3.003	11,9	4.581	18,1	17.695	70,0	25.279
Sardegna	1.348	12,9	2.646	25,3	6.450	61,8	10.444
Totale	**232.684**	**30,3**	**87.079**	**11,3**	**448.710**	**58,4**	**768.473**

Le Tabelle 8-10 e la Figura 9 riportano l'incidenza, la mortalità e il CFR, grezzi e standardizzati, a livello nazionale e specifici per Regione/PA, calcolati separatamente per ciascuna fase epidemica. Si osserva come alcune delle differenze regionali del CFR standardizzato riferite al periodo complessivo appaiano meno pronunciate e talvolta invertite quando il CFR regionale è confrontato separatamente per ciascuna delle tre fasi. Ad esempio, il CFR standardizzato osservato in Lombardia sull'intero periodo è risultato quasi il doppio di quello osservato in Campania (5,71% *vs.* 3,05%), e 4,1 volte superiore se si prende in considerazione il CFR grezzo (8,04% *vs.* 1,97%) (Tabella 6). D'altro canto, l'analisi stratificata per periodo di calendario mostra invece come il CFR standardizzato in Lombardia non differisca sostanzialmente da quello osservato in Campania in ciascuna delle tre fasi epidemiche (7,95% *vs.* 7,31% durante la prima ondata dell'epidemia; 0,90% *vs.* 1,63% durante i mesi estivi; e 2,75% *vs.* 2,53% durante la seconda ondata dell'epidemia), in contrasto con notizie recenti circa una forte differenza della letalità tra queste due Regioni (11).

Infine, la Figura 10 mostra come in ciascuna fase epidemica il CFR standardizzato sia risultato negativamente correlato con il numero settimanale di tamponi effettuati in rapporto alla popolazione residente (Fase 1: r=-0,343; Fase 2: r=-0,413; Fase 3: r=-0,428). Questo suggerisce che le Regioni con aumentata capacità di tracciamento abbiano diagnosticato un numero relativamente maggiore di casi asintomatici o paucisintomatici con conseguente impatto al ribasso del CFR.

Tabella 8. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età (febbraio – maggio 2020)

Regione	Pop.	Casi[1]	Decessi[2]	Incidenza mensile (X 100.000 residenti)			Mortalità mensile (X 100.000 residenti)			CFR (%)		
				grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezzo	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**
Piemonte	4.311.217	30.725	3.758	212,7	203,2	183,2	26,01	23,04	18,60	12,23	5,69	4,92
Valle d'Aosta	125.034	1.186	137	283,1	278,7	258,1	32,70	31,29	24,71	11,55	5,67	4,78
Lombardia	10.027.602	89.007	15.251	264,9	266,7	237,6	45,38	46,10	38,22	17,14	7,95	6,92
Bolzano	532.644	2.573	283	144,2	151,1	138,2	15,85	18,38	14,64	11,00	5,38	4,51
Trento	545.425	4.804	384	262,8	264,2	242,3	21,01	21,58	17,28	7,99	3,92	3,31
Veneto	4.879.133	19.162	1.745	117,2	116,7	106,8	10,67	10,65	8,36	9,11	4,23	3,55
Friuli-Venezia Giulia	1.206.216	3.293	326	81,5	78,3	72,9	8,06	6,90	5,33	9,90	4,61	3,82
Liguria	1.524.826	9.730	1.447	190,4	173,0	159,1	28,32	21,82	17,85	14,87	6,45	5,49
Emilia-Romagna	4.464.119	27.776	4.006	185,7	181,4	167,6	26,78	24,65	20,21	14,42	6,72	5,71
Toscana	3.692.555	9.695	943	78,4	75,7	70,4	7,62	6,65	5,38	9,73	4,67	3,94
Umbria	870.165	1.427	64	48,9	48,5	47,2	2,19	1,94	1,56	4,49	3,32	2,64
Marche	1.512.672	6.726	908	132,7	127,4	117,2	17,91	15,82	13,12	13,50	6,27	5,39
Lazio	5.755.700	7.797	731	40,4	41,0	38,2	3,79	4,00	3,23	9,38	5,47	4,65
Abruzzo	1.293.941	3.247	409	74,9	73,8	70,1	9,43	8,87	7,35	12,60	7,33	6,23
Molise	300.516	432	20	42,9	42,5	41,9	1,99	1,68	1,37	4,63	2,84	2,20
Campania	5.712.143	4.700	448	24,6	25,6	24,4	2,34	2,84	2,49	9,53	7,31	6,42
Puglia	3.953.305	4.486	466	33,9	34,4	32,4	3,52	3,72	3,07	10,39	6,48	5,54
Basilicata	553.254	372	26	20,1	20,0	19,5	1,40	1,40	1,24	6,99	5,19	4,65
Calabria	1.894.110	1.195	88	18,8	19,0	18,3	1,39	1,45	1,19	7,36	5,34	4,47
Sicilia	4.875.290	3.003	272	18,4	18,8	17,8	1,66	1,84	1,49	9,06	6,27	5,24
Sardegna	1.611.621	1.348	123	25,0	24,9	23,0	2,28	2,26	1,79	9,13	4,97	4,27
Totale	**59.641.488**	**232.684**	**31.835**	**116,4**	**116,4**	**105,4**	**15,93**	**15,93**	**13,00**	**13,68**	**6,62**	**5,70**

1 Casi diagnosticati dal 20/2/2020 al 31/5/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

* Tassi e CFR standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione residente in Italia al 1/1/2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT);

** Tassi standardizzato per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione europea del 2020 come riferimento standard (Fonte: Eurostat)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 9. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età (giugno – settembre 2020)

Regione	Pop.	Casi[1]	Decessi[2]	Incidenza mensile (X 100.000 residenti)			Mortalità mensile (X 100.000 residenti)			CFR (%)		
				grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezzo	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**
Piemonte	4.280.492	4937	61	28,8	29,1	29,7	0,36	0,32	0,25	1,24	1,29	1,06
Valle d'Aosta	123.848	129	1	26,0	26,0	26,0	0,20	0,21	0,29	0,78	0,18	0,25
Lombardia	9.938.595	18016	145	45,2	45,1	45,7	0,36	0,38	0,29	0,81	0,90	0,72
Bolzano	530.071	931	0	43,8	42,3	44,2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trento	540.621	1303	3	60,1	59,6	62,1	0,14	0,15	0,11	0,23	0,48	0,35
Veneto	4.859.971	9140	118	46,9	47,0	48,3	0,61	0,61	0,46	1,29	1,64	1,28
Friuli-Venezia Giulia	1.202.923	1636	12	33,9	34,8	36,2	0,25	0,23	0,21	0,73	0,92	0,78
Liguria	1.515.096	3866	69	63,7	66,2	68,3	1,14	0,86	0,67	1,79	1,75	1,42
Emilia-Romagna	4.436.343	7847	64	44,1	44,4	46,2	0,36	0,33	0,26	0,82	1,29	0,98
Toscana	3.682.860	5016	40	34,0	34,7	36,2	0,27	0,24	0,21	0,80	1,41	1,24
Umbria	868.738	1098	11	31,5	32,3	33,9	0,32	0,27	0,24	1,00	1,92	1,68
Marche	1.505.946	1320	5	21,9	22,1	22,7	0,08	0,07	0,05	0,38	0,42	0,30
Lazio	5.747.903	9834	155	42,7	42,5	43,9	0,67	0,71	0,59	1,58	2,37	1,92
Abruzzo	1.290.694	1226	15	23,7	23,8	24,4	0,29	0,28	0,23	1,22	1,72	1,42
Molise	300.084	224	2	18,6	18,5	18,5	0,17	0,15	0,12	0,89	0,80	0,67
Campania	5.707.443	8658	69	37,9	36,9	38,0	0,30	0,37	0,31	0,80	1,63	1,31
Puglia	3.948.819	3410	62	21,5	21,5	21,8	0,39	0,41	0,33	1,82	2,70	2,15
Basilicata	552.882	438	9	19,8	19,7	20,1	0,41	0,39	0,29	2,06	2,28	1,73
Calabria	1.892.915	823	4	10,9	10,7	11,3	0,05	0,05	0,05	0,49	0,92	0,90
Sicilia	4.872.287	4581	69	23,5	23,3	23,9	0,35	0,39	0,32	1,51	2,69	2,17
Sardegna	1.610.273	2.646	35	41,0	41,4	42,8	0,54	0,53	0,46	1,32	1,88	1,62
Totale	59.408.804	87.079	949	36,6	36,6	37,5	0,40	0,40	0,32	1,09	1,52	1,23

[1] Casi diagnosticati dal 1/6/2020 al 30/9/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

* Tassi e CFR standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione residente in Italia al 1/1/2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT);

** Tassi standardizzato per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione europea del 2020 come riferimento standard (Fonte: Eurostat)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 10. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età (ottobre 2020)

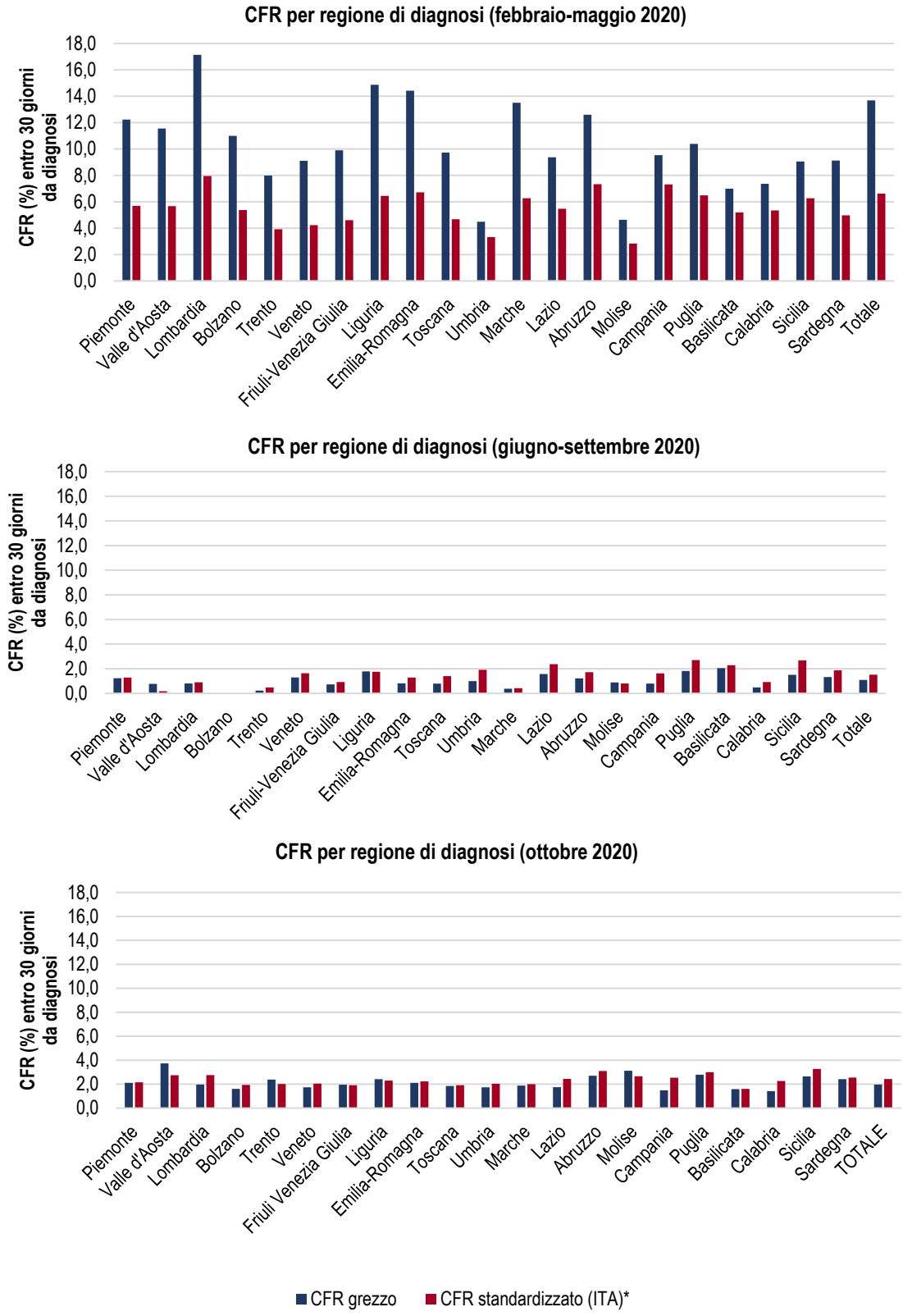
Regione	Pop.	Casi[1]	Decessi[2]	Incidenza mensile (X 100.000 residenti)			Mortalità mensile (X 100.000 residenti)			CFR (%)		
				grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezzo	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**
Piemonte	4.275.555	39.375	831	904,2	913,0	927,3	19,08	17,12	14,30	2,11	2,16	1,78
Valle d'Aosta	123.719	2.196	82	1.742,9	1.741,5	1.724,3	65,08	63,85	49,73	3,73	2,75	2,23
Lombardia	9.920.579	111.805	2.203	1.106,6	1.102,9	1.128,2	21,80	22,74	18,77	1,97	2,75	2,24
Bolzano	529.140	6.181	99	1.146,9	1.135,9	1.142,6	18,37	21,62	16,87	1,60	1,93	1,52
Trento	539.318	3.480	83	633,6	632,8	631,3	15,11	15,77	12,94	2,39	2,01	1,64
Veneto	4.850.831	34.967	606	707,8	707,5	715,6	12,27	12,40	10,18	1,73	2,05	1,67
Friuli-Venezia Giulia	1.201.287	7.242	142	591,9	597,9	604,3	11,61	9,97	8,33	1,96	1,92	1,63
Liguria	1.511.230	17.361	419	1.128,0	1.156,0	1.177,8	27,22	21,20	17,80	2,41	2,30	1,93
Emilia-Romagna	4.428.496	27.659	584	613,2	614,2	624,8	12,95	11,82	9,58	2,11	2,23	1,84
Toscana	3.677.844	36.321	671	969,6	978,5	993,4	17,91	15,51	12,32	1,85	1,92	1,53
Umbria	867.640	8.773	152	992,8	1.004,4	1.024,9	17,20	14,82	12,57	1,73	2,04	1,72
Marche	1.504.626	7.430	140	484,9	487,8	495,8	9,14	7,98	6,26	1,88	2,00	1,59
Lazio	5.738.069	40.961	714	700,9	698,1	711,4	12,22	12,88	10,81	1,74	2,44	2,03
Abruzzo	1.289.468	7.549	204	574,8	576,4	584,3	15,53	14,58	11,61	2,70	3,10	2,49
Molise	299.860	1.285	40	420,8	421,2	424,8	13,10	11,40	9,05	3,11	2,66	2,19
Campania	5.698.785	53.554	798	922,7	907,7	924,8	13,75	16,80	14,47	1,49	2,53	2,12
Puglia	3.945.409	13.038	363	324,5	324,7	325,7	9,03	9,54	7,92	2,78	3,00	2,50
Basilicata	552.444	1.640	26	291,5	290,5	291,2	4,62	4,52	3,70	1,59	1,61	1,34
Calabria	1.892.092	3.748	53	194,5	193,5	197,0	2,75	2,89	2,34	1,41	2,26	1,79
Sicilia	4.867.706	17.695	468	356,9	356,3	358,8	9,44	10,34	8,57	2,65	3,27	2,70
Sardegna	1607627	6.450	156	393,9	396,6	398,4	9,53	9,44	7,58	2,42	2,54	2,13
Totale	**59.321.725**	**448.710**	**8.834**	**742,7**	**742,6**	**754,4**	**14,62**	**14,73**	**12,14**	**1,97**	**2,43**	**1,99**

[1] Casi diagnosticati dal 1/10/2020 al 31/10/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

* Tassi e CFR standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione residente in Italia al 1/1/2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT);

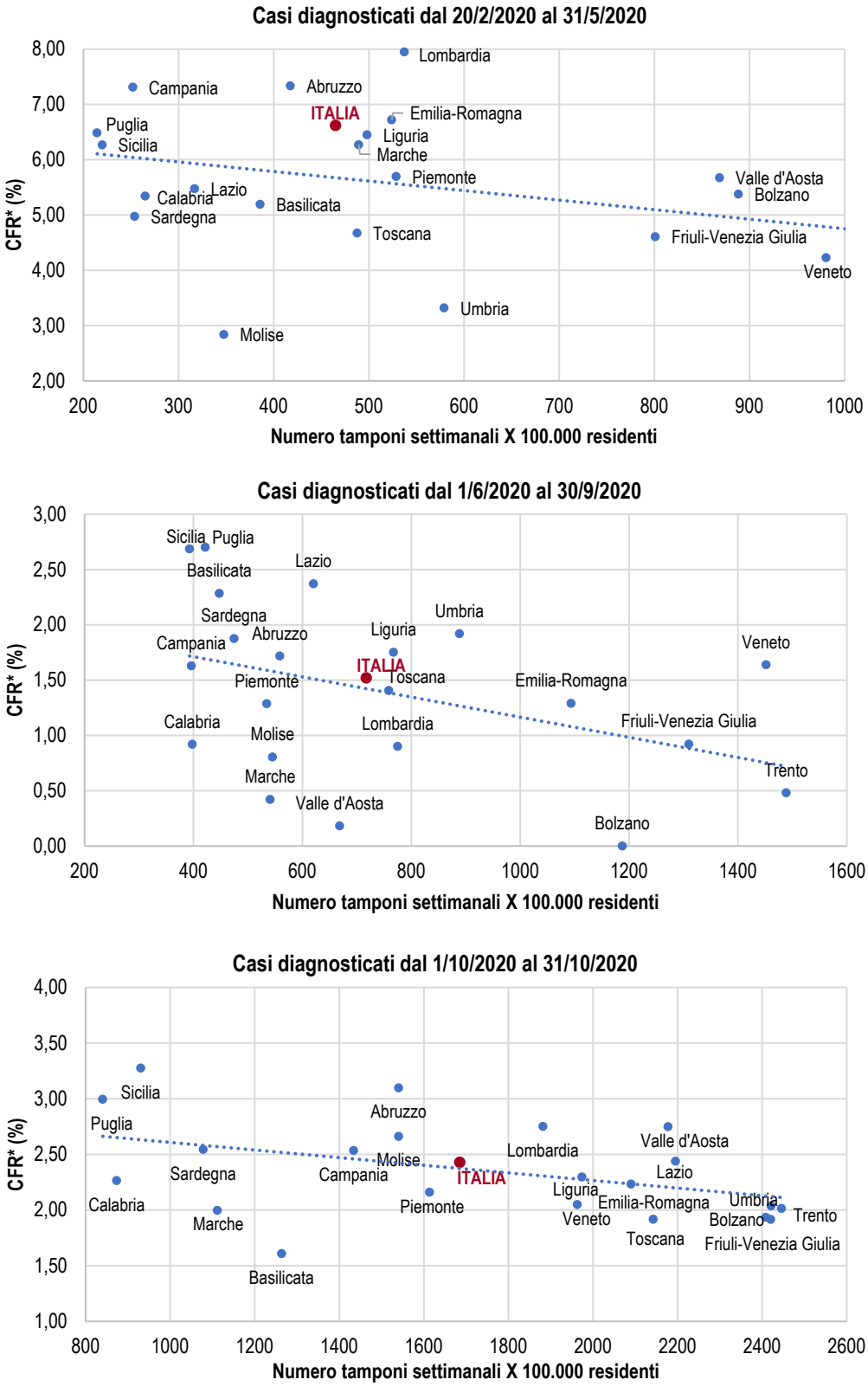
** Tassi standardizzato per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione europea del 2020 come riferimento standard (Fonte: Eurostat)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023



* CFR standardizzato per sesso e classe di età utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 9. CFR (grezzo e aggiustato) per Regione/PA e fase epidemica

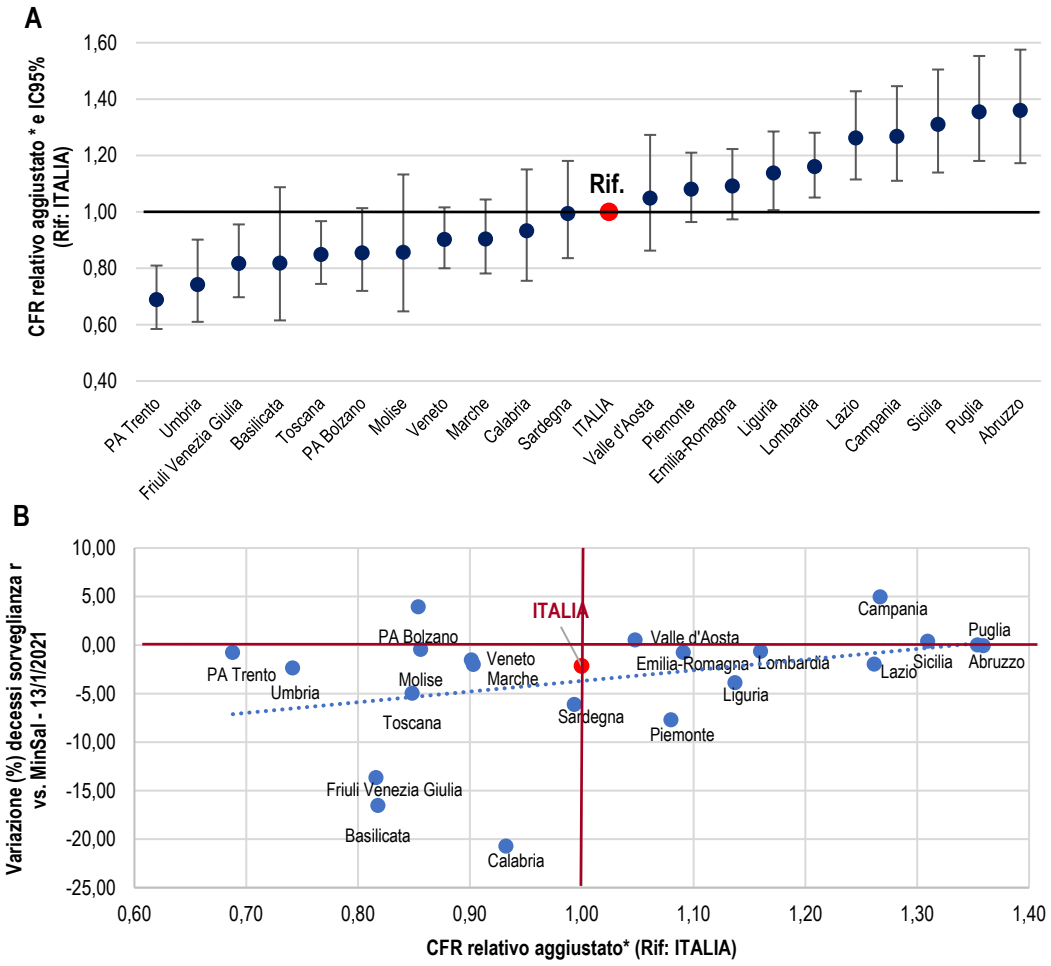


* CFR standardizzato per sesso e classe di età utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 10. Relazione tra CFR aggiustato e numero di tamponi effettuati per fase epidemica

5. Stima del CFR regionale relativo aggiustato per sesso, età e mese di diagnosi

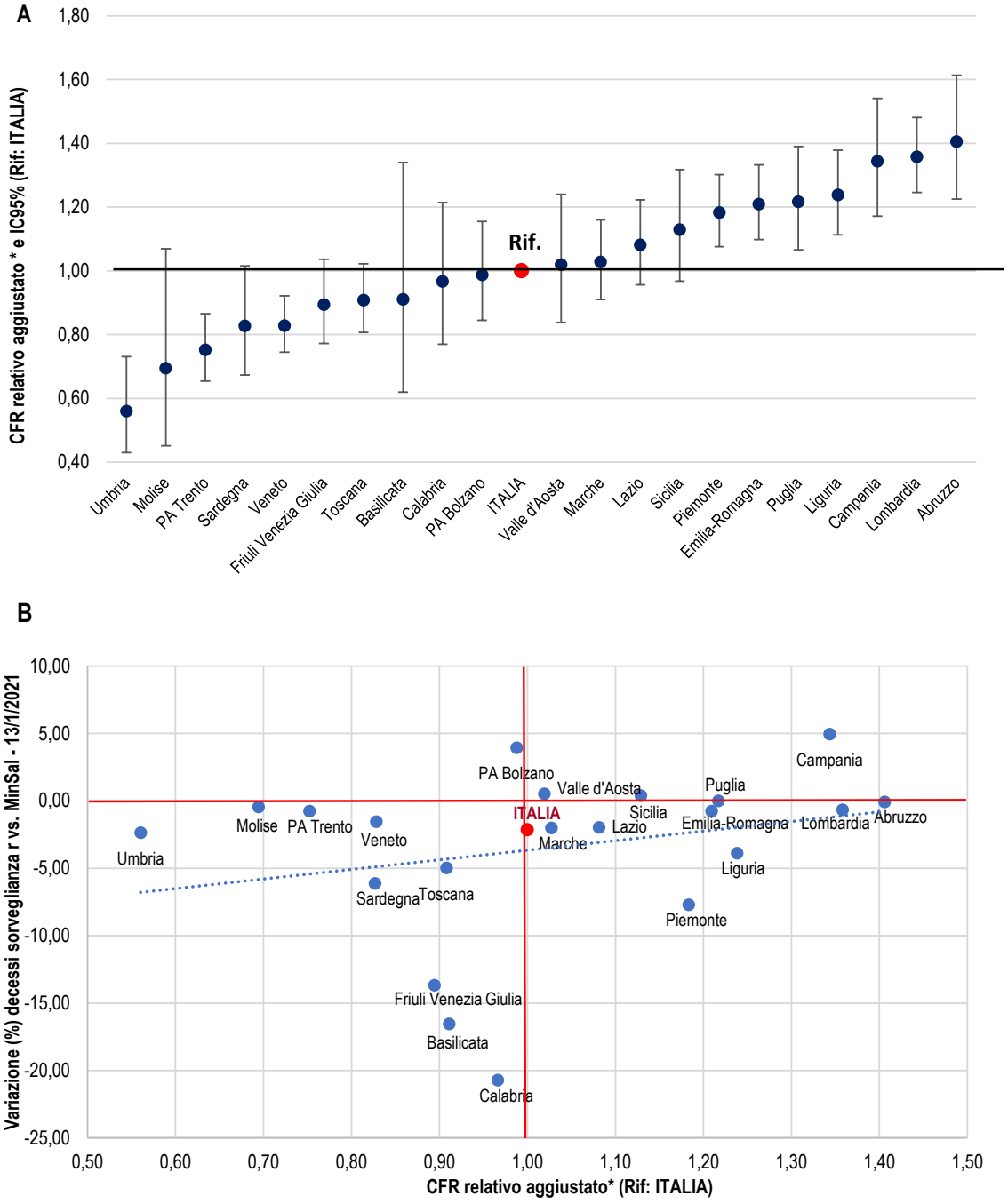
In questa sezione viene presentata il CFR regionale relativo aggiustato per mese di diagnosi, oltre che per sesso ed età. Nell'intero periodo preso in esame (febbraio-ottobre 2020), assumendo l'intero Paese come riferimento, è possibile osservare un CFR aumentato soprattutto in Abruzzo (+36%), Puglia (+35%), Sicilia (+31%), Campania (+27%), Lazio (+26%) e Lombardia (+16%) (*vedi* Figura 9). Viceversa, un CFR aggiustato inferiore alla media nazionale è stato osservato in particolare nella PA di Trento (-31%) e in Umbria (-26%), Friuli Venezia Giulia (-18%), Basilicata (-18%), Toscana (-15%) e PA di Bolzano (-15%). Osservando i CFR relativi grezzi desumibili dalla Tabella 6, si evidenzia come, aggiustando i CFR per sesso, classe di età e mese di diagnosi, le differenze regionali tendano a ridursi e talvolta appaiano invertite. Malgrado esistano delle linee guida per la corretta classificazione dei decessi associati al COVID-19 (20), è opportuno considerare che parte delle differenze residue tra i CFR standardizzati regionali potrebbero essere spiegate da una diversa sensibilità della definizione di decesso COVID-19 applicata a livello regionale. Infine, si osserva come le Regioni che mostrano una CFR ridotto siano anche quelle che, da un confronto con i dati riportati dal Ministero della Salute (*vedi* Tabella 1), risentono in generale di un più elevato livello di sottonotifica dei decessi (Figura 11).



* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza.

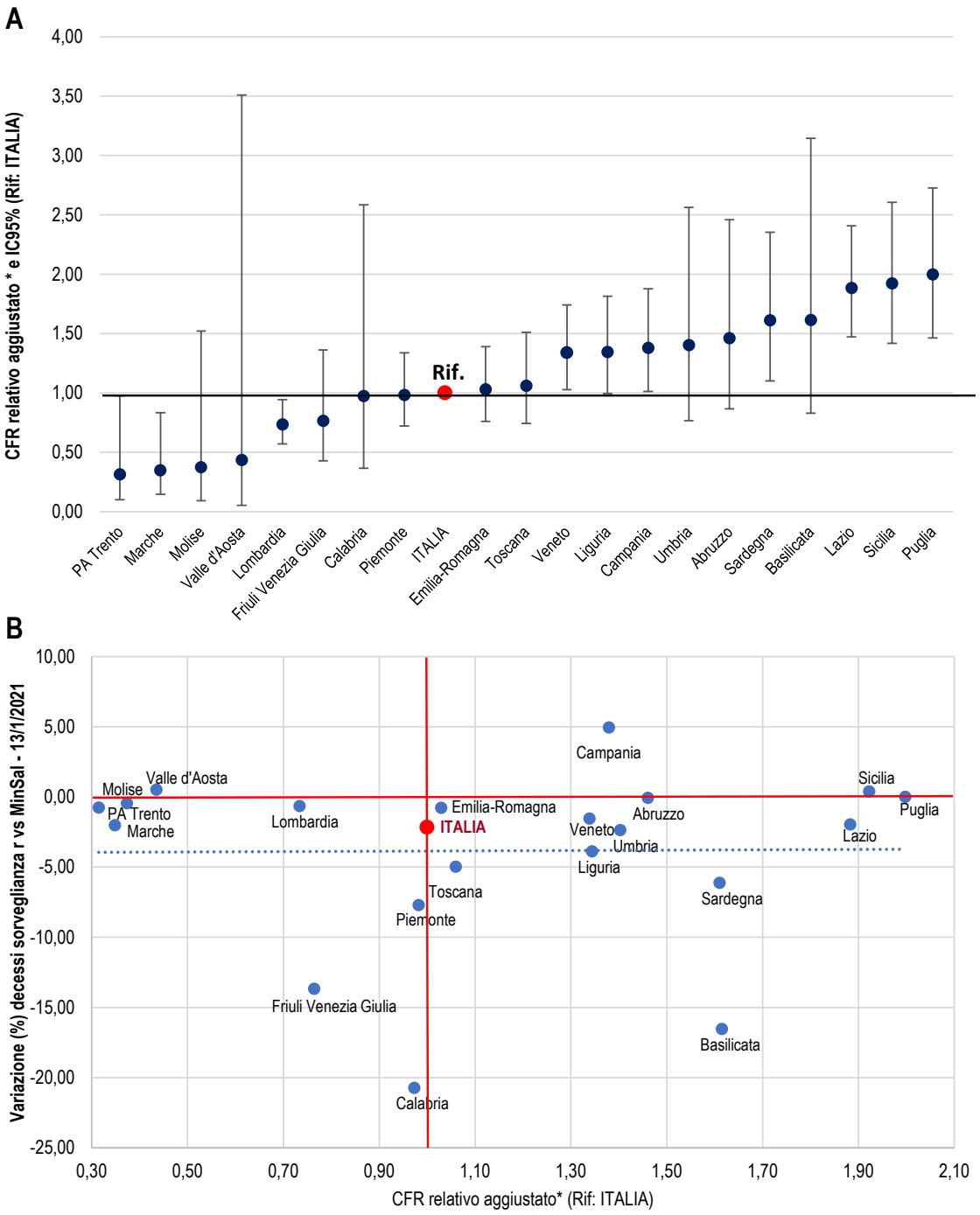
Figura 11. (A) CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia (febbraio-ottobre 2020); (B) Relazione tra CFR e sottonotifica dei decessi rispetto ai dati disseminati dal Ministero della Salute

La stessa analisi condotta separatamente per ciascuna fase epidemica è presentata nelle Figure 12-14.



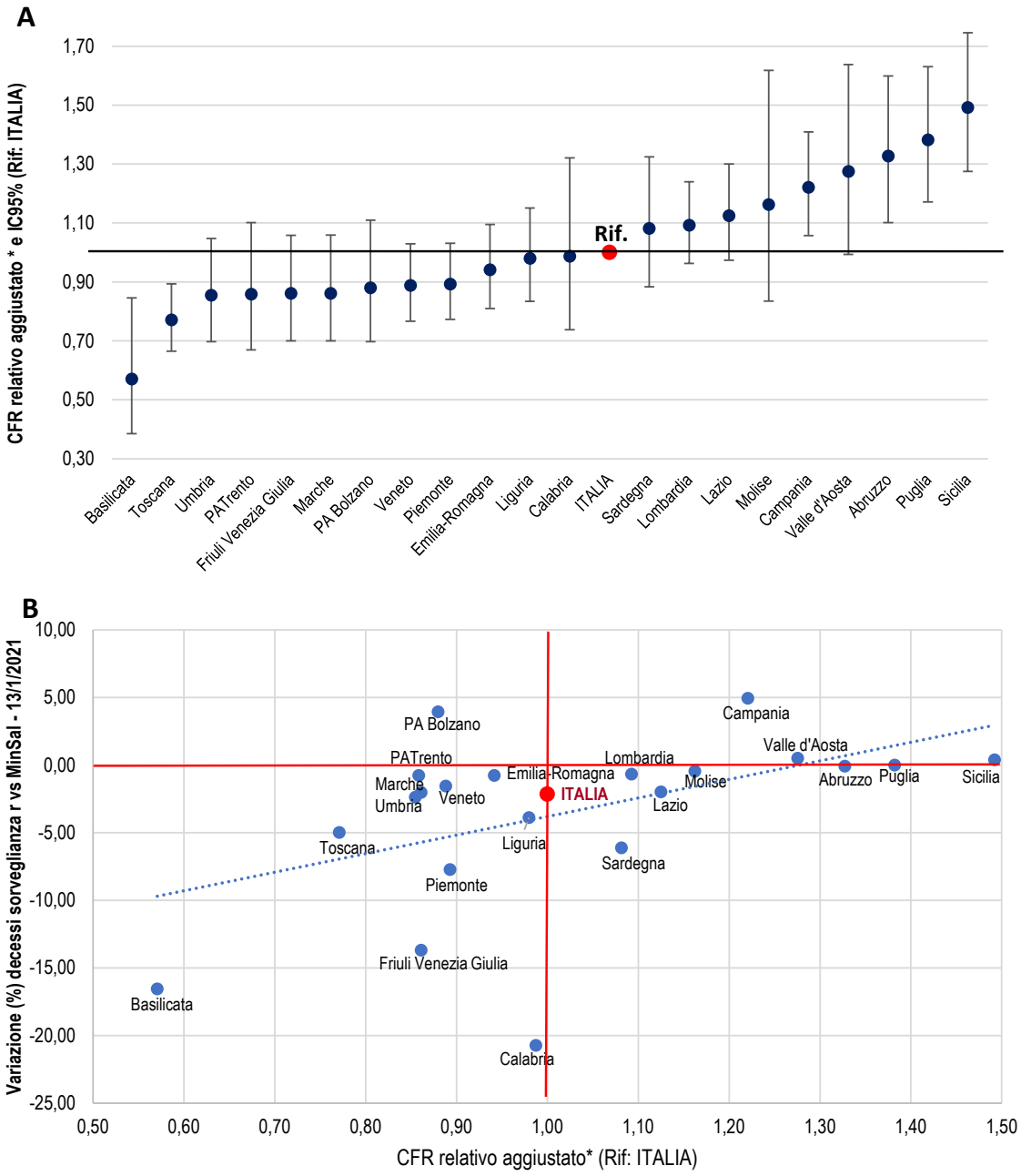
* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

Figura 12. (A) CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia (febbraio-maggio 2020); (B) Relazione tra CFR e sottonotifica dei decessi rispetto ai dati disseminati dal Ministero della Salute



* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

Figura 13. (A) CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia (giugno-settembre 2020); (B) Relazione tra CFR e sottonotifica dei decessi rispetto ai dati disseminati dal Ministero della Salute



* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza.

Figura 14. (A) CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia (ottobre 2020); (B) Relazione tra CFR e sottonotifica dei decessi rispetto ai dati disseminati dal Ministero della Salute

Durante la prima ondata epidemica, che ha colpito prevalentemente l'Italia settentrionale, la Lombardia ha mostrato il più elevato CFR (+36% rispetto al dato nazionale), insieme all'Abruzzo (+41%) e alla Campania (+34%), dove si è registrato una CFR simile. L'elevata incidenza registrata in Lombardia, con la conseguente pressione sui servizi sanitari e le iniziali difficoltà nel tracciare, diagnosticare e trattare tempestivamente i casi, spiega verosimilmente l'elevato CFR osservato in questa Regione.

Durante i mesi estivi, quando l'incidenza è diminuita sensibilmente e l'epidemia ha cominciato a diffondersi più uniformemente sul territorio nazionale, il CFR appare generalmente più elevato nelle Regioni centro-meridionali.

Infine, durante la seconda ondata in ottobre, caratterizzata da elevati livelli di incidenza registrati in tutta Italia e in particolar modo nelle Regioni settentrionali, l'aumentato CFR osservato nelle Regioni meridionali rispetto al resto del Paese durante i mesi estivi tende a ridursi, ma rimane comunque evidente nelle principali Regioni di questa macroarea (Sicilia, Puglia e Campania).

Un'analisi del CFR relativo aggiustato per sesso, età e mese di diagnosi è stata condotta anche limitatamente ai casi di età pari o superiore a 50 anni (Appendice A2). I risultati di quest'analisi non differiscono sostanzialmente da quelli riportati sopra in riferimento all'intera casistica.

6. Eccesso di mortalità e mortalità standardizzata a livello regionale nelle diverse fasi epidemiche

In questa sezione, separatamente per ciascuna fase epidemica, viene presentata la relazione a livello regionale tra la mortalità COVID-19 standardizzata e l'eccesso di mortalità.

Recentemente è stato pubblicato un rapporto congiunto ISTAT-ISS dove sono stati presentati gli eccessi di mortalità registrati in ciascuna Regione/PA durante le tre principali fasi dell'epidemia (febbraio-maggio, giugno-settembre e ottobre-novembre).

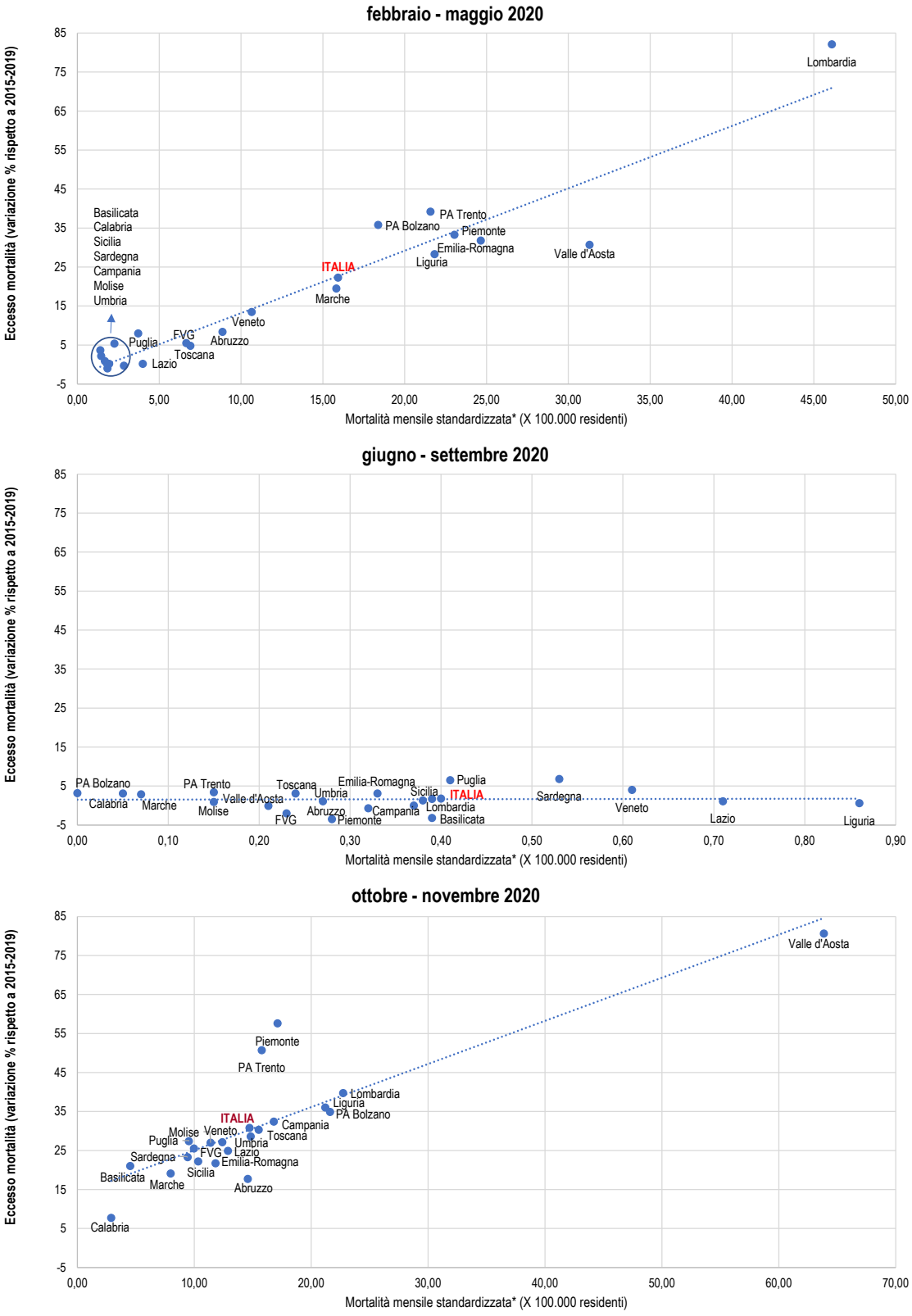
Le stime presentate in questo rapporto rappresentano la variazione percentuale del numero di decessi per tutte le cause registrati in ciascuna fase epidemica rispetto alla media di quelli osservati nello stesso periodo del quinquennio precedente (2015-2019) (5).

Il confronto tra queste stime e i tassi standardizzati di mortalità presentati nelle Tabelle 8-10 evidenzia una forte correlazione tra le distribuzioni regionali di queste due misure nelle fasi di forte espansione dell'epidemia (r=0,957 durante la prima ondata; r=0,855 durante la seconda ondata) (Figura 15).

Al contrario, non si osserva una relazione di rilievo durante i mesi estivi (r=0,024), quando la mortalità riconducibile a COVID-19 ha pesato relativamente poco sulla mortalità generale dovuta a tutte le cause.

In generale, questi risultati mostrano che le stime di mortalità derivate dal sistema di sorveglianza forniscono un quadro dell'andamento nel tempo e delle differenze regionali di mortalità compatibile con l'eccesso di mortalità stimato da ISTAT-ISS.

Questo malgrado, in riferimento all'ultima fase epidemica (ottobre-novembre), si evidenzia uno scostamento dalla retta interpolatrice in particolare per la Regione Piemonte, verosimilmente dovuto a un ritardo nella notifica dei decessi.



* Mortalità standardizzata per sesso e classe di età utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 15. Relazione tra eccesso di mortalità e mortalità standardizzata regionale nelle diverse fasi epidemiche

7. Confronto dell'eccesso di mortalità con altri Paesi europei

I dati disaggregati per sesso, classe di età e fase epidemica, così come analizzati per l'Italia in questo rapporto, non sono al momento accessibili per gli altri Paesi europei. Per questa ragione non è possibile al momento fare un confronto tra il CFR in Italia e quello in altri Paesi.

A ogni modo, le stime del CFR standardizzato per sesso ed età, sia complessive che riferite a ciascuna fase epidemica, sono state presentate utilizzando anche la popolazione europea standard come riferimento. Queste stime potranno pertanto essere utilizzate a fini comparativi qualora stime del CFR calcolato in modo analogo diventino disponibili in futuro per altri Paesi europei.

È comunque opportuno notare che i CFR standardizzati utilizzando la popolazione europea standard sono risultati inferiori a quelli calcolati usando come riferimento la popolazione Italiana residente. Questo suggerisce che la struttura per età relativamente più anziana della popolazione Italiana possa spiegare in parte le eventuali differenze con gli altri Paesi.

Al momento, gli unici dati disponibili per un confronto internazionale solo quelli relativi alle stime di eccesso di mortalità prodotte da Eurostat (25) e nell'ambito del progetto *European Mortality Monitoring* (EuroMOMO) (26).

Le stime mensili prodotte da Eurostat riguardo la variazione percentuale dei decessi registrati nel periodo febbraio-ottobre 2020 rispetto a quelli registrati nello stesso periodo dei quattro anni precedenti mostrano come l'Italia, rispetto alla stima complessiva riferita ai 27 Paesi membri dell'UE, abbia registrato un maggiore eccesso di mortalità durante la prima ondata dell'epidemia, ma livelli inferiori durante i mesi estivi e il mese di ottobre (Tabella 11).

Tabella 11. Eccesso di mortalità nel periodo febbraio-ottobre 2020 rispetto allo stesso periodo riferito agli anni 2016-2019 in Italia e negli altri Paesi europei (Fonte: Eurostat)

Paesi europei	Variazione % rispetto al periodo 2016-2019								
	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.
Paesi UE*	**-2,7**	**13,6**	**24,9**	**2,8**	**1,9**	**2,9**	**7,6**	**8,0**	**17,1**
Austria	-0,5	5,4	11,0	1,9	2,3	2,6	4,8	9,2	12,1
Belgio	-4,4	12,5	73,9	8,4	-0,8	-6,7	18,0	1,9	22,5
Bulgaria	0,9	-3,8	-2,2	-2,9	-0,5	5,4	5,9	4,9	12,5
Cipro	-1,5	7,6	3,1	22,7	6,2	5,4	-1,8	6,8	7,9
Croazia	-2,2	2,2	-3,8	-6,2	1,2	2,2	2,2	7,9	12,4
Danimarca	-7,0	-3,9	6,4	-0,9	0,8	2,2	1,5	4,2	1,7
Estonia	-5,1	-0,6	6,5	2,6	3,0	4,4	5,6	7,9	1,5
Finlandia	-0,4	0,5	8,1	5,6	5,7	1,8	3,5	7,0	2,2
Francia	-2,0	15,5	36,4	2,2	2,5	-0,7	6,2	7,5	16,1
Germania	-4,3	-2,6	9,0	1,6	2,5	-0,5	7,0	5,6	4,8
Grecia	6,6	7,6	1,3	3,4	-1,5	5,6	6,5	10,3	6,7
Irlanda	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Italia	**-1,2**	**49,2**	**41,2**	**3,5**	**-0,5**	**2,4**	**4,3**	**5,0**	**13,1**
Lettonia	-11,9	-14,8	-4,2	2,5	1,1	1,1	4,3	-3,0	1,8
Lituania	-10,3	2,4	5,5	0,2	8,3	8,5	7,2	7,3	6,1
Lussemburgo	-11,4	6,9	18,9	8,0	-0,1	-0,9	13,1	6,9	5,7
Malta	-7,9	16,7	12,6	2,2	-4,4	7,2	13,0	22,2	21,1
Paesi Bassi	-4,1	14,9	53,6	4,3	0,8	-2,5	8,5	5,7	18,2

Paesi europei	Variazione % rispetto al periodo 2016-2019								
	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.
Polonia	-2,0	-0,6	3,5	4,2	5,4	5,9	11,2	11,0	45,1
Portogallo	-3,8	5,5	15,6	10,0	3,5	25,3	6,4	12,9	14,3
Repubblica Ceca	-0,1	-0,9	2,8	-1,4	3,8	3,8	6,4	10,9	53,0
Romania	-2,4	-3,8	2,1	-0,3	3,6	11,6	15,9	14,6	25,3
Slovacchia	-1,8	2,0	-1,3	0,3	0,3	1,4	4,5	4,3	21,6
Slovenia	-0,1	-1,7	5,3	1,4	9,0	2,2	1,9	7,4	29,8
Spagna	-3,6	52,9	78,9	3,7	-1,5	8,2	14,0	17,5	25,0
Svezia	-4,9	1,5	38,3	23,9	10,6	-1,2	-1,3	-2,1	-3,4
Ungheria	-5,7	-1,6	1,0	-2,6	-0,2	-1,9	-0,6	3,9	14,8
Paesi non UE									
Islanda	3,6	-2,0	4,2	7,5	-21,1	-5,4	-6,7	0,4	26,5
Liechtenstein	46,0	-10,1	-0,2	12,2	-17,4	-3,1	11,0	29,3	17,2
Norvegia	-2,1	-0,5	2,9	-3,0	-1,6	-2,0	1,6	4,8	1,5
Svizzera	-2,6	9,7	25,0	-3,3	-0,7	-0,8	2,2	1,9	12,2

[#] ND non disponibile.

Le differenze con l'insieme degli altri Paesi europei osservate durante la prima ondata sono verosimilmente dovute al fatto che in Italia l'epidemia è risultata in generale anticipata nel tempo rispetto al resto dell'Europa.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

8. Sintesi

In base alle informazioni comunicate al sistema di sorveglianza nazionale, dall'inizio dell'epidemia al 13 gennaio 2021 si sono verificati 2.296.451 casi di COVID-19 confermati con test molecolare. Di questi, 78.597 (3,42%) risultavano deceduti alla stessa data. L'età mediana dei casi deceduti è risultata pari a 82 anni (IQR: 75-88), con lievi differenze tra Nord (83 anni; IQR:76-89), Centro (82 anni; IQR: 74-88) e Sud Italia (79 anni; IQR: 71-86).

A livello nazionale, circa la metà dei decessi è avvenuta durante la prima ondata dell'epidemia (febbraio – maggio 2020; 45,1%), mentre la quota di decessi registrati durante i mesi estivi appare molto ridotta (giugno – settembre 2020; 1,51%) per poi risalire in riferimento alla seconda ondata dell'epidemia (ottobre 2020 – 13 gennaio 2021; 53,4%). In generale, contrariamente alla maggior parte delle Regioni settentrionali, i picchi più elevati nel numero di decessi nelle Regioni centro-meridionali si sono registrati durante la seconda ondata dell'epidemia.

Il 91,8% dei decessi è avvenuto entro 30 giorni dalla data di diagnosi. Il tempo mediano intercorso tra la diagnosi e il decesso è risultato per l'intero periodo pari a 10 giorni (IQR: 5-17); 7 giorni (IQR: 3-15) tra i deceduti diagnosticati durante la prima ondata, 14 giorni (IQR: 7-25) tra quelli diagnosticati nei mesi estivi e 11 giorni (IQR: 6-18) tra i deceduti diagnosticati durante la seconda ondata.

A livello nazionale, limitando l'analisi ai casi diagnosticati entro il 31 ottobre e utilizzando come riferimento la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020, è stato calcolato un CFR a 30 giorni dalla diagnosi standardizzato per sesso ed età pari a 4,34%; 6,62% durante la prima fase epidemica (febbraio-maggio), 1,52% nella seconda fase (giugno-settembre) e 2,43% tra i casi diagnosticati nel mese di ottobre. L'elevato CFR osservato durante la prima ondata epidemica è verosimilmente spiegato dalla limitata capacità diagnostica in questo periodo che non ha permesso l'identificazione di molti casi asintomatici e meno gravi.

A livello regionale, sull'intero periodo preso in considerazione, il CFR standardizzato è risultato variare tra 2,27% in Umbria e 5,71% in Lombardia. Il CFR standardizzato regionale è apparso positivamente correlato con l'incidenza standardizzata (r=0,380), suggerendo che all'aumentare di quest'ultima aumenti anche la pressione sui servizi sanitari. D'altro canto, durante le fasi di elevata incidenza potrebbe diminuire la capacità di tracciamento di casi asintomatici e meno gravi, con conseguente aumento del CFR. È stato inoltre osservato che l'andamento settimanale del CFR standardizzato è negativamente correlato con il numero settimanale di tamponi eseguiti (r=-0,493), suggerendo che all'aumentare di quest'ultimo abbia corrisposto, particolarmente nella prima fase dell'epidemia, un aumento della capacità di tracciamento di casi asintomatici e paucisintomatici con conseguente riduzione del CFR.

È da sottolineare come l'epidemia abbia colpito prevalentemente l'area settentrionale del Paese durante la prima ondata, per poi estendersi più diffusamente sull'intero territorio nazionale nei mesi estivi e durante la seconda ondata. Questa disparità nella distribuzione dei casi nel tempo potrebbe spiegare parte delle differenze del CFR regionale riferite all'intero periodo esaminato. Rispetto ai casi più recenti, i casi diagnosticati nella prima fase dell'epidemia hanno probabilmente risentito di un sistema sanitario meno preparato ad affrontare l'emergenza in termini di accesso alla diagnosi, disponibilità di servizi ospedalieri e conoscenze relative ai possibili trattamenti terapeutici. Quando i CFR specifici per Regione/PA sono stati calcolati separatamente per ciascuna fase epidemica, alcune delle differenze regionali del CFR riferite al periodo complessivo sono apparse meno pronunciate e talvolta invertite. Questo evidenzia come la diffusione nel tempo dell'epidemia, oltre alle caratteristiche demografiche dei casi diagnosticati, sia un'importante chiave interpretativa delle differenze regionali osservate. Ad esempio, il CFR grezzo osservato in Lombardia sull'intero periodo è risultato 4,1 volte superiore a quello osservato in Campania (8,04% *vs.*

1,97%), ma l'analisi stratificata per periodo di calendario ha invece evidenziato come il CFR standardizzato per sesso ed età in Lombardia non differisca sostanzialmente da quello osservato in Campania in ciascuna delle tre fasi epidemiche (7,95% *vs.* 7,31% durante la prima ondata dell'epidemia; 0,90% vs. 1,63% durante i mesi estivi; e 2,75% vs. 2,53% durante la seconda ondata dell'epidemia).

L'analisi dei CFR relativi aggiustati per mese di diagnosi, oltre che per sesso ed età, ha mostrato che nell'intero periodo preso in esame (febbraio-ottobre 2020), assumendo l'intero Paese come riferimento, il CFR è stato più elevato in Abruzzo (+36%), Puglia (+35%), Sicilia (+31%), Campania (+27%), Lazio (+26%) e Lombardia (+16%), mentre i valori più bassi si sono registrati nella PA di Trento (-31%) e in Umbria (-26%), Friuli Venezia Giulia (-18%), Basilicata (-18%), Toscana (-15%) e PA di Bolzano (-15%). È opportuno notare che parte delle differenze tra i CFR potrebbero essere spiegate da una diversa sensibilità della definizione di decesso COVID-19 applicata a livello regionale, e che alcune delle Regioni che hanno mostrato una CFR ridotto rispetto alla media nazionale sono anche quelle che, da un confronto con i dati riportati dal Ministero della Salute, hanno registrato un livello di sottonotifica dei decessi relativamente elevato.

Durante la prima ondata epidemica, che ha colpito prevalentemente l'Italia settentrionale, la Lombardia ha mostrato il più elevato CFR, insieme all'Abruzzo e alla Campania, dove si è registrato una CFR simile. L'elevata incidenza registrata in Lombardia, con la conseguente pressione sui servizi sanitari e le iniziali difficoltà nel tracciare, diagnosticare e trattare tempestivamente i casi, spiega verosimilmente l'elevato CFR osservato in questa Regione.

Durante i mesi estivi, quando l'incidenza è diminuita sensibilmente ma l'epidemia ha cominciato a diffondersi più uniformemente sul territorio nazionale, il CFR è apparso generalmente più elevato nelle Regioni centro-meridionali.

Infine, durante la seconda ondata in ottobre, caratterizzata da elevati livelli di incidenza registrati in tutta Italia ma in particolar modo nelle Regioni settentrionali, l'aumentato CFR osservato nelle Regioni meridionali rispetto al resto del Paese durante i mesi estivi è apparso ridotto, rimanendo comunque evidente nelle principali Regioni di questa macroarea (Sicilia, Puglia e Campania).

Si evidenzia come, in generale, i tassi standardizzati di mortalità derivati dal sistema di sorveglianza abbiano fornito un quadro dell'andamento nel tempo e delle differenze regionali di mortalità associata a COVID-19 compatibile con le stime dell'eccesso di mortalità recentemente pubblicate da ISTAT-SS.

I dati disaggregati per sesso, classe di età e fase epidemica, così come analizzati per l'Italia in questo rapporto, non sono al momento accessibili per gli altri Paesi europei. Per questa ragione non è possibile al momento fare un confronto tra il CFR in Italia con quello in altri Paesi A ogni modo, le stime del CFR standardizzato per sesso ed età, sia complessive che riferite a ciascuna fase epidemica, sono state presentate utilizzando anche la popolazione europea standard come riferimento. Queste stime potranno pertanto essere utilizzate a fini comparativi qualora stime del CFR calcolato in modo analogo diventino disponibili in futuro per altri Paesi europei. È comunque opportuno notare che i CFR standardizzati utilizzando la popolazione europea standard sono risultati inferiori a quelli calcolati usando come riferimento la popolazione Italiana residente. Questo suggerisce che la struttura per età relativamente più anziana della popolazione Italiana possa spiegare in parte le eventuali differenze con gli altri Paesi.

Un confronto tra l'eccesso di mortalità osservato in Italia con quello complessivo registrato in Europa ha evidenziato un eccesso aumentato in Italia durante la prima ondata dell'epidemia, ma livelli inferiori nelle fasi successive. Il maggiore eccesso osservato in Italia durante la prima fase epidemica è stato verosimilmente dovuto alla diffusione anticipata dell'infezione rispetto alla maggior parte degli altri Paesi europei.

Bibliografia

1. Riccardo F, Ajelli M, Andrianou XD, *et al.* Epidemiological characteristics of COVID-19 cases and estimates of the reproductive numbers 1 month into the epidemic, Italy, 28 January to 31 March 2020. *Euro Surveill* 2020; 25(49):2000790.
2. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA* 2020; 323(18):1775-1776.
3. Istituto Superiore di Sanità, Task force COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica. *Epidemia COVID-19 - Aggiornamento Nazionale: 13 gennaio 2021.* Roma: ISS; 2021. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_13-gennaio-2021.pdf.
4. World Health Organization. *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Geneva: WHO; 2021. https://covid19.who.int/.
5. Istituto Nazionale di Statistica, Istituto Superiore di Sanità. *Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente – periodo gennaio - novembre 2020.* Roma: ISTAT-ISS; 2020. https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapp_ISTAT_Iss_FINALE+2020_rev.pdf/b4c40cbb-9506-c3f6-5b69-0ccb5f015172?t=1609328171264
6. Flacco ME, Acuti Martellucci C, Bravi F, *et al.* Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Lethality Did not Change Over Time in Two Italian Provinces. *Open Forum Infect Dis* 2020; 7(12):ofaa556.
7. Ferroni E, Giorgi Rossi P, Spila Alegiani S, *et al.* Survival of hospitalized COVID-19 patients in Northern Italy: A population-based cohort study by the ITA-COVID-19 network. *Clin Epidemiol* 2020;12:1337-46.
8. Odone A, Delmonte D, Scognamiglio T, Signorelli C. COVID-19 deaths in Lombardy, Italy: data in context. *Lancet Public Health* 2020; e310.
9. Souris M, Gonzalez JP. COVID-19: Spatial analysis of hospital case-fatality rate in France. *PLoS One* 2020; 15(12):e0243606.
10. John Hopkins University, Coronavirus Resource Center. Mortality analyses. https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality.
11. Università Cattolica, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Il Covid non uccide ovunque allo stesso modo, differenze di quasi 5 volte tra alcune Regioni in Italia. https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2020/12/FOCUS-COVID_dicembre.pdf.
12. Gedi visual. *Tasso di letalità negli ultimi 30 giorni.* https://lab.gedidigital.it/gedi-visual/2020/coronavirus-i-contagi-in-italia/index.php#effetti.
13. Miller LE, Bhattacharyya R, Miller AL. Data regarding country-specific variability in Covid-19 prevalence, incidence, and case fatality rate. *Data Brief* 2020; 32:106276.
14. Ritchie H, Ortiz-Espina E, Beltekin D *et al. Our world in data - statistics and research, mortality risk of COVID-19*. https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid#how-did-confirmed-deaths-and-cases-change-over-time.
15. Baud D, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Pomar L, Favre G. Real estimates of mortality following COVID-19 infection. *Lancet Infect Dis* 2020; 20:773.
16. Mi YN, Huang TT, Zhang JX, Qin Q, Gong YX, Liu SY, Xue HM, Ning CH, Cao L, Cao YX. Estimating the instant case fatality rate of COVID-19 in China. *Int J Infect Dis* 2020; 97:1-6.
17. World Health Organization. *Estimating mortality from COVID-19.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mortality-2020.1.
18. Ghani AC, Donnelly CA, Cox DR, Griffin JT, Fraser C, Lam TH, Ho LM, Chan WS, Anderson RM, Hedley AJ, Leung GM. Methods for estimating the case fatality ratio for a novel, emerging infectious disease. *Am J Epidemiol* 2005; 162:479-86.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

19. Istituto Superiore di Sanità (EpiCentro). Sistema di sorveglianza integrata COVID-19. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza.

20. Gruppo di Lavoro ISS Cause di morte COVID-19, Gruppo di lavoro Sovrintendenza sanitaria centrale – INAIL, ISTAT. COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte. Versione dell'8 giugno 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020). https://www.istat.it/it/files/2020/06/Rapporto-ISS-ISTAT-cause-di-morte-COVID-19-49_2020.pdf.

21. Ministero della Salute. Mappa interattiva Italia. https://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1.

22. GOV.UK, Department of Health and Social Care. New UK-wide methodology agreed to record COVID-19 deaths. Comunicato stampa del 12 Agosto 2020. https://www.gov.uk/government/news/new-uk-wide-methodology-agreed-to-record-covid-19-deaths.

23. ISTAT. Demografia in Cifre. Disponibile: http://demo.istat.it/.

24. Eurostat. Revision of the European Standard Population – Report of the Eurostat's task force. European Union. Luxembourg 2013. https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f.

25. Eurostat. Excess Mortality – statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_-_statistics.

26. EuroMOMO. Graph and Maps – Excess Mortality. https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/#excess-mortality.

Appendice A1

Casi e decessi per sesso, classe di età e Regione/PA di diagnosi

Tabella A1.1. PIEMONTE: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale*		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	2.729	0	0,00	2.520	0	0,00	5.249	0	0,00
10-19	7.132	1	0,01	6.506	0	0,00	13.638	1	0,01
20-29	10.636	2	0,02	11.318	2	0,02	21.958	4	0,02
30-39	10.978	5	0,05	12.892	8	0,06	23.874	13	0,05
40-49	14.397	33	0,23	19.096	18	0,09	33.494	51	0,15
50-59	17.207	167	0,97	21.204	54	0,25	38.413	221	0,58
60-69	12.280	458	3,73	11.224	153	1,36	23.505	611	2,60
70-79	10.309	1.197	11,61	9.295	585	6,29	19.604	1.782	9,09
80-89	8.210	1.893	23,06	12.700	1559	12,28	20.917	3.452	16,50
>=90	1.852	544	29,37	6.790	960	14,14	8.642	1.504	17,40
Non nota	0	0	NA	1	0	0,00	1	0	0,00
Totale	95.730	4.300	4,49	113.546	3.339	2,94	209.295	7.639	3,65

* Inclusi 19 casi con informazione sul sesso mancante

Tabella A1.2. VALLE D'AOSTA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	80	0	0,00	61	0	0,00	141	0	0,00
10-19	265	0	0,00	264	0	0,00	529	0	0,00
20-29	322	0	0,00	349	0	0,00	671	0	0,00
30-39	392	1	0,26	442	0	0,00	834	1	0,12
40-49	498	1	0,20	716	0	0,00	1.214	1	0,08
50-59	676	3	0,44	769	2	0,26	1.445	5	0,35
60-69	450	19	4,22	448	5	1,12	898	24	2,67
70-79	430	51	11,86	369	30	8,13	799	81	10,14
80-89	299	89	29,77	448	88	19,64	747	177	23,69
>=90	72	29	40,28	221	76	34,39	293	105	35,84
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	3.484	193	5,54	4.087	201	4,92	7.571	394	5,20

Tabella A1.3. LOMBARDIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	8.694	2	0,02	8.001	2	0,02	16.695	4	0,02
10-19	19.903	0	0,00	18.100	2	0,01	38.003	2	0,01
20-29	28.713	6	0,02	28.997	7	0,02	57.710	13	0,02
30-39	29.809	26	0,09	31.531	13	0,04	61.340	39	0,06
40-49	37.979	150	0,39	42.925	63	0,15	80.904	213	0,26
50-59	43.662	595	1,36	46.966	205	0,44	90.628	800	0,88
60-69	29.377	1.877	6,39	25.063	621	2,48	54.440	2.498	4,59
70-79	24.190	4.779	19,76	20.472	2.048	10,00	44.662	6.827	15,29
80-89	17.133	6.031	35,20	24.331	4.729	19,44	41.464	10.760	25,95
>=90	3.325	1.482	44,57	12.708	3.143	24,73	16.033	4.625	28,85
Non nota	10	0	0,00	13	1	7,69	23	1	4,35
Totale	242.795	14.948	6,16	259.107	10.834	4,18	501.902	25.782	5,14

Tabella A1.4. PA BOLZANO: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	952	0	0,00	889	1	0,11	1.841	1	0,05
10-19	1.727	0	0,00	1.647	0	0,00	3.374	0	0,00
20-29	1.938	0	0,00	1.901	0	0,00	3.839	0	0,00
30-39	1.888	0	0,00	1.854	0	0,00	3.742	0	0,00
40-49	2.228	1	0,04	2.758	2	0,07	4.986	3	0,06
50-59	2.777	13	0,47	3.020	4	0,13	5.797	17	0,29
60-69	1.499	36	2,40	1.399	9	0,64	2.898	45	1,55
70-79	1.174	116	9,88	1.169	47	4,02	2.343	163	6,96
80-89	860	183	21,28	1.246	166	13,32	2.106	349	16,57
>=90	210	80	38,10	566	161	28,45	776	241	31,06
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	15.253	429	2,81	16.449	390	2,37	31.702	819	2,58

Tabella A1.5. PA TRENTO: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	359	0	0,00	301	0	0,00	660	0	0,00
10-19	806	0	0,00	730	0	0,00	1.536	0	0,00
20-29	1.116	1	0,09	1.190	0	0,00	2.306	1	0,04
30-39	1.147	1	0,09	1.359	0	0,00	2.506	1	0,04
40-49	1.537	4	0,26	2.031	1	0,05	3.568	5	0,14
50-59	1.912	9	0,47	2.284	2	0,09	4.196	11	0,26
60-69	1.444	37	2,56	1.149	16	1,39	2.593	53	2,04
70-79	1.280	136	10,63	1.102	71	6,44	2.382	207	8,69
80-89	1.091	262	24,01	1.657	202	12,19	2.748	464	16,89
>=90	327	109	33,33	1.119	178	15,91	1.446	287	19,85
Non nota	0	0	NA	1	0	0,00	1	0	0,00
Totale	11.019	559	5,07	12.923	470	3,64	23.942	1.029	4,30

Tabella A1.6. VENETO: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	5.593	0	0,00	5.365	0	0,00	10.958	0	0,00
10-19	11.668	0	0,00	10.970	0	0,00	22.638	0	0,00
20-29	17.618	1	0,01	16.479	0	0,00	34.097	1	0,00
30-39	16.763	3	0,02	16.804	4	0,02	33.567	7	0,02
40-49	22.247	22	0,10	24.221	17	0,07	46.468	39	0,08
50-59	26.656	138	0,52	27.564	44	0,16	54.220	182	0,34
60-69	17.870	402	2,25	15.467	113	0,73	33.337	515	1,54
70-79	12.881	1.046	8,12	11.964	472	3,95	24.845	1.518	6,11
80-89	7.942	1.702	21,43	12.482	1.524	12,21	20.424	3.226	15,80
>=90	1.735	616	35,50	6.897	1.460	21,17	8.632	2.076	24,05
Non nota	1	1	100,00	1	0	0,00	2	1	50,00
Totale	140.974	3.931	2,79	148.214	3.634	2,45	289.188	7.565	2,62

Tabella A1.7. FRIULI VENEZIA GIULIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	843	0	0,00	779	0	0,00	1.622	0	0,00
10-19	1.986	0	0,00	1.673	0	0,00	3.659	0	0,00
20-29	3.025	0	0,00	2.697	0	0,00	5.722	0	0,00
30-39	3.063	1	0,03	3.078	0	0,00	6.141	1	0,02
40-49	4.015	8	0,20	4.428	2	0,05	8.443	10	0,12
50-59	4.729	20	0,42	5.088	10	0,20	9.817	30	0,31
60-69	3.059	76	2,48	2.821	22	0,78	5.880	98	1,67
70-79	2.513	232	9,23	2.334	108	4,63	4.847	340	7,01
80-89	1.572	372	23,66	2.363	352	14,90	3.935	724	18,40
>=90	396	152	38,38	1.406	355	25,25	1.802	507	28,14
Non nota	0	0	NA	1	0	0,00	1	0	0,00
Totale	25.201	861	3,42	26.668	849	3,18	51.869	1.710	3,30

Tabella A1.8. LIGURIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	1.257	0	0,00	1.095	0	0,00	2.352	0	0,00
10-19	2.613	0	0,00	2.342	0	0,00	4.955	0	0,00
20-29	3.640	0	0,00	3.188	0	0,00	6.828	0	0,00
30-39	3.570	0	0,00	3.508	1	0,03	7.078	1	0,01
40-49	4.356	11	0,25	5.124	4	0,08	9.480	15	0,16
50-59	5.579	60	1,08	5.997	21	0,35	11.576	81	0,70
60-69	3.872	183	4,73	3.237	57	1,76	7.109	240	3,38
70-79	3.031	444	14,65	2.856	234	8,19	5.887	678	11,52
80-89	2.580	714	27,67	3.773	593	15,72	6.353	1.307	20,57
>=90	678	246	36,28	1.989	377	18,95	2.667	623	23,36
Non nota	6	0	0,00	7	0	0,00	13	0	0,00
Totale	31.182	1.658	5,32	33.116	1.287	3,89	64.298	2.945	4,58

Tabella A1.9. EMILIA ROMAGNA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	4.669	0	0,00	4.186	0	0,00	8.855	0	0,00
10-19	9.345	1	0,01	8.147	0	0,00	17.492	1	0,01
20-29	12.049	3	0,02	11.332	1	0,01	23.381	4	0,02
30-39	11.477	10	0,09	11.823	4	0,03	23.300	14	0,06
40-49	14.561	36	0,25	16.450	13	0,08	31.011	49	0,16
50-59	15.755	146	0,93	16.824	58	0,34	32.579	204	0,63
60-69	10.473	483	4,61	9.656	184	1,91	20.129	667	3,31
70-79	8.282	1.274	15,38	7.713	560	7,26	15.995	1.834	11,47
80-89	6.280	1.930	30,73	8.822	1.636	18,54	15.102	3.566	23,61
>=90	1.538	700	45,51	5.012	1.414	28,21	6.550	2.114	32,27
Non nota	1	1	100,00	0	0	NA	1	1	100,00
Totale	94.430	4.584	4,85	99.965	3.870	3,87	194.395	8.454	4,35

Tabella A1.10. TOSCANA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	2.574	0	0,00	2.509	1	0,04	5.083	1	0,02
10-19	6.180	0	0,00	5.384	0	0,00	11.564	0	0,00
20-29	8.155	1	0,01	7.259	0	0,00	15.414	1	0,01
30-39	7.237	5	0,07	7.169	1	0,01	14.406	6	0,04
40-49	9.027	21	0,23	10.563	8	0,08	19.590	29	0,15
50-59	10.939	63	0,58	11.637	35	0,30	22.576	98	0,43
60-69	7.149	203	2,84	6.749	75	1,11	13.898	278	2,00
70-79	5.200	520	10,00	5.461	268	4,91	10.661	788	7,39
80-89	3.619	889	24,56	5.201	715	13,75	8.820	1.604	18,19
>=90	792	318	40,15	2.479	598	24,12	3.271	916	28,00
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	60.872	2.020	3,32	64.411	1.701	2,64	125.283	3.721	2,97

Tabella A1.11. UMBRIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	1.003	0	0,00	920	0	0,00	1.923	0	0,00
10-19	1.639	0	0,00	1.484	0	0,00	3.123	0	0,00
20-29	1.900	0	0,00	1.839	0	0,00	3.739	0	0,00
30-39	1.887	1	0,05	2.045	0	0,00	3.932	1	0,03
40-49	2.369	1	0,04	2.685	0	0,00	5.054	1	0,02
50-59	2.539	14	0,55	2.809	5	0,18	5.348	19	0,36
60-69	1.836	40	2,18	1.758	18	1,02	3.594	58	1,61
70-79	1.202	112	9,32	1.245	45	3,61	2.447	157	6,42
80-89	813	155	19,07	1.133	133	11,74	1.946	288	14,80
>=90	159	62	38,99	417	74	17,75	576	136	23,61
Non nota	1	0	0,00	1	0	0,00	2	0	0,00
Totale	15.348	385	2,51	16.336	275	1,68	31.684	660	2,08

Tabella A1.12. MARCHE: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	891	0	0,00	866	0	0,00	1.757	0	0,00
10-19	2.049	0	0,00	1.948	0	0,00	3.997	0	0,00
20-29	2.369	0	0,00	2.443	1	0,04	4.812	1	0,02
30-39	2.450	3	0,12	2.773	0	0,00	5.223	3	0,06
40-49	3.283	8	0,24	3.907	6	0,15	7.190	14	0,19
50-59	3.747	41	1,09	4.322	15	0,35	8.069	56	0,69
60-69	2.766	93	3,36	2.608	44	1,69	5.374	137	2,55
70-79	2.023	260	12,85	2.002	133	6,64	4.025	393	9,76
80-89	1.501	395	26,32	2.257	314	13,91	3.758	709	18,87
>=90	349	120	34,38	1.149	267	23,24	1.498	387	25,83
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	21.428	920	4,29	24.275	780	3,21	45.703	1.700	3,72

Tabella A1.13. LAZIO: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	4.358	2	0,05	4.145	0	0,00	8.503	2	0,02
10-19	9.129	3	0,03	8.481	0	0,00	17.610	3	0,02
20-29	11.735	1	0,01	11.816	0	0,00	23.551	1	0,00
30-39	11.822	12	0,10	12.339	7	0,06	24.161	19	0,08
40-49	14.340	33	0,23	16.652	16	0,10	30.992	49	0,16
50-59	16.225	159	0,98	16.966	58	0,34	33.191	217	0,65
60-69	10.690	406	3,80	9.426	141	1,50	20.116	547	2,72
70-79	6.860	684	9,97	6.675	352	5,27	13.535	1.036	7,65
80-89	4.243	858	20,22	6.385	777	12,17	10.628	1.635	15,38
>=90	870	245	28,16	2.577	421	16,34	3.447	666	19,32
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	90.272	2.403	2,66	95.462	1.772	1,86	185.734	4.175	2,25

Tabella A1.14. ABRUZZO: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	997	0	0,00	857	0	0,00	1.854	0	0,00
10-19	1.786	0	0,00	1.624	0	0,00	3.410	0	0,00
20-29	2.222	1	0,05	2.100	0	0,00	4.322	1	0,02
30-39	2.398	2	0,08	2.423	1	0,04	4.821	3	0,06
40-49	2.793	4	0,14	3.186	3	0,09	5.979	7	0,12
50-59	3.276	33	1,01	3.434	15	0,44	6.710	48	0,72
60-69	2.415	118	4,89	2.258	38	1,68	4.673	156	3,34
70-79	1.616	207	12,81	1.458	102	7,00	3.074	309	10,05
80-89	1.019	274	26,89	1.502	230	15,31	2.521	504	19,99
>=90	261	95	36,40	695	176	25,32	956	271	28,35
Non nota	1	0	0,00	0	0	NA	1	0	0,00
Totale	18.784	734	3,91	19.537	565	2,89	38.321	1.299	3,39

Tabella A1.15. MOLISE: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	190	0	0,00	188	0	0,00	378	0	0,00
10-19	372	0	0,00	337	0	0,00	709	0	0,00
20-29	418	0	0,00	363	0	0,00	781	0	0,00
30-39	414	0	0,00	439	1	0,23	853	1	0,12
40-49	471	3	0,64	530	0	0,00	1.001	3	0,30
50-59	614	6	0,98	656	2	0,30	1.270	8	0,63
60-69	447	15	3,36	435	6	1,38	882	21	2,38
70-79	309	30	9,71	256	12	4,69	565	42	7,43
80-89	214	50	23,36	335	40	11,94	549	90	16,39
>=90	67	17	25,37	180	36	20,00	247	53	21,46
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	3.516	121	3,44	3.719	97	2,61	7.235	218	3,01

Tabella A1.16. CAMPANIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	4.473	0	0,00	4.089	0	0,00	8.562	0	0,00
10-19	9.346	0	0,00	8.798	1	0,01	18.144	1	0,01
20-29	14.957	2	0,01	15.009	3	0,02	29.966	5	0,02
30-39	14.633	13	0,09	14.138	8	0,06	28.771	21	0,07
40-49	15.449	53	0,34	15.911	24	0,15	31.360	77	0,25
50-59	17.608	203	1,15	16.987	63	0,37	34.595	266	0,77
60-69	12.717	458	3,60	10.609	152	1,43	23.326	610	2,62
70-79	7.547	824	10,92	7.044	325	4,61	14.591	1.149	7,87
80-89	3.273	601	18,36	4.435	442	9,97	7.708	1.043	13,53
>=90	427	105	24,59	1.136	140	12,32	1.563	245	15,67
Non nota	7	1	14,29	11	0	0,00	18	1	5,56
Totale	100.437	2.260	2,25	98.167	1.158	1,18	198.604	3.418	1,72

Tabella A1.17. PUGLIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	2.060	0	0,00	1.972	0	0,00	4.032	0	0,00
10-19	4.250	0	0,00	4.105	0	0,00	8.355	0	0,00
20-29	6.555	2	0,03	6.957	2	0,03	13.512	4	0,03
30-39	6.654	7	0,11	7.277	8	0,11	13.931	15	0,11
40-49	7.450	23	0,31	8.472	10	0,12	15.922	33	0,21
50-59	9.089	104	1,14	9.747	38	0,39	18.836	142	0,75
60-69	6.926	257	3,71	6.210	91	1,47	13.136	348	2,65
70-79	4.399	518	11,78	4.336	251	5,79	8.735	769	8,80
80-89	2.562	560	21,86	3.671	484	13,18	6.233	1.044	16,75
>=90	546	179	32,78	1.359	220	16,19	1.905	399	20,94
Non nota	0	0	NA	1	1	100,00	1	1	100,00
Totale	50.491	1.650	3,27	54.107	1.105	2,04	104.598	2.755	2,63

Tabella A1.18. BASILICATA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	266	0	0,00	283	0	0,00	549	0	0,00
10-19	607	0	0,00	544	0	0,00	1.151	0	0,00
20-29	742	0	0,00	661	0	0,00	1.403	0	0,00
30-39	745	1	0,13	748	0	0,00	1.493	1	0,07
40-49	847	4	0,47	920	0	0,00	1.767	4	0,23
50-59	1.059	8	0,76	1.099	1	0,09	2.158	9	0,42
60-69	757	23	3,04	692	8	1,16	1.449	31	2,14
70-79	385	47	12,21	424	21	4,95	809	68	8,41
80-89	297	49	16,50	482	42	8,71	779	91	11,68
>=90	90	11	12,22	193	22	11,40	283	33	11,66
Non nota	27	0	0,00	20	0	0,00	47	0	0,00
Totale	5.822	143	2,46	6.066	94	1,55	11.888	237	1,99

Tabella A1.19. CALABRIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	744	0	0,00	715	0	0,00	1.459	0	0,00
10-19	1.543	0	0,00	1.374	0	0,00	2.917	0	0,00
20-29	1.813	0	0,00	1.838	0	0,00	3.651	0	0,00
30-39	1.917	0	0,00	1.951	1	0,05	3.868	1	0,03
40-49	1.965	1	0,05	2.272	0	0,00	4.237	1	0,02
50-59	2.255	12	0,53	2.418	5	0,21	4.673	17	0,36
60-69	1.735	58	3,34	1.526	17	1,11	3.261	75	2,30
70-79	944	78	8,26	998	39	3,91	1.942	117	6,02
80-89	507	73	14,40	795	75	9,43	1.302	148	11,37
>=90	105	18	17,14	220	36	16,36	325	54	16,62
Non nota	1	0	0,00	0	0	NA	1	0	0,00
Totale	13.529	240	1,77	14.107	173	1,23	27.636	413	1,49

Tabella A1.20. SICILIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

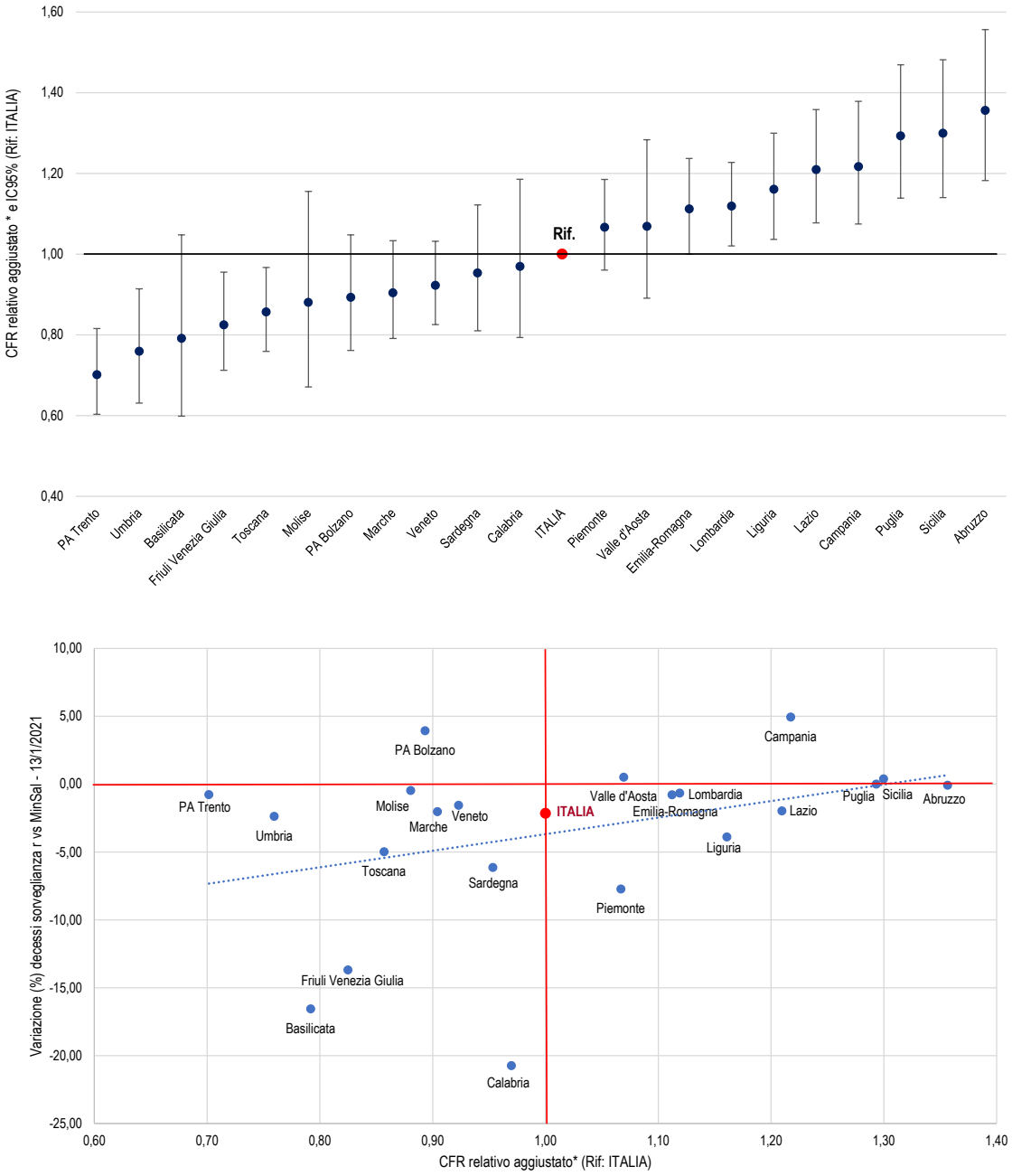
Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	2.786	0	0,00	2.612	0	0,00	5.398	0	0,00
10-19	5.768	0	0,00	5.434	1	0,02	11.202	1	0,01
20-29	7.331	4	0,05	7.283	1	0,01	14.614	5	0,03
30-39	7.483	1	0,01	7.742	2	0,03	15.225	3	0,02
40-49	8.326	30	0,36	9.181	11	0,12	17.507	41	0,23
50-59	9.565	104	1,09	9.682	39	0,40	19.247	143	0,74
60-69	6.941	258	3,72	6.408	111	1,73	13.349	369	2,76
70-79	4.512	561	12,43	4.281	261	6,10	8.793	822	9,35
80-89	2.478	563	22,72	3.691	485	13,14	6.169	1.048	16,99
>=90	500	155	31,00	1.301	265	20,37	1.801	420	23,32
Non nota	7	0	0,00	6	0	0,00	13	0	0,00
Totale	55.697	1.676	3,01	57.621	1.176	2,04	113.318	2.852	2,52

Tabella A1.21. SARDEGNA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	844	0	0,00	839	0	0,00	1.683	0	0,00
10-19	1.613	0	0,00	1.487	0	0,00	3.100	0	0,00
20-29	1.605	0	0,00	1.683	0	0,00	3.288	0	0,00
30-39	1.810	4	0,22	2.093	2	0,10	3.903	6	0,15
40-49	2.301	8	0,35	2.855	3	0,11	5.156	11	0,21
50-59	2.636	30	1,14	3.171	7	0,22	5.807	37	0,64
60-69	1.982	88	4,44	1.889	23	1,22	3.871	111	2,87
70-79	1.317	135	10,25	1.292	60	4,64	2.609	195	7,47
80-89	798	181	22,68	1.278	139	10,88	2.076	320	15,41
>=90	182	44	24,18	609	87	14,29	791	131	16,56
Non nota	0	0	NA	1	1	100,00	1	1	100,00
Totale	15.088	490	3,25	17.197	322	1,87	32.285	812	2,52

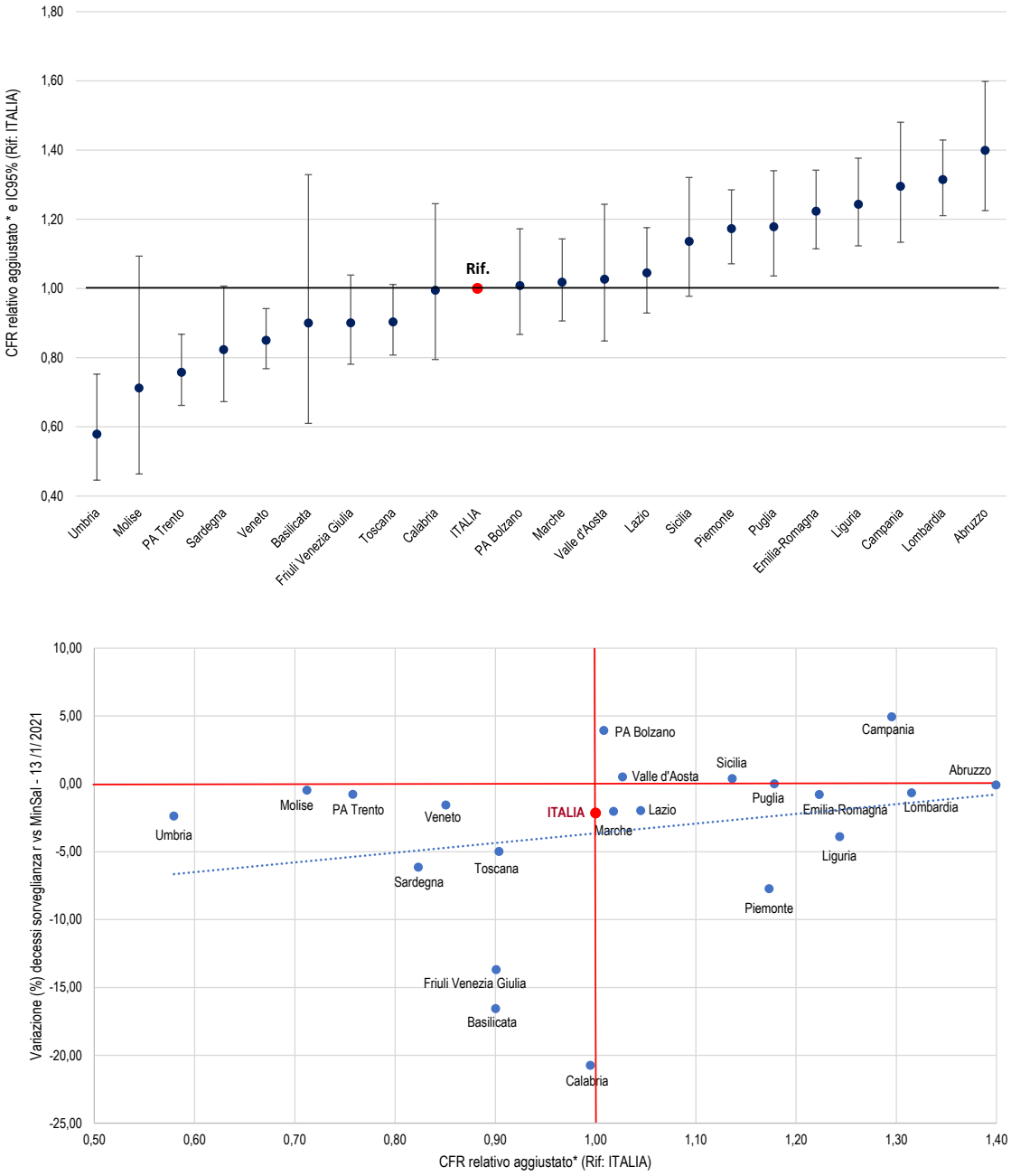
Appendice A2

CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi (casi ≥ 50 anni)



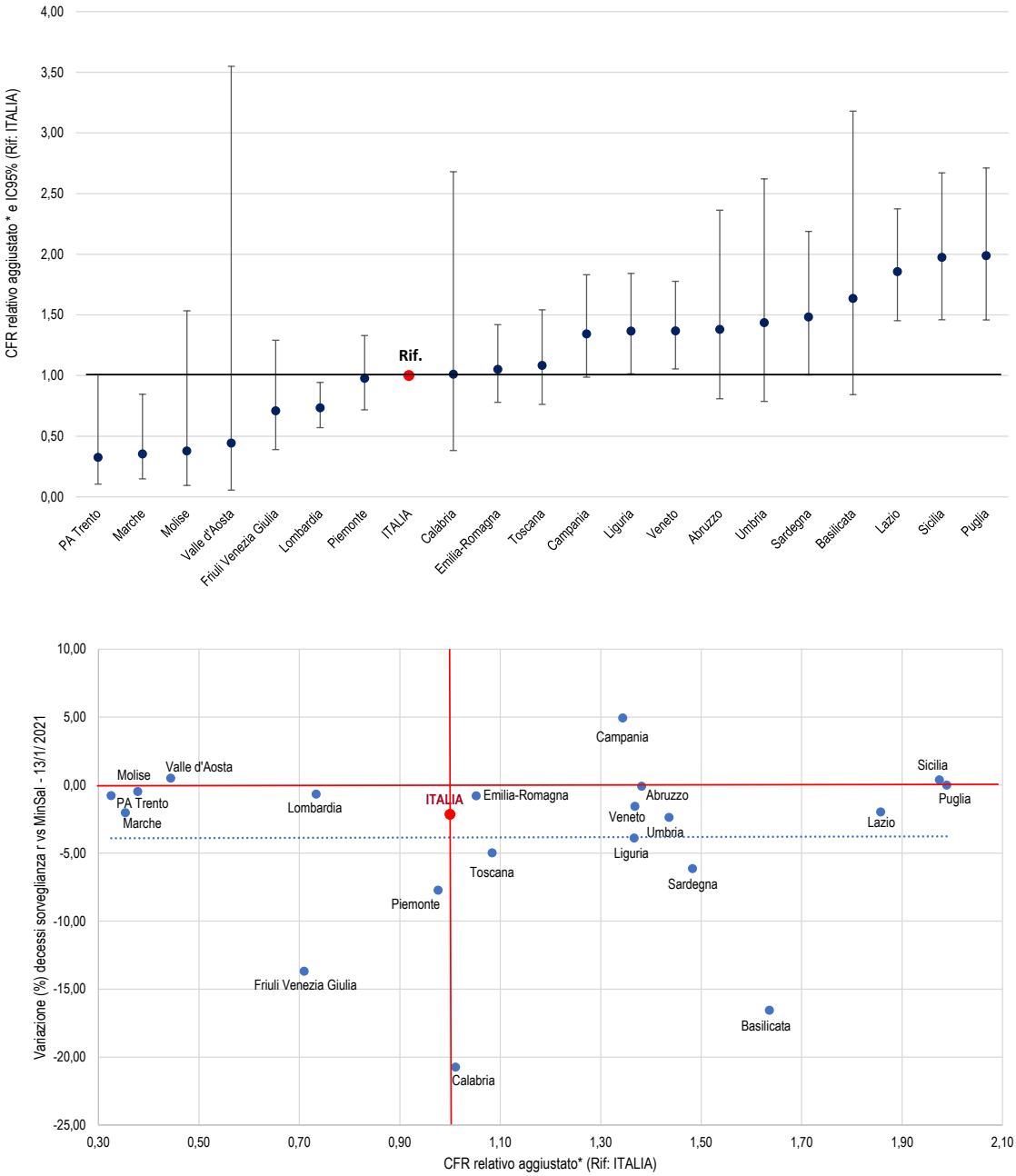
* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

Figura A2.1. CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia tra i casi di età ≥ 50 anni (febbraio - ottobre 2020)



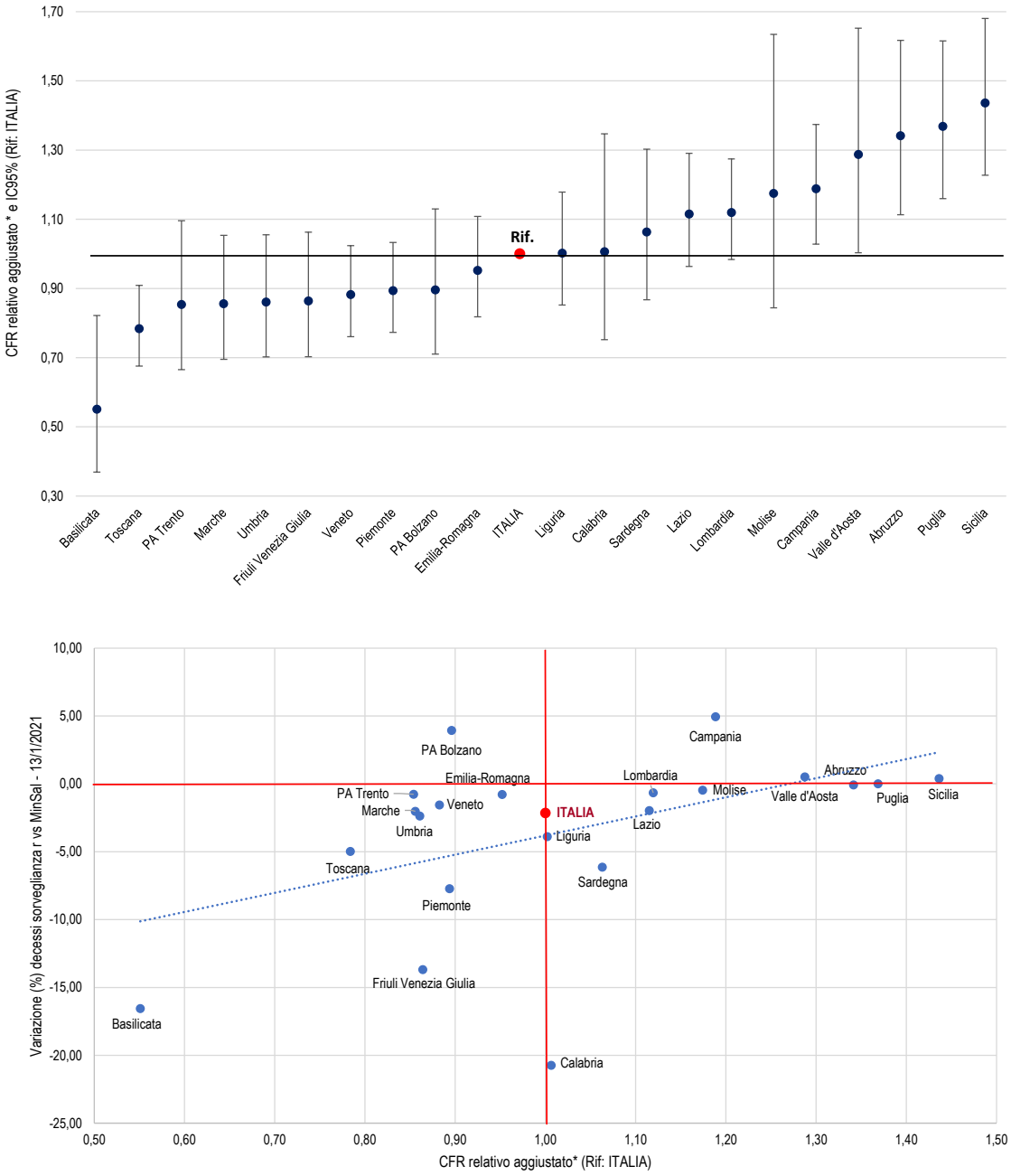
* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

Figura A2.2. CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia tra i casi di età ≥ 50 anni (febbraio - maggio 2020)



* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

Figura A2.3. CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia tra i casi di età ≥ 50 anni (giugno - settembre 2020)



* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

Figura A2.4. CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia tra i casi di età ≥ 50 anni (ottobre 2020)

Rapporti ISS COVID-19

Accessibili da **https://www.iss.it/rapporti-covid-19**

2021

1. Fabiani M, Onder G, Boros S, Spuri M, Minelli G, Urdiales AM, Andrianou X, Riccardo F, Del Manso M, Petrone D, Palmieri L, Vescio MF, Bella A, Pezzotti P. *Il case fatality rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia. Versione del 20 gennaio 2021.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021)

2020

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19.* Versione del 24 luglio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020 Rev.)
2. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni* ad interim *per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2.* Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020 Rev. 2)
3. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti. *Indicazioni* ad interim *per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2.* Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2)
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali.* Versione del 24 agosto 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev. 2)
5. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria *indoor*. *Indicazioni ad per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2.* Versione del 25 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020 Rev. 2).
6. Gruppo di lavoro ISS Cause di morte COVID-19. *Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2.* Versione del 23 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 6/2020).
7. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19 e Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Rifiuti COVID-19. *Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2.* Versione del 29 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 7/2020).
8. Osservatorio Nazionale Autismo ISS. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2.* Versione del 30 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev.).
9. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente – Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 3 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 9/2020).
10. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2 Versione del 7 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 10/2020).
11. Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica. *Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per*

la diagnosi di COVID-19. Versione del 29 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020 Rev 2).

12. Gabbrielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M. *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
13. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19. Versione del 15 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 13/2020).
14. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 14 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 14/2020).
15. Gruppo di lavoro ISS Farmaci COVID-19. *Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie. Versione del 16 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 15/2020).
16. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi. Versione del 19 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 16/2020).
17. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2. Versione del 19 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 17/2020).
18. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19. Versione del 26 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 18/2020).
19. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 25 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 19/2020).
20. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 Rev. 2).
21. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19. Versione del 3 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 21/2020).
22. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 28 maggio.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020 Rev.)
23. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020).
24. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per una appropriata gestione dell'iposurrenalismo in età pediatrica nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 24/2020)
25. Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)
26. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti. *Indicazioni ad interim sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico. Versione del 18 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 26/2020)

27. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Nardone M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19. Versione del 17 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 27/2020).
28. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19. *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 1: normativa e tipologie. Versione del 18 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 28/2020)
29. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione 21 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 29/2020)
30. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 14 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020)
31. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID-19. Versione del 26 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 31/2020)
32. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sul contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e sull'igiene degli alimenti nell'ambito della ristorazione e somministrazione di alimenti. Versione del 27 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 32/2020).
33. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 33/2020).
34. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020)
35. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020)
36. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sulle attività di balneazione, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 36/2020).
37. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni per le piscine, di cui all'Accordo 16/1/2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 37/2020).
38. Silano M, Bertinato L, Boirivant M, Pocchiari M, Taruscio D, Corazza GR, Troncone R *Indicazioni ad interim per un'adeguata gestione delle persone affette da celiachia nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 38/2020).
39. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19 *Censimento dei bisogni (23 marzo - 5 aprile 2020) delle persone con malattie rare in corso di pandemia da SARS-CoV-2. Versione del 30 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 39/2020).
40. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 40/2020).
41. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19. Versione del 29 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020).
42. Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19. Versione del 28 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020).

43. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020)

44. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020)

45. Giusti A, Zambri F, Marchetti F, Sampaolo L, Taruscio D, Salerno P, Chiantera A, Colacurci N, Davanzo R, Mosca F, Petrini F, Ramenghi L, Vicario M, Villani A, Viora E, Zanetto F, Donati S. *Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Versione 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020)

46. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19. *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder. Versione del 23 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 46/2020)

47. Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Etica della ricerca durante la pandemia di COVID-19: studi osservazionali e in particolare epidemiologici. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 47/2020)

48. Gruppo di Lavoro Immunologia COVID-19. S*trategie immunologiche ad interim per la terapia e prevenzione della COVID-19. Versione del 4 giugno 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 48/2020).

49. Gruppo di Lavoro ISS Cause di morte COVID-19, Gruppo di lavoro Sovrintendenza sanitaria centrale – INAIL, ISTAT. *COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte. Versione dell'8 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020)

50. Perilli R, Grigioni M, Porta M, Cruciani F, Bandello F, Mastropasqua L, Consoli A. *Contributo dell'innovazione tecnologica alla sicurezza del paziente diabetico da sottoporre ad esame del fondo oculare in tempi di COVID-19. Versione del 24 giugno 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 50/2020 Rev.).

51. Gruppo di Lavoro ISS Farmaci COVID-19. *Integratori alimentari o farmaci? Regolamentazione e raccomandazioni per un uso consapevole in tempo di COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 51/2020)

52. Gruppo di lavoro SISVet-ISS. *Protocollo di gestione dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2 nelle strutture veterinarie universitarie. Versione dell'11 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 52/2020)

53. Filia A, Urdiales AM, Rota MC. *Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19. Versione del 25 giugno 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 53/2020).

54. Giansanti D, D'Avenio G, Rossi M, Spurio A, Bertinato L, Grigioni M. *Tecnologie a supporto del rilevamento della prossimità: riflessioni per il cittadino, i professionisti e gli stakeholder in era COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 54/2020).

55. Cisbani E, Dini V, Grande S, Palma A, Rosi A, Tabocchini MA, Gasparrini F, Orlacchio A. *Stato dell'arte sull'impiego della diagnostica per immagini per COVID-19. Versione del 7 luglio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 55/2020)

56. Gruppo di lavoro ISS-INAIL. *Focus on: utilizzo professionale dell'ozono anche in riferimento al COVID-19. Versione del 21 luglio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 56/2020)

57. Gruppo di lavoro ISS Formazione COVID-19. *Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: il case report dell'Istituto Superiore di Sanità. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020)

58. Gruppo di Lavoro ISS, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, INAIL, Fondazione Bruno Kessler, Regione Emilia-Romagna, Regione Veneto, R. *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia. Versione del 28 agosto 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 Rev.)

59. Gruppo di lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Supporto digitale al tracciamento dei contatti (contact tracing) in pandemia: considerazioni di etica e di governance. Versione del 17 settembre 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 59/2020)

60. Gabbrielli F, Capello F, Tozzi AE, Rabbone I, Caruso M, Garioni M, Taruscio D, Bertinato L, Scarpa M. *Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19. Versione del 10 ottobre 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 60/2020).

61. Tavolo per il monitoraggio e implementazione del Piano Nazionale delle Demenze. I*ndicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19. Versione del 23 ottobre 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 61/2020).

62. D'Ancona F, Isonne C, Lia L, Urdiales AM, Onder G, Vanacore N, Bellentani MD, Caraglia A, D'Alisera A, Iera J, Sabbatucci M, Spizzichino M, Benini F, Pizzuto M, Scaccabarozzi G, Pucciarelli G. *Indicazioni per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 negli* hospice *e nelle cure palliative domiciliari. Versione del 15 dicembre 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 62/2020).

63. Rota MC, Bellino S, Vescio MF, Del Manso M, Andrianou X, Urdiales AM, Spuri M, Fabiani M, Bella A, Riccardo F, Pezzotti P. *Apertura delle scuole e andamento dei casi confermati di SARS-CoV-2: la situazione in Italia. Versione del 30 dicembre 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 63/2020).

Allegato 3

Documentazione dott.ssa Francesca Russo (23 novembre 2021)

Allegato n. 1

PROTOCOLLO:E.0017973.23-11-2021

REGIONE DEL VENETO

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS-CoV-2 durante la pandemia

Audizione del 13.07.2021

Dott.ssa Francesca Russo

Analisi e Report periodici

- Rapporto giornaliero nuovi positivi, ricoveri, decessi
- Rapporto giornaliero PS
- Rapporto giornaliero ricoveri
- Rapporto giornaliero RSA
- Analisi giornaliera tamponi effettuati dalla medicina territoriale
- Analisi giornaliero complessiva test (molecolari e antigenici)
- Rapporto settimanale sull'andamento dell'epidemia

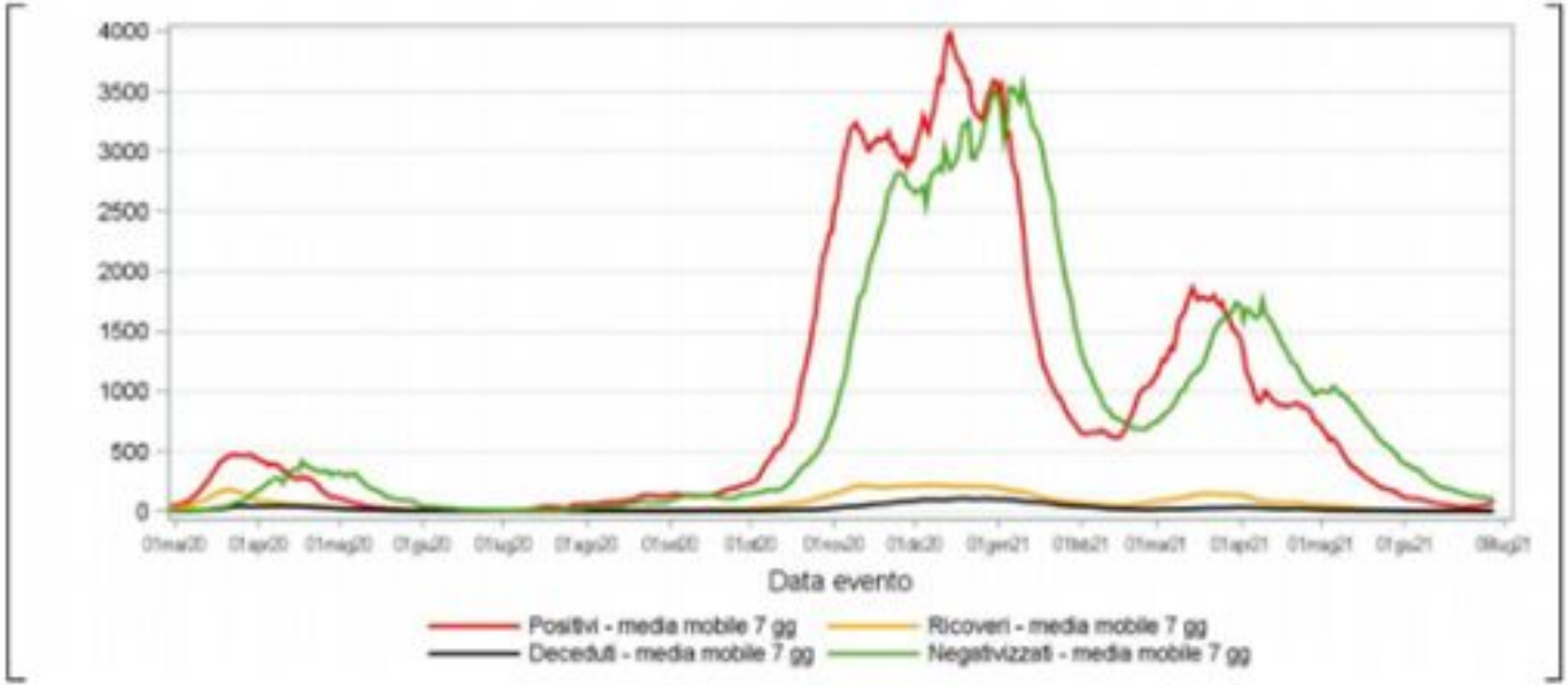
Sistema di biosorveglianza SARS-CoV-2

Analisi e Report periodici

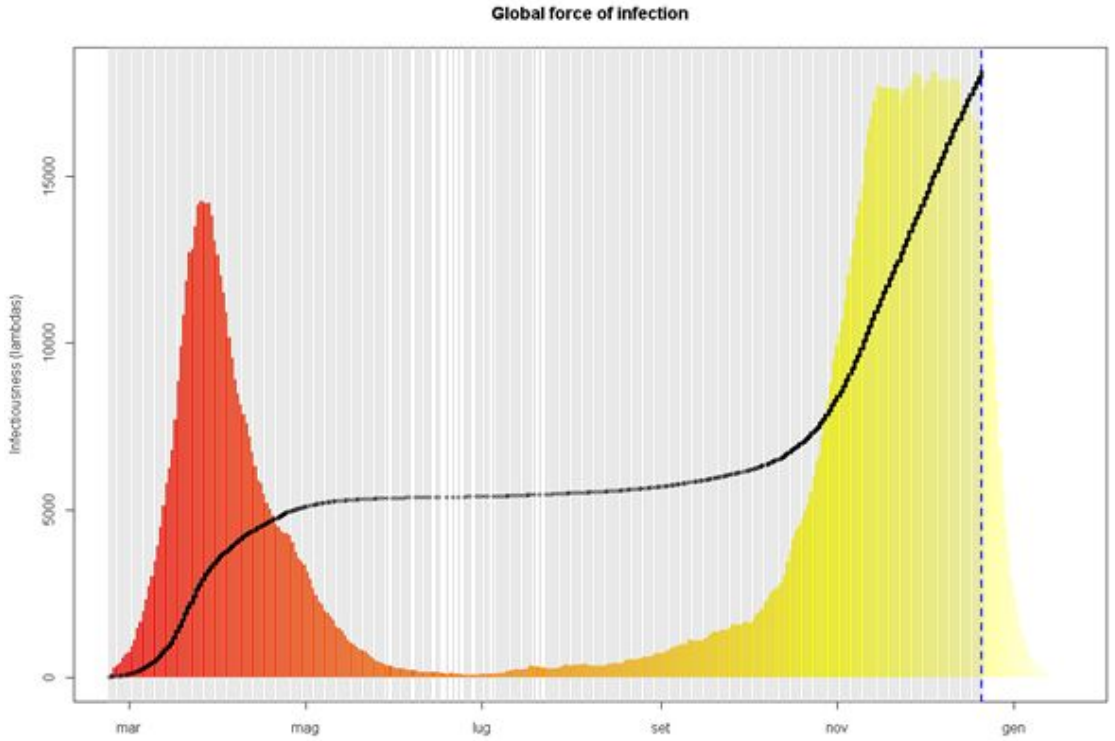
- Indicatori di cui al DM del 30.04.2020: modelli previsionali utilizzati per stimare l'andamento della curva epidemica, con particolare riferimento a nuovi positivi, ricoveri in terapia intensiva e decessi

- Monitoraggio specifico rispetto alle attività e al personale dei Dipartimenti di Prevenzione coinvolto nelle attività di presa in carico e contact tracing (avviato in data 3 dicembre 2020 e in costante analisi e sviluppo)

Figura 1.2. Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 giorni)



Forza dell'infezione



L'analisi dei ricoveri totali nelle strutture sanitarie da marzo a dicembre descrive la situazione nei due periodi epidemici: il grafico riporta la forza dell'infezione, in termini di incremento del numero di ricoveri (in nero la curva cumulativa dei ricoveri)

Riepilogo interventi attuati Documento MS: Prevenzione e risposta a covid 19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale 09.10.2020

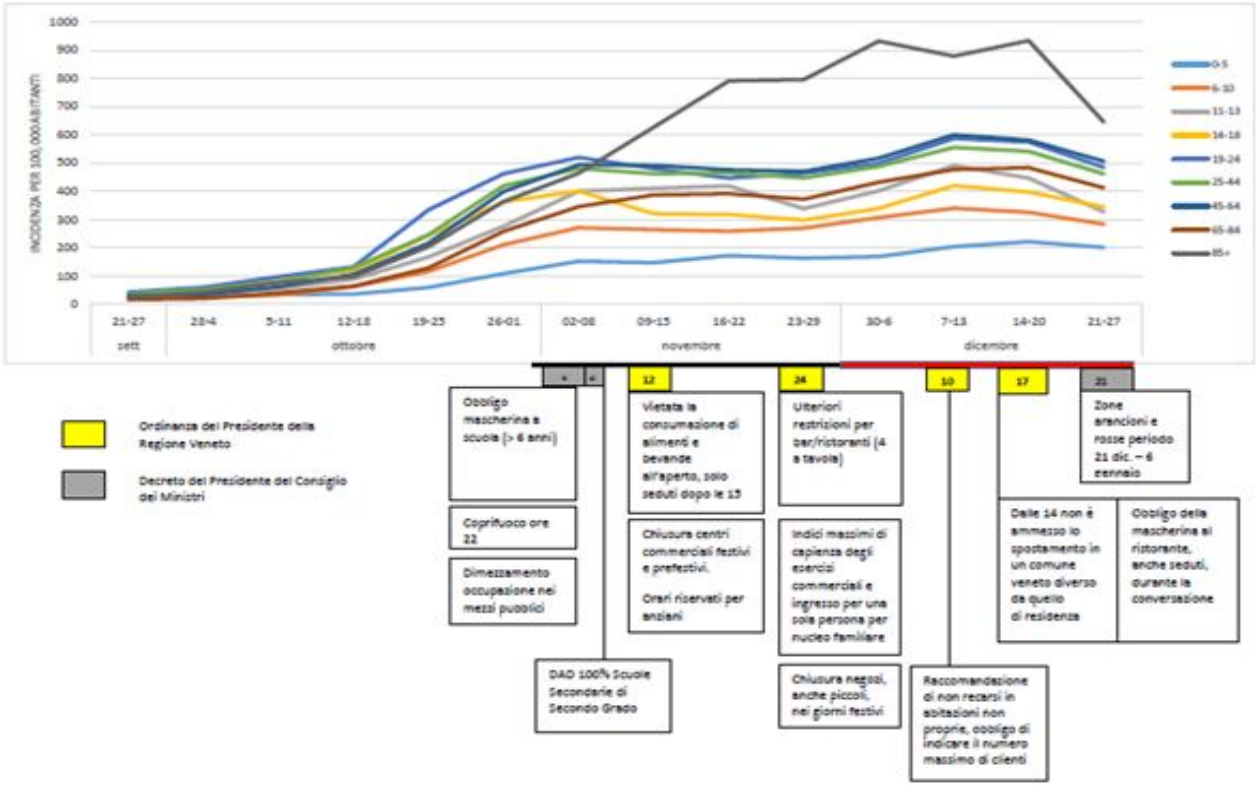
Adeguamento delle strategie di testing e di gestione dei casi sospetti, confermati e contatti	• semplificazione contact tracing [N, R, L] • priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione [R, L] • attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID [R, L] • tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici • rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) [R, L] • potenziamento alberghi per isolamento casi [R, L]
Interventi di Comunità	• azioni per l'aumento delle distanze sociali [R, L] • possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto [R, L] • zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt [R, L] • interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti [R, L] • valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio [N, R, L] • possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione) [N, R]

Riepilogo interventi attuati

Interventi in tema di Scuola e Università

- obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza [R, L]
- sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato [R, L]
- lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi [R, L]
- possibilità di attivare, a garanzia di distanziamento e prevenzione assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale [N, R, L]
- chiusura temporanea di scuole in base all'epidemiologia locale (es. singola struttura [R, L] o più strutture in un'area) [R, L]

Riepilogo interventi attuati



Andamento dell'incidenza e interventi normativi (nazionali e regionali) di mitigazione

PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

Analisi di sequenziamento virale di SARS-CoV

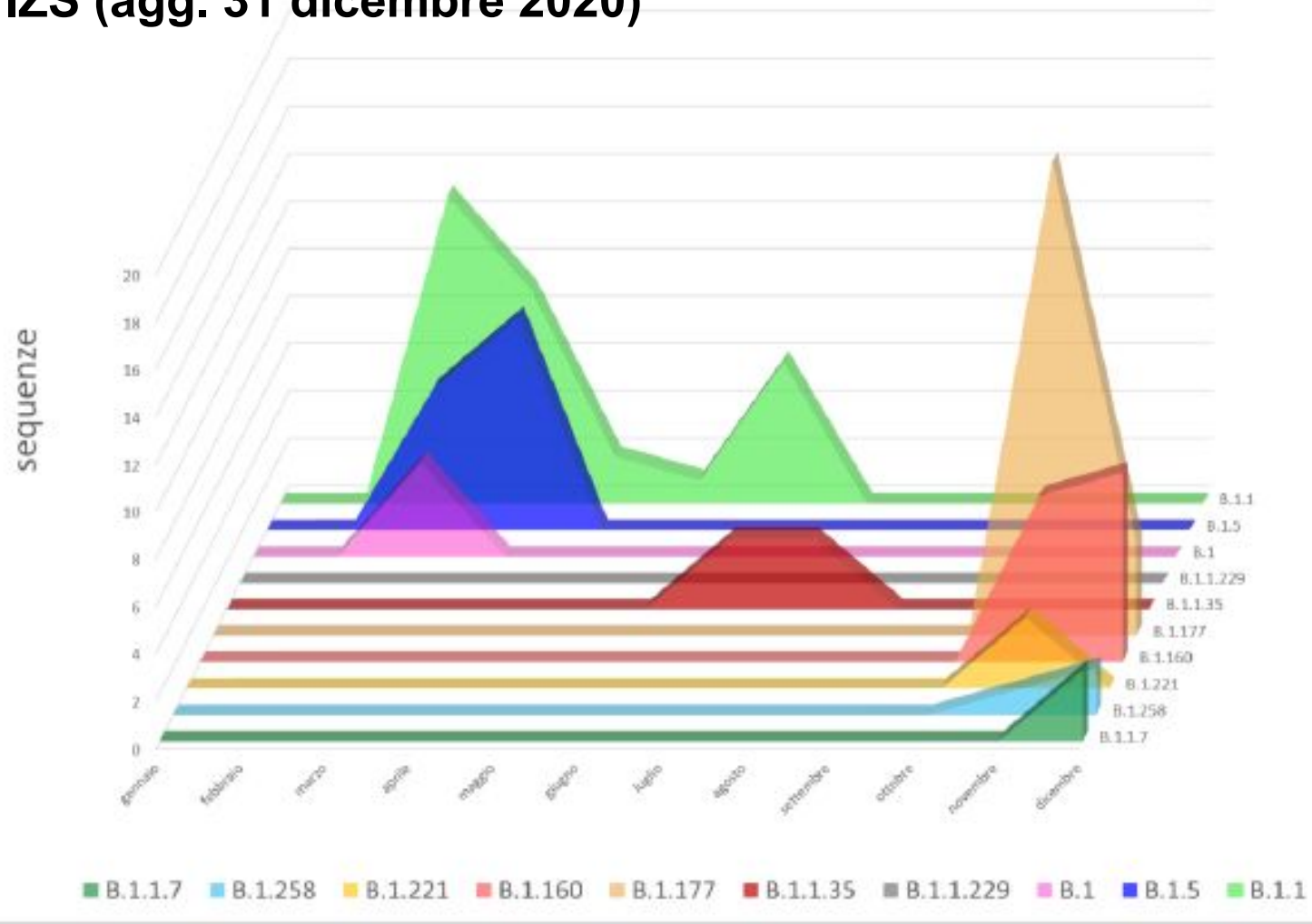
- In attuazione delle disposizioni riportate nell'Ordinanza del Ministero della Salute 20.12.2020, con Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del Veneto n. 171 del 21 dicembre 2020 sono state avviate le specifiche misure di screening per i soggetti rientranti dal Regno Unito

- In ottemperanza alla D.G.R. n. 1424/2020, è stato avviato un progetto relativo al sequenziamento del genoma virale dei sierotipi di SARS-CoV-2 circolanti in Veneto

- Progetto di ricerca condotto dall'Università degli Studi di Padova, approvato (DGR n. 1643 del 24 novembre 2020) e finanziato dalla Regione del Veneto "Progetto per valutare la prevalenza e la diffusione di SARS-CoV-2 nella popolazione"

PROTOCOLLO.E.0017073.23-11-2021

Report IZS (agg. 31 dicembre 2020)



Campagna informativa e di sensibilizzazione per la popolazione

- **Messaggi informativi a tutta la popolazione** (es. Viral Veneto, infografiche, richiamo alla consapevolezza individuale mediante Campagna di Vaccinazione)
- **Messaggi informativi ai datori di lavoro** (Sensibilizzazione dei datori di lavoro sull'importanza di veicolare ai dipendenti le misure precauzionali in caso di esposizione ad un caso di positività)
- **Messaggi informativi ai contatti stretti che effettuano un tampone** (divulgazione dell'importanza della quarantena anche in caso di esito negativo di un tampone di screening effettuato nei giorni seguenti ad un contatto a rischio)

PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

Comportamenti dei soggetti sottoposti a misure restrittive

- Rispetto alla prima ondata si è evidenziata una minore sensibilità e collaborazione anche da parte delle persone sottoposte a misure di isolamento e/o quarantena:
-
  - ➢ minore rispetto delle indicazione per condurre correttamente la quarantena/isolamento;
  - ➢ ridotta collaborazione con gli operatori per identificare puntualmente tutti i possibili contatti stretti;
  - ➢ aumento di soggetti non reperibili

E' stata intensificata la collaborazione con le istituzione preposte per garantire maggiori controlli in particolare nei confronti dei soggetti classificati come "Non Reperibili" (flusso di comunicazione con Comuni e Prefetture)

Contact Tracing

In accordo con quanto previsto per lo Scenario 3 “Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo” (documento *“Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale”*, è stata attuata:

- un’attività di semplificazione del contact tracing al fine di rendere sostenibile in considerazione dell’elevato numero di nuovi positivi.
- arruolamento e formazione nuovi operatori

PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità n.1/2021

Estratto del rapporto pubblicato sul sito ISS

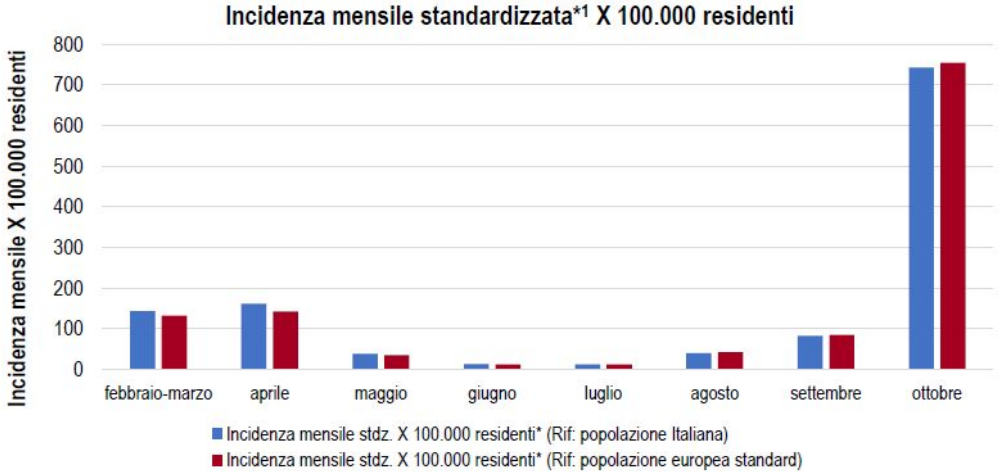
In questo documento, la letalità è stata valutata attraverso il

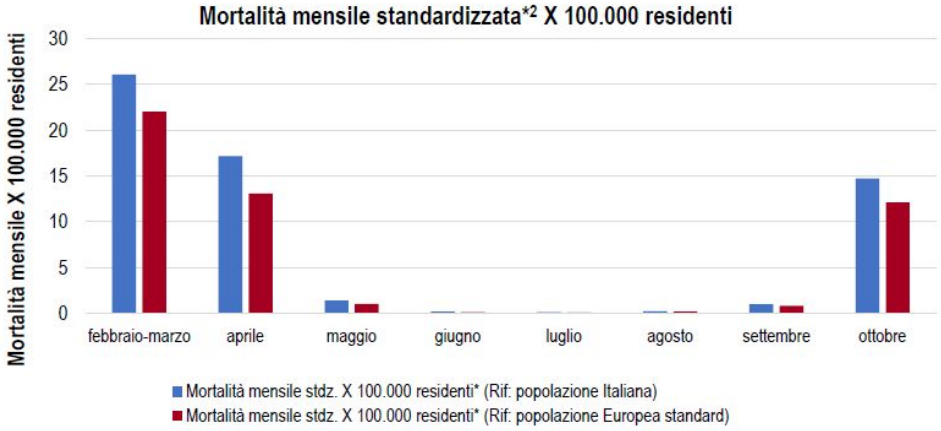
CASE FATALITY RATE

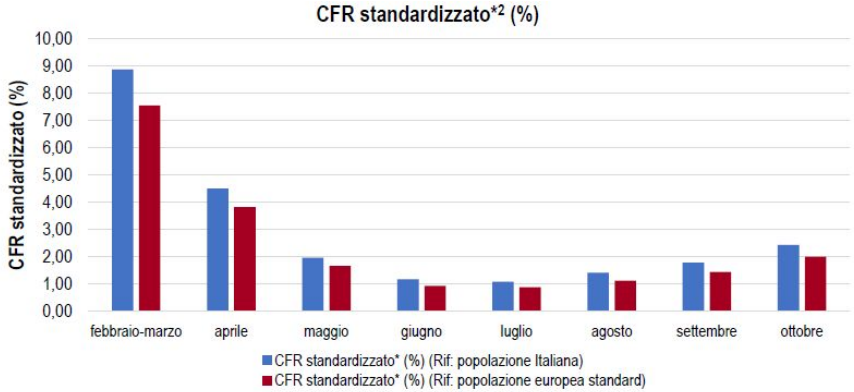
che, diversamente da altri metodi, è ritenuto più appropriato, dal momento che è calcolato sulla popolazione dei casi noti (diagnosticati e notificati).

Nella valutazione della mortalità per COVID19, le indicazioni di ECDC e OMS sono:

- presenza di un quadro clinico e strumentale suggestivo di COVID19;
- assenza di una chiara causa di morte diversa dal COVID19;
- assenza di un periodo di recupero clinico completo tra malattia e decesso







* Standardizzazione per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso.
[1] Casi diagnosticati dal 20/2/2020 al 31/10/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

Figura 6. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età per mese di diagnosi

PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

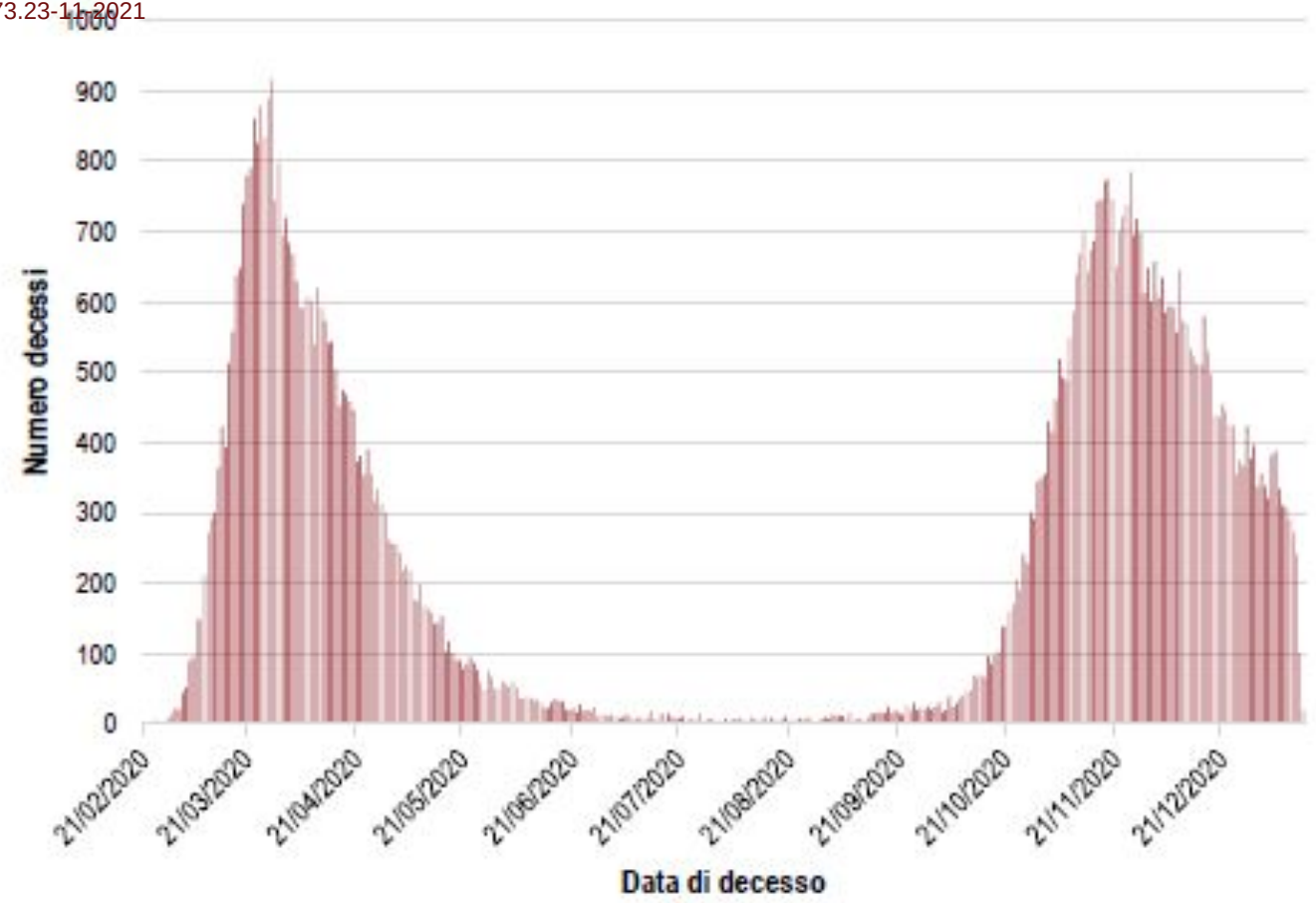
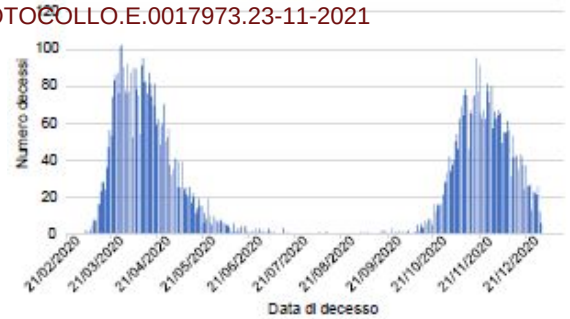


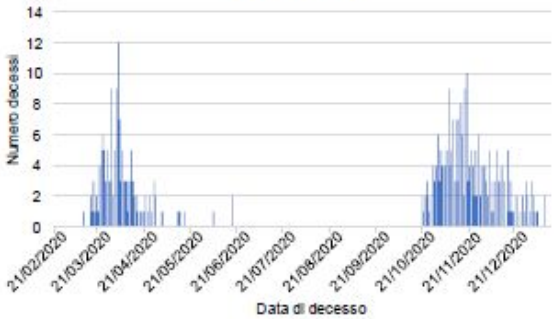
Figura 2. Distribuzione dei decessi nel periodo 21 febbraio 2020 – 13 gennaio 2021 in Italia

PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

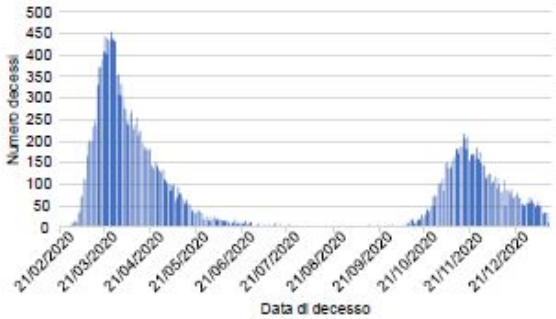
Piemonte



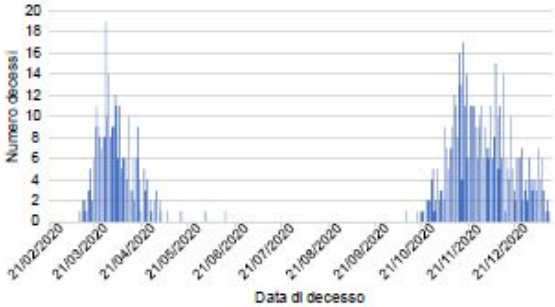
Valle d'Aosta



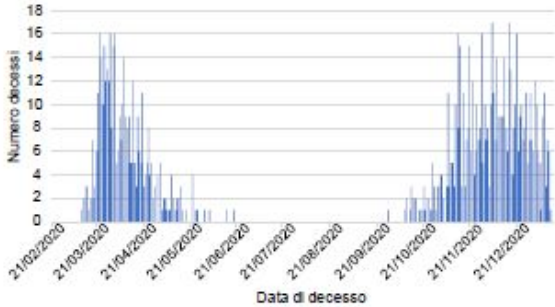
Lombardia



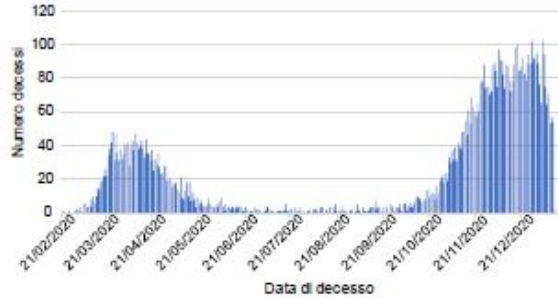
PA Bolzano



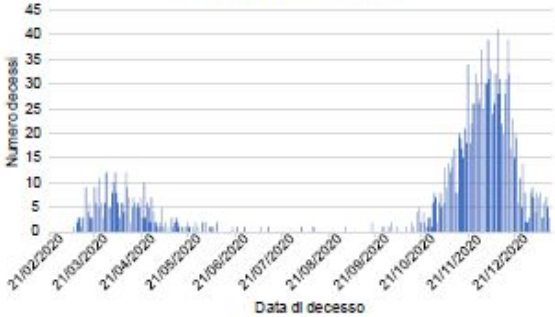
PA Trento



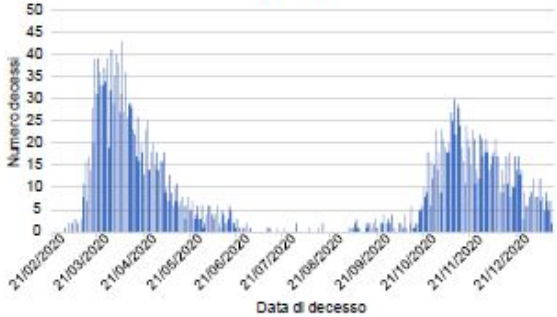
Veneto



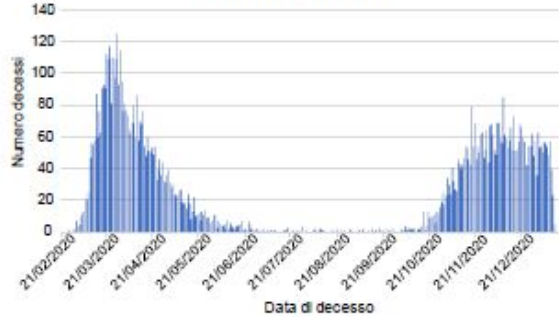
Friuli Venezia Giulia



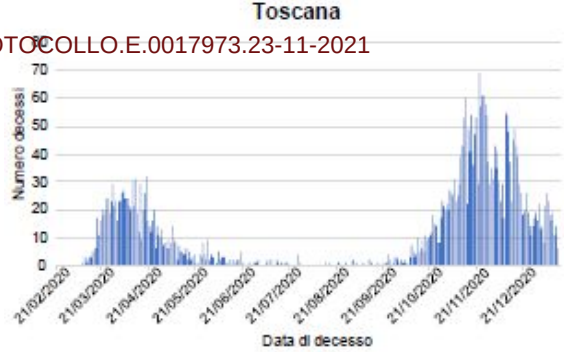
Liguria

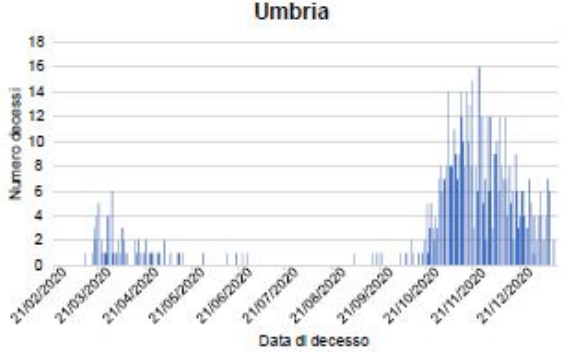


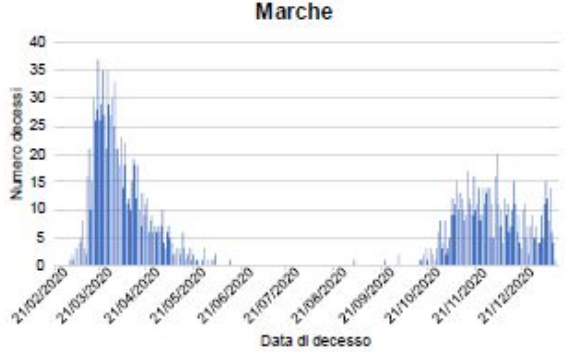
Emilia Romagna

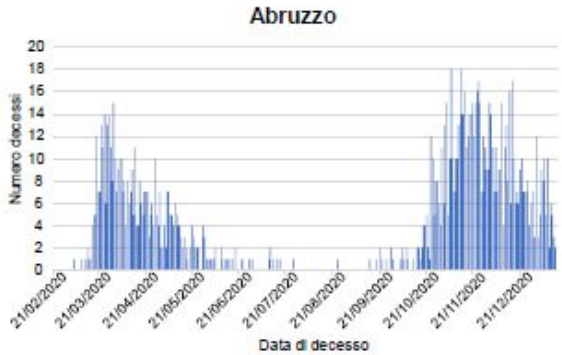


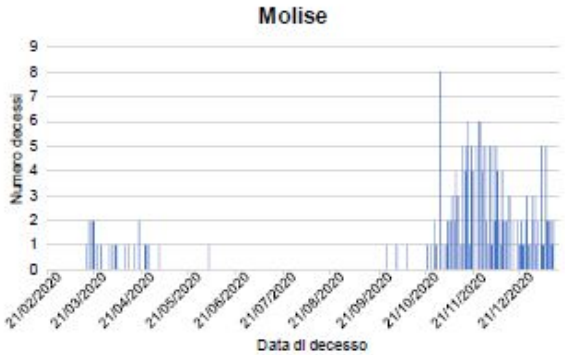
PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

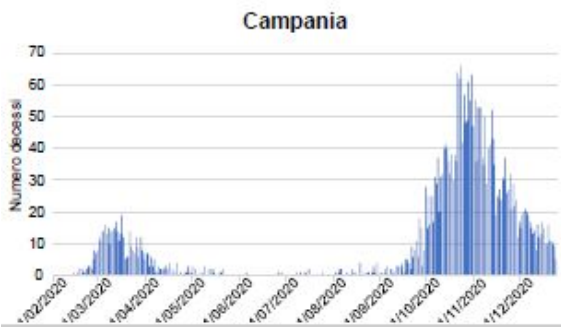


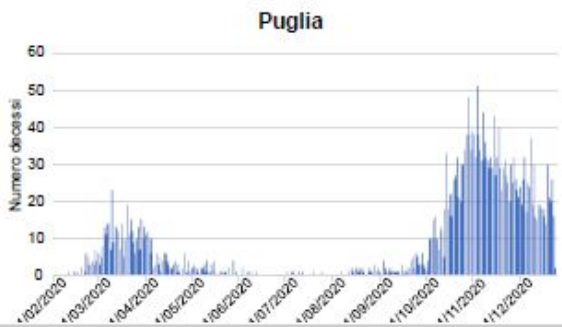


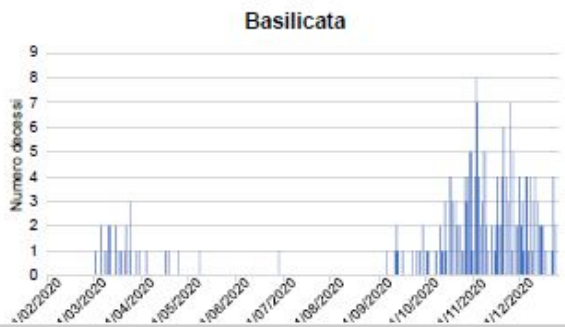


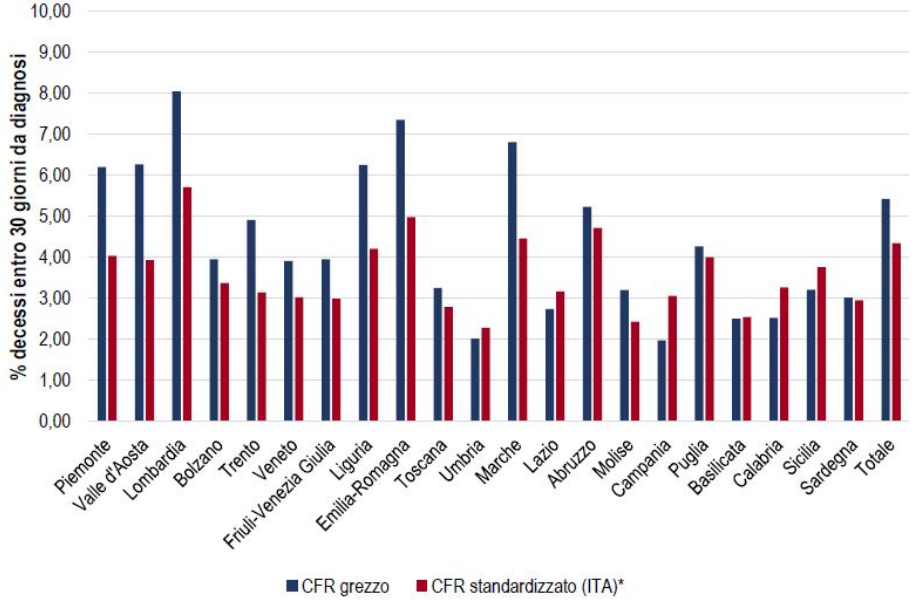


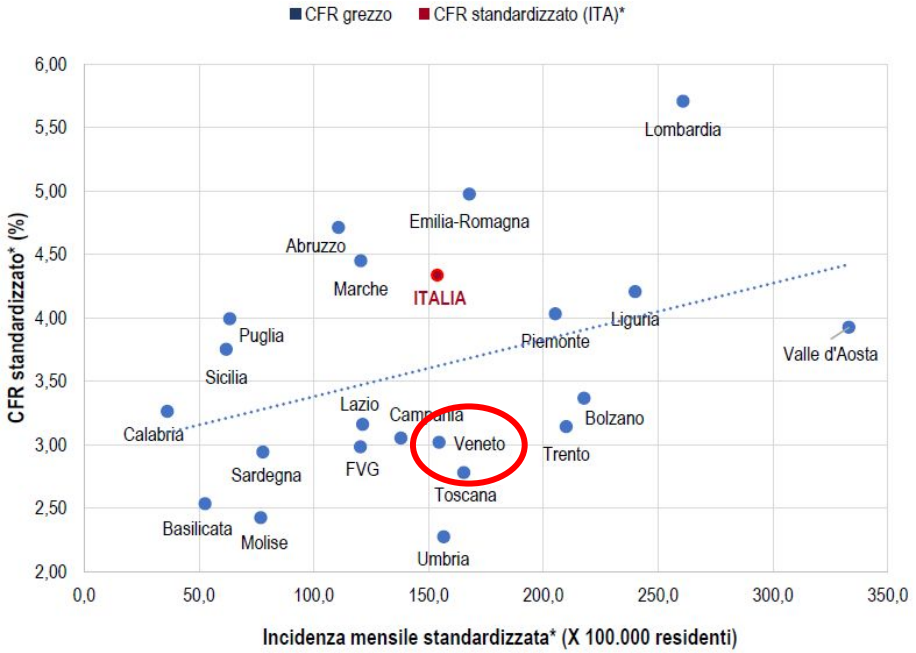






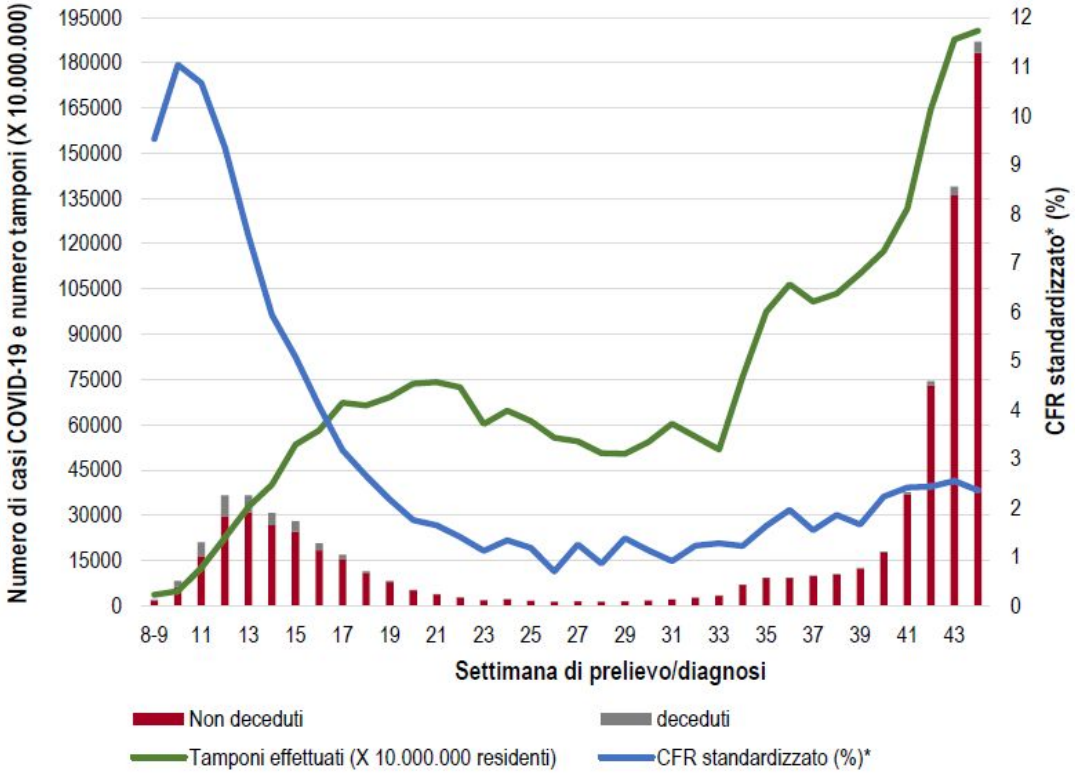






* Incidenza e CFR standardizzati per sesso e classe di età
utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 7. CFR standardizzato per sesso e classe di età e relazione con l'incidenza standardizzata



* CFR standardizzato per sesso e classe di età utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 8. Trend settimanale del CFR e del numero di tamponi molecolari effettuati (20 febbraio – 31 ottobre 2020)

PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

Tabella 8. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età (febbraio – maggio 2020)

Regione	Pop.	Casi[1]	Decessi[2]	Incidenza mensile (X 100.000 residenti)			Mortalità mensile (X 100.000 residenti)			CFR (%)		
				grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezzo	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**
Piemonte	4.311.217	30.725	3.758	212,7	203,2	183,2	26,01	23,04	18,60	12,23	5,69	4,92
Valle d'Aosta	125.034	1.186	137	283,1	278,7	258,1	32,70	31,29	24,71	11,55	5,67	4,78
Lombardia	10.027.602	89.007	15.251	264,9	266,7	237,6	45,38	46,10	38,22	17,14	7,95	6,92
Bolzano	532.644	2.573	283	144,2	151,1	138,2	15,85	18,38	14,64	11,00	5,38	4,51
Trento	545.425	4.804	384	262,8	264,2	242,3	21,01	21,58	17,28	7,99	3,92	3,31
Veneto	4.879.133	19.162	1.745	117,2	116,7	106,8	10,67	10,65	8,36	9,11	4,23	3,55
Friuli-Venezia Giulia	1.206.216	3.293	326	81,5	78,3	72,9	8,06	6,90	5,33	9,90	4,61	3,82
Liguria	1.524.826	9.730	1.447	190,4	173,0	159,1	28,32	21,82	17,85	14,87	6,45	5,49
Emilia-Romagna	4.464.119	27.776	4.006	185,7	181,4	167,6	26,78	24,65	20,21	14,42	6,72	5,71
Toscana	3.692.555	9.695	943	78,4	75,7	70,4	7,62	6,65	5,38	9,73	4,67	3,94
Umbria	870.165	1.427	64	48,9	48,5	47,2	2,19	1,94	1,56	4,49	3,32	2,64
Marche	1.512.672	6.726	908	132,7	127,4	117,2	17,91	15,82	13,12	13,50	6,27	5,39
Lazio	5.755.700	7.797	731	40,4	41,0	38,2	3,79	4,00	3,23	9,38	5,47	4,65
Abruzzo	1.293.941	3.247	409	74,9	73,8	70,1	9,43	8,87	7,35	12,60	7,33	6,23
Molise	300.516	432	20	42,9	42,5	41,9	1,99	1,68	1,37	4,63	2,84	2,20
Campania	5.712.143	4.700	448	24,6	25,6	24,4	2,34	2,84	2,49	9,53	7,31	6,42
Puglia	3.953.305	4.486	466	33,9	34,4	32,4	3,52	3,72	3,07	10,39	6,48	5,54
Basilicata	553.254	372	26	20,1	20,0	19,5	1,40	1,40	1,24	6,99	5,19	4,65
Calabria	1.894.110	1.195	88	18,8	19,0	18,3	1,39	1,45	1,19	7,36	5,34	4,47
Sicilia	4.875.290	3.003	272	18,4	18,8	17,8	1,66	1,84	1,49	9,06	6,27	5,24
Sardegna	1.611.621	1.348	123	25,0	24,9	23,0	2,28	2,26	1,79	9,13	4,97	4,27
Totale	**59.641.488**	**232.684**	**31.835**	**116,4**	**116,4**	**105,4**	**15,93**	**15,93**	**13,00**	**13,68**	**6,62**	**5,70**

1 Casi diagnosticati dal 20/2/2020 al 31/5/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

* Tassi e CFR standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione residente in Italia al 1/1/2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT);

** Tassi standardizzato per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione europea del 2020 come riferimento standard (Fonte: Eurostat)

PROTOCOLLO E 0017073 22-11-2021

Tabella 10. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età (ottobre 2020)

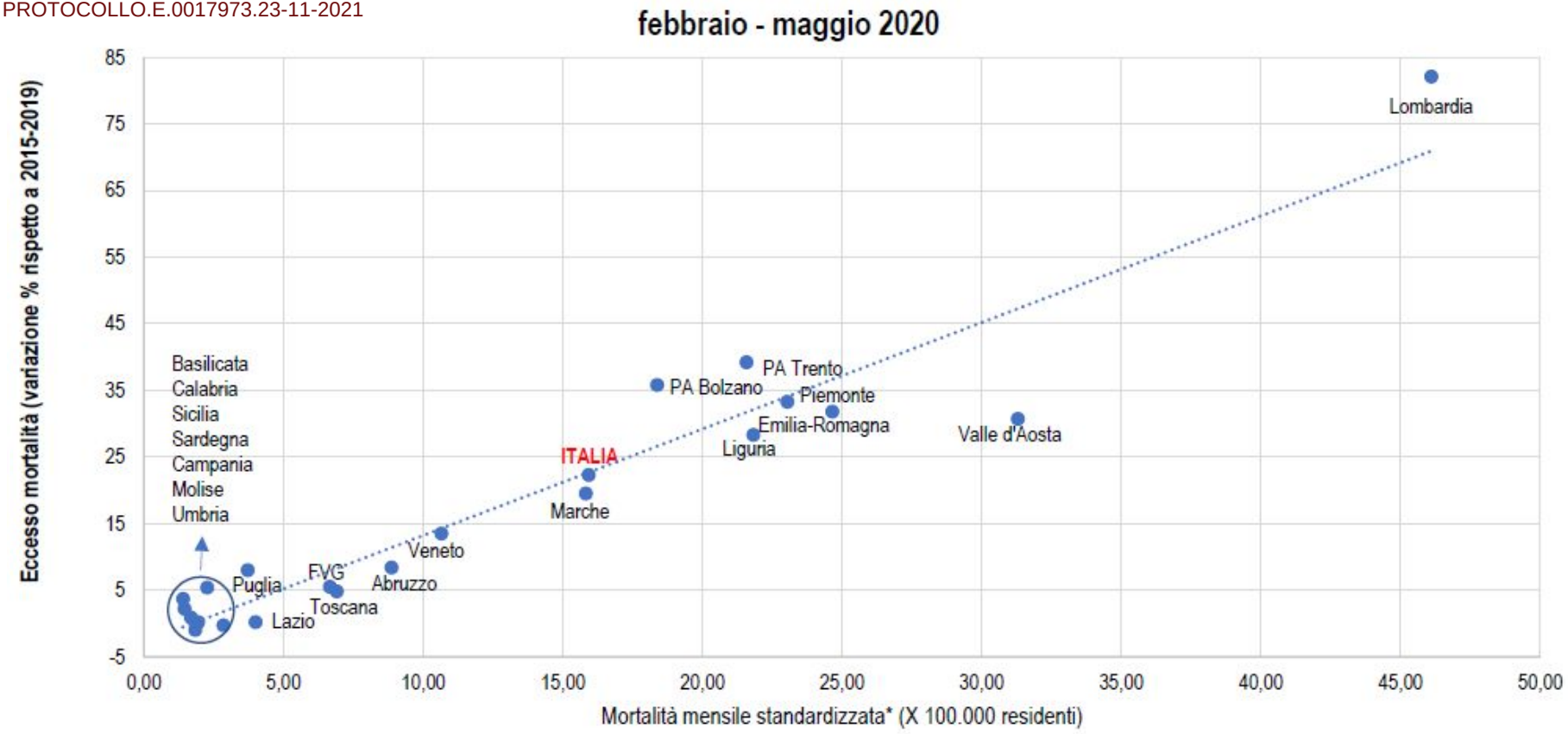
Regione	Pop.	Casi[1]	Decessi[2]	Incidenza mensile (X 100.000 residenti)			Mortalità mensile (X 100.000 residenti)			CFR (%)		
				grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezzo	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**
Piemonte	4.275.555	39.375	831	904,2	913,0	927,3	19,08	17,12	14,30	2,11	2,16	1,78
Valle d'Aosta	123.719	2.196	82	1.742,9	1.741,5	1.724,3	65,08	63,85	49,73	3,73	2,75	2,23
Lombardia	9.920.579	111.805	2.203	1.106,6	1.102,9	1.128,2	21,80	22,74	18,77	1,97	2,75	2,24
Bolzano	529.140	6.181	99	1.146,9	1.135,9	1.142,6	18,37	21,62	16,87	1,60	1,93	1,52
Trento	539.318	3.480	83	633,6	632,8	631,3	15,11	15,77	12,94	2,39	2,01	1,64
Veneto	4.850.831	34.967	606	707,8	707,5	715,6	12,27	12,40	10,18	1,73	2,05	1,67
Friuli-Venezia Giulia	1.201.287	7.242	142	591,9	597,9	604,3	11,61	9,97	8,33	1,96	1,92	1,63
Liguria	1.511.230	17.361	419	1.128,0	1.156,0	1.177,8	27,22	21,20	17,80	2,41	2,30	1,93
Emilia-Romagna	4.428.496	27.659	584	613,2	614,2	624,8	12,95	11,82	9,58	2,11	2,23	1,84
Toscana	3.677.844	36.321	671	969,6	978,5	993,4	17,91	15,51	12,32	1,85	1,92	1,53
Umbria	867.640	8.773	152	992,8	1.004,4	1.024,9	17,20	14,82	12,57	1,73	2,04	1,72
Marche	1.504.626	7.430	140	484,9	487,8	495,8	9,14	7,98	6,26	1,88	2,00	1,59
Lazio	5.738.069	40.961	714	700,9	698,1	711,4	12,22	12,88	10,81	1,74	2,44	2,03
Abruzzo	1.289.468	7.549	204	574,8	576,4	584,3	15,53	14,58	11,61	2,70	3,10	2,49
Molise	299.860	1.285	40	420,8	421,2	424,8	13,10	11,40	9,05	3,11	2,66	2,19
Campania	5.698.785	53.554	798	922,7	907,7	924,8	13,75	16,80	14,47	1,49	2,53	2,12
Puglia	3.945.409	13.038	363	324,5	324,7	325,7	9,03	9,54	7,92	2,78	3,00	2,50
Basilicata	552.444	1.640	26	291,5	290,5	291,2	4,62	4,52	3,70	1,59	1,61	1,34
Calabria	1.892.092	3.748	53	194,5	193,5	197,0	2,75	2,89	2,34	1,41	2,26	1,79
Sicilia	4.867.706	17.695	468	356,9	356,3	358,8	9,44	10,34	8,57	2,65	3,27	2,70
Sardegna	1607627	6.450	156	393,9	396,6	398,4	9,53	9,44	7,58	2,42	2,54	2,13
Totale	**59.321.725**	**448.710**	**8.834**	**742,7**	**742,6**	**754,4**	**14,62**	**14,73**	**12,14**	**1,97**	**2,43**	**1,99**

[1] Casi diagnosticati dal 1/10/2020 al 31/10/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

* Tassi e CFR standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione residente in Italia al 1/1/2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT);

** Tassi standardizzato per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione europea del 2020 come riferimento standard (Fonte: Eurostat)

PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021



* Mortalità standardizzata per sesso e classe di età utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 15. Relazione tra eccesso di mortalità e mortalità standardizzata regionale nelle diverse fasi epidemiche

PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

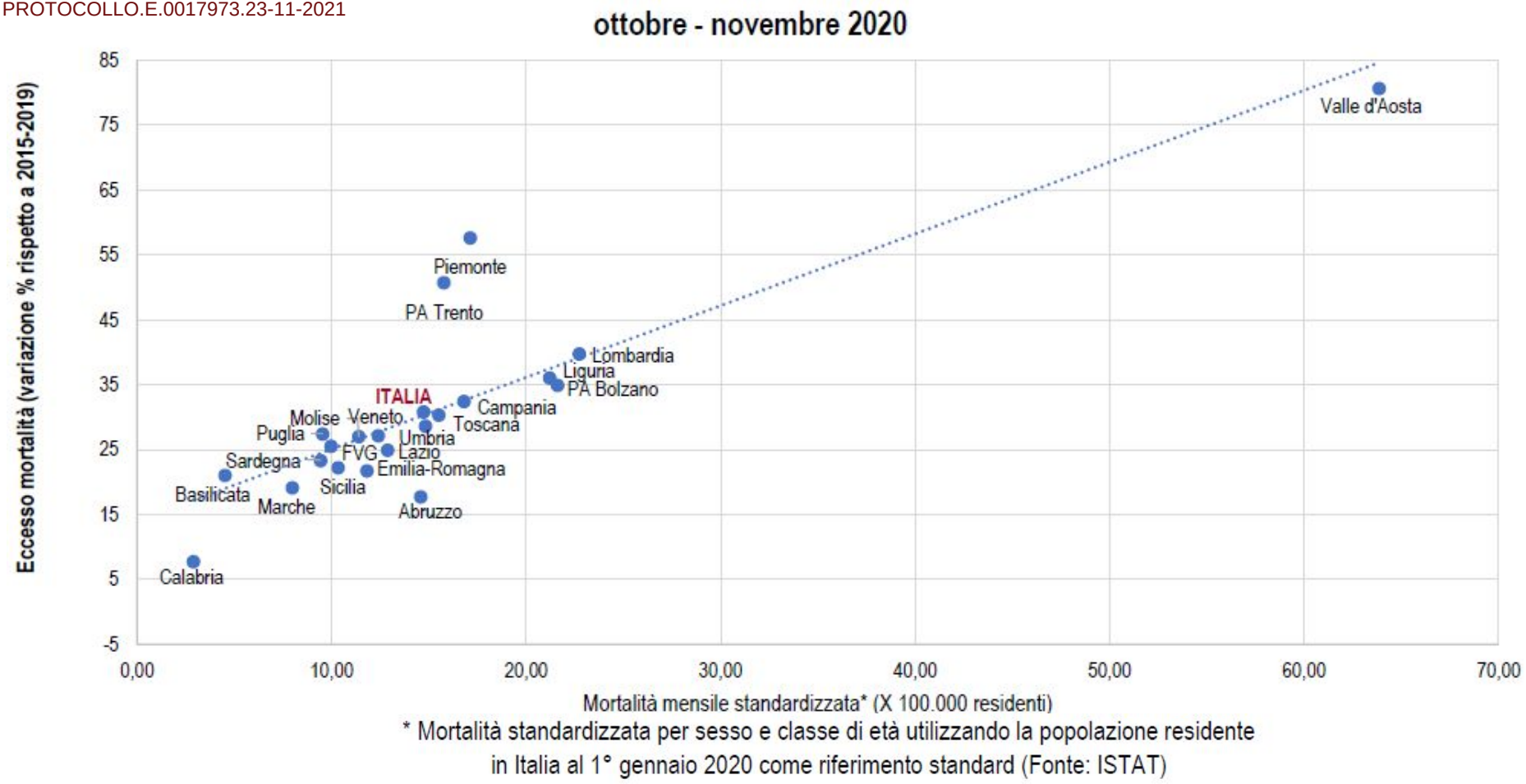


Figura 15. Relazione tra eccesso di mortalità e mortalità standardizzata regionale nelle diverse fasi epidemiche

Allegato n. 2

PROTOCOLLO.E.0004236312-30-12-2021REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ZERO

Rapporto sull'andamento dell'epidemia da COVID-19 in Veneto

Dati aggiornati al 14/10/2021

A cura di: U.O.C. Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ZERO

PROTOCOLLO.E0004236312301.2023REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Sommario

1. Andamento giornaliero dei positivi 6
Figura 1.1. Casi positivi: frequenza giornaliera cumulata eventi 6
Figura 1.2. Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 giorni) 6
Figura 1.3. Casi attualmente positivi, per giorno 7
Figura 1.4. Età mediana dei nuovi casi positivi, per giorno 7
Figura 1.5. Numero di nuovi casi positivi per classe di età e sesso nell'ultima settimana 8
Figura 1.6. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000, Veneto 8
Figura 1.7. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000 per classi d'età, Veneto 9
Tabella 1.1. Numero di bambini positivi al COVID-19 per Provincia e classi di età 10
Figura 1.8. Numero di bambini positivi al COVID-19 per mese di positività e classi di età 10
Figura 1.9. Deceduti COVID-19 per giorno: totali e ospiti delle case di riposo (CDR) 11
Tabella 1.2. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e Ulss di domicilio 11
Tabella 1.3. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e classi d'età 12
Figura 1.10. Deceduti COVID-19 per giorno e Ulss di domicilio: totali e ospiti delle case di riposo (CDR) 13

2. Mappa dei tassi d'incidenza di COVID19 per comune di residenza e periodo d'insorgenza 15
2.1. Casi incidenti di COVID-19 per periodo di insorgenza 15

3. Mortalità generale 16
Tabella 3.1. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2021 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario 16
Figura 3.1. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2021 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e sesso 17
Figura 3.2. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2021 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e classe di età 17
Tabella 3.2. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2021 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario e Azienda ULSS di residenza 18
Figura 3.3. Variazioni % dei decessi (riferimento = 2017-19) per ULSS di residenza. Periodo: gen '20 - set* '21 19

4. Ospedalizzazione 20
Figura 4.1. Andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7gg) 20
Figura 4.2. Casi presenti in ospedale per acuti e di comunità, per giorno 20

PROTOCOLLO.E.0004236.31-01-2023.REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Figura 4.3. Positivi e ricoveri per 100.000 abitanti per Azienda ULSS. Serie giornaliera e media mobile a 7 giorni 21

Figura 4.4. Terapia intensiva: pazienti entrati e pazienti usciti 24

Figura 4.5. Terapia intensiva: frequenza giornaliera di pazienti entrati, dimessi e deceduti (media mobile a 7 giorni) 24

Figura 4.6. Età mediana dei pazienti ricoverati, per giorno 25

Figura 4.7. Numero di ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana 25

Figura 4.8. Distribuzione percentuale dei ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana 26

Tabella 4.1. Mortalità intraospedaliera per caratteristiche dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso) 27

Tabella 4.2. Mortalità intraospedaliera per genere e classe di età dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso) 27

5. Casi positivi nei Centri Servizi per anziani e disabili e strutture di riabilitazione 28

Figura 5.1. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: frequenza giornaliera cumulata eventi 28

Figura 5.2. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero e media mobile a 7 gg 28

Figura 5.3. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7 gg) 29

6. Monitoraggio operatori sanitari 30

Figura 6.1. Operatori in isolamento domiciliare per tampone positivo per giorno e tipologia di operatore 30

Figura 6.2. Nuovi casi di operatori sanitari con tampone positivo per settimana di referto 30

Tabella 6.1. Operatori sanitari attualmente positivi a SARS-COV-2, suddivisi per Azienda Sanitaria e profilo professionale 31

7. Monitoraggio vaccinazioni 32

Tabella 7.1. Nuovi positivi nel periodo 27/09/2021-10/10/2021, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (valori assoluti e media settimanale dei tassi x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto 32

Figura 7.1. Tasso di nuovi positivi nel periodo 27/09/2021-10/10/2021, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (tassi x 100.000 ab.) - residenti o domiciliati in Veneto 32

Tabella 7.2. Nuovi ricoveri nel periodo 27/09/2021-10/10/2021, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (valori assoluti e media settimanale dei tassi x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto 33

Figura 7.2. Tasso di nuovi ricoveri nel periodo 27/09/2021-10/10/2021, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (media settimanale dei tassi x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto 33

Figura 7.3. Numero di nuovi ricoveri nel periodo 27/09/2021-10/10/2021, per stato vaccinale al momento del ricovero – residenti o domiciliati in Veneto 34

Figura 7.4. Degenza mediana e numero di pazienti dimessi nel periodo 01/06/2021-10/10/2021 con ciclo completo o non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto 35

Tabella 7.3. Numero di pazienti dimessi e pazienti transitati in Terapia Intensiva (TI) nel periodo 01/06/2021-10/10/2021 con ciclo completo o non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto..... 35

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

1. Andamento giornaliero dei positivi

Figura 1.1. Casi positivi: frequenza giornaliera cumulata eventi

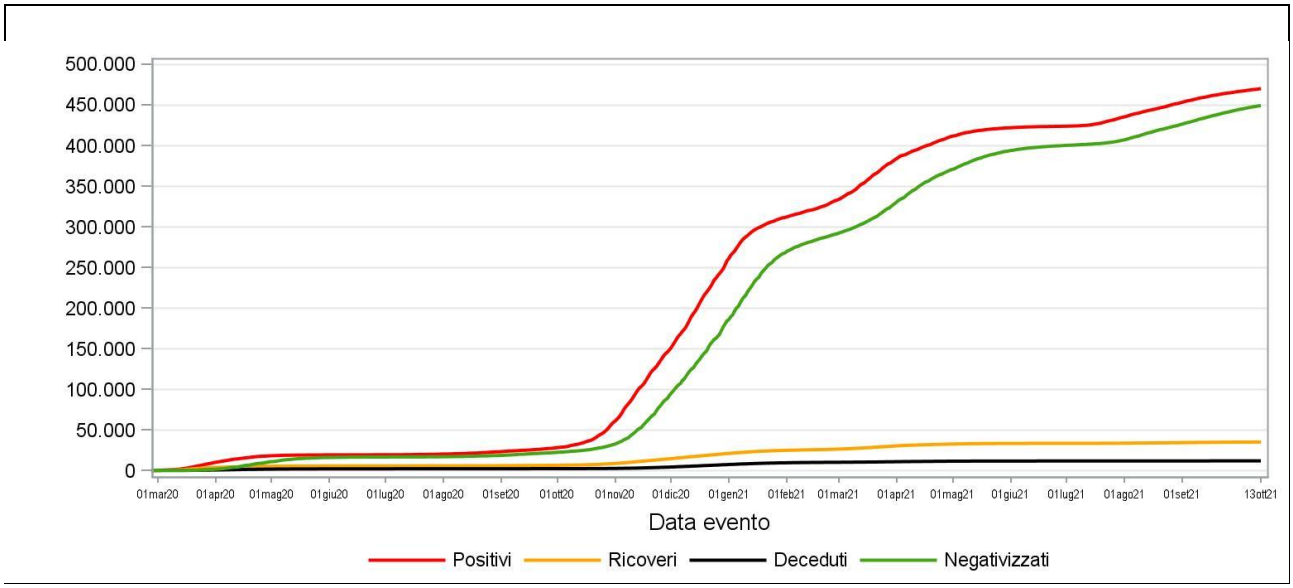


Figura 1.2. Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 giorni)

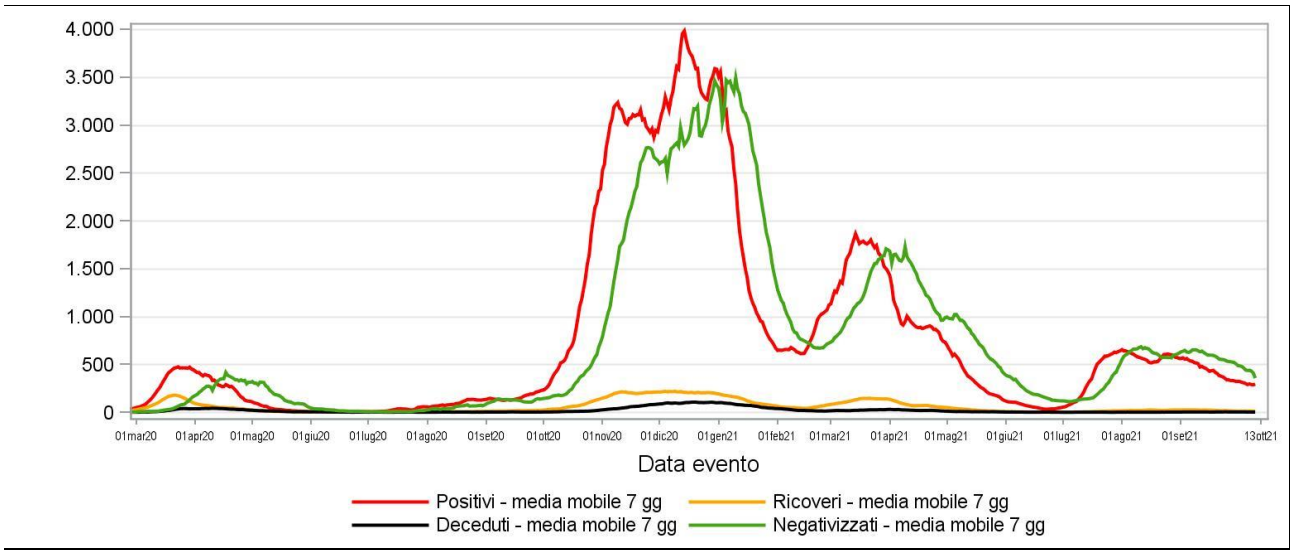


Figura 1.3. Casi attualmente positivi, per giorno

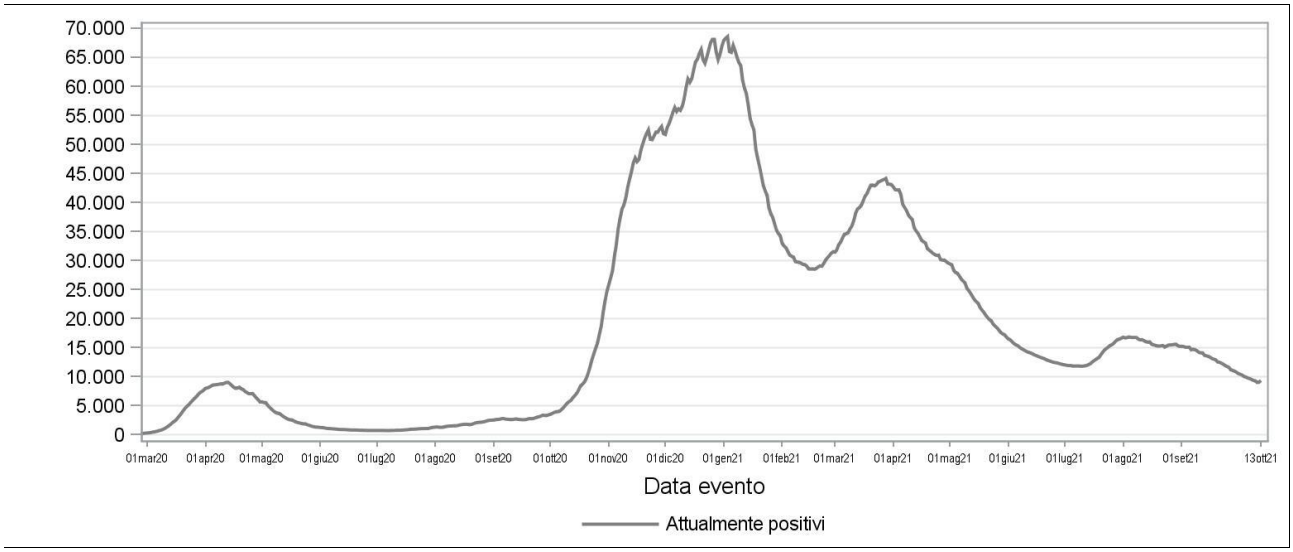


Figura 1.4. Età mediana dei nuovi casi positivi, per giorno

Figura 1.5. Numero di nuovi casi positivi per classe di età e sesso nell'ultima settimana

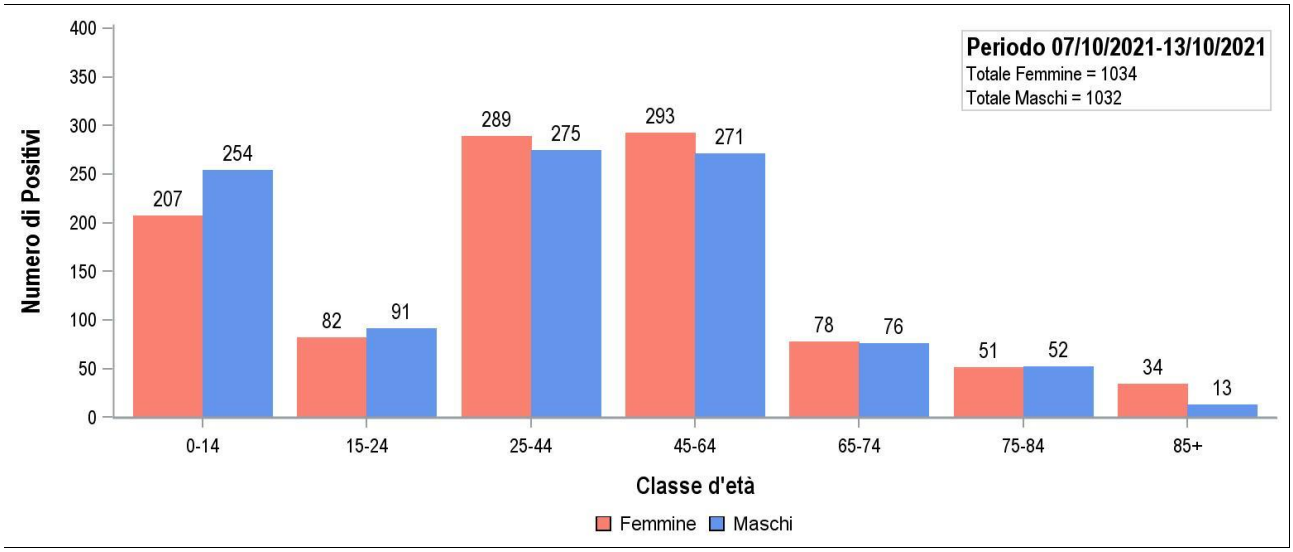
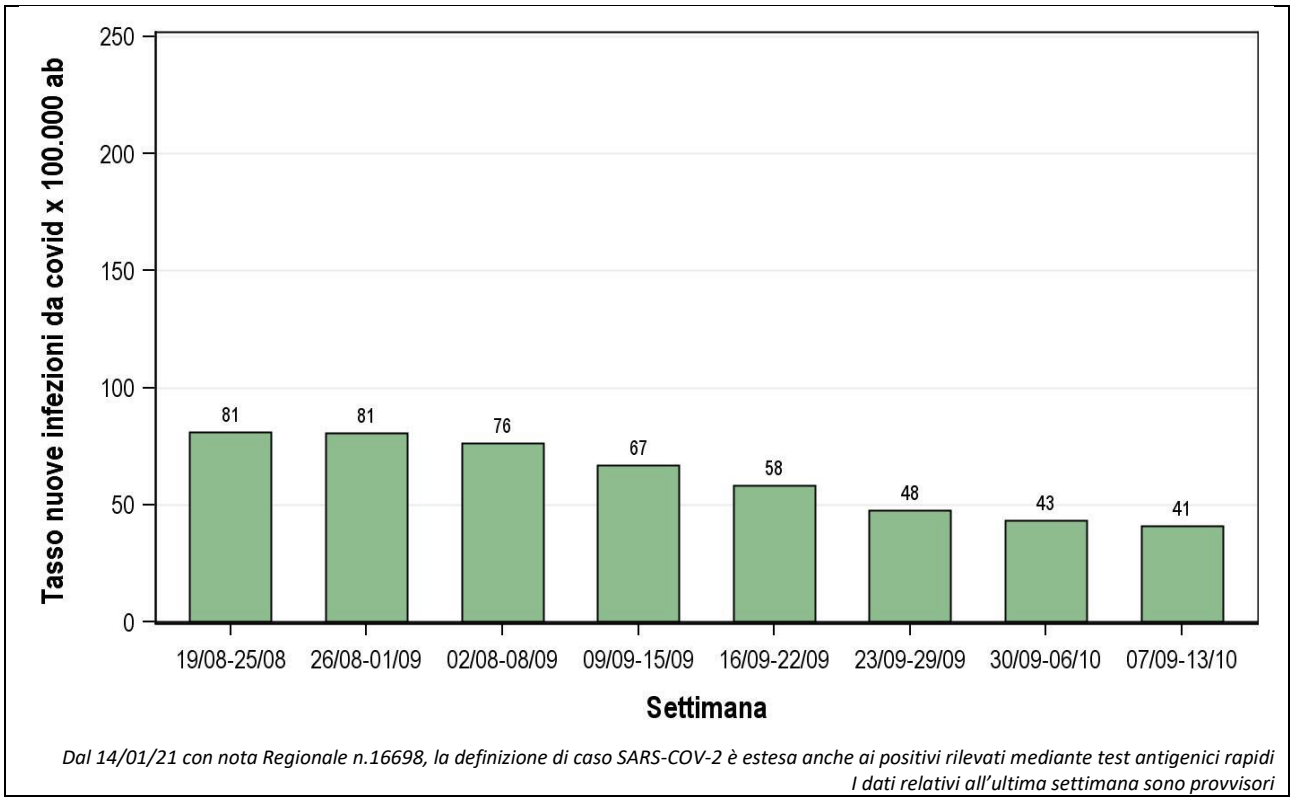
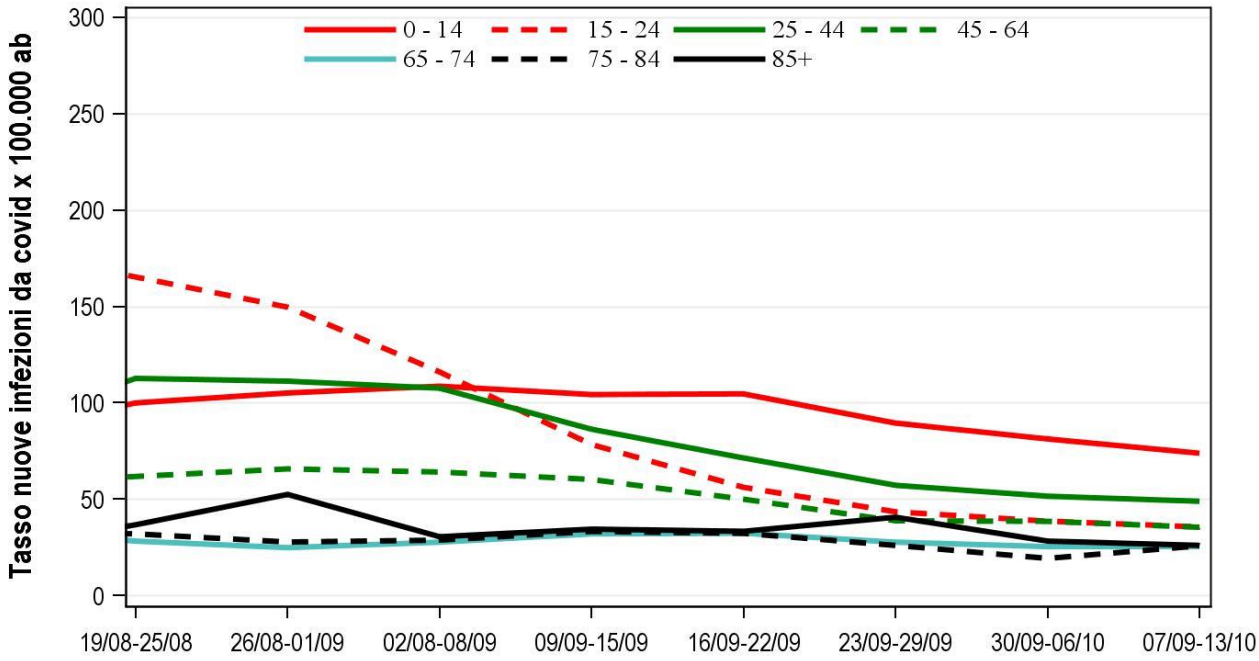


Figura 1.6. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000, Veneto



Dal 14/01/21 con nota Regionale n.16698, la definizione di caso SARS-COV-2 è estesa anche ai positivi rilevati mediante test antigenici rapidi
I dati relativi all'ultima settimana sono provvisori

Figura 1.7. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000 per classi d'età, Veneto



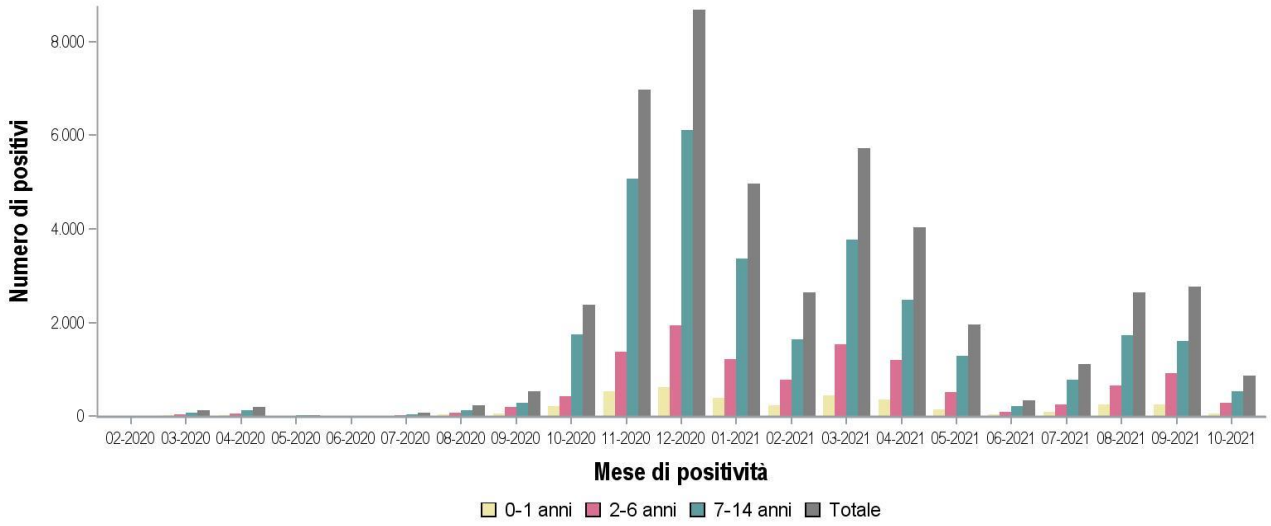
I dati relativi all'ultima settimana sono provvisori

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Tabella 1.1. Numero di bambini positivi al COVID-19 per Provincia e classi di età

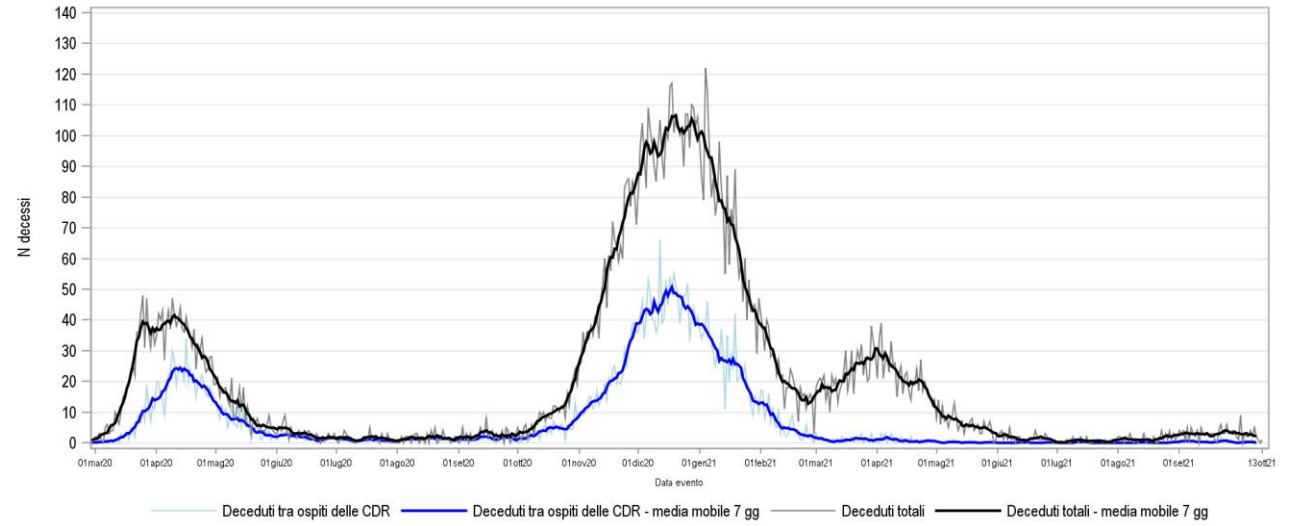
Provincia di domicilio	Casi positivi				Attualmente positivi			
	Totale	0-1 anni	2-6 anni	7-14 anni	Totale	0-1 anni	2-6 anni	7-14 anni
Belluno	1.888	136	468	1.284	7	1	3	3
Padova	9.965	836	2.607	6.522	274	24	84	166
Rovigo	1.495	127	389	979	27	3	9	15
Treviso	8.600	682	2.000	5.918	162	13	32	117
Venezia	8.579	640	2.284	5.655	251	19	86	146
Verona	8.205	617	2.002	5.586	194	17	71	106
Vicenza	7.081	639	1.707	4.735	202	16	57	129
Non domiciliati in Veneto	471	62	86	323	218	44	49	125
Totale	**46.284**	**3.739**	**11.543**	**31.002**	**1.335**	**137**	**391**	**807**

Figura 1.8. Numero di bambini positivi al COVID-19 per mese di positività e classi di età



I dati del mese corrente sono parziali

Figura 1.9. Deceduti COVID-19 per giorno: totali e ospiti delle case di riposo (CDR)



Nota: I dati relativi alle ultime settimane sono provvisori

Tabella 1.2. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e Ulss di domicilio

Mese		Ulss di domicilio									
		ULSS 1 Dolomiti	ULSS 2 Marca TV	ULSS 3 Serenissima	ULSS 4 V.Orientale	ULSS 5 Polesana	ULSS 6 Euganea	ULSS 7 Pedemontana	ULSS 8 Berica	ULSS 9 Scaligera	Regione Veneto
2020	Feb	0	2	0	0	0	1	0	0	0	**3**
	Mar	17	133	57	18	4	88	38	38	180	**573**
	Apr	72	143	126	25	28	162	89	85	302	**1.032**
	Mag	22	42	56	5	3	41	54	23	80	**326**
	Giu	1	9	12	1	2	19	25	2	19	**90**
	Lug	1	2	7	0	0	13	14	0	6	**43**
	Ago	0	6	17	0	0	7	18	0	1	**49**
	Set	0	28	8	0	10	4	14	1	9	**74**
	Ott	47	37	47	7	5	25	13	52	61	**294**
	Nov	128	227	241	33	45	188	116	261	405	**1.644**
	Dic	157	501	437	98	151	398	237	357	735	**3.071**
2021	Gen	90	369	343	71	140	416	112	226	408	**2.175**
	Feb	42	102	90	10	41	109	40	63	105	**602**
	Mar	25	109	85	49	38	146	54	57	130	**693**
	Apr	27	100	96	31	47	119	31	59	131	**641**
	Mag	9	23	31	14	15	35	11	19	35	**192**
	Giu	1	5	7	3	1	17	1	0	14	**49**
	Lug	0	1	4	2	1	3	0	1	5	**17**
	Ago	2	4	5	5	2	4	1	3	17	**43**
	Set	3	13	16	2	7	23	7	5	13	**89**
	Ott	2	3	3	9	0	8	0	3	2	**30**
Totale		**646**	**1.859**	**1.688**	**383**	**540**	**1.826**	**875**	**1.255**	**2.658**	**11.730**

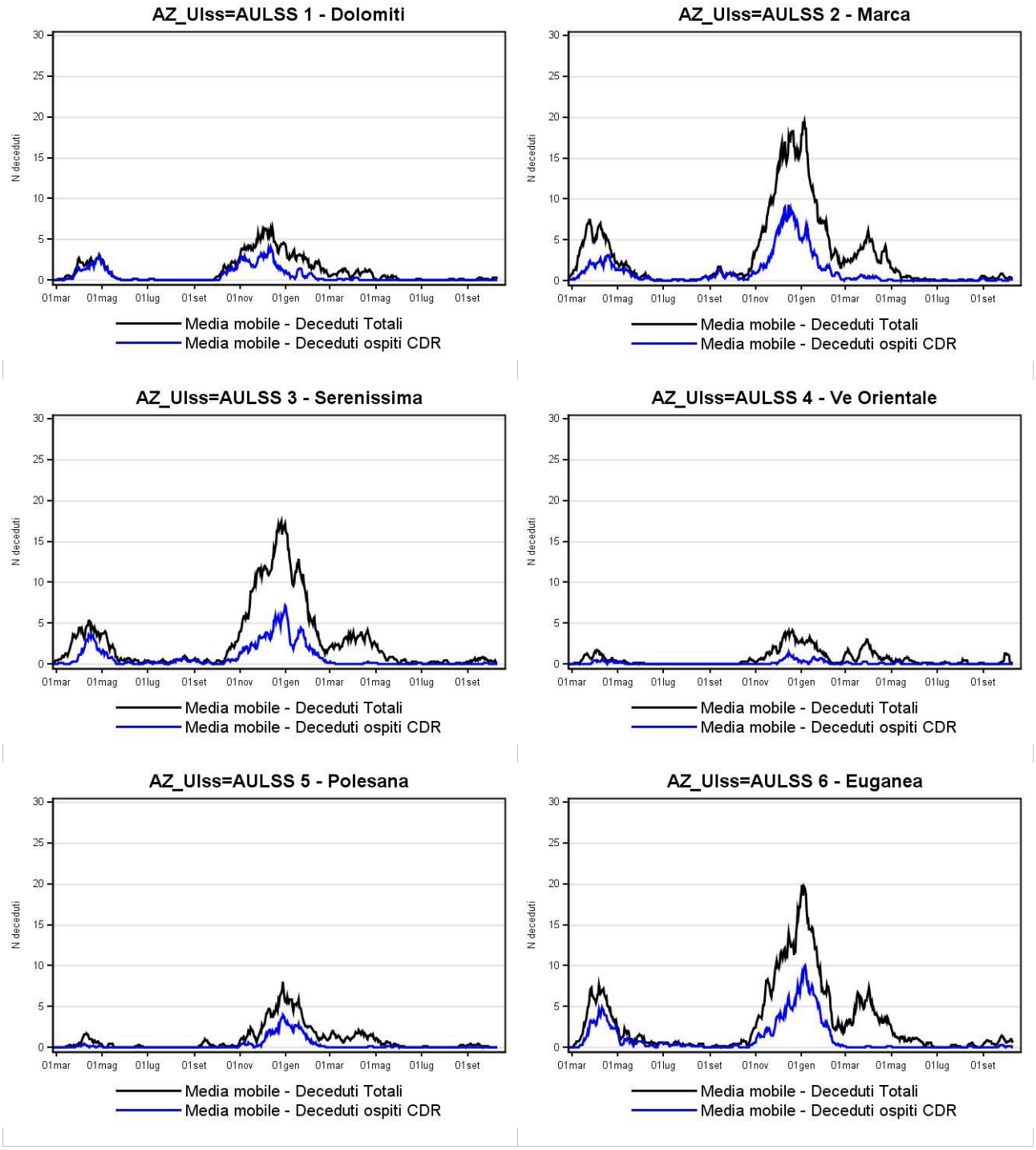
Nota: I dati relativi alle ultime settimane sono provvisori

Tabella 1.3. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e classi d'età

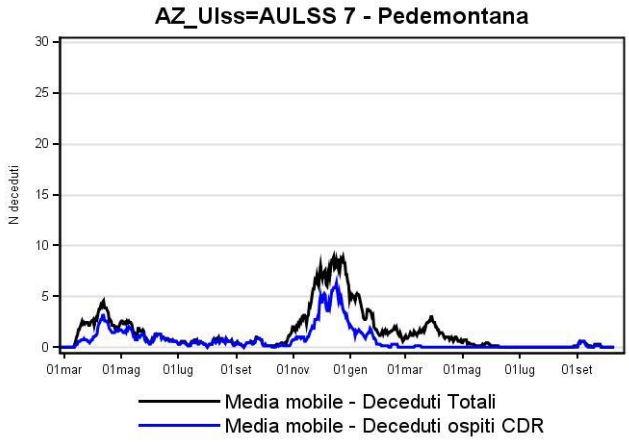
Mese		Classe di età				
		0-64	65-74	75-84	85 +	Regione Veneto
2020	Feb	0	0	3	0	**3**
	Mar	30	80	221	242	**573**
	Apr	54	116	322	540	**1.032**
	Mag	14	35	99	178	**326**
	Giu	4	12	16	58	**90**
	Lug	4	3	14	22	**43**
	Ago	2	3	9	35	**49**
	Set	2	6	17	49	**74**
	Ott	14	32	81	167	**294**
	Nov	85	197	488	874	**1.644**
	Dic	154	339	964	1.614	**3.071**
2021	Gen	129	289	686	1.071	**2.175**
	Feb	45	101	168	288	**602**
	Mar	52	105	245	291	**693**
	Apr	51	149	194	247	**641**
	Mag	30	35	54	73	**192**
	Giu	10	15	11	13	**49**
	Lug	0	6	8	3	**17**
	Ago	7	6	14	16	**43**
	Set	19	5	21	44	**89**
	Ott	14	2	5	9	**30**
Totale		**720**	**1.536**	**3.640**	**5.834**	**11.730**

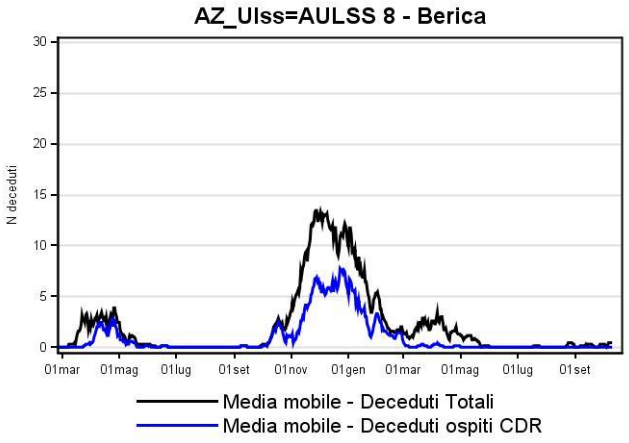
Nota: I dati relativi alle ultime settimane sono provvisori

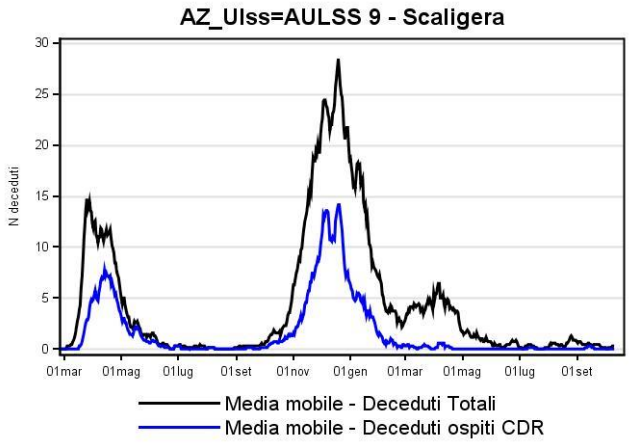
Figura 1.10. Deceduti COVID-19 per giorno e Ulss di domicilio: totali e ospiti delle case di riposo (CDR)



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

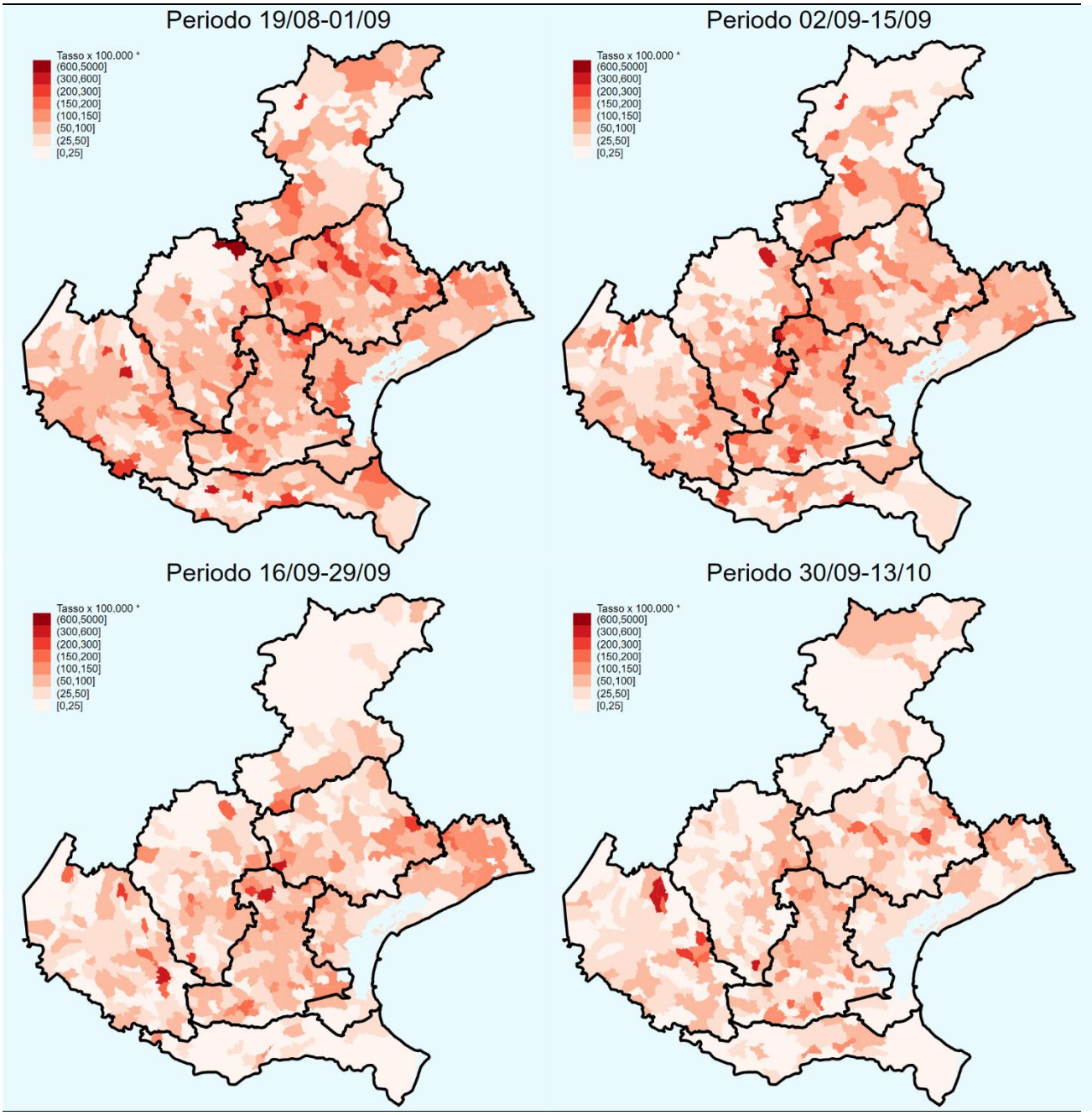






2. Mappa dei tassi d'incidenza di COVID19 per comune di residenza e periodo d'insorgenza

2.1. Casi incidenti di COVID-19 per periodo di insorgenza



3. Mortalità generale

Viene qui presentato un confronto tra il numero assoluto di decessi dei residenti in Veneto registrati nel periodo 1 gennaio 2020 – 14 settembre 2021 e i dati del triennio 2017-2019 in base all'Anagrafe Unica Regionale (AUR) aggiornata al 2 ottobre 2021. Nei mesi di gennaio e febbraio 2020 il numero assoluto di decessi è risultato inferiore rispetto alla media registrata nel periodo 2017-2019. Si è invece osservato un notevole incremento dei decessi nel corso del mese di marzo (+23%), e del mese di aprile (+31%), che si riduce a partire da maggio (+5%), per poi portarsi in linea con i valori attesi nel mese di giugno. Nei mesi di luglio, agosto e settembre si continua a registrare un, seppur contenuto, aumento della mortalità (+6%), che riprende ad aumentare nel mese di ottobre (+12%), con un incremento molto consistente che si può osservare nel mese di novembre (+46%), e soprattutto a dicembre (+75%), per poi diminuire a gennaio 2021 (+29%) e a febbraio (-2%). A marzo '21 si registra un nuovo incremento della mortalità (+10%), confermato dai dati di aprile (+13%), mentre nei dati di maggio, giugno e luglio si osserva un numero di decessi pressoché in linea con quelli del triennio di confronto (1%) così come nei dati di agosto (0%) e nelle prime due settimane di settembre (-2%).

Tabella 3.1. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2021 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario

	Periodo	Media decessi 2017-2019	Decessi 2020-2021	Variazione %
2020	Gennaio	5.105	4.747	-7%
	Febbraio	4.461	4.309	-3%
	Marzo	4.391	5.385	23%
	Aprile	3.937	5.157	31%
	Maggio	3.888	4.081	5%
	Giugno	3.698	3.768	2%
	Luglio	3.685	3.900	6%
	Agosto	3.872	4.077	5%
	Settembre	3.669	3.888	6%
	Ottobre	4.117	4.608	12%
	Novembre	4.065	5.952	46%
	Dicembre	4.350	7.613	75%
2021	Gennaio	5.105	6.597	29%
	Febbraio	4.461	4.369	-2%
	Marzo	4.391	4.853	11%
	Aprile	3.937	4.468	13%
	Maggio	3.888	3.945	1%
	Giugno	3.698	3.747	1%
	Luglio	3.685	3.739	1%
	Agosto*	3.872	3.867	-0%
	Settembre**	1.679	1.649	-2%

**stima sui dati disponibili.*
***per il mese di Settembre '21 sono disponibili le prime due settimane*

Nei grafici seguenti è riportata la variazione percentuale dei decessi rispetto alla media negli anni 2017-2019, per mese e sesso e classi di età nei residenti in Veneto.

Figura 3.1. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2021 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e sesso

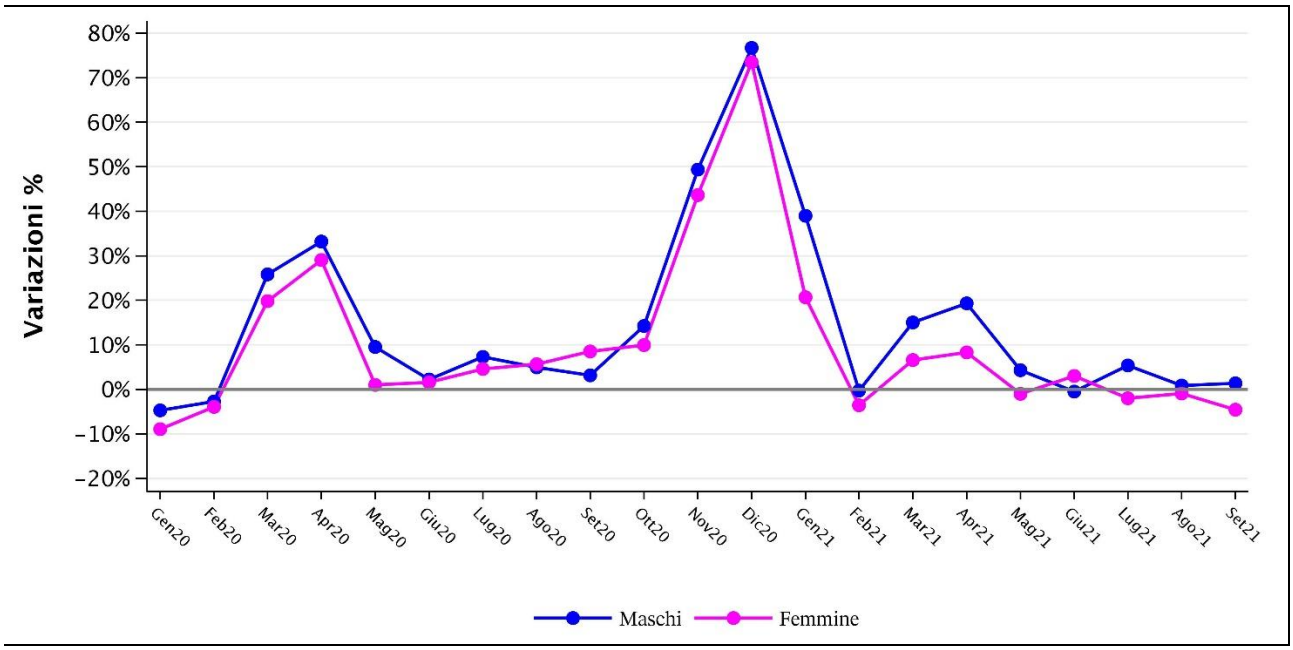
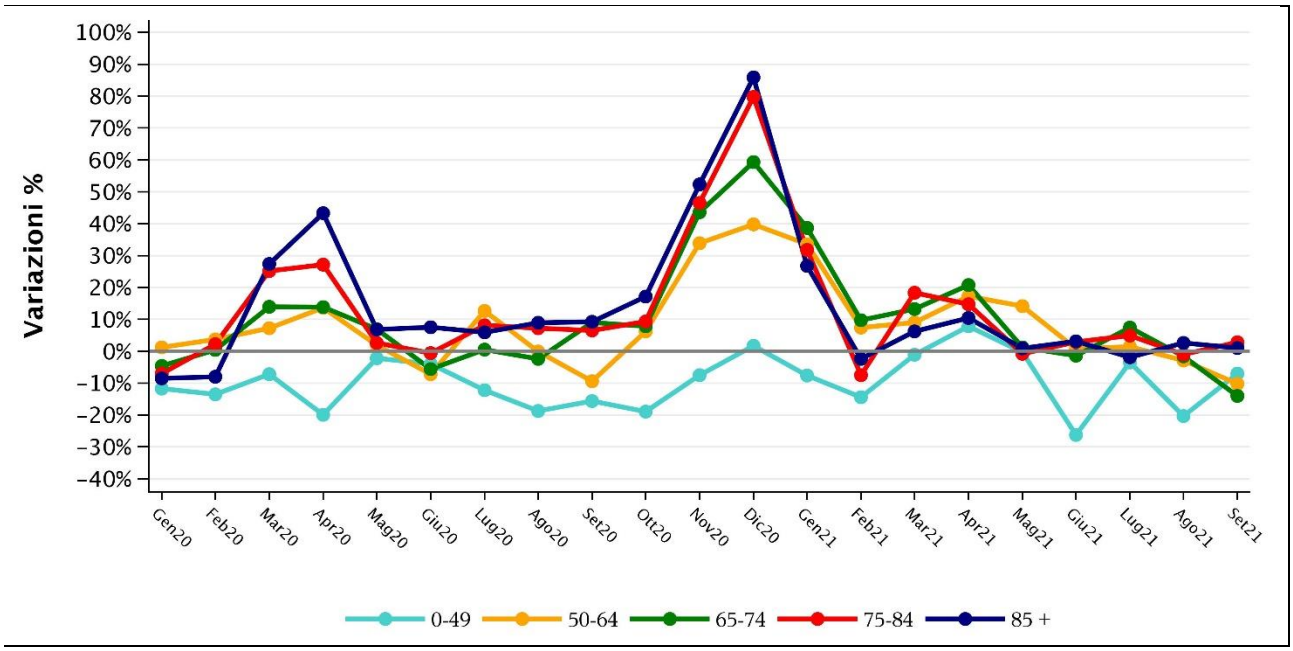


Figura 3.2. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2021 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e classe di età



Considerando l'intero periodo, l'aumento della mortalità a livello regionale è stato del 11%, particolarmente marcato nell'ULSS Scaligera (+16%), nella Pedemontana (+13%), e nella Serenissima (+14%). Nelle analisi per periodi, nei mesi di marzo ed aprile 2020 l'incremento maggiore si è registrato nella Scaligera (+43%), nei mesi di novembre, dicembre e gennaio 2021 le aziende che hanno riscontrato il maggior aumento di mortalità sono la Serenissima (+53%), la Berica (+55%) e la Scaligera (+64%).

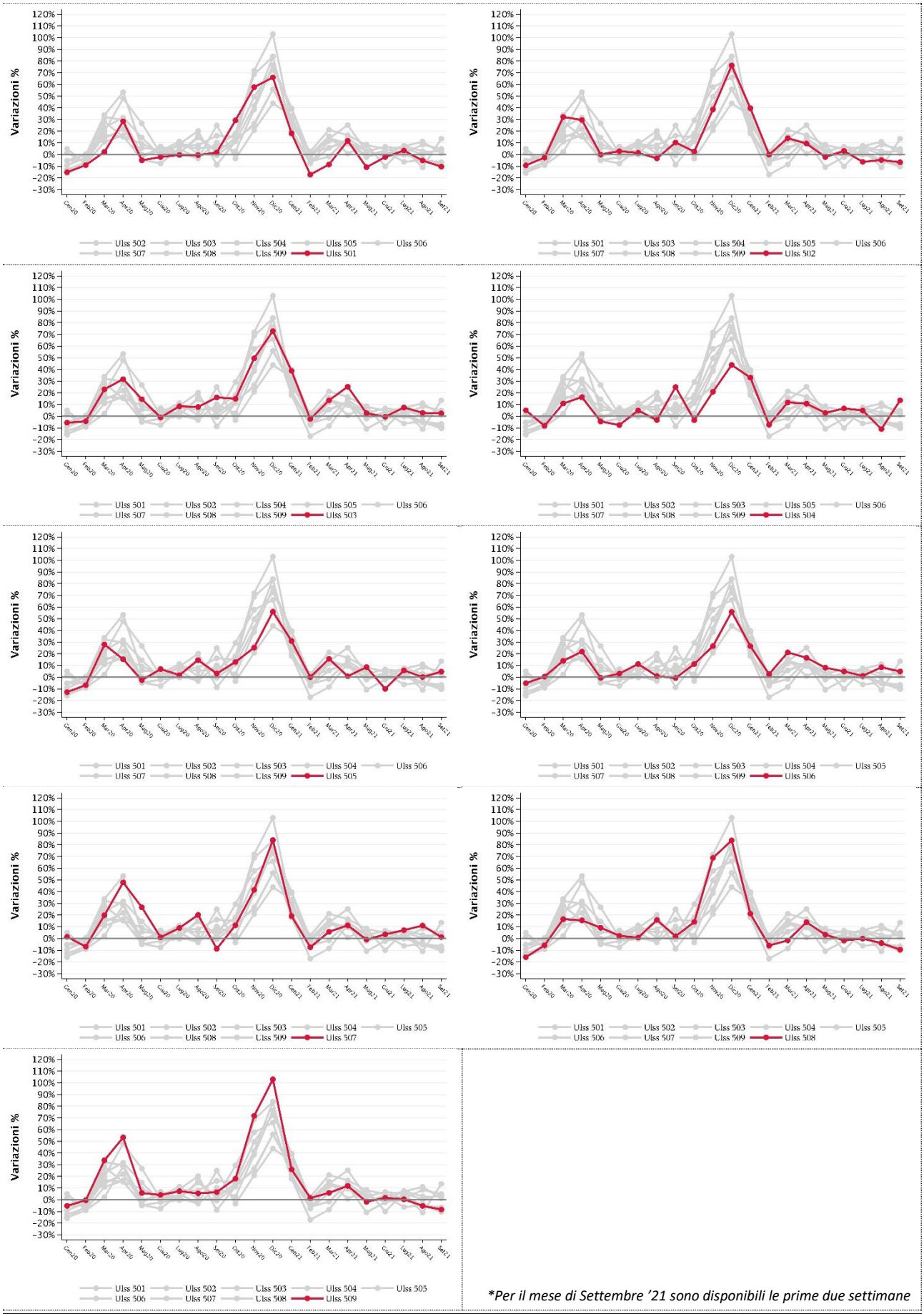
Tabella 3.2. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2021 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario e Azienda ULSS di residenza

	Gennaio '20 –Settembre* '21			Marzo '20 – Aprile '20			Novembre '20 – Gennaio '21		
	Media 2017-19	Decessi 2020-21	Variaz. %	Media 2017-19	Decessi 2020	Variaz. %	Media 2017-19	Decessi 2020-21	Variaz. %
ULSS 1 - Dolomiti	4.340	4.558	5%	435	498	15%	689	996	45%
ULSS 2 - Marca TV	14.142	15.598	10%	1.400	1.833	31%	2.236	3.391	52%
ULSS 3 - Serenissima	11.641	13.291	14%	1.129	1.435	27%	1.881	2.881	53%
ULSS 4 - V. Orientale	4.085	4.345	6%	402	456	13%	632	840	33%
ULSS 5 - Polesana	5.223	5.654	8%	532	648	22%	822	1.129	37%
ULSS 6 - Euganea	15.381	16.916	10%	1.546	1.820	18%	2.480	3.366	36%
ULSS 7 - Pedemontana	5.992	6.776	13%	582	774	33%	991	1.454	47%
ULSS 8 - Berica	7.920	8.712	10%	790	917	16%	1.303	2.023	55%
ULSS 9 - Scaligera	15.231	17.622	16%	1.512	2.161	43%	2.485	4.082	64%
Regione Veneto	**83.956**	**93.472**	**11%**	**8.328**	**10.542**	**27%**	**13.520**	**20.162**	**49%**

**Per il mese di Settembre '21 sono disponibili le prime due settimane*

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Figura 3.3. Variazioni % dei decessi (riferimento = 2017-19) per ULSS di residenza. Periodo: gen '20 - set* '21



*Per il mese di Settembre '21 sono disponibili le prime due settimane

4. Ospedalizzazione

Figura 4.1. Andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7gg)

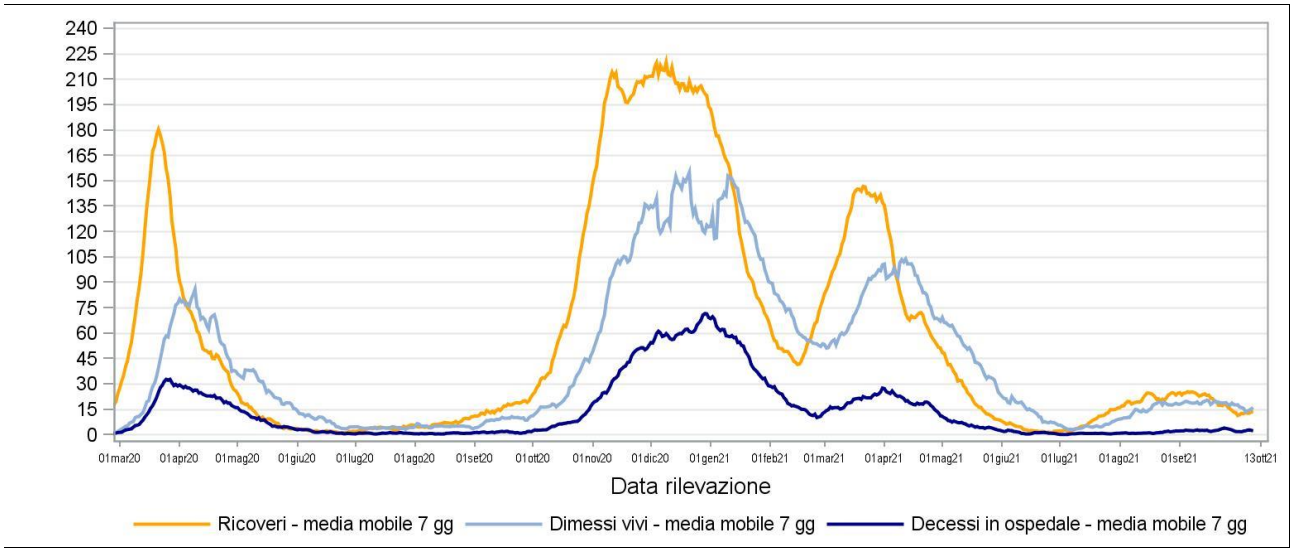


Figura 4.2. Casi presenti in ospedale per acuti e di comunità, per giorno

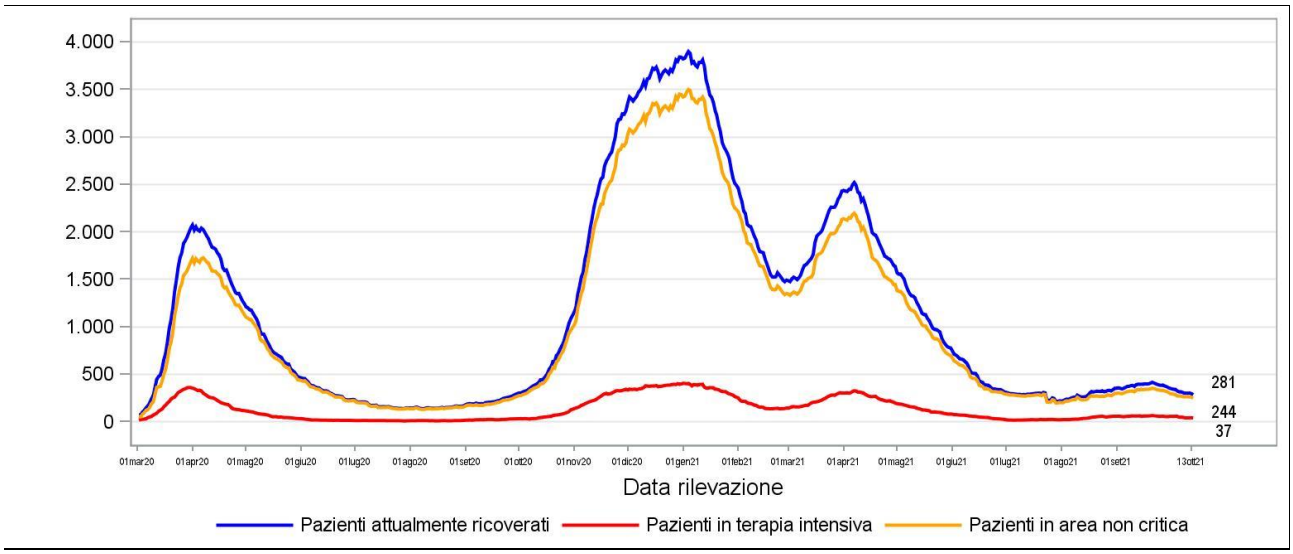
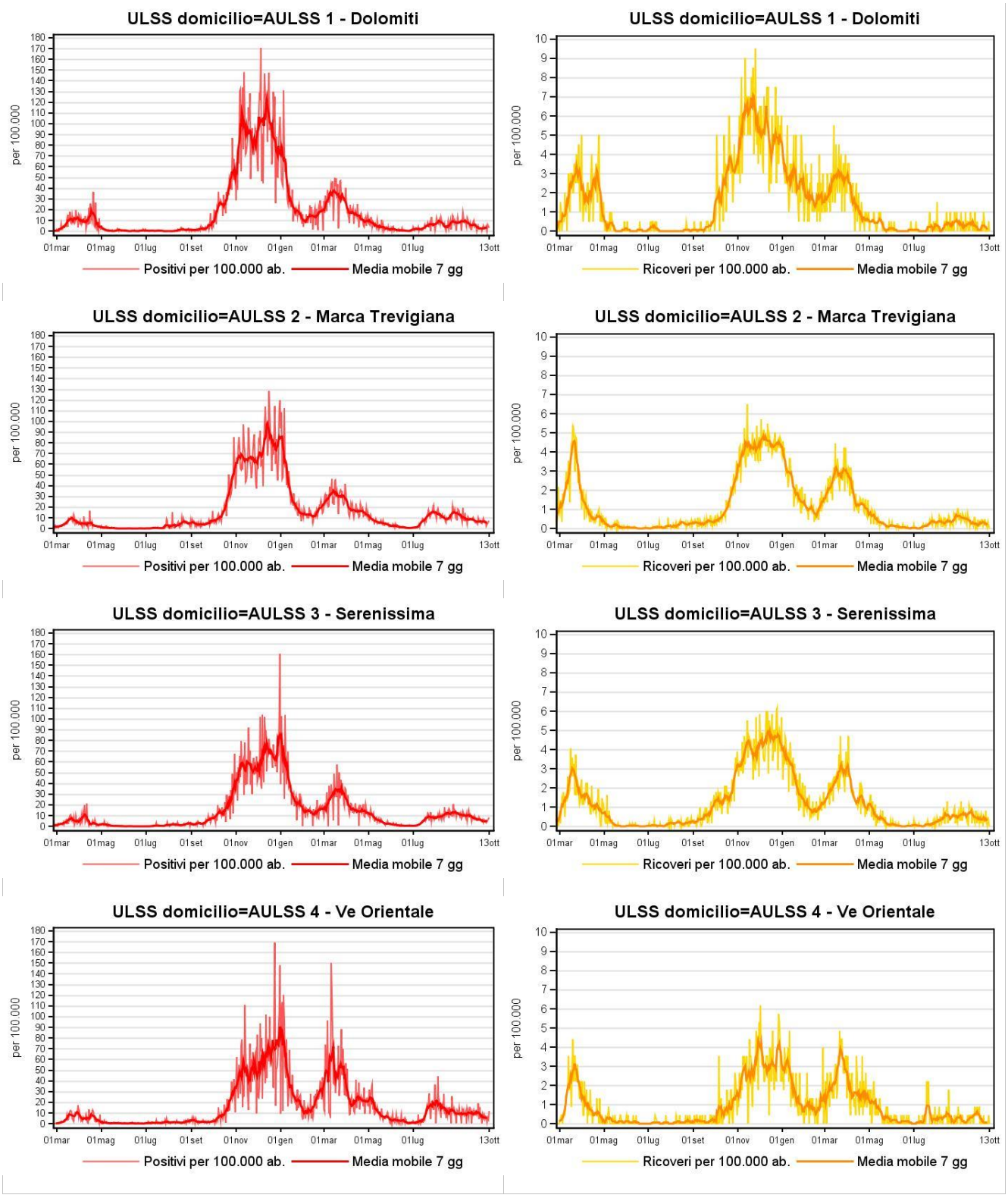
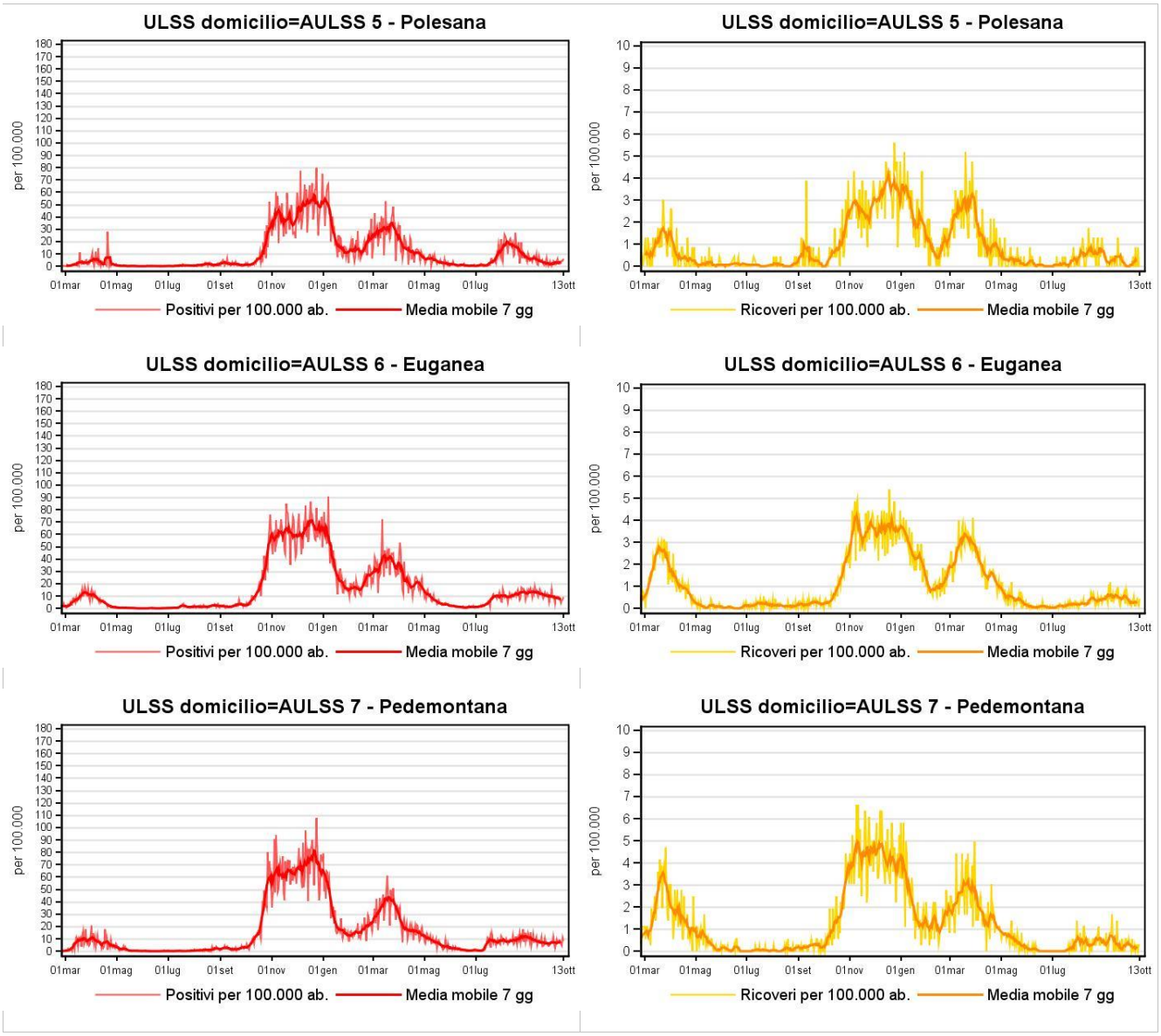


Figura 4.3. Positivi e ricoveri per 100.000 abitanti per Azienda ULSS. Serie giornaliera e media mobile a 7 giorni



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO



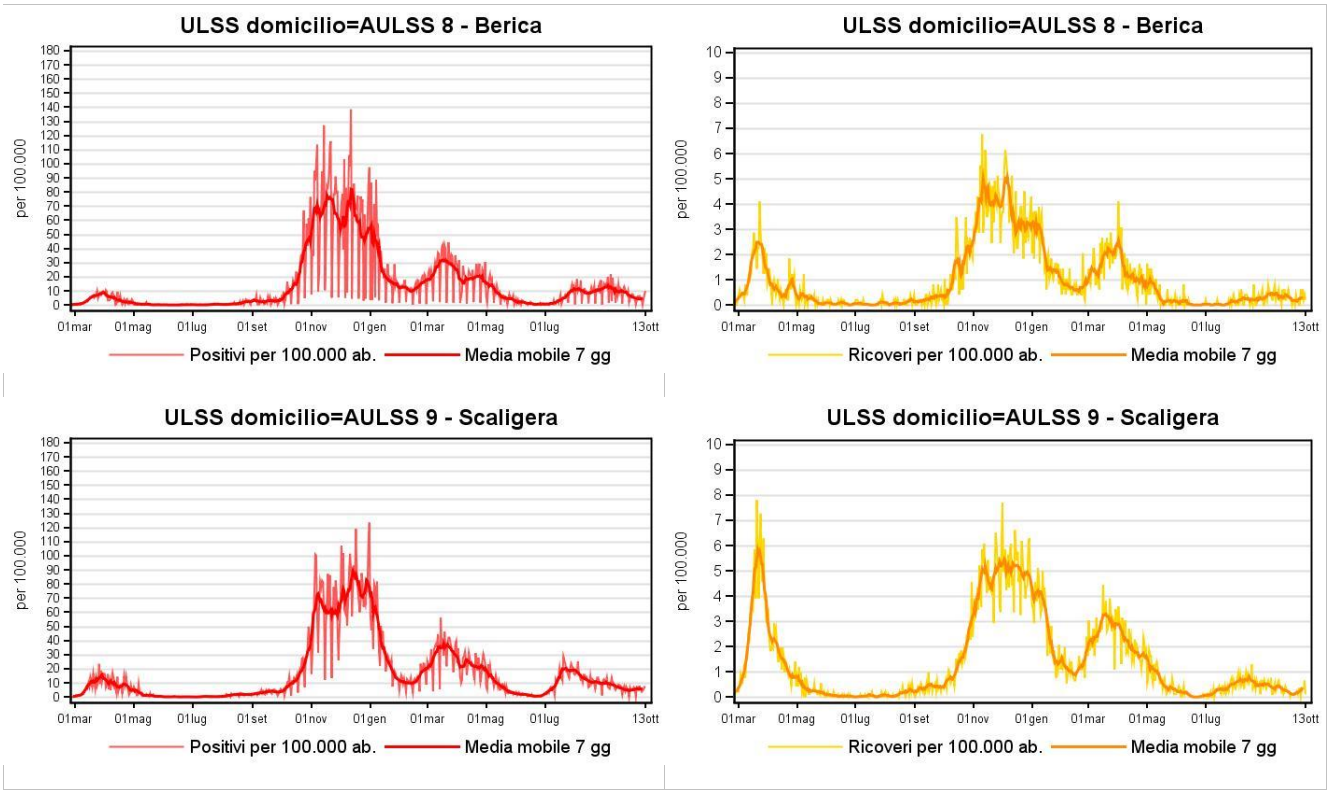

ULSS domicilio=AULSS 8 - Berica
per 100.000
01mar 01mag 01lug 01set 01nov 01gen 01mar 01mag 01lug 13ott
Positivi per 100.000 ab.
Media mobile 7 gg
ULSS domicilio=AULSS 8 - Berica
per 100.000
01mar 01mag 01lug 01set 01nov 01gen 01mar 01mag 01lug 13ott
Ricoveri per 100.000 ab.
Media mobile 7 gg
ULSS domicilio=AULSS 9 - Scaligera
per 100.000
01mar 01mag 01lug 01set 01nov 01gen 01mar 01mag 01lug 13ott
Positivi per 100.000 ab.
Media mobile 7 gg
ULSS domicilio=AULSS 9 - Scaligera
per 100.000
01mar 01mag 01lug 01set 01nov 01gen 01mar 01mag 01lug 13ott
Ricoveri per 100.000 ab.
Media mobile 7 gg

Figura 4.4. Terapia intensiva: pazienti entrati e pazienti usciti

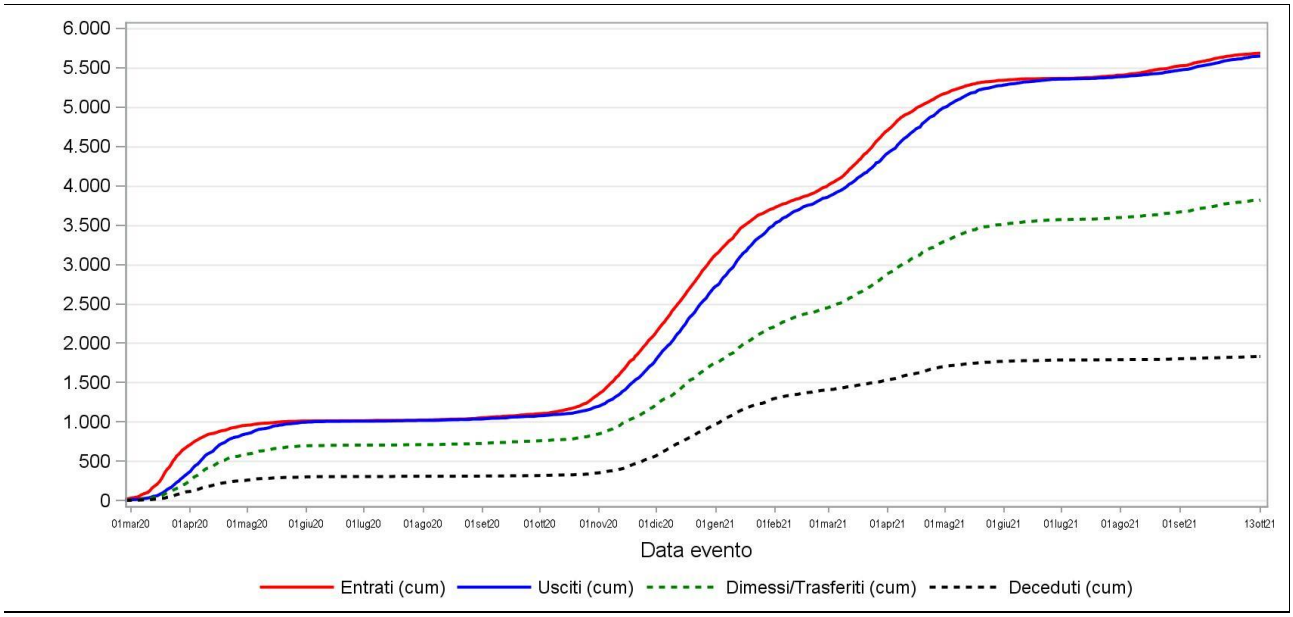


Figura 4.5. Terapia intensiva: frequenza giornaliera di pazienti entrati, dimessi e deceduti (media mobile a 7 giorni)

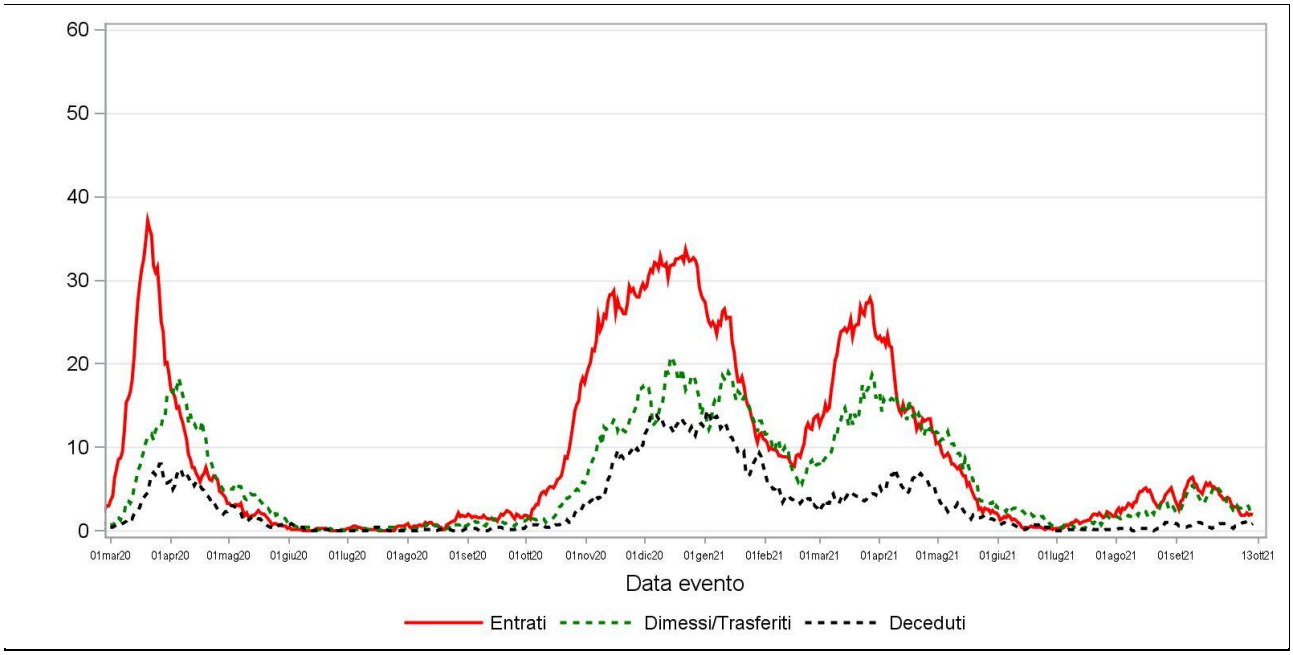


Figura 4.6. Età mediana dei pazienti ricoverati, per giorno

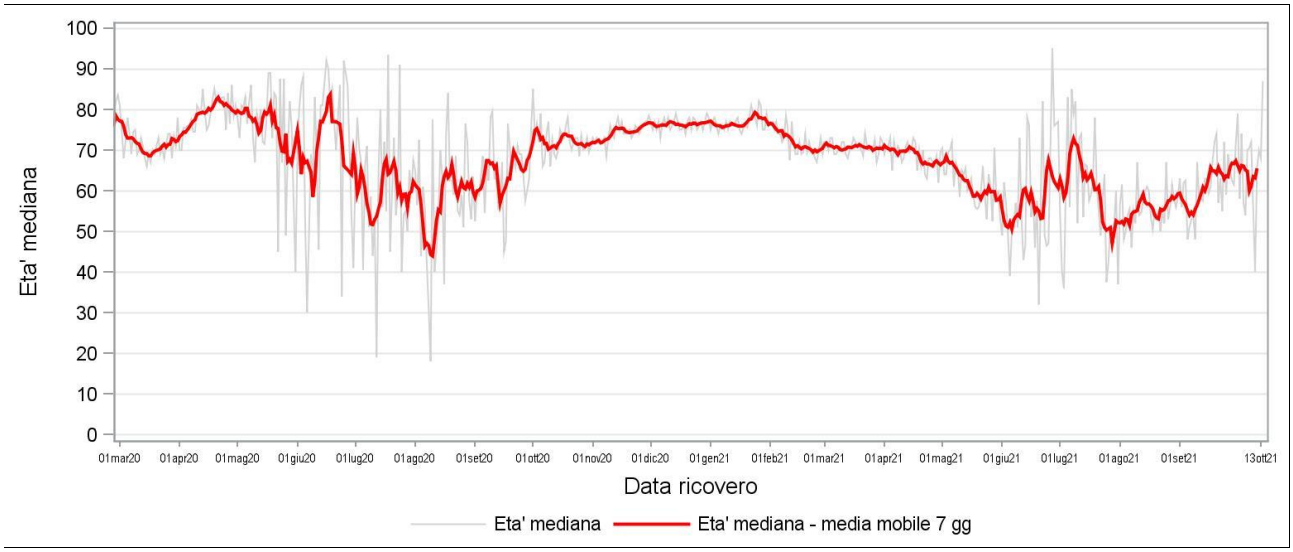


Figura 4.7. Numero di ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana

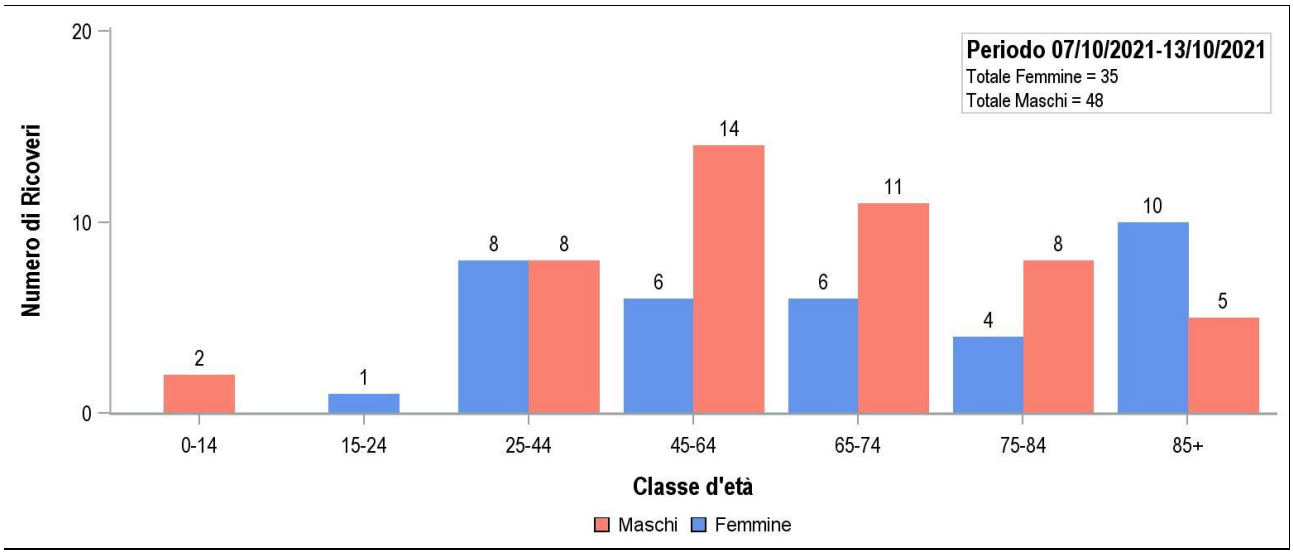


Figura 4.8. Distribuzione percentuale dei ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana

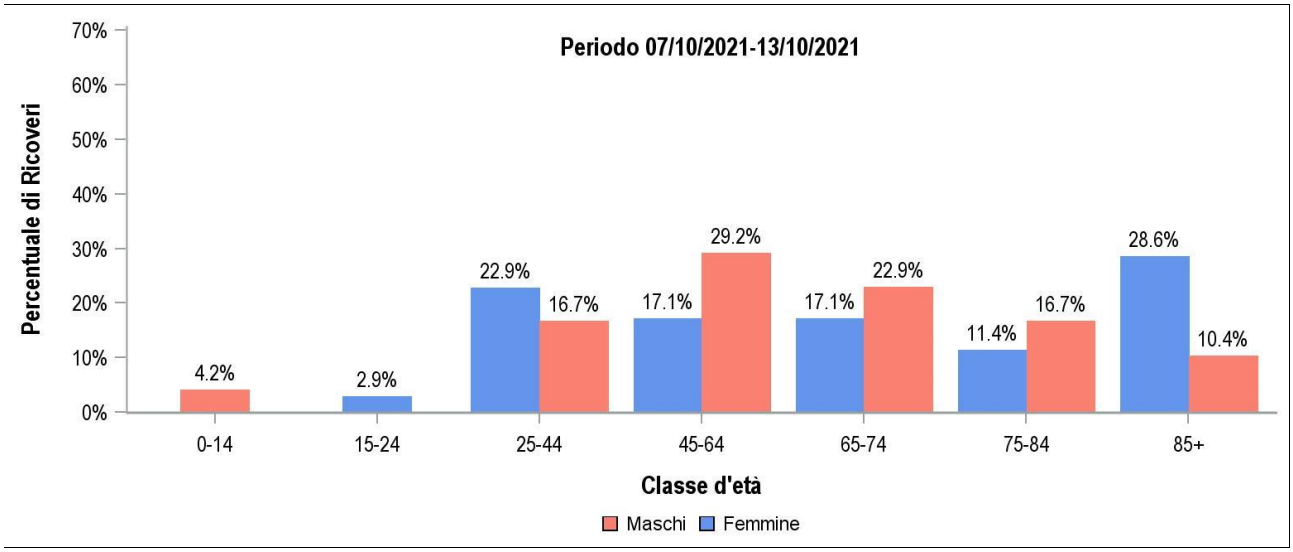


Tabella 4.1. Mortalità intraospedaliera per caratteristiche dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso)

		N ricoverati	% deceduti
Totale		**34.248**	**23,6%**
Provincia di ricovero	Belluno	1.570	27,3%
	Padova	6.190	20,0%
	Rovigo	1.254	34,2%
	Treviso	6.180	20,3%
	Venezia	5.637	27,9%
	Vicenza	5.353	23,1%
	Verona	8.064	23,7%
Tipo di ospedale	Altro	10.927	25,0%
	Covid	11.098	23,8%
	Hub	12.223	22,0%
Transito in terapia intensiva	No	29.427	20,7%
	Si	4.821	41,2%

Tabella 4.2. Mortalità intraospedaliera per genere e classe di età dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso)

Classe d'età	Femmine		Maschi	
	N ricoverati	% deceduti	N ricoverati	% deceduti
0-39	879	0,3%	820	1,3%
40-44	252	3,6%	514	2,9%
45-49	421	1,4%	928	2,0%
50-54	625	4,2%	1.399	4,1%
55-59	881	4,7%	1.758	7,1%
60-64	873	7,3%	2.026	11,3%
65-69	1.006	11,2%	2.122	17,2%
70-74	1.469	15,7%	2.533	24,1%
75-79	1.639	21,6%	2.507	30,8%
80-84	2.079	29,8%	2.600	40,4%
85-89	2.163	39,6%	1.824	50,2%
90 +	1.956	49,9%	974	62,2%
Totale	**14.243**	**23,2%**	**20.005**	**23,8%**

5. Casi positivi nei Centri Servizi per anziani e disabili e strutture di riabilitazione

Figura 5.1. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: frequenza giornaliera cumulata eventi

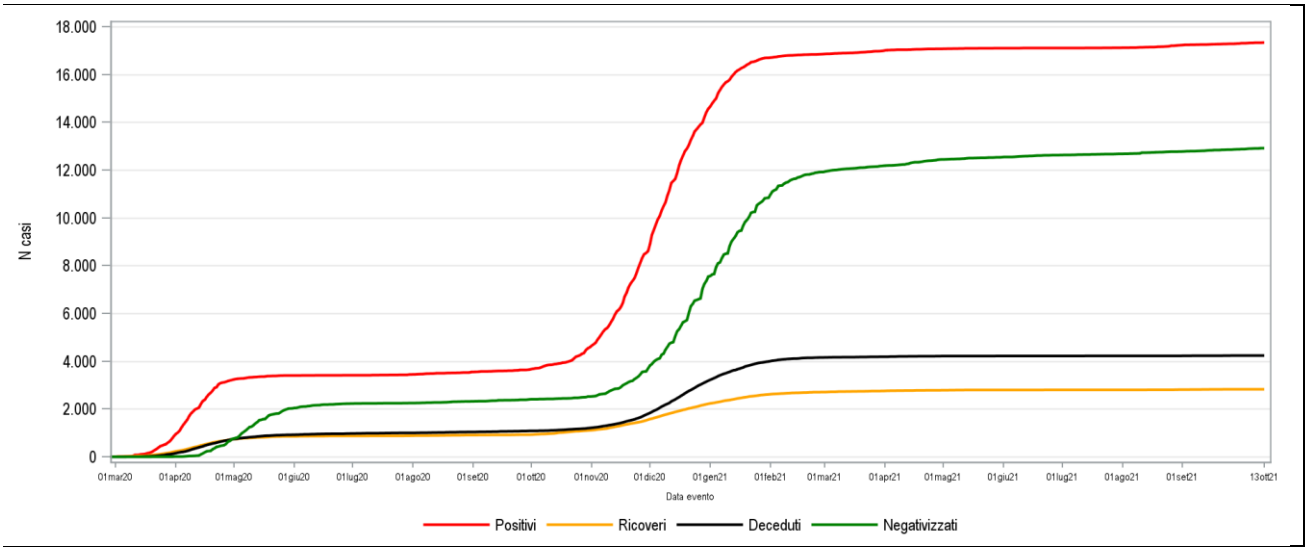


Figura 5.2. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero e media mobile a 7 gg

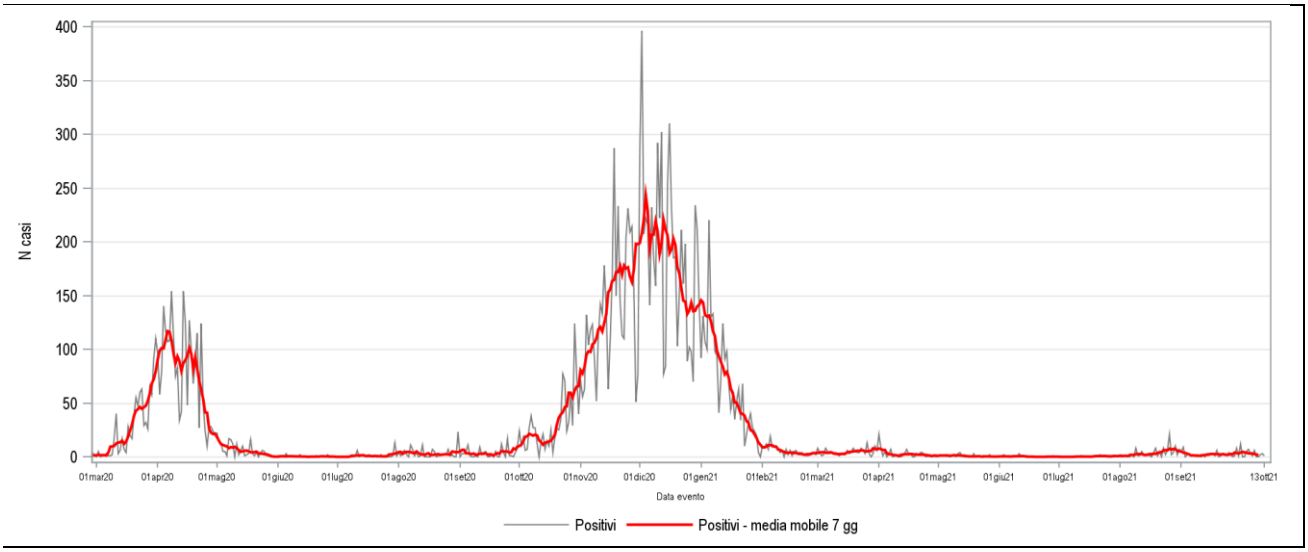
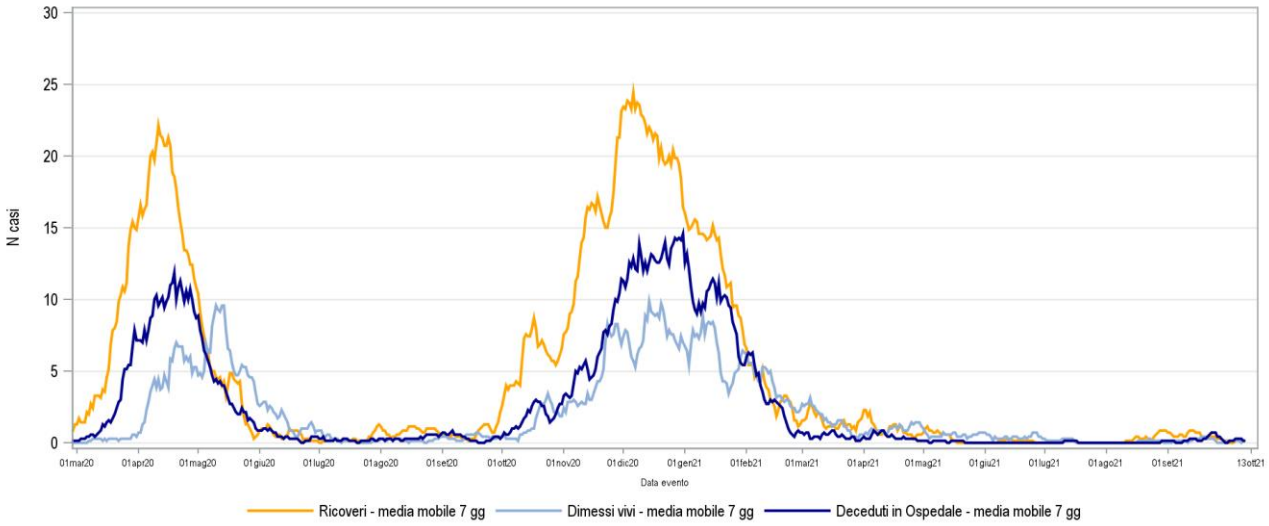


Figura 5.3. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7 gg)



6. Monitoraggio operatori sanitari

Figura 6.1. Operatori in isolamento domiciliare per tampone positivo per giorno e tipologia di operatore

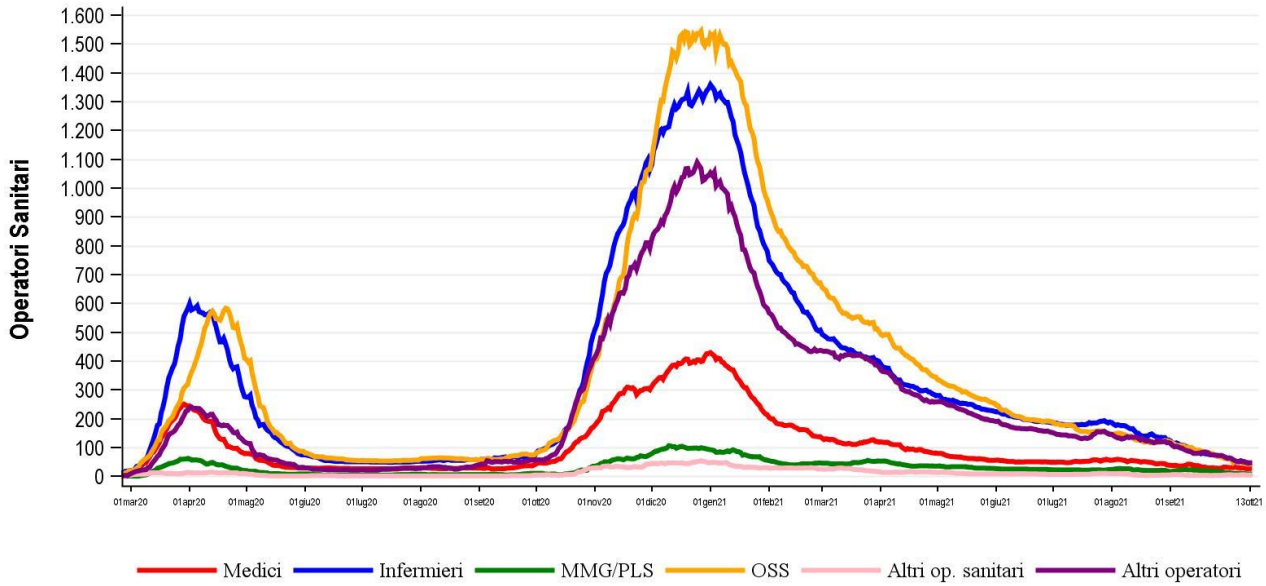
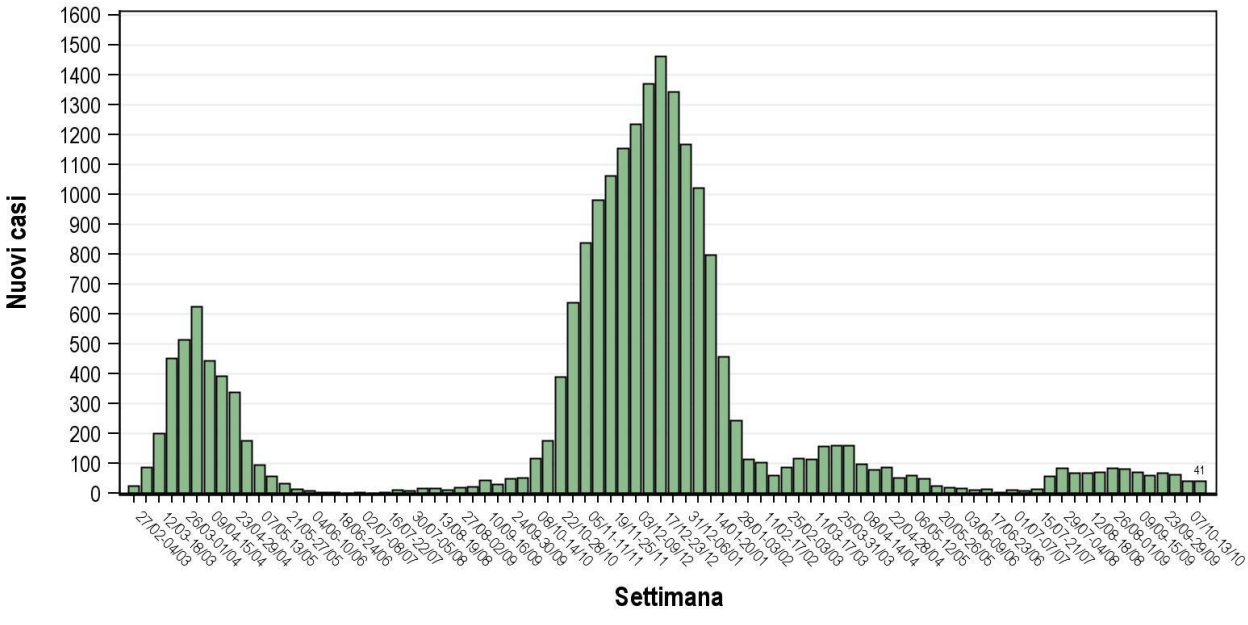


Figura 6.2. Nuovi casi di operatori sanitari con tampone positivo per settimana di referto



Nota: i dati relativi all'ultima settimana sono provvisori

PROTOCOLLO.E0004236312301.2021REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 6.1. Operatori sanitari attualmente positivi a SARS-COV-2, suddivisi per Azienda Sanitaria e profilo professionale

Azienda	Medici	Infermieri	OSS	MMG/ PLS	Altri op. sanitari	Altri op.	TOTALE
Dipendenti Regione del Veneto	0	0	0	0	0	4	4
Dipendenti e convenzionati Ulss 1	0	1	0	0	0	0	1
Dipendenti e convenzionati Ulss 2	0	1	2	1	0	6	10
Dipendenti e convenzionati Ulss 3	0	2	5	1	0	1	9
Dipendenti e convenzionati Ulss 4	1	4	0	1	0	0	6
Dipendenti e convenzionati Ulss 5	2	1	1	1	0	1	6
Dipendenti e convenzionati Ulss 6	5	6	3	2	0	4	20
Dipendenti e convenzionati Ulss 7	0	5	2	0	0	3	10
Dipendenti e convenzionati Ulss 8	2	6	2	1	2	4	17
Dipendenti e convenzionati Ulss 9	2	4	1	1	0	2	10
Dipendenti e convenzionati AOUPD	6	5	1	0	0	1	13
Dipendenti e convenzionati AOUIVR	2	0	0	0	0	0	2
Dipendenti e convenzionati IOV	0	1	0	0	1	0	2
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 1	0	0	0	0	0	1	1
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 2*	1	0	2	0	0	2	5
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 3*	1	0	6	0	0	1	8
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 4*	0	4	0	0	0	1	5
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 5*	0	0	3	0	0	2	5
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 6*	2	0	4	0	0	1	7
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 7*	1	1	1	0	0	0	3
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 8*	0	2	7	0	0	4	13
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 9*	1	0	1	0	0	0	2
Altri Operatori testati nel laboratorio AOUPD*	0	0	0	0	0	2	2
Operatori sanitari in assegnazione	1	1	1	0	1	7	11
Totale	**27**	**44**	**42**	**8**	**4**	**47**	**172**

**Gli altri operatori non dipendenti delle aziende sanitarie possono essere testati anche in laboratori diversi da quello territorialmente competente*

7. Monitoraggio vaccinazioni

Tabella 7.1. Nuovi positivi nel periodo 27/09/2021-10/10/2021, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (valori assoluti e media settimanale dei tassi x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto

Classi d'età	Non Vaccinati		Ciclo vacc. parziale		Ciclo vacc. completo		Tasso Non Vacc/Tasso Vacc. Parziale	Tasso Non Vacc/Tasso Vacc. Completo
	Positivi	Tasso x 100.000 ab.	Positivi	Tasso x 100.000 ab.	Positivi	Tasso x 100.000 ab.		
12-19	318	144,46	31	65,56	62	12,76	2,20	11,32
20-39	559	161,13	75	49,79	281	18,72	3,24	8,61
40-59	694	126,97	53	43,16	550	23,02	2,94	5,52
60-79	189	82,34	9	25,66	376	19,02	3,21	4,33
80+	30	41,97	2	15,58	161	24,43	2,69	1,72
Totale	**1.790**	**126,53**	**170**	**46,11**	**1.430**	**20,39**	**2,74**	**6,20**

Figura 7.1. Tasso di nuovi positivi nel periodo 27/09/2021-10/10/2021, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (tassi x 100.000 ab.) - residenti o domiciliati in Veneto

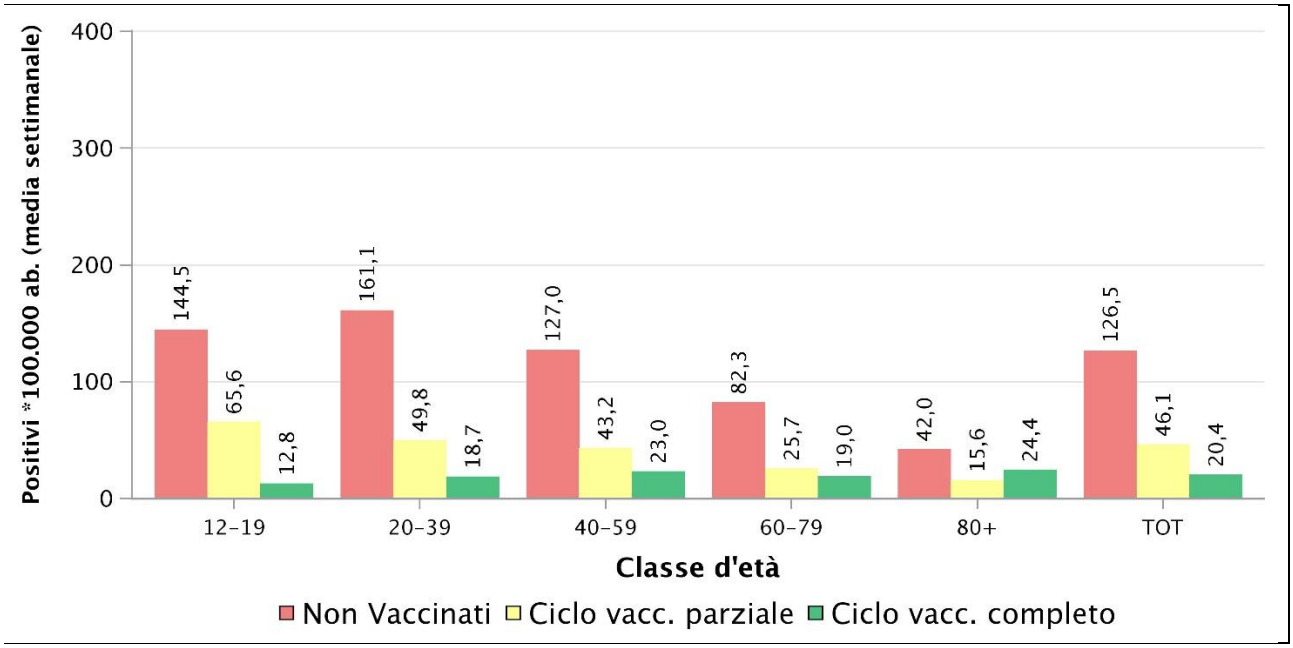
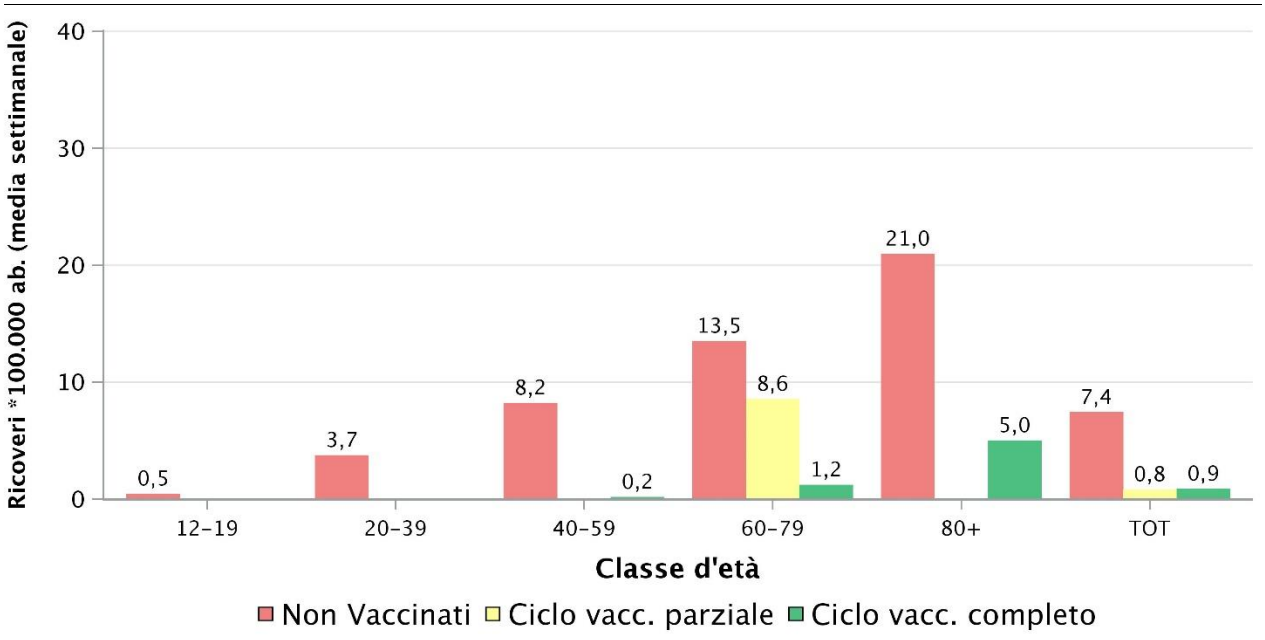


Tabella 7.2. Nuovi ricoveri nel periodo 27/09/2021-10/10/2021, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (valori assoluti e media settimanale dei tassi x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto

Classi d'età	Non Vaccinati		Ciclo vacc. parziale		Ciclo vacc. completo		Tasso Non Vacc/Tasso Vacc. Parziale	Tasso Non Vacc/Tasso Vacc. Completo
	Ricoveri	Tasso x 100.000 ab.	Ricoveri	Tasso x 100.000 ab.	Ricoveri	Tasso x 100.000 ab.		
12-19	1	0,45						
20-39	13	3,75						
40-59	45	8,23			4	0,17		49,17
60-79	31	13,50	3	8,55	24	1,21	1,58	11,12
80+	15	20,98			33	5,01		4,19
Totale	**105**	**7,42**	**3**	**0,81**	**61**	**0,87**	**9,12**	**8,53**
Età mediana*	*56*		*67,5*		*80*			

Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità;
**l'età mediana è calcolata sui ricoveri con data dimissione a partire dal 01/06/2021*

Figura 7.2. Tasso di nuovi ricoveri nel periodo 27/09/2021-10/10/2021, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (media settimanale dei tassi x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto

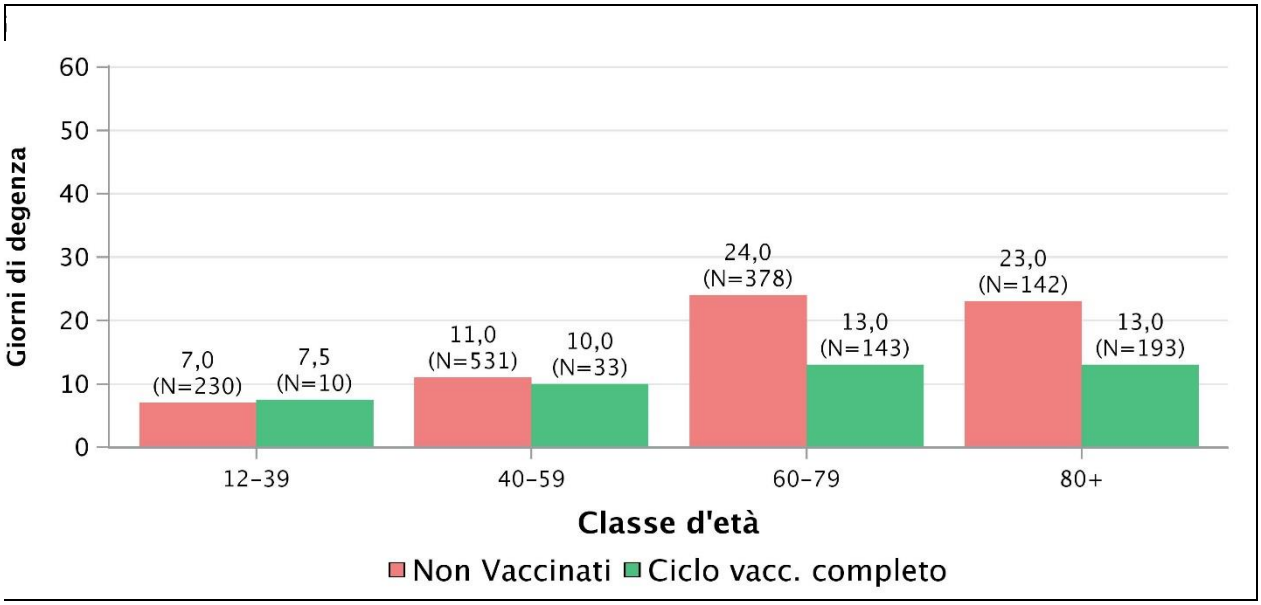


Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità

Figura 7.3. Numero di nuovi ricoveri nel periodo 27/09/2021-10/10/2021, per stato vaccinale al momento del ricovero – residenti o domiciliati in Veneto

Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità

Figura 7.4. Degenza mediana e numero di pazienti dimessi nel periodo 01/06/2021-10/10/2021 con ciclo completo o non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto



Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità; esclusi vaccinati con ciclo parziale

Tabella 7.3. Numero di pazienti dimessi e pazienti transitati in Terapia Intensiva (TI) nel periodo 01/06/2021-10/10/2021 con ciclo completo o non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto

Classi d'età	Non Vaccinati		Ciclo vacc. completo	
	Totale dimissioni	di cui transitati in TI	Totale dimissioni	di cui transitati in TI
12-39	230	28	10	1
40-59	531	115	33	7
60-79	378	149	143	20
80+	142	4	193	8
Totale	1281	296	379	36
% transitati in TI	**23,1%**		**9,5%**	
Degenza mediana	**13,0**	**33,0**	**12,0**	**19,5**

Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità; esclusi vaccinati con ciclo parziale

Allegato n. 3

PROTOCOLLO.E0004236.30-12-2022.REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Istituto Superiore di Sanità

Rapporto ISS COVID-19 • n. 1/2021

Il *case fatality rate* dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia

Versione del 20 gennaio 2021

PROTOCOLLO.E0004236312-30-01-2023REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Il *case fatality rate* dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia

Versione del 20 gennaio 2021

Istituto Superiore di Sanità

Massimo FABIANI, Graziano ONDER, Stefano BOROS, Matteo SPURI, Giada MINELLI, Alberto MATEO URDIALES, Xanthi ANDRIANOU, Flavia RICCARDO, Martina DEL MANSO, Daniele PETRONE, Luigi PALMIERI, Maria Fenicia VESCIO, Antonino BELLA, Patrizio PEZZOTTI

in collaborazione con

Gruppo di Lavoro Sorveglianza ISS

Xanthi ANDRIANOU, Antonino BELLA, Stefania BELLINO, Stefano BOROS, Alessandra CIERVO, Fortunato "Paolo" D'ANCONA, Martina DEL MANSO, Corrado DI BENEDETTO, Maria DORRUCCI, Massimo FABIANI, Antonietta FILIA, Stefania GIANNITELLI, Alberto MATEO URDIALES, Daniele PETRONE, Patrizio PEZZOTTI, Ornella PUNZO, Flavia RICCARDO, Maria Cristina ROTA, Matteo SPURI, Paola STEFANELLI, Marco TALLON, Roberta URCIUOLI, Maria Fenicia VESCIO

Referenti Regioni e Provincie Autonome

Antonia PETRUCCI (Abruzzo), Michele LA BIANCA (Basilicata), Anna Domenica MIGNUOLI (Calabria), Pietro BUONO (Campania), Erika MASSIMILIANI (Emilia-Romagna), Fabio BARBONE (Friuli Venezia Giulia), Francesco VAIRO (Lazio), Camilla STICCHI (Liguria), Danilo CEREDA (Lombardia), Lucia DI FURIA (Marche), Francesco SFORZA (Molise), Annamaria BASSOT (PA Bolzano), Pier Paolo BENETOLLO (PA Trento), Chiara PASQUALINI (Piemonte), Lucia BISCEGLIA (Puglia), Maria Antonietta PALMAS (Sardegna), Salvatore SCONDOTTO (Sicilia), Emanuela BALOCCHINI (Toscana), Anna TOSTI (Umbria), Mauro RUFFIER (Valle d'Aosta), Filippo DA RE (Veneto)

PROTOCOLLO.E0004236312-30-01-2023REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Istituto Superiore di Sanità
Il *case fatality rate* dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia. Versione del 20 gennaio 2021.
Massimo Fabiani, Graziano Onder, Stefano Boros, Matteo Spuri, Giada Minelli, Alberto Mateo Urdiales, Xanthi Andrianou, Flavia Riccardo, Martina Del Manso, Daniele Petrone, Luigi Palmieri, Maria Fenicia Vescio, Antonino Bella, Patrizio Pezzotti
2021, ii, 51 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021

Diversi rapporti hanno valutato la letalità calcolata utilizzando dati aggregati cumulati riferiti ai casi e decessi notificati a una certa data. Questa misura può però risentire di due principali distorsioni. In primo luogo, le stime puntuali e il loro confronto nello spazio e nel tempo possono essere distorte da differenze e modificazioni nell'accessibilità ai test diagnostici, e quindi dalla capacità di tracciare e conteggiare tutti i casi reali di infezione. In secondo luogo, l'utilizzo di dati aggregati cumulati a una certa data non tiene conto dell'intervallo di tempo tra la diagnosi e l'eventuale decesso. Infine, per confrontare le stime tra diverse popolazioni è importante tener conto della differente struttura demografica delle popolazioni utilizzando tassi standardizzati per età e sesso. L'obiettivo di questo rapporto è fornire stime standardizzate per sesso ed età del *case fatality rate* (CFR) del COVID-19 a livello regionale e in riferimento a diverse fasi dell'epidemia utilizzando i dati individuali estratti dal sistema di sorveglianza integrata coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità. Tra i casi confermati notificati fino a ottobre 2020, il CFR standardizzato per sesso ed età è stato complessivamente del 4,3%; 6,6% durante la prima fase epidemica (febbraio-maggio), 1,5% nella seconda fase (giugno-settembre) e 2,4% tra i casi diagnosticati nel mese di ottobre. L'elevato CFR osservato durante la prima ondata epidemica è verosimilmente spiegato dalla limitata capacità diagnostica in questo periodo che non ha permesso l'identificazione di molti casi asintomatici e meno gravi.

Istituto Superiore di Sanità
Case fatality rate of SARS-CoV-2 infection at regional level and across different phases of the epidemic in Italy. Version of January 20, 2021.
Massimo Fabiani, Graziano Onder, Stefano Boros, Matteo Spuri, Giada Minelli, Alberto Mateo Urdiales, Xanthi Andrianou, Flavia Riccardo, Martina Del Manso, Daniele Petrone, Luigi Palmieri, Maria Fenicia Vescio, Antonino Bella, Patrizio Pezzotti
2021, ii, 51 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021 (in Italian)

Several reports have assessed lethality by using cumulative aggregated data at a time point. However, this measure may suffer from two types of bias. First, point-estimates and their comparison over space and time are affected by differences and changes in accessibility to diagnostic testing, hence by the capability to track and count all the real infected cases. Second, using cumulative aggregated data at a given time point does not account for the time interval between diagnosis and possible death. Finally, in order to compare estimates among different populations it is important to account for differences in the demographic structure of the populations using rates standardized by age and sex. This report aims to estimate the COVID-19 Case Fatality Rate (CFR) standardized by sex and age at regional level and across different phases of the epidemic using individual data from the Italian integrated surveillance system coordinated by the Italian Institute of Health. Among confirmed cases notified until October 2020, the CFR standardized by age and sex was 4.3%; 6.6% during the first epidemic phase (February-May), 1.5% during the second phase (June-September), and 2.4% among cases diagnosed in October. The high CFR observed during the first wave is likely explained by the limited diagnostic capability in this period that did not allow to identify many asymptomatic and less severe cases.

Per informazioni su questo documento scrivere a: massimo.fabiani@iss.it

Citare questo documento come segue:

Fabiani M, Onder G, Boros S, Spuri M, Minelli G, Mateo Urdiales A, Andrianou X, Riccardo F, Del Manso M, Petrone D, Palmieri L, Vescio MF, Bella A, Pezzotti P. *Il case fatality rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia. Versione del 20 gennaio 2021.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021).

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica (Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità 2021
viale Regina Elena, 299 –00161 Roma

PROTOCOLLO.E0004236312-30-01-2023REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Indice

Acronimi ii
Introduzione 1
1. Metodologia 3
2. Situazione epidemiologica nazionale aggiornata al 13 gennaio 2021 5
3. Distribuzione dei decessi nel tempo 8
4. CFR standardizzato per sesso ed età 12
5. Stima del CFR regionale relativo aggiustato per sesso, età e mese di diagnosi 24
6. Eccesso di mortalità e mortalità standardizzata a livello regionale nelle diverse fasi epidemiche 29
7. Confronto dell'eccesso di mortalità con altri Paesi europei 31
8. Sintesi 33
Bibliografia 35
Appendice A1. Casi e decessi per sesso, classe di età e Regione/PA di diagnosi 37
Appendice A2. CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi (casi ≥ 50 anni) 48

PROTOCOLLO.E0004236312-30-12-2021REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Acronimi

CFR	*Case Fatality Rate*
COVID 19	Corona Virus Disease- 2019
ECDC	European Centre for Disease Prevention and Control
Eurostat	Statistical Office of the European Union
IC	Intervallo di confidenza
IFR	*Infection Fatality Rate*
IQR	*InterQuartile Range*
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
PA	Provincia Autonoma
r	Coefficiente di correlazione di Pearson
SARS-CoV-2	*Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2*
UE	Unione Europea
WHO	World Health Organization

PROTOCOLLO.E.0004236.31-03-2023.REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Introduzione

Il primo caso di COVID-19 è stato diagnosticato in Italia il 20 febbraio 2020, con il primo decesso associato alla malattia registrato il 21 febbraio (1, 2). Al 13 gennaio 2021, l'Italia risultava uno dei Paesi con il maggior numero di casi confermati di COVID-19 (n = 2.319.036) e decessi COVID-19 correlati (n = 80.326) (3, 4).

I dati sui decessi hanno attratto una sostanziale porzione di ricerca a livello nazionale ed internazionale e molti studi hanno analizzato differenze inter-regionali ed inter-nazionali nei principali parametri epidemiologici comunemente utilizzati per misurare l'impatto dell'epidemia sui decessi. In precedenti rapporti, l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e l'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT) hanno prodotto i dati sull'eccesso di mortalità (vale a dire quanti morti in più, per tutte le cause ci sono stati nel Paese rispetto agli anni precedenti), mostrando rilevanti differenze in questo parametro nelle diverse fasce di età e aree geografiche (5).

Un altro parametro utilizzato per valutare l'impatto dell'epidemia sui decessi è rappresentato dalla letalità, ossia la proporzione di decessi che si verificano in una popolazione infetta (*Infection Fatality Rate,* IFR). Alcune pubblicazioni e siti web hanno usato questo parametro per confrontare l'impatto della pandemia in diversi contesti nazionali ed internazionali (6-13). Tuttavia, parte di questi rapporti erano gravati da limitazioni metodologiche.

In alcuni casi la letalità è stata calcolata utilizzando dati aggregati cumulati riferiti ai casi e decessi notificati a una certa data. Questa tipologia di stima può però risentire di due principali distorsioni (14-18). In primo luogo, le stime puntuali e il loro confronto nello spazio e nel tempo possono essere distorte da differenze e modificazioni nell'accessibilità ai test diagnostici. Ad esempio, una ridotta capacità di tracciamento di casi asintomatici conduce a una di sottostima della popolazione infetta esposta al rischio di morte e alla conseguente sovrastima della letalità. In questi casi, è più appropriato utilizzare il termine *Case Fatality Rate* (CFR) che, diversamente dall'IFR, è calcolato esclusivamente sulla popolazione dei casi noti, ossia quelli diagnosticati e notificati.

In secondo luogo, l'utilizzo di dati aggregati cumulati a una certa data non tiene conto dell'intervallo di tempo che intercorre tra la diagnosi e l'eventuale decesso. In questa circostanza, i casi per i quali l'infezione è relativamente recente da non aver ancora potuto manifestare eventuali complicazioni fatali sono conteggiati nella popolazione infetta a rischio di decesso, causando così una sottostima dell'IFR e del CFR.

Un modo per limitare quest'ultimo elemento di distorsione è quello di analizzare dati individuali riferiti ai soli casi per i quali è trascorso un tempo dalla diagnosi ragionevolmente sufficiente per osservare l'eventuale occorrenza di un decesso collegato all'infezione.

Inoltre, dall'inizio della pandemia è risultato evidente come l'età avanzata rappresenti il principale fattore di rischio per sviluppare complicanze severe legate all'infezione e incrementi notevolmente il rischio di decesso per COVID-19. Questo dato è particolarmente rilevante in Italia, dove circa un quarto della popolazione è rappresentata da ultrasessantacinquenni (nel mondo solo il Giappone ha più anziani dell'Italia) e dove pertanto la proporzione di popolazione a rischio di sviluppare conseguenze severe legate all'infezione è più numerosa.

È quindi importante considerare la struttura demografica della popolazione e calcolare CFR standardizzati per età e sesso al fine di rendere paragonabili le stime riferite a diverse popolazioni, sia a livello nazionale che a livello regionale.

Al fine di superare parte di queste limitazioni, l'obiettivo principale di questo rapporto è fornire le stime del CFR standardizzato del COVID-19 a livello regionale e in riferimento a diverse fasi dell'epidemia utilizzando i dati individuali estratti dal sistema di sorveglianza integrata coordinato dall'ISS.

A questo scopo sono state utilizzate le informazioni relative ai casi diagnosticati e notificati in Italia da inizio epidemia al 31 ottobre 2020, seguiti per almeno 30 giorni dalla data di diagnosi.

1. Metodologia

L'analisi è stata condotta utilizzando il database dei casi COVID-19 confermati con test molecolare e notificati al sistema di sorveglianza da inizio epidemia (20 febbraio 2020) al 13 gennaio 2021 dalle Regioni/ Province Autonome (PA) (19).

I criteri suggeriti dall'ISS alle Regioni/PA per la segnalazione dei decessi associati a COVID-19 nel sistema di sorveglianza utilizza le indicazioni di ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) e WHO (World Health Organization), riprese nel rapporto sulla "Definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte per COVID-19" (20). Oltre la positività confermata con test molecolare, questi criteri includono: 1) la presenza di un quadro clinico e strumentale suggestivo di COVID-19; 2) l'assenza di una chiara causa di morte diversa dal COVID-19; 3) l'assenza di un periodo di recupero clinico completo tra la malattia e il decesso. Dopo una descrizione della distribuzione regionale dei casi e dei decessi e il confronto con i dati aggregati riportati dal Ministero della Salute alla stessa data (21), sono stati esclusi dall'analisi i casi con informazioni mancante o incongruente per la data di diagnosi e/o la data di decesso (0,17%) (Figura 1).

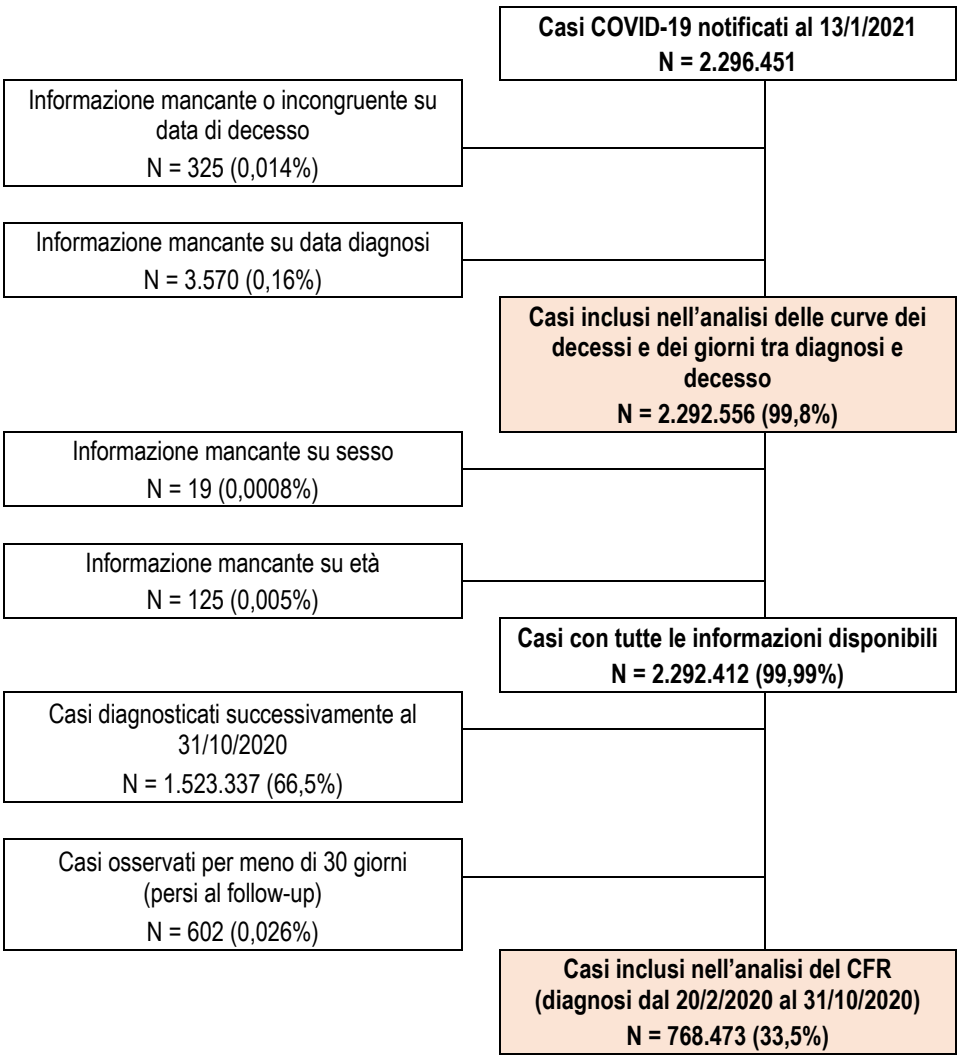


Figura 1. Selezione dei casi inclusi nelle analisi

Per 1384 casi deceduti (1,8%) con data di decesso antecedente 1-7 giorni la data di diagnosi è stata posta la data di decesso coincidente con la data di diagnosi, assumendo che il decesso sia avvenuto tra la data del prelievo e quella di diagnosi o che il test sia stato eseguito *post mortem*.

Sulla base di questo dataset (99,8% dei casi iniziali) è stata descritta la distribuzione dei decessi nel corso dell'epidemia, così come la distribuzione semplice e cumulata dei decessi per numero di giorni intercorsi dalla diagnosi.

Considerando che oltre il 90% dei decessi segnalati è avvenuto entro 30 giorni dalla diagnosi e che i decessi successivi potrebbero essere riferiti a casi clinicamente guariti e quindi non riconducibili direttamente al COVID-19, nelle analisi successive, conformemente a quanto avviene in altri Paesi europei (22), è stata utilizzata una definizione più conservativa basata solo sui decessi avvenuti in questo intervallo di tempo.

Sono stati infine esclusi dall'analisi i casi con informazione mancante su sesso e/o età (0,006%) e i casi non rintracciabili per i quali l'ultima data di aggiornamento dello stato clinico era inferiore a 30 giorni dalla data di diagnosi (0,026%). Le successive analisi sono state quindi condotte su 768.473 casi diagnosticati nel periodo febbraio-ottobre per i quali erano disponibili informazioni sullo stato clinico a 30 giorni dalla diagnosi. L'utilizzo del dataset estratto il 13 gennaio ha consentito di tener conto di oltre sei settimane di possibile ritardo nell'aggiornamento delle informazioni inserite nella piattaforma del sistema di sorveglianza dalle Regioni/PA.

I tassi mensili di incidenza e mortalità e il CFR, sia complessivi che specifici per fase epidemica e Regione/PA sono stati standardizzati per sesso e classe di età (< 50 anni, 50-59 anni, 60-69 anni, 70-79 anni, 80-89 anni e ≥ 90 anni) utilizzando il metodo diretto e la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento (23). I casi di età inferiore a 50 anni sono stati sono stati raggruppati in un'unica classe visto il numero relativamente basso di decessi osservati in questa fascia di età (1,07%).

I tassi e il CFR standardizzati sono stati calcolati utilizzando anche la popolazione europea standard (Eurostat 2013) (24) come riferimento, in modo da consentire eventuali confronti futuri con le stime del CFR relative agli altri Paesi europei, per i quali non sono attualmente disponibili dati sufficientemente disaggregati che ne consentano il calcolo.

Inoltre, è stato stimato, sia complessivamente che per ciascuna fase epidemica, il CFR relativo in ciascuna Regione/PA rispetto al CFR misurato a livello nazionale. I CFR relativi, aggiustati per sesso, età e mese di diagnosi, sono stati stimati attraverso il modello di regressione negativo-binomiale e messi in relazione con il livello di sottonotifica derivato dal confronto tra il numero di decessi notificati al sistema di sorveglianza e quelli desunti dai dati aggregati disseminati dal Ministero della Salute (21).

Infine, a scopo di validazione, è stata valutata la correlazione tra i tassi regionali di mortalità standardizzati così come calcolati in questo lavoro e le stime regionali dell'eccesso di mortalità recentemente pubblicate da ISTAT-ISS (5). L'eccesso di mortalità nazionale stimato da ISTAT-SS è stato inoltre confrontato con le stime riferite agli altri Paesi europei utilizzando i dati resi disponibili sul portale Eurostat (25).

2. Situazione epidemiologica nazionale aggiornata al 13 gennaio 2021

Durante il periodo tra il 20 febbraio (inizio epidemia) e il 13 gennaio 2021 sono stati diagnosticati e notificati al sistema di sorveglianza 2.296.451 casi, di cui 78.597 (3,42%) deceduti. La maggior parte dei decessi sono stati notificati dalle Regioni Lombardia (N=25.782; 32,8%), Emilia-Romagna (N=8.454; 10,8%), Piemonte (N=7.639; 9,72%), Veneto (N=7.565; 9,63%) e Lazio (N=4.175; 5,31%)) (Tabella 1).

Tabella 1. Differenze regionali tra il numero cumulato di casi e decessi comunicati dal Ministero della Salute e quelli notificati al Sistema di Sorveglianza (13 gennaio 2021)

Regione	Ministero della Salute		Sistema Sorveglianza		Variazione casi (%)*	Variazione decessi (%)*
	N. casi	N. decessi	N. casi	N. decessi		
Piemonte	209.481	8.278	209.295	7.639	-0,09	-7,72
Valle d'Aosta	7.565	392	7.571	394	0,08	0,51
Lombardia	505.637	25.954	501.902	25.782	-0,74	-0,66
PA Bolzano	32.012	788	31.702	819	-0,97	3,93
PA Trento	24.118	1.037	23.942	1.029	-0,73	-0,77
Veneto	291.719	7.684	289.188	7.565	-0,87	-1,55
Friuli Venezia Giulia	57.787	1.981	51.869	1.710	-10,24	-13,68
Liguria	64.671	3.064	64.298	2.945	-0,58	-3,88
Emilia-Romagna	195.573	8.520	194.395	8.454	-0,60	-0,77
Toscana	126.140	3.916	125.283	3.721	-0,68	-4,98
Umbria	31.467	676	31.684	660	0,69	-2,37
Marche	48.127	1.735	45.703	1.700	-5,04	-2,02
Lazio	183.908	4.259	185.734	4.175	0,99	-1,97
Abruzzo	38.339	1.300	38.321	1.299	-0,05	-0,08
Molise	7.236	219	7.235	218	-0,01	-0,46
Campania	202.552	3.257	198.604	3.418	-1,95	4,94
Puglia	104.578	2.755	104.598	2.755	0,02	0,00
Basilicata	12.197	284	11.888	237	-2,53	-16,55
Calabria	27.736	521	27.636	413	-0,36	-20,73
Sicilia	113.524	2.841	113.318	2.852	-0,18	0,39
Sardegna	34.669	865	32.285	812	-6,88	-6,13
Totale	**2.319.036**	**80.326**	**2.296.451**	**78.597**	**-0,97**	**-2,15**

* variazione % del numero di casi/decessi segnalati al sistema di sorveglianza rispetto ai dati aggregati cumulati comunicati dal Ministero della Salute.

Si evidenzia che a causa della forte pressione sui dipartimenti di prevenzione si registrano dei ritardi nella notifica e nell'aggiornamento tempestivo delle informazioni dei casi individuali, rendendo quindi il quadro più recente in parte sottostimato sia per le nuove diagnosi che per i decessi. In particolare, da un confronto con i dati riportati dal Ministero della Salute aggiornati al 13 gennaio emerge che il sistema di sorveglianza risente nell'immediato di una sottonotifica, soprattutto dei decessi, che in alcune Regioni può superare il 10%.

La Tabella 2 mostra la distribuzione dei casi e dei decessi segnalati per sesso e fasce di età. Un totale di 1.185.080 casi è di sesso femminile (51,6%). Nelle fasce di età 0-9, 10-19, 20-29, 60-69 e 70-79 anni si osserva un numero maggiore di casi di sesso maschile rispetto a quelli di sesso femminile. Questo dato appare invertito nella popolazione ultraottantenne ed è ragionevolmente spiegato dalla maggiore aspettativa di vita della popolazione femminile. Infine, si osserva un aumento della percentuale di decessi con l'aumentare dell'età. A partire dalla fascia di età 10-19 anni la percentuale dei casi deceduti è più elevata nei soggetti di sesso maschile.

Tabella 2. Numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale*		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	46.362	4	0,01	43.192	4	0,01	89.554	8	0,01
10-19	99.727	5	0,01	91.379	4	0,00	191.106	9	0,00
20-29	138.859	24	0,02	136.702	17	0,01	275.565	41	0,01
30-39	138.537	96	0,07	144.428	61	0,04	282.969	157	0,06
40-49	170.439	455	0,27	194.883	201	0,10	365.323	656	0,18
50-59	198.505	1.928	0,97	212.644	683	0,32	411.151	2.611	0,64
60-69	136.685	5.588	4,09	121.032	1.904	1,57	257.718	7.492	2,91
70-79	100.404	13.251	13,20	92.746	6.024	6,50	193.150	19.275	9,98
80-89	67.291	17.824	26,49	98.987	14.725	14,88	166.285	32.549	19,57
>=90	14.481	5.327	36,79	49.023	10.466	21,35	63.504	15.793	24,87
Non nota	62	3	4,84	64	3	4,69	126	6	4,76
Totale	**1.111.352**	**44.505**	**4,00**	**1.185.080**	**34.092**	**2,88**	**2.296.451**	**78.597**	**3,42**

* Inclusi 19 casi con informazione sul sesso mancante.

La distribuzione cumulata dei casi e dei decessi notificati al 13 gennaio 2021 per sesso e classe di età varia a livello regionale (vedi dettagli in Appendice A1). Come si osserva nella Tabella 3, mentre la distribuzione per sesso dei casi è abbastanza simile tra le Regioni, l'età mediana dei casi diagnosticati appare leggermente più elevata nelle Regioni settentrionali rispetto a quelle centro-meridionali.

Tabella 3. Differenze regionali della distribuzione per sesso e dell'età mediana tra i casi totali e i casi deceduti

Regione	Casi		Decessi	
	% uomini	Età mediana (IQR)	% uomini	Età mediana (IQR)
Nord	**48,03**	**49 (31-65)**	**55,85**	**83 (76-89)**
Piemonte	45,74	51 (34-68)	56,29	83 (76-88)
Valle d'Aosta	46,02	52 (36-69)	48,98	84 (78-90)
Lombardia	48,37	49 (32-65)	57,98	82 (74-88)
PA Bolzano	48,11	46 (27-60)	52,38	85 (79-91)
PA Trento	46,02	53 (36-72)	54,32	85 (79-90)
Veneto	48,75	49 (31-63)	51,96	85 (78-90)
Friuli Venezia Giulia	48,59	50 (33-65)	50,35	85 (79-91)
Liguria	48,50	51 (32-67)	56,30	83 (76-89)
Emilia-Romagna	48,58	48 (29-63)	54,22	84 (77-90)
Centro	**48,38**	**47 (29-61)**	**55,85**	**82 (74-88)**
Toscana	48,59	48 (29-63)	54,29	84 (77-89)
Umbria	48,44	46 (27-61)	58,33	83 (75-89)
Marche	46,89	49 (31-65)	54,12	83 (76-89)
Lazio	48,60	46 (28-60)	57,56	81 (72-87)
Sud e isole	**49,33**	**46 (28-60)**	**60,93**	**79 (71-86)**
Abruzzo	49,02	48 (29-63)	56,51	82 (73-88)
Molise	48,60	49 (29-64)	55,50	84 (74-89)
Campania	50,57	44 (27-59)	66,12	76 (68-83)
Puglia	48,27	48 (30-62)	59,89	80 (72-86)
Basilicata	48,97	47 (28-61)	60,34	80 (72-86)
Calabria	48,95	44 (27-59)	58,11	79 (71-86)
Sicilia	49,15	46 (28-61)	58,77	80 (72-87)
Sardegna	46,73	48 (29-62)	60,34	81 (72-87)
Totale	**48,39**	**48 (30-63)**	**56,62**	**82 (75-88)**

IQR, range interquartile

Analogamente, l'età mediana appare tendenzialmente più elevata tra i casi deceduti nelle Regioni centro-settentrionali, mentre la distribuzione per sesso evidenzia in genere una più alta proporzione di uomini tra i casi deceduti nelle Regioni meridionali, particolarmente in Campania, dove si osserva un rapporto 2:1 tra i due sessi.

Si sottolinea infine come, a livello nazionale, l'età mediana dei casi diagnosticati sia diminuita da 62 anni (IQR: 47-80) durante la prima fase epidemica (febbraio-maggio 2020) a 39 anni (IQR: 24-56) durante i mesi estivi (giugno-settembre 2020), per poi risalire fino a 47 anni (IQR: 29-61) durante la seconda ondata epidemica (ottobre 2020-gennaio 2021). Al contrario, è stata osservata solo un lieve aumento dei casi di sesso maschile durante i mesi estivi (53,4%) rispetto alla prima fase (45,8%) e alla seconda ondata dell'epidemia (48,5%). L'età mediana dei casi deceduti e la loro distribuzione per sesso non hanno mostrato modificazioni di rilievo nel passaggio tra le tre fasi epidemiche.

3. Distribuzione dei decessi nel tempo

Durante il periodo tra il 20 febbraio (inizio epidemia) e il 13 gennaio 2021 sono stati notificati al sistema di sorveglianza un totale di 77.753 decessi (98,9%) con informazione disponibile sulla data del decesso e quella di diagnosi. Come si osserva in Figura 2, circa la metà di questi sono avvenuti durante la prima ondata dell'epidemia (febbraio – maggio 2020; 45,1%), mentre la quota di decessi registrati durante i mesi estivi appare molto ridotta (giugno – settembre 2020; 1,51%) per poi risalire in riferimento alla seconda ondata dell'epidemia (ottobre 2020 – gennaio 2021; 53,4%). Occorre tener presente che, tra i casi segnalati al sistema di sorveglianza, il numero dei decessi avvenuti nei mesi di dicembre e gennaio, quindi attribuibili alla seconda ondata dell'epidemia, è verosimilmente sottostimato, sia perché il mese di gennaio non era ancora terminato al momento dell'estrazione dei dati, sia perché le segnalazioni riferite a questi mesi potrebbero soffrire di un ritardo di notifica.

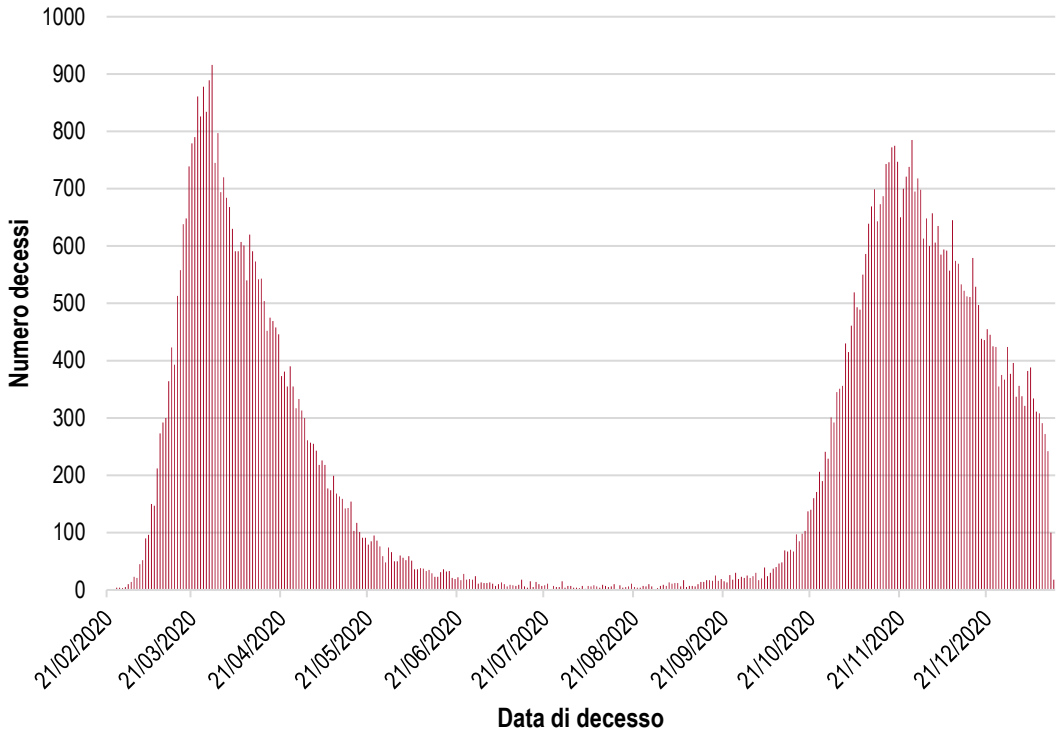


Figura 2. Distribuzione dei decessi nel periodo 21 febbraio 2020 – 13 gennaio 2021 in Italia

La distribuzione dei decessi nel tempo non è comunque omogenea tra le Regioni. Molte di queste, in particolare quelle centro-meridionali, dove la diffusione dell'infezione SARS-Cov-2 era stata relativamente limitata durante la prima fase dell'epidemia, mostrano una curva dei decessi con picchi più elevati in corrispondenza della seconda ondata (Figura 3).

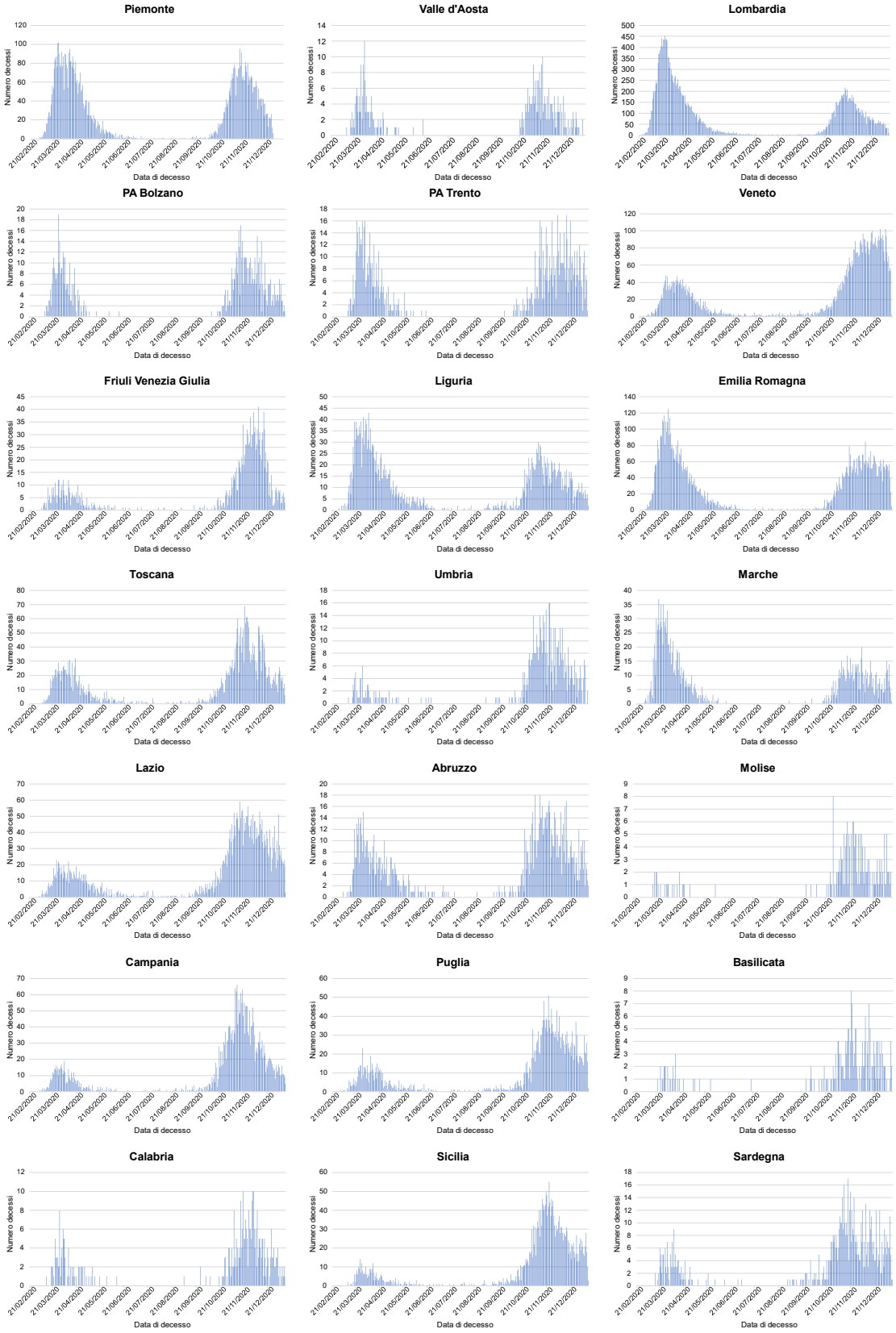


Figura 3. Distribuzione dei decessi a livello regionale nel periodo 21 febbraio 2020 – 13 gennaio 2021

Come descritto nella Figura 4, tra tutti i decessi notificati da inizio epidemia al 13 gennaio 2021, il 91,8% è avvenuto entro 30 giorni dalla data di diagnosi, il 96,0% entro 40 giorni e il 98,8% entro 60 giorni. Queste percentuali sono piuttosto omogenee tra le Regioni/PA, con quote più basse in Toscana dove le percentuali di decessi entro 30/40/60 giorni dalla diagnosi sono risultate rispettivamente 83,0%, 90,9% e 96,9% (Tabella 4). La mediana del tempo intercorso tra la diagnosi e il decesso è risultata pari a 10 giorni (IQR: 5-17) a livello nazionale, variabile tra 8 giorni in Lombardia (IQR=3-15) e Piemonte (IQR: 4-15) e 14 giorni in Toscana (IQR: 7-24) e Basilicata (IQR: 7-22). A livello nazionale, il tempo mediano tra diagnosi e decesso è tendenzialmente aumentato nel corso dell'epidemia. Questo è passato da 7 giorni (IQR: 3-15) tra i deceduti diagnosticati durante la prima ondata (febbraio-maggio 2020) a 14 giorni (IQR: 7-25) tra quelli diagnosticati nei mesi estivi (giugno-settembre 2020) e 11 giorni (IQR: 6-18) tra i deceduti diagnosticati durante la seconda ondata (ottobre 2020-gennaio 2021), riflettendo verosimilmente una riduzione dei tempi di accesso alla diagnosi e al trattamento. Nell'intero periodo esaminato, 1384 (1,78%) decessi sono stati diagnosticati *post mortem*; 1209 (3,45%) durante la prima ondata, 11 (0,94%) nei mesi estivi e 164 (0,40%) durante la seconda ondata.

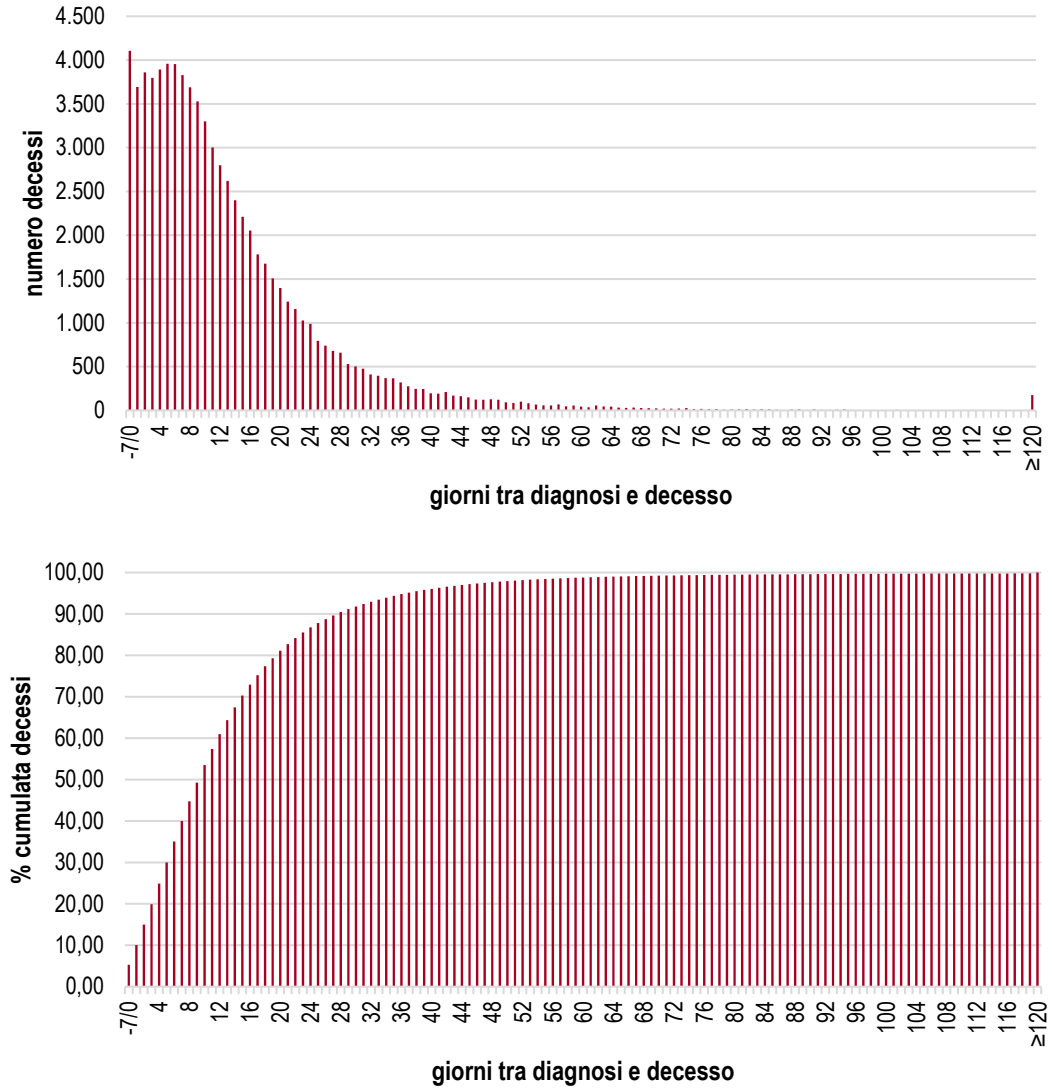


Figura 4. Distribuzione dell'intervallo di tempo trascorso tra diagnosi e decesso in Italia

Tabella 4. Percentuale dei decessi avvenuti entro 30/40/60 giorni dalla diagnosi e tempo mediano intercorso tra la diagnosi e il decesso

Regione	% decessi			Mediana giorni diagnosi-decesso (IQR)
	entro 30 giorni	entro 40 giorni	entro 60 giorni	
Piemonte	95,02	98,44	99,73	8 (4-15)
Valle d'Aosta	94,15	98,22	99,49	9 (5-16)
Lombardia	93,46	96,58	98,85	8 (3-15)
PA Bolzano	94,87	97,92	99,63	9 (5-16)
PA Trento	93,77	97,66	99,42	10 (6-16)
Veneto	90,48	95,04	97,96	12 (6-19)
Friuli Venezia Giulia	95,95	97,83	99,47	10 (5-16)
Liguria	91,50	95,44	98,50	9 (4-17)
Emilia-Romagna	90,89	95,16	98,59	10 (5-18)
Toscana	82,96	90,86	96,88	14 (7-24)
Umbria	88,55	96,18	99,54	13 (6-21)
Marche	90,65	96,18	99,41	10 (5-19)
Lazio	88,62	95,04	98,89	12 (6-20)
Abruzzo	89,22	94,92	98,77	11 (6-20)
Molise	94,04	98,62	99,08	10 (5-17)
Campania	92,21	97,04	99,38	10 (5-18)
Puglia	89,79	95,53	98,87	12 (6-20)
Basilicata	88,03	95,73	99,15	14 (7-22)
Calabria	91,21	96,98	99,50	13 (6-20)
Sicilia	91,00	95,76	98,70	12 (6-21)
Sardegna	91,49	96,70	99,11	11 (5-19)
Totale	**91,80**	**96,04**	**98,79**	**10 (5-17)**

4. CFR standardizzato per sesso ed età

Per il calcolo dei tassi mensili di incidenza e mortalità e del CFR standardizzati per sesso ed età con il metodo diretto è stata utilizzata come riferimento sia la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 che la popolazione europea standard (Tabella 5) (23, 24).

Tabella 5. Distribuzione relativa per sesso ed età della popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 e della popolazione europea standard

Classe di età	Italia*		Europa**	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
< 50 anni	27,7	26,8	30,5	30,5
50-59 anni	7,7	8,0	6,8	6,8
60-69 anni	5,9	6,4	5,8	5,8
70-79 anni	4,6	5,4	4,5	4,5
80-89 anni	2,4	3,7	2,0	2,0
90+ anni	0,4	1,0	0,5	0,5
Totale	**48,7**	**51,3**	**50,0**	**50,0**

* Fonte ISTAT (popolazione residente in Italia al 1/1/2020); ** Fonte Eurostat (popolazione standard europea - ESP 2013)

In riferimento all'intero periodo preso in esame (febbraio-ottobre 2020) e ai decessi avvenuti entro 30 giorni dalla data di diagnosi, come evince dalla Figura 5, il CFR grezzo tende a incrementare rapidamente con l'età a partire dai 50 anni, in misura maggiore tra gli uomini rispetto alle donne. Questo, viste le differenze regionali nella distribuzione della casistica per sesso e soprattutto per età (Appendice A1), giustifica il ricorso al metodo della standardizzazione diretta per evitare una distorsione del confronto del CRF tra le Regioni/PA e tra le diverse fasi epidemiche.

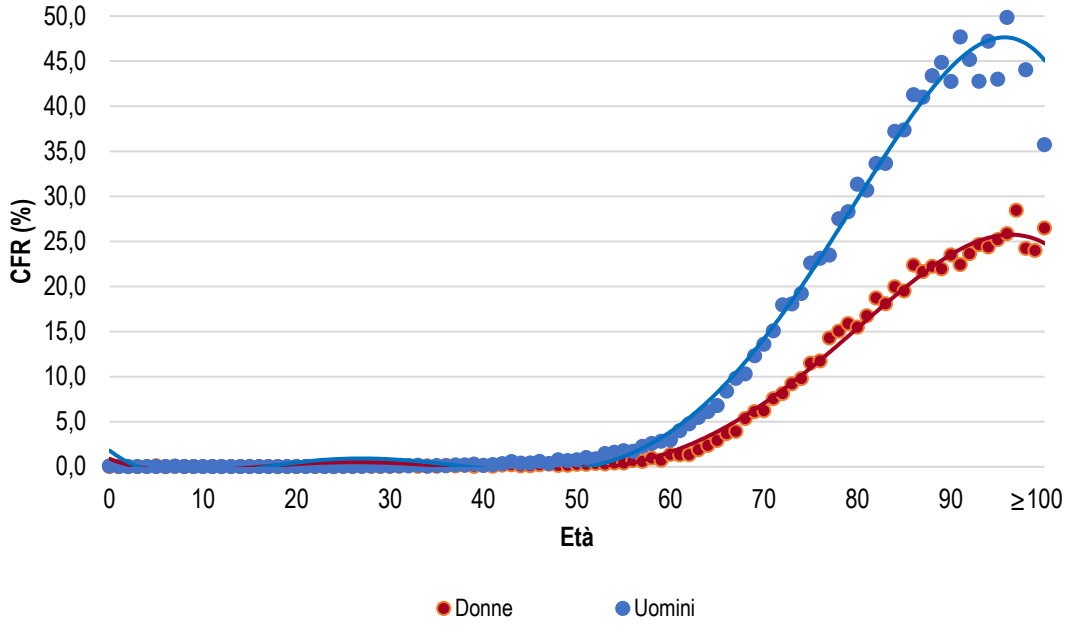


Figura 5. CFR grezzo per sesso ed età alla diagnosi

La Figura 6 mostra, per ciascun mese di diagnosi, l'incidenza, la mortalità e il CFR standardizzato per sesso e classe di età calcolati usando sia la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 che la popolazione europea standard come riferimento. In riferimento alla prima, il tasso di incidenza mensile standardizzato per sesso e classe di età a inizio epidemia (febbraio-marzo) è risultato pari a 143 casi X 100.000 residenti. Questo è lievemente aumentato ad aprile per poi decrescere progressivamente fino al mese di luglio (12 casi X 100.000 residenti). Già nei mesi di agosto e settembre, con il rientro dalle vacanze estive e la riapertura delle scuole, oltre che con l'incremento del numero di tamponi effettuati, è stata osservata una lieve risalita dell'incidenza che è poi rapidamente aumentata raggiungendo il suo picco nel mese di ottobre (743 casi X 100.000 residenti).

Malgrado l'elevata incidenza osservata nel mese di ottobre, i tassi di mortalità e il CFR indicano come agli elevati livelli registrati durante la prima ondata dell'epidemia (febbraio-marzo: mortalità=26,1 decessi per 100.000 residenti; CFR=8,9%) e successivamente diminuiti fino a luglio, siano seguiti un aumento della mortalità e del CFR che però non hanno raggiunto i picchi registrati nel periodo febbraio-aprile (ottobre: mortalità=14,7 X 100.000 residenti; CFR=2,.43%).

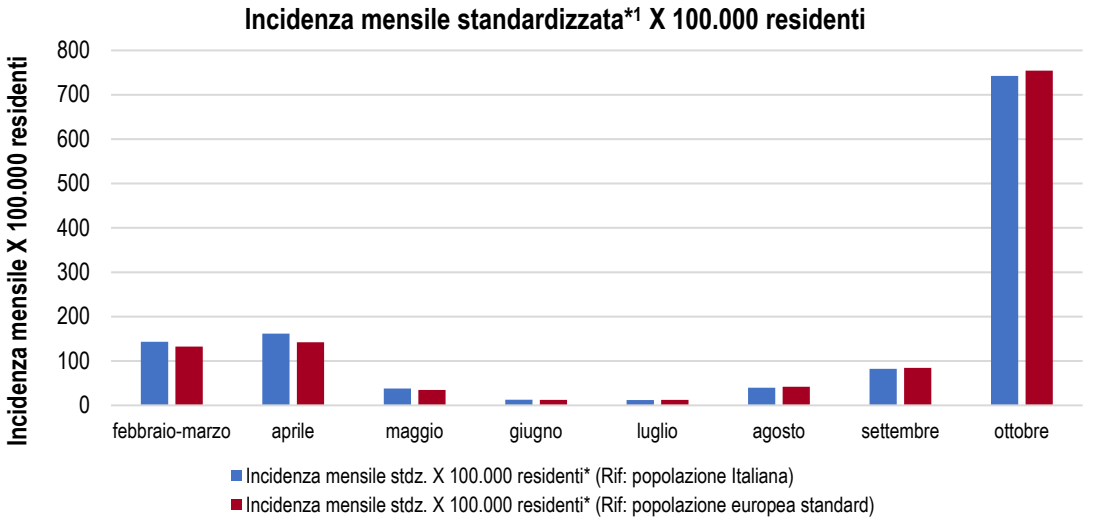
Questo relativo contenimento della mortalità e del CFR durante la seconda ondata epidemica è verosimilmente dovuto alla combinazione di diversi fattori:

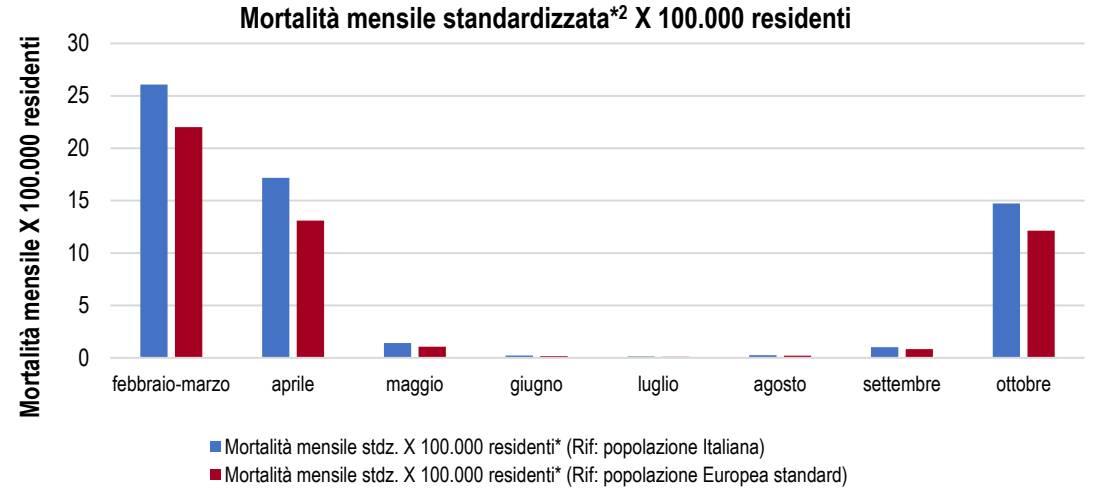
1) aumentata disponibilità di servizi ospedalieri dedicati,
2) migliorate conoscenze in merito a possibili trattamenti terapeutici,
3) aumentata capacità diagnostica con conseguente tracciamento di casi asintomatici e paucisintomatici a ridotto rischio di decesso.

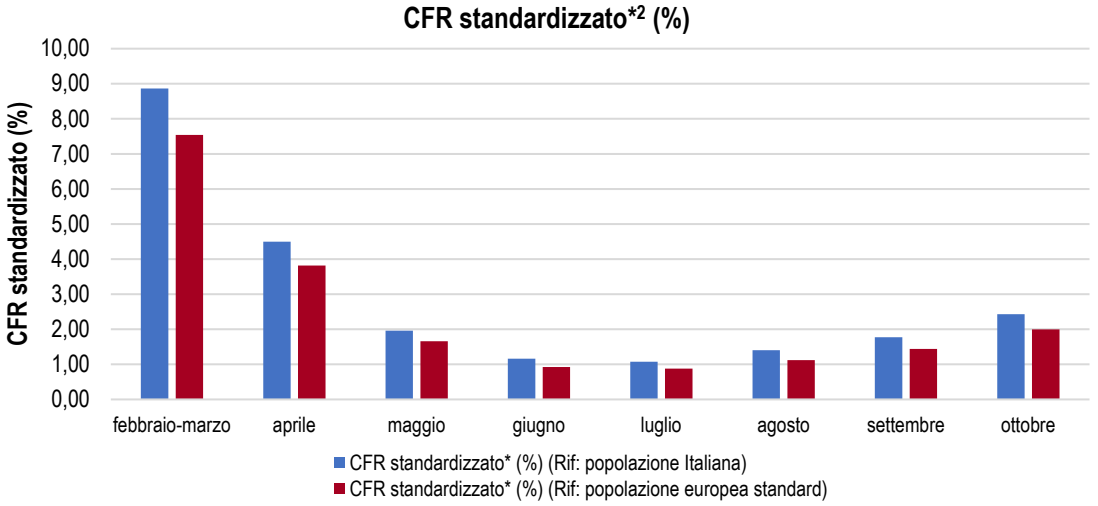
D'altra parte, gli elevati livelli di mortalità e CFR registrati durante la prima ondata hanno verosimilmente risentito di un effetto "harvesting", ossia dell'anticipazione del decesso tra persone in condizioni di salute molto compromesse a inizio epidemia che sarebbero comunque decedute nel breve periodo.

La Tabella 6 mostra l'incidenza, la mortalità e il CFR, grezzi e standardizzati, sia a livello nazionale che specifici per Regione/PA in riferimento all'intero periodo esaminato (febbraio-ottobre). A livello nazionale, utilizzando come riferimento la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020, è stato osservato un tasso di incidenza mensile pari a 153,8 casi per 100.000 residenti, un tasso di mortalità mensile pari a 8,33 decessi per 100.000 residenti e un CFR standardizzato pari a 4,34% dei casi diagnosticati. Questi indicatori presentano una variabilità a livello regionale, con i più alti tassi standardizzati di incidenza e mortalità osservati in Valle d'Aosta (incidenza mensile=333,1 per 100.000 residenti; mortalità mensile=20,1 decessi per 100.000 residenti) e Lombardia (incidenza mensile=260,8 per 100.000 residenti; mortalità mensile=21,2 decessi per 100.000 residenti). Il CFR standardizzato è risultato essere superiore in Lombardia (5,71%) ed Emilia-Romagna (4,98%), mentre i livelli più bassi sono stati osservati in Umbria (2,27%) e Molise (2,42%).

Come mostrato nella Figura 7, il CFR standardizzato a livello regionale appare positivamente correlato con l'incidenza standardizzata dell'infezione (r=0,380), suggerendo che all'aumentare di quest'ultima aumenti anche la pressione sui servizi sanitari. D'altro canto, durante le fasi di elevata incidenza potrebbe diminuire la capacità di tracciamento di casi asintomatici e meno gravi, con conseguente aumento del CFR.







* Standardizzazione per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso.
[1] Casi diagnosticati dal 20/2/2020 al 31/10/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

Figura 6. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età per mese di diagnosi

Tabella 6. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età

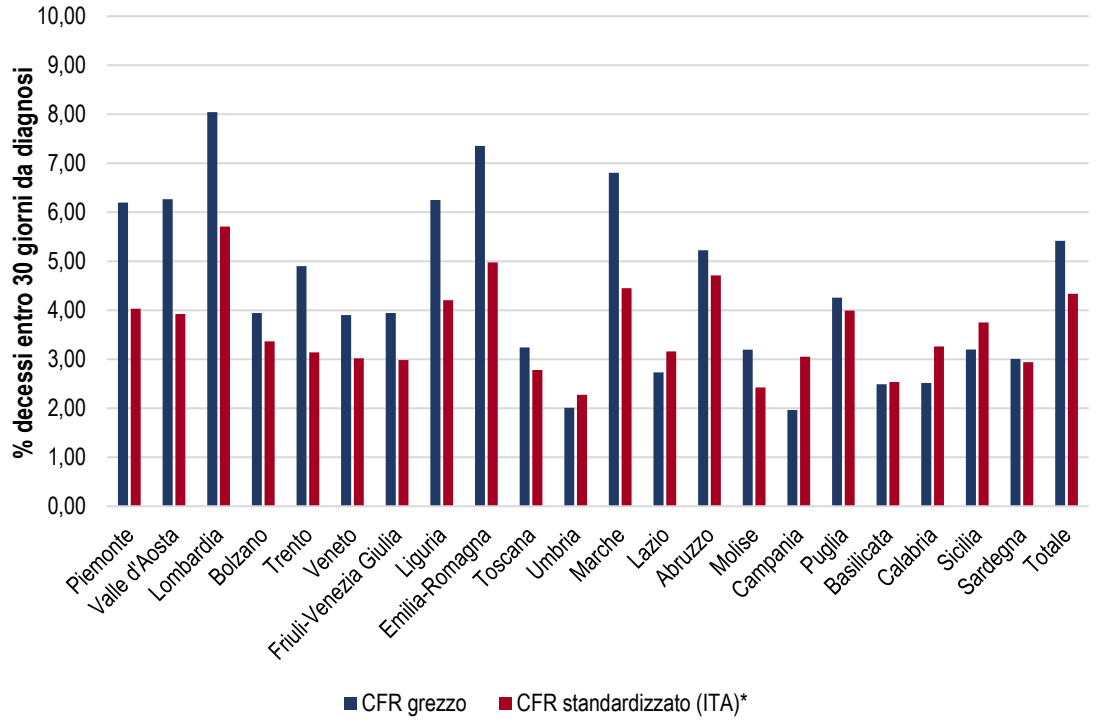
Regione	Pop.	Casi[1]	Decessi[2]	Incidenza mensile (X 100.000 residenti)			Mortalità mensile (X 100.000 residenti)			CFR (%)		
				grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezzo	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**
Piemonte	4.311.217	75.037	4.650	207,8	205,2	199,3	12,87	11,40	9,26	6,20	4,03	3,40
Valle d'Aosta	125.034	3.511	220	335,2	333,1	323,0	21,00	20,12	15,87	6,27	3,93	3,23
Lombardia	10.027.602	218.828	17.599	260,5	260,8	252,7	20,95	21,29	17,63	8,04	5,71	4,86
Bolzano	532.644	9.685	382	217,0	217,8	214,3	8,56	9,93	7,87	3,94	3,37	2,74
Trento	545.425	9.587	470	209,8	210,0	202,3	10,29	10,56	8,49	4,90	3,14	2,61
Veneto	4.879.133	63.269	2.469	154,8	154,6	152,2	6,04	6,04	4,78	3,90	3,02	2,48
Friuli-Venezia Giulia	1.206.216	12.171	480	120,4	120,3	119,6	4,75	4,07	3,23	3,94	2,98	2,45
Liguria	1.524.826	30.957	1.935	242,3	240,0	238,2	15,15	11,67	9,58	6,25	4,21	3,53
Emilia-Romagna	4.464.119	63.282	4.654	169,2	167,8	164,5	12,44	11,43	9,35	7,35	4,98	4,16
Toscana	3.692.555	51.032	1.654	165,0	165,3	165,7	5,35	4,65	3,74	3,24	2,78	2,27
Umbria	870.165	11.298	227	155,0	156,6	159,3	3,11	2,70	2,27	2,01	2,27	1,89
Marche	1.512.672	15.476	1.053	122,1	120,5	117,7	8,31	7,32	6,02	6,80	4,45	3,74
Lazio	5.755.700	58.592	1.600	121,5	121,3	122,5	3,32	3,50	2,88	2,73	3,16	2,61
Abruzzo	1.293.941	12.022	628	110,9	110,8	110,5	5,79	5,44	4,45	5,22	4,71	3,90
Molise	300.516	1.941	62	77,1	76,9	77,1	2,46	2,12	1,70	3,19	2,42	1,97
Campania	5.712.143	66.912	1.315	139,8	138,0	140,1	2,75	3,35	2,90	1,97	3,05	2,57
Puglia	3.953.305	20.934	891	63,2	63,4	62,9	2,69	2,84	2,35	4,26	3,99	3,33
Basilicata	553.254	2.450	61	52,9	52,7	52,7	1,32	1,30	1,09	2,49	2,53	2,15
Calabria	1.894.110	5.766	145	36,3	36,2	36,6	0,91	0,96	0,78	2,52	3,26	2,67
Sicilia	4.875.290	25.279	809	61,9	61,9	62,1	1,98	2,18	1,79	3,20	3,75	3,09
Sardegna	1.611.621	10.444	314	77,4	77,9	78,0	2,33	2,30	1,86	3,01	2,94	2,47
TOTALE	**59.641.488**	**768.473**	**41.618**	**153,8**	**153,8**	**151,3**	**8,33**	**8,33**	**6,81**	**5,42**	**4,34**	**3,64**

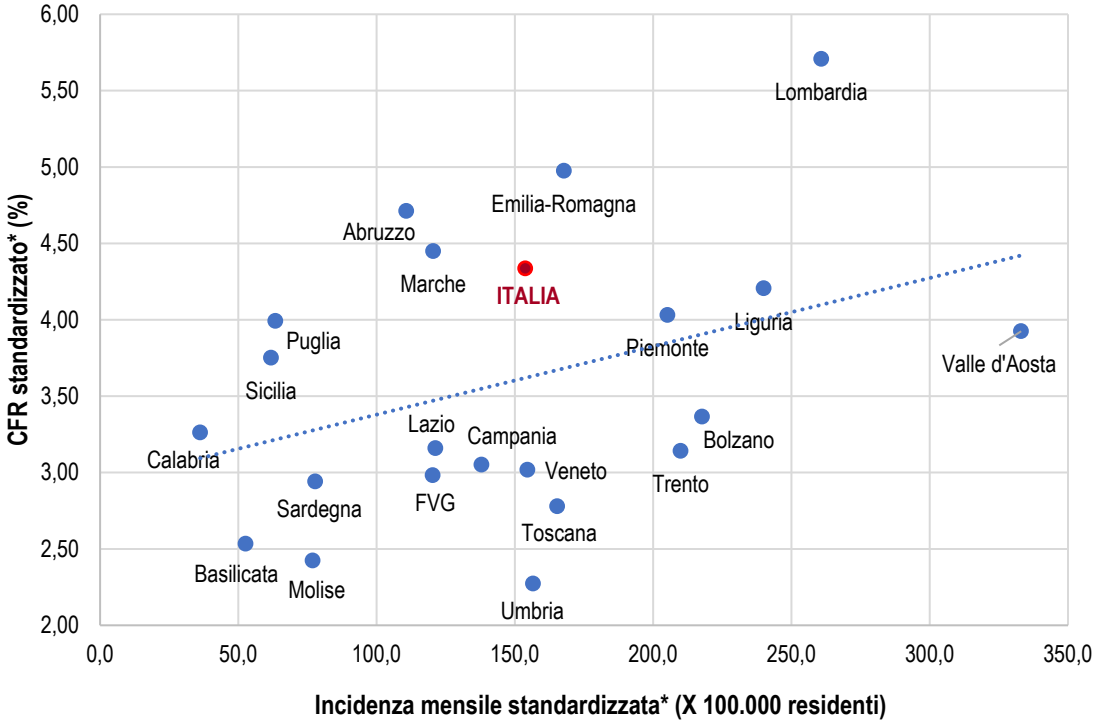
[1] Casi diagnosticati dal 20/2/2020 al 31/10/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

* Tassi e CFR standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione residente in Italia al 1/1/2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT);

** Tassi standardizzato per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione europea del 2020 come riferimento standard (Fonte: Eurostat)

PROTOCOLLO.E0001237631230120221REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023



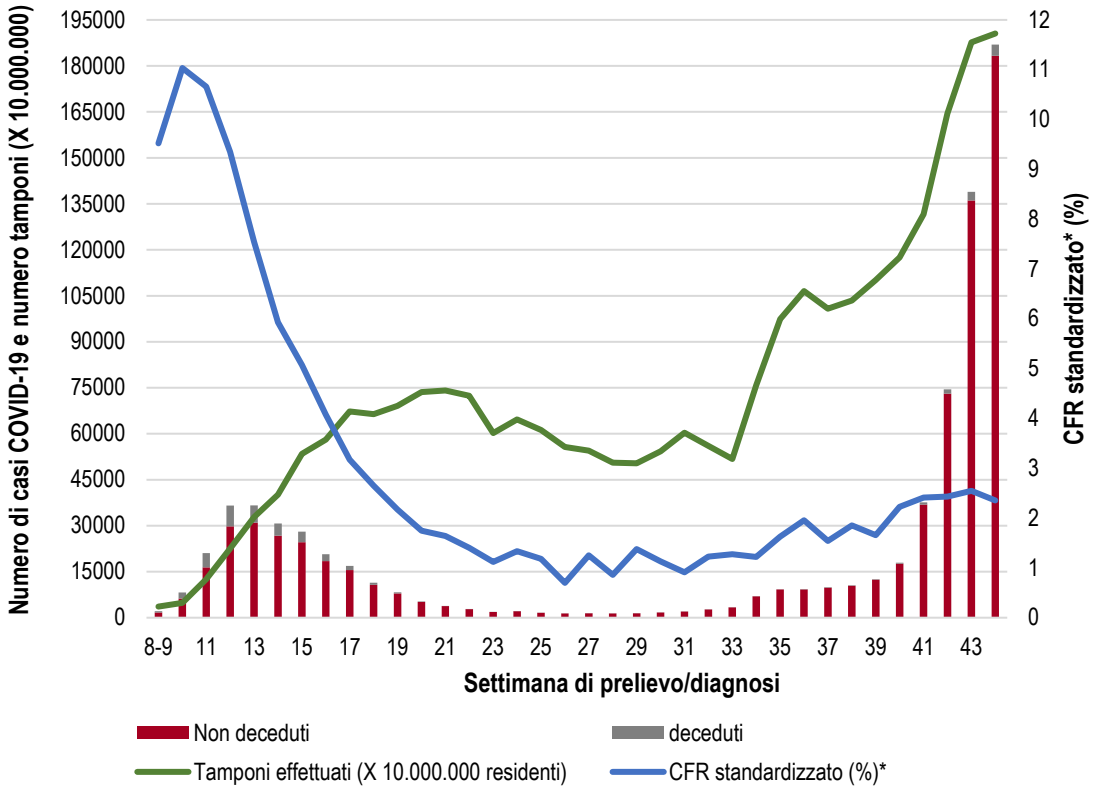


* Incidenza e CFR standardizzati per sesso e classe di età
utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 7. CFR standardizzato per sesso e classe di età e relazione con l'incidenza standardizzata

Infine, la Figura 8 mostra come il CFR standardizzato settimanale appare negativamente correlato con il numero settimanale di tamponi effettuati (r=-0,493), suggerendo che all'aumentare di quest'ultimo abbia

corrisposto, specialmente nella prima fase dell'epidemia, un aumento della capacità di tracciamento di casi asintomatici e paucisintomatici con conseguente riduzione del CFR.



* CFR standardizzato per sesso e classe di età utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 8. Trend settimanale del CFR e del numero di tamponi molecolari effettuati (20 febbraio – 31 ottobre 2020)

Nell'interpretare le differenze regionali di CFR è importante tenere in considerazione la tempistica con cui l'epidemia si è manifestata nei diversi ambiti territoriali. L'epidemia ha colpito prevalentemente l'area settentrionale del Paese durante la prima ondata (febbraio-maggio), per poi estendersi più diffusamente sull'intero territorio nazionale nelle fasi successive.

In base alla Tabella 7, dove è riportata per ciascuna Regione/PA la distribuzione relativa del numero casi diagnosticati nelle diverse fasi, è possibile osservare come il 39% dei casi diagnosticati nelle Regioni del Nord Italia sia riferibile alla prima fase dell'epidemia, in contrasto con il 19% e 13% osservato rispettivamente nelle Regioni dell'Italia centrale e in quelle del Sud Italia.

Questa disparità nella distribuzione dei casi nel tempo potrebbe spiegare parte delle differenze del CFR regionale riferite all'intero periodo esaminato e precedentemente presentate in Tabella 6. Infatti, rispetto ai casi più recenti, i casi diagnosticati nella prima fase dell'epidemia hanno probabilmente risentito di un sistema sanitario meno preparato ad affrontare l'emergenza in termini di accesso alla diagnosi, disponibilità di servizi ospedalieri e di conoscenze in merito ai possibili trattamenti terapeutici. La capacità diagnostica nella prima fase dell'epidemia è stata limitata e pertanto l'esecuzione di test molecolari è stata riservata ai casi più gravi di malattia. Questo può aver condotto a una sottostima dei casi e alla conseguente sovrastima del CFR riferito a questa fase epidemica iniziale.

Tabella 7. Distribuzione dei casi COVID-19 diagnosticati nelle diverse fasi dell'epidemia

Regione	Fase 1 (20/2-31/5)		Fase 2 (1/6-30/9)		Fase 3 (1/10-31/10)		Intero periodo (20/2-31/10)
	Casi	%	Casi	%	Casi	%	Casi
Nord	**188.256**	**38,7**	**47.805**	**9,8**	**250.266**	**51,5**	**486.327**
Piemonte	30.725	40,9	4.937	6,6	39.375	52,5	75.037
Valle d'Aosta	1.186	33,8	129	3,7	2.196	62,5	3.511
Lombardia	89.007	40,7	18.016	8,2	111.805	51,1	218.828
Bolzano	2.573	26,6	931	9,6	6.181	63,8	9.685
Trento	4.804	50,1	1.303	13,6	3.480	36,3	9.587
Veneto	19.162	30,3	9.140	14,4	34.967	55,3	63.269
Friuli Venezia Giulia	3.293	27,1	1.636	13,4	7.242	59,5	12.171
Liguria	9.730	31,4	3.866	12,5	17.361	56,1	30.957
Emilia-Romagna	27.776	43,9	7.847	12,4	27.659	43,7	63.282
Centro	**25.645**	**18,8**	**17.268**	**12,7**	**93.485**	**68,5**	**136.398**
Toscana	9.695	19,0	5.016	9,8	36.321	71,2	51.032
Umbria	1.427	12,6	1.098	9,7	8.773	77,7	11.298
Marche	6.726	43,5	1.320	8,5	7.430	48,0	15.476
Lazio	7.797	13,3	9.834	16,8	40.961	69,9	58.592
Sud e isole	**18.783**	**12,9**	**22.006**	**15,1**	**104.959**	**72,0**	**145.748**
Abruzzo	3.247	27,0	1.226	10,2	7.549	62,8	12.022
Molise	432	22,3	224	11,5	1.285	66,2	1.941
Campania	4.700	7,0	8.658	12,9	53.554	80,0	66.912
Puglia	4.486	21,4	3.410	16,3	13.038	62,3	20.934
Basilicata	372	15,2	438	17,9	1.640	66,9	2.450
Calabria	1.195	20,7	823	14,3	3.748	65,0	5.766
Sicilia	3.003	11,9	4.581	18,1	17.695	70,0	25.279
Sardegna	1.348	12,9	2.646	25,3	6.450	61,8	10.444
Totale	**232.684**	**30,3**	**87.079**	**11,3**	**448.710**	**58,4**	**768.473**

Le Tabelle 8-10 e la Figura 9 riportano l'incidenza, la mortalità e il CFR, grezzi e standardizzati, a livello nazionale e specifici per Regione/PA, calcolati separatamente per ciascuna fase epidemica. Si osserva come alcune delle differenze regionali del CFR standardizzato riferite al periodo complessivo appaiano meno pronunciate e talvolta invertite quando il CFR regionale è confrontato separatamente per ciascuna delle tre fasi. Ad esempio, il CFR standardizzato osservato in Lombardia sull'intero periodo è risultato quasi il doppio di quello osservato in Campania (5,71% *vs.* 3,05%), e 4,1 volte superiore se si prende in considerazione il CFR grezzo (8,04% *vs.* 1,97%) (Tabella 6). D'altro canto, l'analisi stratificata per periodo di calendario mostra invece come il CFR standardizzato in Lombardia non differisca sostanzialmente da quello osservato in Campania in ciascuna delle tre fasi epidemiche (7,95% *vs.* 7,31% durante la prima ondata dell'epidemia; 0,90% *vs.* 1,63% durante i mesi estivi; e 2,75% *vs.* 2,53% durante la seconda ondata dell'epidemia), in contrasto con notizie recenti circa una forte differenza della letalità tra queste due Regioni (11).

Infine, la Figura 10 mostra come in ciascuna fase epidemica il CFR standardizzato sia risultato negativamente correlato con il numero settimanale di tamponi effettuati in rapporto alla popolazione residente (Fase 1: r=-0,343; Fase 2: r=-0,413; Fase 3: r=-0,428). Questo suggerisce che le Regioni con aumentata capacità di tracciamento abbiano diagnosticato un numero relativamente maggiore di casi asintomatici o paucisintomatici con conseguente impatto al ribasso del CFR.

Tabella 8. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età (febbraio – maggio 2020)

Regione	Pop.	Casi[1]	Decessi[2]	Incidenza mensile (X 100.000 residenti)			Mortalità mensile (X 100.000 residenti)			CFR (%)		
				grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezzo	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**
Piemonte	4.311.217	30.725	3.758	212,7	203,2	183,2	26,01	23,04	18,60	12,23	5,69	4,92
Valle d'Aosta	125.034	1.186	137	283,1	278,7	258,1	32,70	31,29	24,71	11,55	5,67	4,78
Lombardia	10.027.602	89.007	15.251	264,9	266,7	237,6	45,38	46,10	38,22	17,14	7,95	6,92
Bolzano	532.644	2.573	283	144,2	151,1	138,2	15,85	18,38	14,64	11,00	5,38	4,51
Trento	545.425	4.804	384	262,8	264,2	242,3	21,01	21,58	17,28	7,99	3,92	3,31
Veneto	4.879.133	19.162	1.745	117,2	116,7	106,8	10,67	10,65	8,36	9,11	4,23	3,55
Friuli-Venezia Giulia	1.206.216	3.293	326	81,5	78,3	72,9	8,06	6,90	5,33	9,90	4,61	3,82
Liguria	1.524.826	9.730	1.447	190,4	173,0	159,1	28,32	21,82	17,85	14,87	6,45	5,49
Emilia-Romagna	4.464.119	27.776	4.006	185,7	181,4	167,6	26,78	24,65	20,21	14,42	6,72	5,71
Toscana	3.692.555	9.695	943	78,4	75,7	70,4	7,62	6,65	5,38	9,73	4,67	3,94
Umbria	870.165	1.427	64	48,9	48,5	47,2	2,19	1,94	1,56	4,49	3,32	2,64
Marche	1.512.672	6.726	908	132,7	127,4	117,2	17,91	15,82	13,12	13,50	6,27	5,39
Lazio	5.755.700	7.797	731	40,4	41,0	38,2	3,79	4,00	3,23	9,38	5,47	4,65
Abruzzo	1.293.941	3.247	409	74,9	73,8	70,1	9,43	8,87	7,35	12,60	7,33	6,23
Molise	300.516	432	20	42,9	42,5	41,9	1,99	1,68	1,37	4,63	2,84	2,20
Campania	5.712.143	4.700	448	24,6	25,6	24,4	2,34	2,84	2,49	9,53	7,31	6,42
Puglia	3.953.305	4.486	466	33,9	34,4	32,4	3,52	3,72	3,07	10,39	6,48	5,54
Basilicata	553.254	372	26	20,1	20,0	19,5	1,40	1,40	1,24	6,99	5,19	4,65
Calabria	1.894.110	1.195	88	18,8	19,0	18,3	1,39	1,45	1,19	7,36	5,34	4,47
Sicilia	4.875.290	3.003	272	18,4	18,8	17,8	1,66	1,84	1,49	9,06	6,27	5,24
Sardegna	1.611.621	1.348	123	25,0	24,9	23,0	2,28	2,26	1,79	9,13	4,97	4,27
Totale	**59.641.488**	**232.684**	**31.835**	**116,4**	**116,4**	**105,4**	**15,93**	**15,93**	**13,00**	**13,68**	**6,62**	**5,70**

1 Casi diagnosticati dal 20/2/2020 al 31/5/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

* Tassi e CFR standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione residente in Italia al 1/1/2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT);

** Tassi standardizzato per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione europea del 2020 come riferimento standard (Fonte: Eurostat)

PROTOCOLLO.E0001237631230120221REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 9. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età (giugno – settembre 2020)

Regione	Pop.	Casi[1]	Decessi[2]	Incidenza mensile (X 100.000 residenti)			Mortalità mensile (X 100.000 residenti)			CFR (%)		
				grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezzo	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**
Piemonte	4.280.492	4937	61	28,8	29,1	29,7	0,36	0,32	0,25	1,24	1,29	1,06
Valle d'Aosta	123.848	129	1	26,0	26,0	26,0	0,20	0,21	0,29	0,78	0,18	0,25
Lombardia	9.938.595	18016	145	45,2	45,1	45,7	0,36	0,38	0,29	0,81	0,90	0,72
Bolzano	530.071	931	0	43,8	42,3	44,2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Trento	540.621	1303	3	60,1	59,6	62,1	0,14	0,15	0,11	0,23	0,48	0,35
Veneto	4.859.971	9140	118	46,9	47,0	48,3	0,61	0,61	0,46	1,29	1,64	1,28
Friuli-Venezia Giulia	1.202.923	1636	12	33,9	34,8	36,2	0,25	0,23	0,21	0,73	0,92	0,78
Liguria	1.515.096	3866	69	63,7	66,2	68,3	1,14	0,86	0,67	1,79	1,75	1,42
Emilia-Romagna	4.436.343	7847	64	44,1	44,4	46,2	0,36	0,33	0,26	0,82	1,29	0,98
Toscana	3.682.860	5016	40	34,0	34,7	36,2	0,27	0,24	0,21	0,80	1,41	1,24
Umbria	868.738	1098	11	31,5	32,3	33,9	0,32	0,27	0,24	1,00	1,92	1,68
Marche	1.505.946	1320	5	21,9	22,1	22,7	0,08	0,07	0,05	0,38	0,42	0,30
Lazio	5.747.903	9834	155	42,7	42,5	43,9	0,67	0,71	0,59	1,58	2,37	1,92
Abruzzo	1.290.694	1226	15	23,7	23,8	24,4	0,29	0,28	0,23	1,22	1,72	1,42
Molise	300.084	224	2	18,6	18,5	18,5	0,17	0,15	0,12	0,89	0,80	0,67
Campania	5.707.443	8658	69	37,9	36,9	38,0	0,30	0,37	0,31	0,80	1,63	1,31
Puglia	3.948.819	3410	62	21,5	21,5	21,8	0,39	0,41	0,33	1,82	2,70	2,15
Basilicata	552.882	438	9	19,8	19,7	20,1	0,41	0,39	0,29	2,06	2,28	1,73
Calabria	1.892.915	823	4	10,9	10,7	11,3	0,05	0,05	0,05	0,49	0,92	0,90
Sicilia	4.872.287	4581	69	23,5	23,3	23,9	0,35	0,39	0,32	1,51	2,69	2,17
Sardegna	1.610.273	2.646	35	41,0	41,4	42,8	0,54	0,53	0,46	1,32	1,88	1,62
Totale	59.408.804	87.079	949	36,6	36,6	37,5	0,40	0,40	0,32	1,09	1,52	1,23

[1] Casi diagnosticati dal 1/6/2020 al 30/9/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

* Tassi e CFR standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione residente in Italia al 1/1/2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT);

** Tassi standardizzato per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione europea del 2020 come riferimento standard (Fonte: Eurostat)

PROTOCOLLO.E0001237631230120221REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 10. Tassi di incidenza, tassi di mortalità e CFR standardizzati per sesso e classe di età (ottobre 2020)

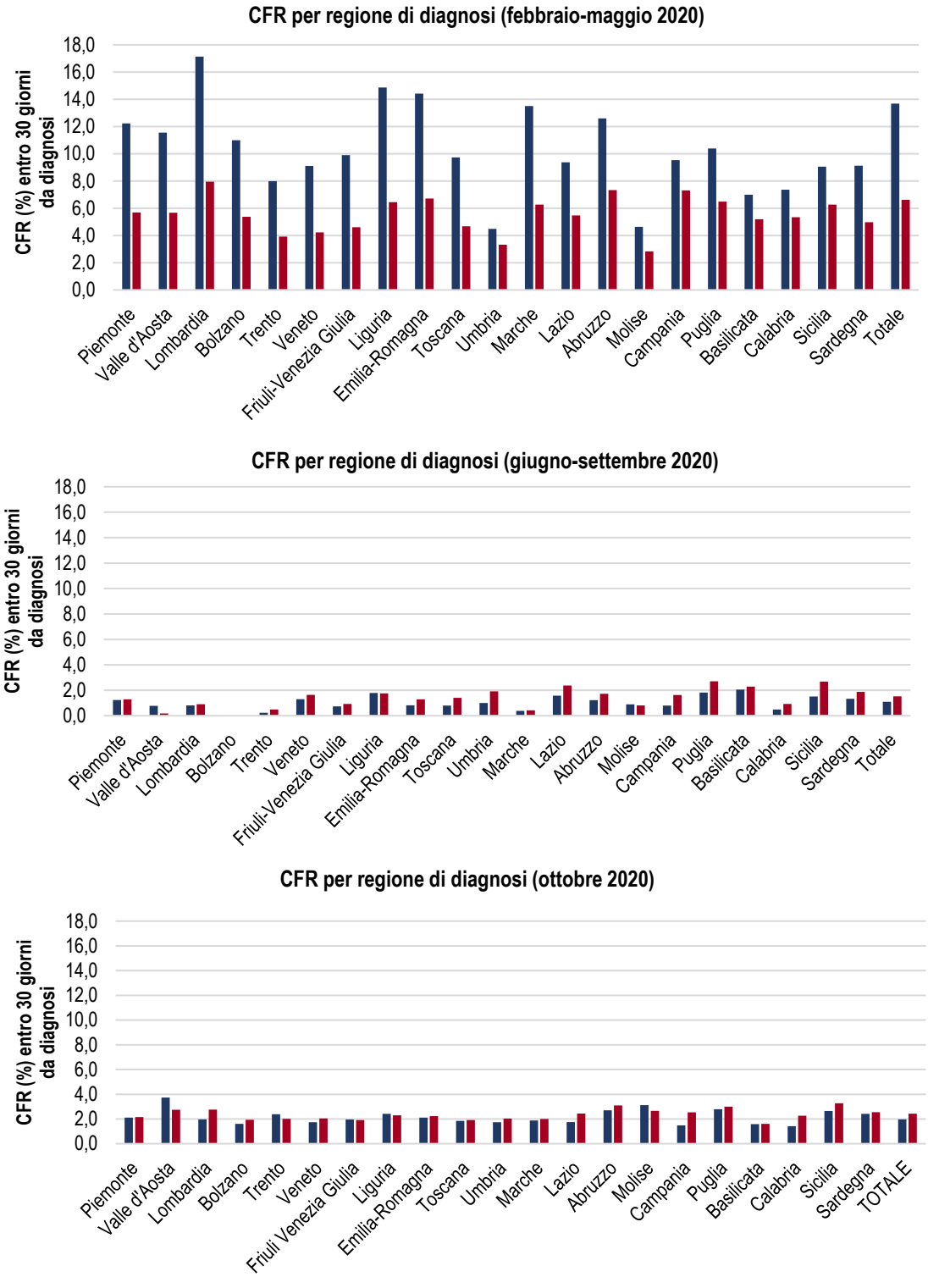
Regione	Pop.	Casi[1]	Decessi[2]	Incidenza mensile (X 100.000 residenti)			Mortalità mensile (X 100.000 residenti)			CFR (%)		
				grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezza	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**	grezzo	stdz. (ITA)*	stdz. (EUR)**
Piemonte	4.275.555	39.375	831	904,2	913,0	927,3	19,08	17,12	14,30	2,11	2,16	1,78
Valle d'Aosta	123.719	2.196	82	1.742,9	1.741,5	1.724,3	65,08	63,85	49,73	3,73	2,75	2,23
Lombardia	9.920.579	111.805	2.203	1.106,6	1.102,9	1.128,2	21,80	22,74	18,77	1,97	2,75	2,24
Bolzano	529.140	6.181	99	1.146,9	1.135,9	1.142,6	18,37	21,62	16,87	1,60	1,93	1,52
Trento	539.318	3.480	83	633,6	632,8	631,3	15,11	15,77	12,94	2,39	2,01	1,64
Veneto	4.850.831	34.967	606	707,8	707,5	715,6	12,27	12,40	10,18	1,73	2,05	1,67
Friuli-Venezia Giulia	1.201.287	7.242	142	591,9	597,9	604,3	11,61	9,97	8,33	1,96	1,92	1,63
Liguria	1.511.230	17.361	419	1.128,0	1.156,0	1.177,8	27,22	21,20	17,80	2,41	2,30	1,93
Emilia-Romagna	4.428.496	27.659	584	613,2	614,2	624,8	12,95	11,82	9,58	2,11	2,23	1,84
Toscana	3.677.844	36.321	671	969,6	978,5	993,4	17,91	15,51	12,32	1,85	1,92	1,53
Umbria	867.640	8.773	152	992,8	1.004,4	1.024,9	17,20	14,82	12,57	1,73	2,04	1,72
Marche	1.504.626	7.430	140	484,9	487,8	495,8	9,14	7,98	6,26	1,88	2,00	1,59
Lazio	5.738.069	40.961	714	700,9	698,1	711,4	12,22	12,88	10,81	1,74	2,44	2,03
Abruzzo	1.289.468	7.549	204	574,8	576,4	584,3	15,53	14,58	11,61	2,70	3,10	2,49
Molise	299.860	1.285	40	420,8	421,2	424,8	13,10	11,40	9,05	3,11	2,66	2,19
Campania	5.698.785	53.554	798	922,7	907,7	924,8	13,75	16,80	14,47	1,49	2,53	2,12
Puglia	3.945.409	13.038	363	324,5	324,7	325,7	9,03	9,54	7,92	2,78	3,00	2,50
Basilicata	552.444	1.640	26	291,5	290,5	291,2	4,62	4,52	3,70	1,59	1,61	1,34
Calabria	1.892.092	3.748	53	194,5	193,5	197,0	2,75	2,89	2,34	1,41	2,26	1,79
Sicilia	4.867.706	17.695	468	356,9	356,3	358,8	9,44	10,34	8,57	2,65	3,27	2,70
Sardegna	1607627	6.450	156	393,9	396,6	398,4	9,53	9,44	7,58	2,42	2,54	2,13
Totale	**59.321.725**	**448.710**	**8.834**	**742,7**	**742,6**	**754,4**	**14,62**	**14,73**	**12,14**	**1,97**	**2,43**	**1,99**

[1] Casi diagnosticati dal 1/10/2020 al 31/10/2020; [2] Decessi avvenuti entro 30 giorni dalla diagnosi.

* Tassi e CFR standardizzati per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione residente in Italia al 1/1/2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT);

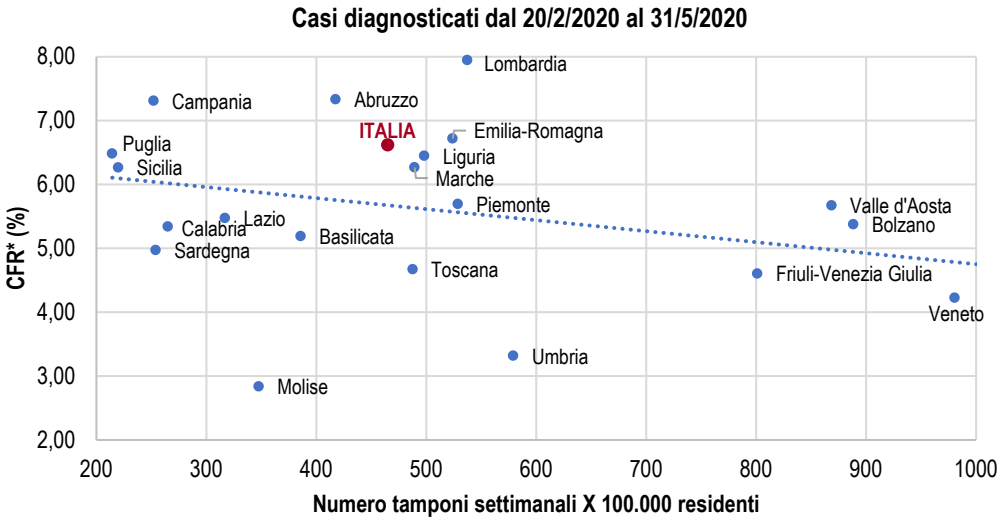
** Tassi standardizzato per classe di età (<50, 50-59, 60-69, 70-79, 80-89, 90+ anni) e sesso usando la popolazione europea del 2020 come riferimento standard (Fonte: Eurostat)

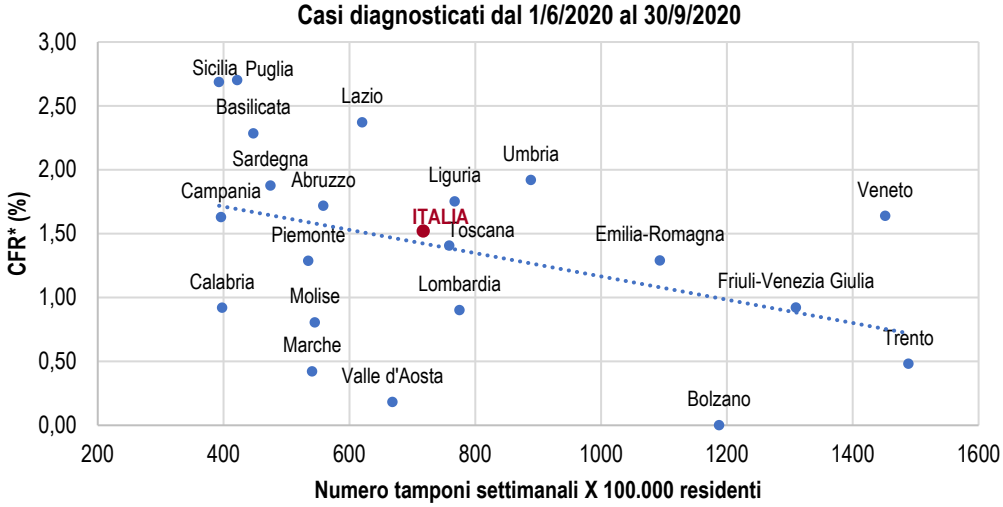
PROTOCOLLO.E0001237631230120221REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

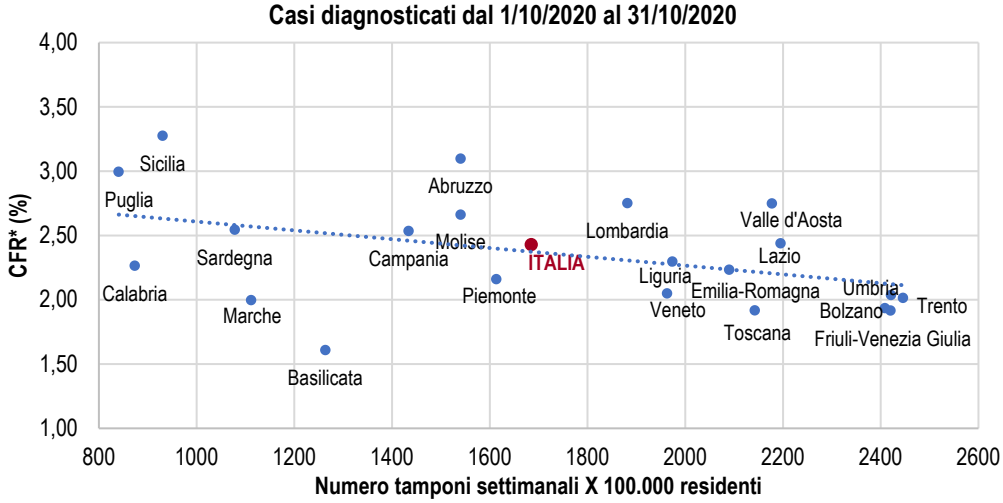


* CFR standardizzato per sesso e classe di età utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 9. CFR (grezzo e aggiustato) per Regione/PA e fase epidemica





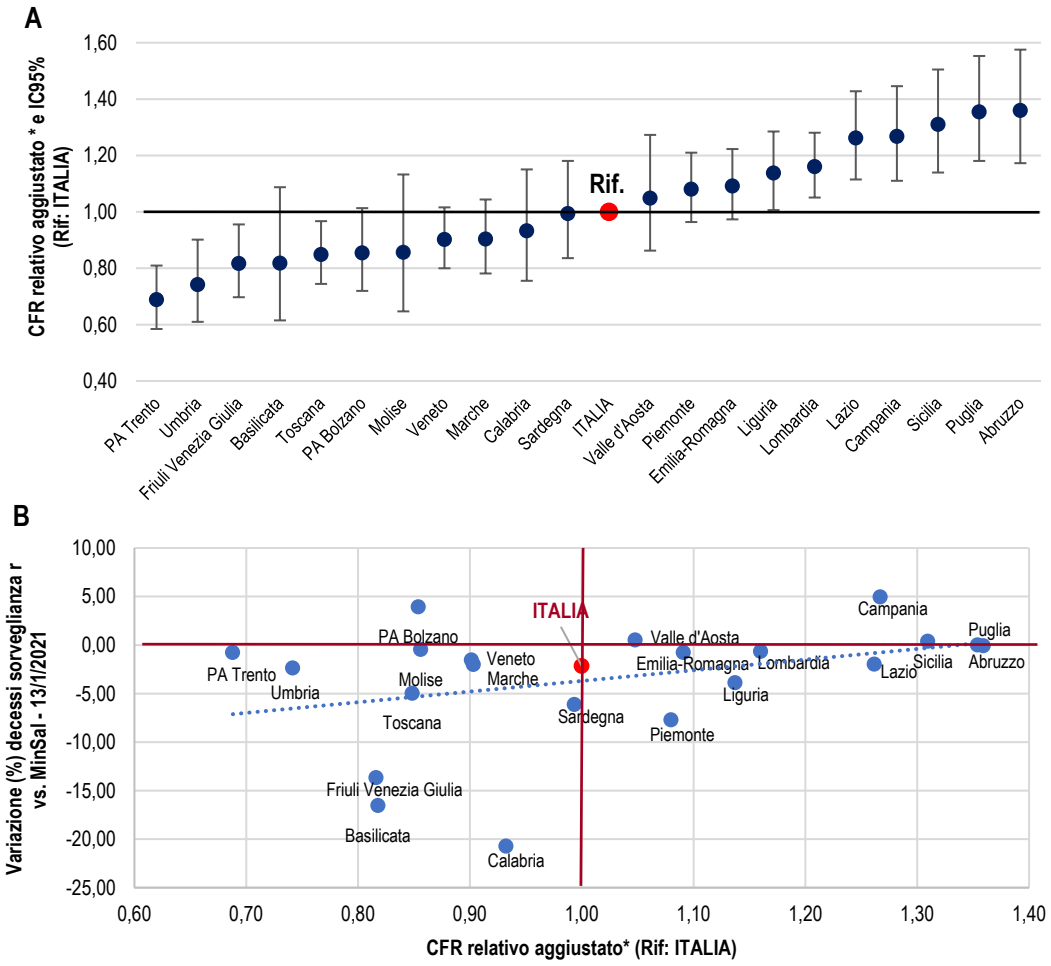


* CFR standardizzato per sesso e classe di età utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 10. Relazione tra CFR aggiustato e numero di tamponi effettuati per fase epidemica

5. Stima del CFR regionale relativo aggiustato per sesso, età e mese di diagnosi

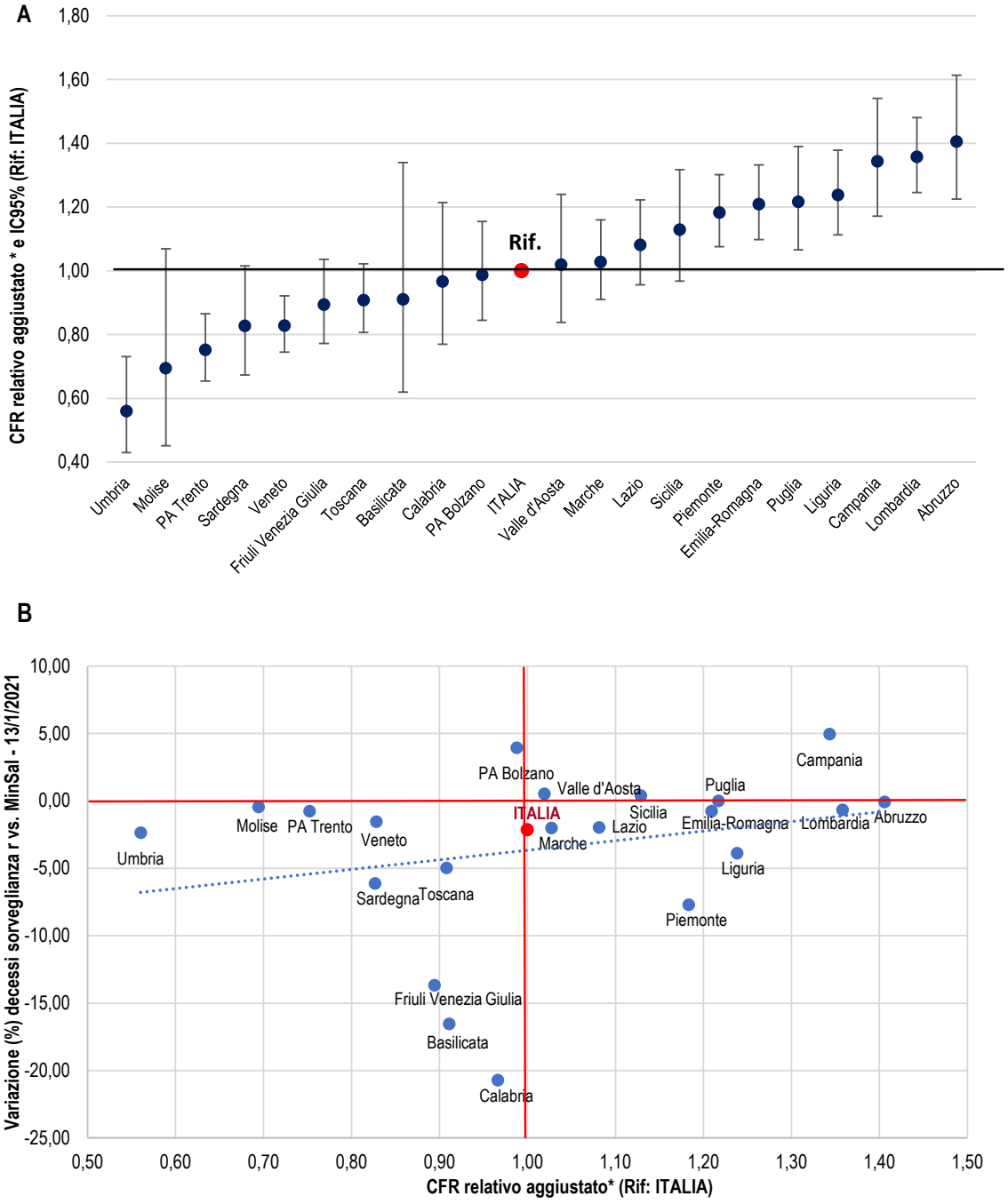
In questa sezione viene presentata il CFR regionale relativo aggiustato per mese di diagnosi, oltre che per sesso ed età. Nell'intero periodo preso in esame (febbraio-ottobre 2020), assumendo l'intero Paese come riferimento, è possibile osservare un CFR aumentato soprattutto in Abruzzo (+36%), Puglia (+35%), Sicilia (+31%), Campania (+27%), Lazio (+26%) e Lombardia (+16%) (*vedi* Figura 9). Viceversa, un CFR aggiustato inferiore alla media nazionale è stato osservato in particolare nella PA di Trento (-31%) e in Umbria (-26%), Friuli Venezia Giulia (-18%), Basilicata (-18%), Toscana (-15%) e PA di Bolzano (-15%). Osservando i CFR relativi grezzi desumibili dalla Tabella 6, si evidenzia come, aggiustando i CFR per sesso, classe di età e mese di diagnosi, le differenze regionali tendano a ridursi e talvolta appaiano invertite. Malgrado esistano delle linee guida per la corretta classificazione dei decessi associati al COVID-19 (20), è opportuno considerare che parte delle differenze residue tra i CFR standardizzati regionali potrebbero essere spiegate da una diversa sensibilità della definizione di decesso COVID-19 applicata a livello regionale. Infine, si osserva come le Regioni che mostrano una CFR ridotto siano anche quelle che, da un confronto con i dati riportati dal Ministero della Salute (*vedi* Tabella 1), risentono in generale di un più elevato livello di sottonotifica dei decessi (Figura 11).



* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza.

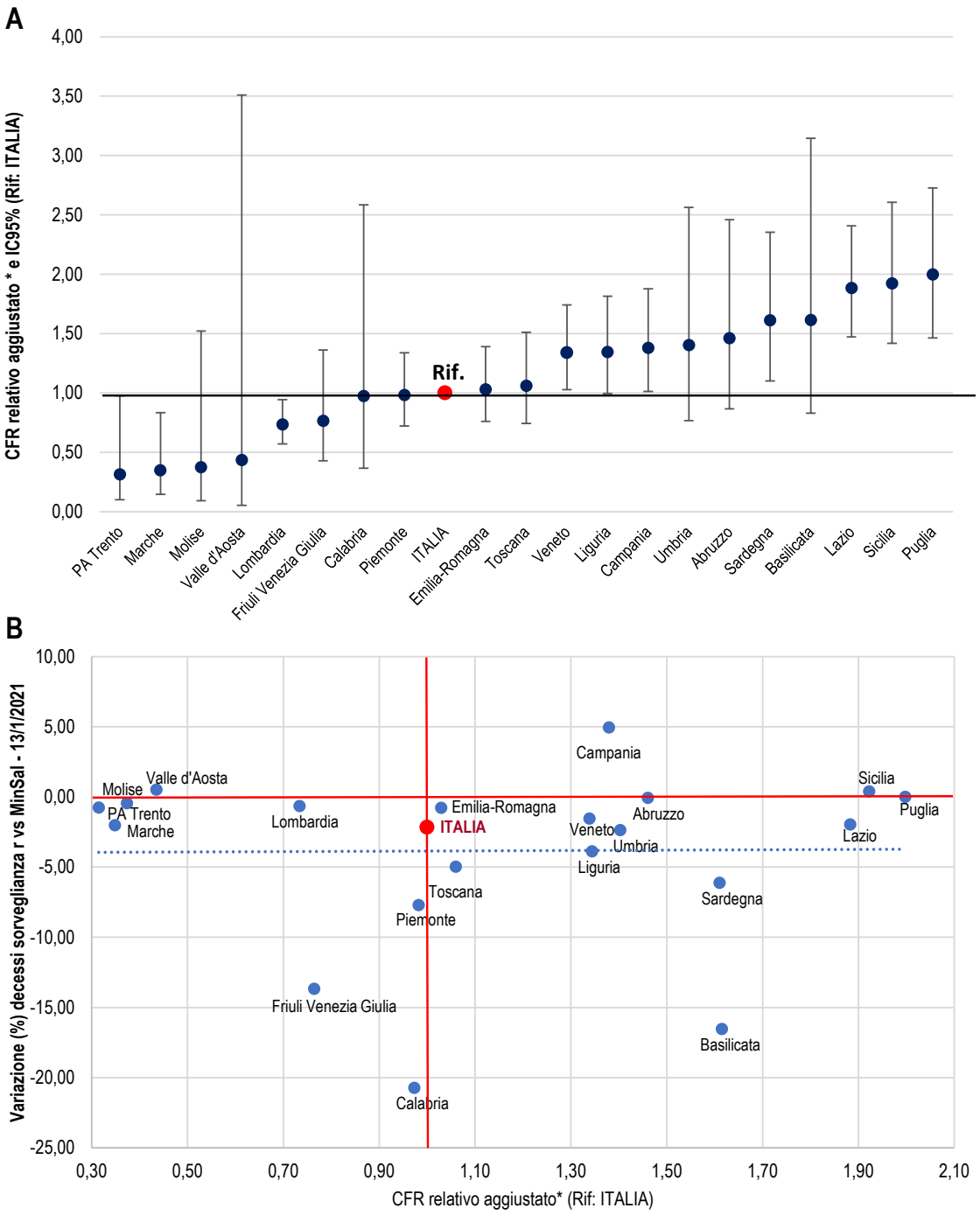
Figura 11. (A) CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia (febbraio-ottobre 2020); (B) Relazione tra CFR e sottonotifica dei decessi rispetto ai dati disseminati dal Ministero della Salute

La stessa analisi condotta separatamente per ciascuna fase epidemica è presentata nelle Figure 12-14.



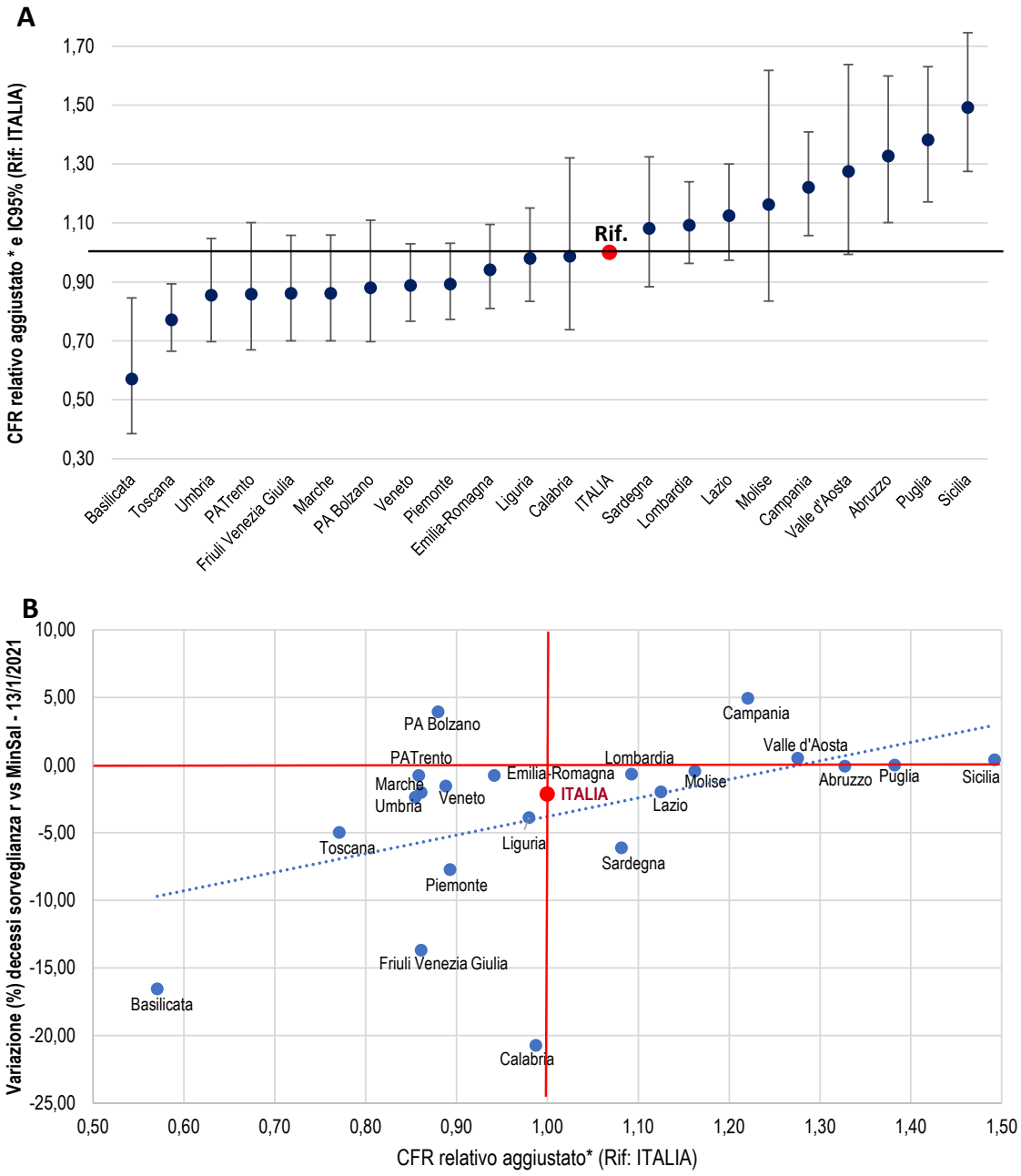
* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

Figura 12. (A) CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia (febbraio-maggio 2020); (B) Relazione tra CFR e sottonotifica dei decessi rispetto ai dati disseminati dal Ministero della Salute



* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

Figura 13. (A) CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia (giugno-settembre 2020); (B) Relazione tra CFR e sottonotifica dei decessi rispetto ai dati disseminati dal Ministero della Salute



* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza.

Figura 14. (A) CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia (ottobre 2020); (B) Relazione tra CFR e sottonotifica dei decessi rispetto ai dati disseminati dal Ministero della Salute

Durante la prima ondata epidemica, che ha colpito prevalentemente l'Italia settentrionale, la Lombardia ha mostrato il più elevato CFR (+36% rispetto al dato nazionale), insieme all'Abruzzo (+41%) e alla Campania (+34%), dove si è registrato una CFR simile. L'elevata incidenza registrata in Lombardia, con la conseguente pressione sui servizi sanitari e le iniziali difficoltà nel tracciare, diagnosticare e trattare tempestivamente i casi, spiega verosimilmente l'elevato CFR osservato in questa Regione.

Durante i mesi estivi, quando l'incidenza è diminuita sensibilmente e l'epidemia ha cominciato a diffondersi più uniformemente sul territorio nazionale, il CFR appare generalmente più elevato nelle Regioni centro-meridionali.

Infine, durante la seconda ondata in ottobre, caratterizzata da elevati livelli di incidenza registrati in tutta Italia e in particolar modo nelle Regioni settentrionali, l'aumentato CFR osservato nelle Regioni meridionali rispetto al resto del Paese durante i mesi estivi tende a ridursi, ma rimane comunque evidente nelle principali Regioni di questa macroarea (Sicilia, Puglia e Campania).

Un'analisi del CFR relativo aggiustato per sesso, età e mese di diagnosi è stata condotta anche limitatamente ai casi di età pari o superiore a 50 anni (Appendice A2). I risultati di quest'analisi non differiscono sostanzialmente da quelli riportati sopra in riferimento all'intera casistica.

6. Eccesso di mortalità e mortalità standardizzata a livello regionale nelle diverse fasi epidemiche

In questa sezione, separatamente per ciascuna fase epidemica, viene presentata la relazione a livello regionale tra la mortalità COVID-19 standardizzata e l'eccesso di mortalità.

Recentemente è stato pubblicato un rapporto congiunto ISTAT-ISS dove sono stati presentati gli eccessi di mortalità registrati in ciascuna Regione/PA durante le tre principali fasi dell'epidemia (febbraio-maggio, giugno-settembre e ottobre-novembre).

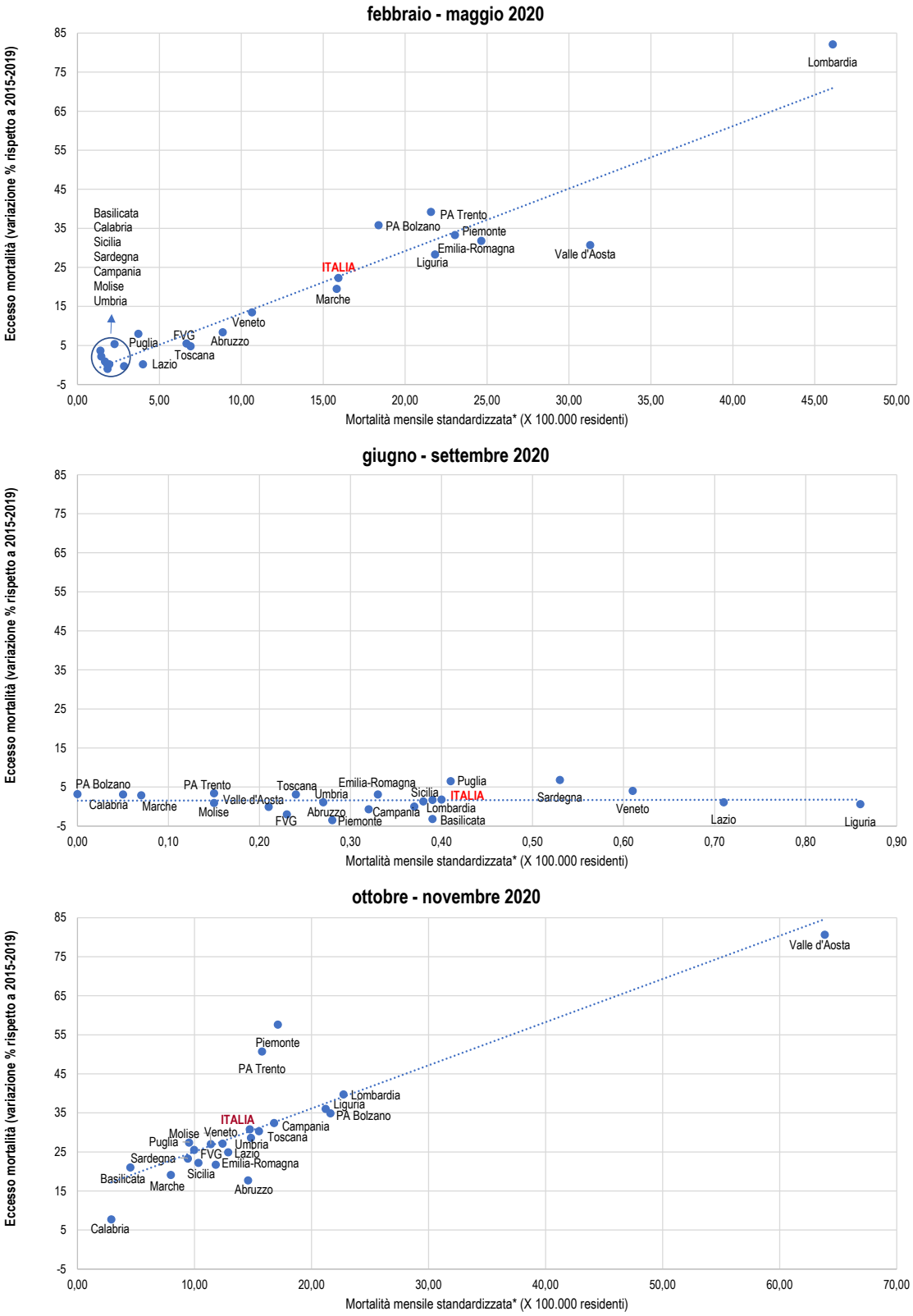
Le stime presentate in questo rapporto rappresentano la variazione percentuale del numero di decessi per tutte le cause registrati in ciascuna fase epidemica rispetto alla media di quelli osservati nello stesso periodo del quinquennio precedente (2015-2019) (5).

Il confronto tra queste stime e i tassi standardizzati di mortalità presentati nelle Tabelle 8-10 evidenzia una forte correlazione tra le distribuzioni regionali di queste due misure nelle fasi di forte espansione dell'epidemia (r=0,957 durante la prima ondata; r=0,855 durante la seconda ondata) (Figura 15).

Al contrario, non si osserva una relazione di rilievo durante i mesi estivi (r=0,024), quando la mortalità riconducibile a COVID-19 ha pesato relativamente poco sulla mortalità generale dovuta a tutte le cause.

In generale, questi risultati mostrano che le stime di mortalità derivate dal sistema di sorveglianza forniscono un quadro dell'andamento nel tempo e delle differenze regionali di mortalità compatibile con l'eccesso di mortalità stimato da ISTAT-ISS.

Questo malgrado, in riferimento all'ultima fase epidemica (ottobre-novembre), si evidenzia uno scostamento dalla retta interpolatrice in particolare per la Regione Piemonte, verosimilmente dovuto a un ritardo nella notifica dei decessi.



* Mortalità standardizzata per sesso e classe di età utilizzando la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020 come riferimento standard (Fonte: ISTAT)

Figura 15. Relazione tra eccesso di mortalità e mortalità standardizzata regionale nelle diverse fasi epidemiche

PROTOCOLLO.E0004236312302021REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

7. Confronto dell'eccesso di mortalità con altri Paesi europei

I dati disaggregati per sesso, classe di età e fase epidemica, così come analizzati per l'Italia in questo rapporto, non sono al momento accessibili per gli altri Paesi europei. Per questa ragione non è possibile al momento fare un confronto tra il CFR in Italia e quello in altri Paesi.

A ogni modo, le stime del CFR standardizzato per sesso ed età, sia complessive che riferite a ciascuna fase epidemica, sono state presentate utilizzando anche la popolazione europea standard come riferimento. Queste stime potranno pertanto essere utilizzate a fini comparativi qualora stime del CFR calcolato in modo analogo diventino disponibili in futuro per altri Paesi europei.

È comunque opportuno notare che i CFR standardizzati utilizzando la popolazione europea standard sono risultati inferiori a quelli calcolati usando come riferimento la popolazione Italiana residente. Questo suggerisce che la struttura per età relativamente più anziana della popolazione Italiana possa spiegare in parte le eventuali differenze con gli altri Paesi.

Al momento, gli unici dati disponibili per un confronto internazionale solo quelli relativi alle stime di eccesso di mortalità prodotte da Eurostat (25) e nell'ambito del progetto *European Mortality Monitoring* (EuroMOMO) (26).

Le stime mensili prodotte da Eurostat riguardo la variazione percentuale dei decessi registrati nel periodo febbraio-ottobre 2020 rispetto a quelli registrati nello stesso periodo dei quattro anni precedenti mostrano come l'Italia, rispetto alla stima complessiva riferita ai 27 Paesi membri dell'UE, abbia registrato un maggiore eccesso di mortalità durante la prima ondata dell'epidemia, ma livelli inferiori durante i mesi estivi e il mese di ottobre (Tabella 11).

Tabella 11. Eccesso di mortalità nel periodo febbraio-ottobre 2020 rispetto allo stesso periodo riferito agli anni 2016-2019 in Italia e negli altri Paesi europei (Fonte: Eurostat)

Paesi europei	Variazione % rispetto al periodo 2016-2019								
	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.
Paesi UE*	**-2,7**	**13,6**	**24,9**	**2,8**	**1,9**	**2,9**	**7,6**	**8,0**	**17,1**
Austria	-0,5	5,4	11,0	1,9	2,3	2,6	4,8	9,2	12,1
Belgio	-4,4	12,5	73,9	8,4	-0,8	-6,7	18,0	1,9	22,5
Bulgaria	0,9	-3,8	-2,2	-2,9	-0,5	5,4	5,9	4,9	12,5
Cipro	-1,5	7,6	3,1	22,7	6,2	5,4	-1,8	6,8	7,9
Croazia	-2,2	2,2	-3,8	-6,2	1,2	2,2	2,2	7,9	12,4
Danimarca	-7,0	-3,9	6,4	-0,9	0,8	2,2	1,5	4,2	1,7
Estonia	-5,1	-0,6	6,5	2,6	3,0	4,4	5,6	7,9	1,5
Finlandia	-0,4	0,5	8,1	5,6	5,7	1,8	3,5	7,0	2,2
Francia	-2,0	15,5	36,4	2,2	2,5	-0,7	6,2	7,5	16,1
Germania	-4,3	-2,6	9,0	1,6	2,5	-0,5	7,0	5,6	4,8
Grecia	6,6	7,6	1,3	3,4	-1,5	5,6	6,5	10,3	6,7
Irlanda	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND	ND
Italia	**-1,2**	**49,2**	**41,2**	**3,5**	**-0,5**	**2,4**	**4,3**	**5,0**	**13,1**
Lettonia	-11,9	-14,8	-4,2	2,5	1,1	1,1	4,3	-3,0	1,8
Lituania	-10,3	2,4	5,5	0,2	8,3	8,5	7,2	7,3	6,1
Lussemburgo	-11,4	6,9	18,9	8,0	-0,1	-0,9	13,1	6,9	5,7
Malta	-7,9	16,7	12,6	2,2	-4,4	7,2	13,0	22,2	21,1
Paesi Bassi	-4,1	14,9	53,6	4,3	0,8	-2,5	8,5	5,7	18,2

Paesi europei	Variazione % rispetto al periodo 2016-2019								
	FEB.	MAR.	APR.	MAG.	GIU.	LUG.	AGO.	SET.	OTT.
Polonia	-2,0	-0,6	3,5	4,2	5,4	5,9	11,2	11,0	45,1
Portogallo	-3,8	5,5	15,6	10,0	3,5	25,3	6,4	12,9	14,3
Repubblica Ceca	-0,1	-0,9	2,8	-1,4	3,8	3,8	6,4	10,9	53,0
Romania	-2,4	-3,8	2,1	-0,3	3,6	11,6	15,9	14,6	25,3
Slovacchia	-1,8	2,0	-1,3	0,3	0,3	1,4	4,5	4,3	21,6
Slovenia	-0,1	-1,7	5,3	1,4	9,0	2,2	1,9	7,4	29,8
Spagna	-3,6	52,9	78,9	3,7	-1,5	8,2	14,0	17,5	25,0
Svezia	-4,9	1,5	38,3	23,9	10,6	-1,2	-1,3	-2,1	-3,4
Ungheria	-5,7	-1,6	1,0	-2,6	-0,2	-1,9	-0,6	3,9	14,8
Paesi non UE									
Islanda	3,6	-2,0	4,2	7,5	-21,1	-5,4	-6,7	0,4	26,5
Liechtenstein	46,0	-10,1	-0,2	12,2	-17,4	-3,1	11,0	29,3	17,2
Norvegia	-2,1	-0,5	2,9	-3,0	-1,6	-2,0	1,6	4,8	1,5
Svizzera	-2,6	9,7	25,0	-3,3	-0,7	-0,8	2,2	1,9	12,2

[#] ND non disponibile.

Le differenze con l'insieme degli altri Paesi europei osservate durante la prima ondata sono verosimilmente dovute al fatto che in Italia l'epidemia è risultata in generale anticipata nel tempo rispetto al resto dell'Europa.

PROTOCOLLO.E0004236312-30-12-2021REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

8. Sintesi

In base alle informazioni comunicate al sistema di sorveglianza nazionale, dall'inizio dell'epidemia al 13 gennaio 2021 si sono verificati 2.296.451 casi di COVID-19 confermati con test molecolare. Di questi, 78.597 (3,42%) risultavano deceduti alla stessa data. L'età mediana dei casi deceduti è risultata pari a 82 anni (IQR: 75-88), con lievi differenze tra Nord (83 anni; IQR:76-89), Centro (82 anni; IQR: 74-88) e Sud Italia (79 anni; IQR: 71-86).

A livello nazionale, circa la metà dei decessi è avvenuta durante la prima ondata dell'epidemia (febbraio – maggio 2020; 45,1%), mentre la quota di decessi registrati durante i mesi estivi appare molto ridotta (giugno – settembre 2020; 1,51%) per poi risalire in riferimento alla seconda ondata dell'epidemia (ottobre 2020 – 13 gennaio 2021; 53,4%). In generale, contrariamente alla maggior parte delle Regioni settentrionali, i picchi più elevati nel numero di decessi nelle Regioni centro-meridionali si sono registrati durante la seconda ondata dell'epidemia.

Il 91,8% dei decessi è avvenuto entro 30 giorni dalla data di diagnosi. Il tempo mediano intercorso tra la diagnosi e il decesso è risultato per l'intero periodo pari a 10 giorni (IQR: 5-17); 7 giorni (IQR: 3-15) tra i deceduti diagnosticati durante la prima ondata, 14 giorni (IQR: 7-25) tra quelli diagnosticati nei mesi estivi e 11 giorni (IQR: 6-18) tra i deceduti diagnosticati durante la seconda ondata.

A livello nazionale, limitando l'analisi ai casi diagnosticati entro il 31 ottobre e utilizzando come riferimento la popolazione residente in Italia al 1° gennaio 2020, è stato calcolato un CFR a 30 giorni dalla diagnosi standardizzato per sesso ed età pari a 4,34%; 6,62% durante la prima fase epidemica (febbraio-maggio), 1,52% nella seconda fase (giugno-settembre) e 2,43% tra i casi diagnosticati nel mese di ottobre. L'elevato CFR osservato durante la prima ondata epidemica è verosimilmente spiegato dalla limitata capacità diagnostica in questo periodo che non ha permesso l'identificazione di molti casi asintomatici e meno gravi.

A livello regionale, sull'intero periodo preso in considerazione, il CFR standardizzato è risultato variare tra 2,27% in Umbria e 5,71% in Lombardia. Il CFR standardizzato regionale è apparso positivamente correlato con l'incidenza standardizzata (r=0,380), suggerendo che all'aumentare di quest'ultima aumenti anche la pressione sui servizi sanitari. D'altro canto, durante le fasi di elevata incidenza potrebbe diminuire la capacità di tracciamento di casi asintomatici e meno gravi, con conseguente aumento del CFR. È stato inoltre osservato che l'andamento settimanale del CFR standardizzato è negativamente correlato con il numero settimanale di tamponi eseguiti (r=-0,493), suggerendo che all'aumentare di quest'ultimo abbia corrisposto, particolarmente nella prima fase dell'epidemia, un aumento della capacità di tracciamento di casi asintomatici e paucisintomatici con conseguente riduzione del CFR.

È da sottolineare come l'epidemia abbia colpito prevalentemente l'area settentrionale del Paese durante la prima ondata, per poi estendersi più diffusamente sull'intero territorio nazionale nei mesi estivi e durante la seconda ondata. Questa disparità nella distribuzione dei casi nel tempo potrebbe spiegare parte delle differenze del CFR regionale riferite all'intero periodo esaminato. Rispetto ai casi più recenti, i casi diagnosticati nella prima fase dell'epidemia hanno probabilmente risentito di un sistema sanitario meno preparato ad affrontare l'emergenza in termini di accesso alla diagnosi, disponibilità di servizi ospedalieri e conoscenze relative ai possibili trattamenti terapeutici. Quando i CFR specifici per Regione/PA sono stati calcolati separatamente per ciascuna fase epidemica, alcune delle differenze regionali del CFR riferite al periodo complessivo sono apparse meno pronunciate e talvolta invertite. Questo evidenzia come la diffusione nel tempo dell'epidemia, oltre alle caratteristiche demografiche dei casi diagnosticati, sia un'importante chiave interpretativa delle differenze regionali osservate. Ad esempio, il CFR grezzo osservato in Lombardia sull'intero periodo è risultato 4,1 volte superiore a quello osservato in Campania (8,04% *vs.*

1,97%), ma l'analisi stratificata per periodo di calendario ha invece evidenziato come il CFR standardizzato per sesso ed età in Lombardia non differisca sostanzialmente da quello osservato in Campania in ciascuna delle tre fasi epidemiche (7,95% *vs.* 7,31% durante la prima ondata dell'epidemia; 0,90% vs. 1,63% durante i mesi estivi; e 2,75% vs. 2,53% durante la seconda ondata dell'epidemia).

L'analisi dei CFR relativi aggiustati per mese di diagnosi, oltre che per sesso ed età, ha mostrato che nell'intero periodo preso in esame (febbraio-ottobre 2020), assumendo l'intero Paese come riferimento, il CFR è stato più elevato in Abruzzo (+36%), Puglia (+35%), Sicilia (+31%), Campania (+27%), Lazio (+26%) e Lombardia (+16%), mentre i valori più bassi si sono registrati nella PA di Trento (-31%) e in Umbria (-26%), Friuli Venezia Giulia (-18%), Basilicata (-18%), Toscana (-15%) e PA di Bolzano (-15%). È opportuno notare che parte delle differenze tra i CFR potrebbero essere spiegate da una diversa sensibilità della definizione di decesso COVID-19 applicata a livello regionale, e che alcune delle Regioni che hanno mostrato una CFR ridotto rispetto alla media nazionale sono anche quelle che, da un confronto con i dati riportati dal Ministero della Salute, hanno registrato un livello di sottonotifica dei decessi relativamente elevato.

Durante la prima ondata epidemica, che ha colpito prevalentemente l'Italia settentrionale, la Lombardia ha mostrato il più elevato CFR, insieme all'Abruzzo e alla Campania, dove si è registrato una CFR simile. L'elevata incidenza registrata in Lombardia, con la conseguente pressione sui servizi sanitari e le iniziali difficoltà nel tracciare, diagnosticare e trattare tempestivamente i casi, spiega verosimilmente l'elevato CFR osservato in questa Regione.

Durante i mesi estivi, quando l'incidenza è diminuita sensibilmente ma l'epidemia ha cominciato a diffondersi più uniformemente sul territorio nazionale, il CFR è apparso generalmente più elevato nelle Regioni centro-meridionali.

Infine, durante la seconda ondata in ottobre, caratterizzata da elevati livelli di incidenza registrati in tutta Italia ma in particolar modo nelle Regioni settentrionali, l'aumentato CFR osservato nelle Regioni meridionali rispetto al resto del Paese durante i mesi estivi è apparso ridotto, rimanendo comunque evidente nelle principali Regioni di questa macroarea (Sicilia, Puglia e Campania).

Si evidenzia come, in generale, i tassi standardizzati di mortalità derivati dal sistema di sorveglianza abbiano fornito un quadro dell'andamento nel tempo e delle differenze regionali di mortalità associata a COVID-19 compatibile con le stime dell'eccesso di mortalità recentemente pubblicate da ISTAT-SS.

I dati disaggregati per sesso, classe di età e fase epidemica, così come analizzati per l'Italia in questo rapporto, non sono al momento accessibili per gli altri Paesi europei. Per questa ragione non è possibile al momento fare un confronto tra il CFR in Italia con quello in altri Paesi A ogni modo, le stime del CFR standardizzato per sesso ed età, sia complessive che riferite a ciascuna fase epidemica, sono state presentate utilizzando anche la popolazione europea standard come riferimento. Queste stime potranno pertanto essere utilizzate a fini comparativi qualora stime del CFR calcolato in modo analogo diventino disponibili in futuro per altri Paesi europei. È comunque opportuno notare che i CFR standardizzati utilizzando la popolazione europea standard sono risultati inferiori a quelli calcolati usando come riferimento la popolazione Italiana residente. Questo suggerisce che la struttura per età relativamente più anziana della popolazione Italiana possa spiegare in parte le eventuali differenze con gli altri Paesi.

Un confronto tra l'eccesso di mortalità osservato in Italia con quello complessivo registrato in Europa ha evidenziato un eccesso aumentato in Italia durante la prima ondata dell'epidemia, ma livelli inferiori nelle fasi successive. Il maggiore eccesso osservato in Italia durante la prima fase epidemica è stato verosimilmente dovuto alla diffusione anticipata dell'infezione rispetto alla maggior parte degli altri Paesi europei.

Bibliografia

1. Riccardo F, Ajelli M, Andrianou XD, *et al.* Epidemiological characteristics of COVID-19 cases and estimates of the reproductive numbers 1 month into the epidemic, Italy, 28 January to 31 March 2020. *Euro Surveill* 2020; 25(49):2000790.
2. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-fatality rate and characteristics of patients dying in relation to COVID-19 in Italy. *JAMA* 2020; 323(18):1775-1776.
3. Istituto Superiore di Sanità, Task force COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica. *Epidemia COVID-19 - Aggiornamento Nazionale: 13 gennaio 2021.* Roma: ISS; 2021. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_13-gennaio-2021.pdf.
4. World Health Organization. *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Geneva: WHO; 2021. https://covid19.who.int/.
5. Istituto Nazionale di Statistica, Istituto Superiore di Sanità. *Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente – periodo gennaio - novembre 2020.* Roma: ISTAT-ISS; 2020. https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapp_ISTAT_Iss_FINALE+2020_rev.pdf/b4c40cbb-9506-c3f6-5b69-0ccb5f015172?t=1609328171264
6. Flacco ME, Acuti Martellucci C, Bravi F, *et al.* Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Lethality Did not Change Over Time in Two Italian Provinces. *Open Forum Infect Dis* 2020; 7(12):ofaa556.
7. Ferroni E, Giorgi Rossi P, Spila Alegiani S, *et al.* Survival of hospitalized COVID-19 patients in Northern Italy: A population-based cohort study by the ITA-COVID-19 network. *Clin Epidemiol* 2020;12:1337-46.
8. Odone A, Delmonte D, Scognamiglio T, Signorelli C. COVID-19 deaths in Lombardy, Italy: data in context. *Lancet Public Health* 2020; e310.
9. Souris M, Gonzalez JP. COVID-19: Spatial analysis of hospital case-fatality rate in France. *PLoS One* 2020; 15(12):e0243606.
10. John Hopkins University, Coronavirus Resource Center. Mortality analyses. https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality.
11. Università Cattolica, Osservatorio Nazionale sulla Salute nelle Regioni Italiane. Il Covid non uccide ovunque allo stesso modo, differenze di quasi 5 volte tra alcune Regioni in Italia. https://www.osservatoriosullasalute.it/wp-content/uploads/2020/12/FOCUS-COVID_dicembre.pdf.
12. Gedi visual. *Tasso di letalità negli ultimi 30 giorni.* https://lab.gedidigital.it/gedi-visual/2020/coronavirus-i-contagi-in-italia/index.php#effetti.
13. Miller LE, Bhattacharyya R, Miller AL. Data regarding country-specific variability in Covid-19 prevalence, incidence, and case fatality rate. *Data Brief* 2020; 32:106276.
14. Ritchie H, Ortiz-Espina E, Beltekin D *et al. Our world in data - statistics and research, mortality risk of COVID-19*. https://ourworldindata.org/mortality-risk-covid#how-did-confirmed-deaths-and-cases-change-over-time.
15. Baud D, Qi X, Nielsen-Saines K, Musso D, Pomar L, Favre G. Real estimates of mortality following COVID-19 infection. *Lancet Infect Dis* 2020; 20:773.
16. Mi YN, Huang TT, Zhang JX, Qin Q, Gong YX, Liu SY, Xue HM, Ning CH, Cao L, Cao YX. Estimating the instant case fatality rate of COVID-19 in China. *Int J Infect Dis* 2020; 97:1-6.
17. World Health Organization. *Estimating mortality from COVID-19.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mortality-2020.1.
18. Ghani AC, Donnelly CA, Cox DR, Griffin JT, Fraser C, Lam TH, Ho LM, Chan WS, Anderson RM, Hedley AJ, Leung GM. Methods for estimating the case fatality ratio for a novel, emerging infectious disease. *Am J Epidemiol* 2005; 162:479-86.

19. Istituto Superiore di Sanità (EpiCentro). Sistema di sorveglianza integrata COVID-19. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza.

20. Gruppo di Lavoro ISS Cause di morte COVID-19, Gruppo di lavoro Sovrintendenza sanitaria centrale – INAIL, ISTAT. COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte. Versione dell'8 giugno 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020). https://www.istat.it/it/files/2020/06/Rapporto-ISS-ISTAT-cause-di-morte-COVID-19-49_2020.pdf.

21. Ministero della Salute. Mappa interattiva Italia. https://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1.

22. GOV.UK, Department of Health and Social Care. New UK-wide methodology agreed to record COVID-19 deaths. Comunicato stampa del 12 Agosto 2020. https://www.gov.uk/government/news/new-uk-wide-methodology-agreed-to-record-covid-19-deaths.

23. ISTAT. Demografia in Cifre. Disponibile: http://demo.istat.it/.

24. Eurostat. Revision of the European Standard Population – Report of the Eurostat's task force. European Union. Luxembourg 2013. https://ec.europa.eu/eurostat/documents/3859598/5926869/KS-RA-13-028-EN.PDF/e713fa79-1add-44e8-b23d-5e8fa09b3f8f.

25. Eurostat. Excess Mortality – statistics. https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Excess_mortality_-_statistics.

26. EuroMOMO. Graph and Maps – Excess Mortality. https://www.euromomo.eu/graphs-and-maps/#excess-mortality.

Appendice A1

Casi e decessi per sesso, classe di età e Regione/PA di diagnosi

Tabella A1.1. PIEMONTE: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale*		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	2.729	0	0,00	2.520	0	0,00	5.249	0	0,00
10-19	7.132	1	0,01	6.506	0	0,00	13.638	1	0,01
20-29	10.636	2	0,02	11.318	2	0,02	21.958	4	0,02
30-39	10.978	5	0,05	12.892	8	0,06	23.874	13	0,05
40-49	14.397	33	0,23	19.096	18	0,09	33.494	51	0,15
50-59	17.207	167	0,97	21.204	54	0,25	38.413	221	0,58
60-69	12.280	458	3,73	11.224	153	1,36	23.505	611	2,60
70-79	10.309	1.197	11,61	9.295	585	6,29	19.604	1.782	9,09
80-89	8.210	1.893	23,06	12.700	1559	12,28	20.917	3.452	16,50
>=90	1.852	544	29,37	6.790	960	14,14	8.642	1.504	17,40
Non nota	0	0	NA	1	0	0,00	1	0	0,00
Totale	95.730	4.300	4,49	113.546	3.339	2,94	209.295	7.639	3,65

* Inclusi 19 casi con informazione sul sesso mancante

Tabella A1.2. VALLE D'AOSTA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	80	0	0,00	61	0	0,00	141	0	0,00
10-19	265	0	0,00	264	0	0,00	529	0	0,00
20-29	322	0	0,00	349	0	0,00	671	0	0,00
30-39	392	1	0,26	442	0	0,00	834	1	0,12
40-49	498	1	0,20	716	0	0,00	1.214	1	0,08
50-59	676	3	0,44	769	2	0,26	1.445	5	0,35
60-69	450	19	4,22	448	5	1,12	898	24	2,67
70-79	430	51	11,86	369	30	8,13	799	81	10,14
80-89	299	89	29,77	448	88	19,64	747	177	23,69
>=90	72	29	40,28	221	76	34,39	293	105	35,84
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	3.484	193	5,54	4.087	201	4,92	7.571	394	5,20

Tabella A1.3. LOMBARDIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	8.694	2	0,02	8.001	2	0,02	16.695	4	0,02
10-19	19.903	0	0,00	18.100	2	0,01	38.003	2	0,01
20-29	28.713	6	0,02	28.997	7	0,02	57.710	13	0,02
30-39	29.809	26	0,09	31.531	13	0,04	61.340	39	0,06
40-49	37.979	150	0,39	42.925	63	0,15	80.904	213	0,26
50-59	43.662	595	1,36	46.966	205	0,44	90.628	800	0,88
60-69	29.377	1.877	6,39	25.063	621	2,48	54.440	2.498	4,59
70-79	24.190	4.779	19,76	20.472	2.048	10,00	44.662	6.827	15,29
80-89	17.133	6.031	35,20	24.331	4.729	19,44	41.464	10.760	25,95
>=90	3.325	1.482	44,57	12.708	3.143	24,73	16.033	4.625	28,85
Non nota	10	0	0,00	13	1	7,69	23	1	4,35
Totale	242.795	14.948	6,16	259.107	10.834	4,18	501.902	25.782	5,14

Tabella A1.4. PA BOLZANO: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	952	0	0,00	889	1	0,11	1.841	1	0,05
10-19	1.727	0	0,00	1.647	0	0,00	3.374	0	0,00
20-29	1.938	0	0,00	1.901	0	0,00	3.839	0	0,00
30-39	1.888	0	0,00	1.854	0	0,00	3.742	0	0,00
40-49	2.228	1	0,04	2.758	2	0,07	4.986	3	0,06
50-59	2.777	13	0,47	3.020	4	0,13	5.797	17	0,29
60-69	1.499	36	2,40	1.399	9	0,64	2.898	45	1,55
70-79	1.174	116	9,88	1.169	47	4,02	2.343	163	6,96
80-89	860	183	21,28	1.246	166	13,32	2.106	349	16,57
>=90	210	80	38,10	566	161	28,45	776	241	31,06
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	15.253	429	2,81	16.449	390	2,37	31.702	819	2,58

Tabella A1.5. PA TRENTO: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	359	0	0,00	301	0	0,00	660	0	0,00
10-19	806	0	0,00	730	0	0,00	1.536	0	0,00
20-29	1.116	1	0,09	1.190	0	0,00	2.306	1	0,04
30-39	1.147	1	0,09	1.359	0	0,00	2.506	1	0,04
40-49	1.537	4	0,26	2.031	1	0,05	3.568	5	0,14
50-59	1.912	9	0,47	2.284	2	0,09	4.196	11	0,26
60-69	1.444	37	2,56	1.149	16	1,39	2.593	53	2,04
70-79	1.280	136	10,63	1.102	71	6,44	2.382	207	8,69
80-89	1.091	262	24,01	1.657	202	12,19	2.748	464	16,89
>=90	327	109	33,33	1.119	178	15,91	1.446	287	19,85
Non nota	0	0	NA	1	0	0,00	1	0	0,00
Totale	11.019	559	5,07	12.923	470	3,64	23.942	1.029	4,30

Tabella A1.6. VENETO: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	5.593	0	0,00	5.365	0	0,00	10.958	0	0,00
10-19	11.668	0	0,00	10.970	0	0,00	22.638	0	0,00
20-29	17.618	1	0,01	16.479	0	0,00	34.097	1	0,00
30-39	16.763	3	0,02	16.804	4	0,02	33.567	7	0,02
40-49	22.247	22	0,10	24.221	17	0,07	46.468	39	0,08
50-59	26.656	138	0,52	27.564	44	0,16	54.220	182	0,34
60-69	17.870	402	2,25	15.467	113	0,73	33.337	515	1,54
70-79	12.881	1.046	8,12	11.964	472	3,95	24.845	1.518	6,11
80-89	7.942	1.702	21,43	12.482	1.524	12,21	20.424	3.226	15,80
>=90	1.735	616	35,50	6.897	1.460	21,17	8.632	2.076	24,05
Non nota	1	1	100,00	1	0	0,00	2	1	50,00
Totale	140.974	3.931	2,79	148.214	3.634	2,45	289.188	7.565	2,62

Tabella A1.7. FRIULI VENEZIA GIULIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	843	0	0,00	779	0	0,00	1.622	0	0,00
10-19	1.986	0	0,00	1.673	0	0,00	3.659	0	0,00
20-29	3.025	0	0,00	2.697	0	0,00	5.722	0	0,00
30-39	3.063	1	0,03	3.078	0	0,00	6.141	1	0,02
40-49	4.015	8	0,20	4.428	2	0,05	8.443	10	0,12
50-59	4.729	20	0,42	5.088	10	0,20	9.817	30	0,31
60-69	3.059	76	2,48	2.821	22	0,78	5.880	98	1,67
70-79	2.513	232	9,23	2.334	108	4,63	4.847	340	7,01
80-89	1.572	372	23,66	2.363	352	14,90	3.935	724	18,40
>=90	396	152	38,38	1.406	355	25,25	1.802	507	28,14
Non nota	0	0	NA	1	0	0,00	1	0	0,00
Totale	25.201	861	3,42	26.668	849	3,18	51.869	1.710	3,30

Tabella A1.8. LIGURIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	1.257	0	0,00	1.095	0	0,00	2.352	0	0,00
10-19	2.613	0	0,00	2.342	0	0,00	4.955	0	0,00
20-29	3.640	0	0,00	3.188	0	0,00	6.828	0	0,00
30-39	3.570	0	0,00	3.508	1	0,03	7.078	1	0,01
40-49	4.356	11	0,25	5.124	4	0,08	9.480	15	0,16
50-59	5.579	60	1,08	5.997	21	0,35	11.576	81	0,70
60-69	3.872	183	4,73	3.237	57	1,76	7.109	240	3,38
70-79	3.031	444	14,65	2.856	234	8,19	5.887	678	11,52
80-89	2.580	714	27,67	3.773	593	15,72	6.353	1.307	20,57
>=90	678	246	36,28	1.989	377	18,95	2.667	623	23,36
Non nota	6	0	0,00	7	0	0,00	13	0	0,00
Totale	31.182	1.658	5,32	33.116	1.287	3,89	64.298	2.945	4,58

Tabella A1.9. EMILIA ROMAGNA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	4.669	0	0,00	4.186	0	0,00	8.855	0	0,00
10-19	9.345	1	0,01	8.147	0	0,00	17.492	1	0,01
20-29	12.049	3	0,02	11.332	1	0,01	23.381	4	0,02
30-39	11.477	10	0,09	11.823	4	0,03	23.300	14	0,06
40-49	14.561	36	0,25	16.450	13	0,08	31.011	49	0,16
50-59	15.755	146	0,93	16.824	58	0,34	32.579	204	0,63
60-69	10.473	483	4,61	9.656	184	1,91	20.129	667	3,31
70-79	8.282	1.274	15,38	7.713	560	7,26	15.995	1.834	11,47
80-89	6.280	1.930	30,73	8.822	1.636	18,54	15.102	3.566	23,61
>=90	1.538	700	45,51	5.012	1.414	28,21	6.550	2.114	32,27
Non nota	1	1	100,00	0	0	NA	1	1	100,00
Totale	94.430	4.584	4,85	99.965	3.870	3,87	194.395	8.454	4,35

Tabella A1.10. TOSCANA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	2.574	0	0,00	2.509	1	0,04	5.083	1	0,02
10-19	6.180	0	0,00	5.384	0	0,00	11.564	0	0,00
20-29	8.155	1	0,01	7.259	0	0,00	15.414	1	0,01
30-39	7.237	5	0,07	7.169	1	0,01	14.406	6	0,04
40-49	9.027	21	0,23	10.563	8	0,08	19.590	29	0,15
50-59	10.939	63	0,58	11.637	35	0,30	22.576	98	0,43
60-69	7.149	203	2,84	6.749	75	1,11	13.898	278	2,00
70-79	5.200	520	10,00	5.461	268	4,91	10.661	788	7,39
80-89	3.619	889	24,56	5.201	715	13,75	8.820	1.604	18,19
>=90	792	318	40,15	2.479	598	24,12	3.271	916	28,00
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	60.872	2.020	3,32	64.411	1.701	2,64	125.283	3.721	2,97

Tabella A1.11. UMBRIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	1.003	0	0,00	920	0	0,00	1.923	0	0,00
10-19	1.639	0	0,00	1.484	0	0,00	3.123	0	0,00
20-29	1.900	0	0,00	1.839	0	0,00	3.739	0	0,00
30-39	1.887	1	0,05	2.045	0	0,00	3.932	1	0,03
40-49	2.369	1	0,04	2.685	0	0,00	5.054	1	0,02
50-59	2.539	14	0,55	2.809	5	0,18	5.348	19	0,36
60-69	1.836	40	2,18	1.758	18	1,02	3.594	58	1,61
70-79	1.202	112	9,32	1.245	45	3,61	2.447	157	6,42
80-89	813	155	19,07	1.133	133	11,74	1.946	288	14,80
>=90	159	62	38,99	417	74	17,75	576	136	23,61
Non nota	1	0	0,00	1	0	0,00	2	0	0,00
Totale	15.348	385	2,51	16.336	275	1,68	31.684	660	2,08

Tabella A1.12. MARCHE: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	891	0	0,00	866	0	0,00	1.757	0	0,00
10-19	2.049	0	0,00	1.948	0	0,00	3.997	0	0,00
20-29	2.369	0	0,00	2.443	1	0,04	4.812	1	0,02
30-39	2.450	3	0,12	2.773	0	0,00	5.223	3	0,06
40-49	3.283	8	0,24	3.907	6	0,15	7.190	14	0,19
50-59	3.747	41	1,09	4.322	15	0,35	8.069	56	0,69
60-69	2.766	93	3,36	2.608	44	1,69	5.374	137	2,55
70-79	2.023	260	12,85	2.002	133	6,64	4.025	393	9,76
80-89	1.501	395	26,32	2.257	314	13,91	3.758	709	18,87
>=90	349	120	34,38	1.149	267	23,24	1.498	387	25,83
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	21.428	920	4,29	24.275	780	3,21	45.703	1.700	3,72

Tabella A1.13. LAZIO: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	4.358	2	0,05	4.145	0	0,00	8.503	2	0,02
10-19	9.129	3	0,03	8.481	0	0,00	17.610	3	0,02
20-29	11.735	1	0,01	11.816	0	0,00	23.551	1	0,00
30-39	11.822	12	0,10	12.339	7	0,06	24.161	19	0,08
40-49	14.340	33	0,23	16.652	16	0,10	30.992	49	0,16
50-59	16.225	159	0,98	16.966	58	0,34	33.191	217	0,65
60-69	10.690	406	3,80	9.426	141	1,50	20.116	547	2,72
70-79	6.860	684	9,97	6.675	352	5,27	13.535	1.036	7,65
80-89	4.243	858	20,22	6.385	777	12,17	10.628	1.635	15,38
>=90	870	245	28,16	2.577	421	16,34	3.447	666	19,32
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	90.272	2.403	2,66	95.462	1.772	1,86	185.734	4.175	2,25

Tabella A1.14. ABRUZZO: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	997	0	0,00	857	0	0,00	1.854	0	0,00
10-19	1.786	0	0,00	1.624	0	0,00	3.410	0	0,00
20-29	2.222	1	0,05	2.100	0	0,00	4.322	1	0,02
30-39	2.398	2	0,08	2.423	1	0,04	4.821	3	0,06
40-49	2.793	4	0,14	3.186	3	0,09	5.979	7	0,12
50-59	3.276	33	1,01	3.434	15	0,44	6.710	48	0,72
60-69	2.415	118	4,89	2.258	38	1,68	4.673	156	3,34
70-79	1.616	207	12,81	1.458	102	7,00	3.074	309	10,05
80-89	1.019	274	26,89	1.502	230	15,31	2.521	504	19,99
>=90	261	95	36,40	695	176	25,32	956	271	28,35
Non nota	1	0	0,00	0	0	NA	1	0	0,00
Totale	18.784	734	3,91	19.537	565	2,89	38.321	1.299	3,39

Tabella A1.15. MOLISE: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	190	0	0,00	188	0	0,00	378	0	0,00
10-19	372	0	0,00	337	0	0,00	709	0	0,00
20-29	418	0	0,00	363	0	0,00	781	0	0,00
30-39	414	0	0,00	439	1	0,23	853	1	0,12
40-49	471	3	0,64	530	0	0,00	1.001	3	0,30
50-59	614	6	0,98	656	2	0,30	1.270	8	0,63
60-69	447	15	3,36	435	6	1,38	882	21	2,38
70-79	309	30	9,71	256	12	4,69	565	42	7,43
80-89	214	50	23,36	335	40	11,94	549	90	16,39
>=90	67	17	25,37	180	36	20,00	247	53	21,46
Non nota	0	0	NA	0	0	NA	0	0	NA
Totale	3.516	121	3,44	3.719	97	2,61	7.235	218	3,01

Tabella A1.16. CAMPANIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	4.473	0	0,00	4.089	0	0,00	8.562	0	0,00
10-19	9.346	0	0,00	8.798	1	0,01	18.144	1	0,01
20-29	14.957	2	0,01	15.009	3	0,02	29.966	5	0,02
30-39	14.633	13	0,09	14.138	8	0,06	28.771	21	0,07
40-49	15.449	53	0,34	15.911	24	0,15	31.360	77	0,25
50-59	17.608	203	1,15	16.987	63	0,37	34.595	266	0,77
60-69	12.717	458	3,60	10.609	152	1,43	23.326	610	2,62
70-79	7.547	824	10,92	7.044	325	4,61	14.591	1.149	7,87
80-89	3.273	601	18,36	4.435	442	9,97	7.708	1.043	13,53
>=90	427	105	24,59	1.136	140	12,32	1.563	245	15,67
Non nota	7	1	14,29	11	0	0,00	18	1	5,56
Totale	100.437	2.260	2,25	98.167	1.158	1,18	198.604	3.418	1,72

Tabella A1.17. PUGLIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	2.060	0	0,00	1.972	0	0,00	4.032	0	0,00
10-19	4.250	0	0,00	4.105	0	0,00	8.355	0	0,00
20-29	6.555	2	0,03	6.957	2	0,03	13.512	4	0,03
30-39	6.654	7	0,11	7.277	8	0,11	13.931	15	0,11
40-49	7.450	23	0,31	8.472	10	0,12	15.922	33	0,21
50-59	9.089	104	1,14	9.747	38	0,39	18.836	142	0,75
60-69	6.926	257	3,71	6.210	91	1,47	13.136	348	2,65
70-79	4.399	518	11,78	4.336	251	5,79	8.735	769	8,80
80-89	2.562	560	21,86	3.671	484	13,18	6.233	1.044	16,75
>=90	546	179	32,78	1.359	220	16,19	1.905	399	20,94
Non nota	0	0	NA	1	1	100,00	1	1	100,00
Totale	50.491	1.650	3,27	54.107	1.105	2,04	104.598	2.755	2,63

Tabella A1.18. BASILICATA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	266	0	0,00	283	0	0,00	549	0	0,00
10-19	607	0	0,00	544	0	0,00	1.151	0	0,00
20-29	742	0	0,00	661	0	0,00	1.403	0	0,00
30-39	745	1	0,13	748	0	0,00	1.493	1	0,07
40-49	847	4	0,47	920	0	0,00	1.767	4	0,23
50-59	1.059	8	0,76	1.099	1	0,09	2.158	9	0,42
60-69	757	23	3,04	692	8	1,16	1.449	31	2,14
70-79	385	47	12,21	424	21	4,95	809	68	8,41
80-89	297	49	16,50	482	42	8,71	779	91	11,68
>=90	90	11	12,22	193	22	11,40	283	33	11,66
Non nota	27	0	0,00	20	0	0,00	47	0	0,00
Totale	5.822	143	2,46	6.066	94	1,55	11.888	237	1,99

Tabella A1.19. CALABRIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	744	0	0,00	715	0	0,00	1.459	0	0,00
10-19	1.543	0	0,00	1.374	0	0,00	2.917	0	0,00
20-29	1.813	0	0,00	1.838	0	0,00	3.651	0	0,00
30-39	1.917	0	0,00	1.951	1	0,05	3.868	1	0,03
40-49	1.965	1	0,05	2.272	0	0,00	4.237	1	0,02
50-59	2.255	12	0,53	2.418	5	0,21	4.673	17	0,36
60-69	1.735	58	3,34	1.526	17	1,11	3.261	75	2,30
70-79	944	78	8,26	998	39	3,91	1.942	117	6,02
80-89	507	73	14,40	795	75	9,43	1.302	148	11,37
>=90	105	18	17,14	220	36	16,36	325	54	16,62
Non nota	1	0	0,00	0	0	NA	1	0	0,00
Totale	13.529	240	1,77	14.107	173	1,23	27.636	413	1,49

Tabella A1.20. SICILIA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

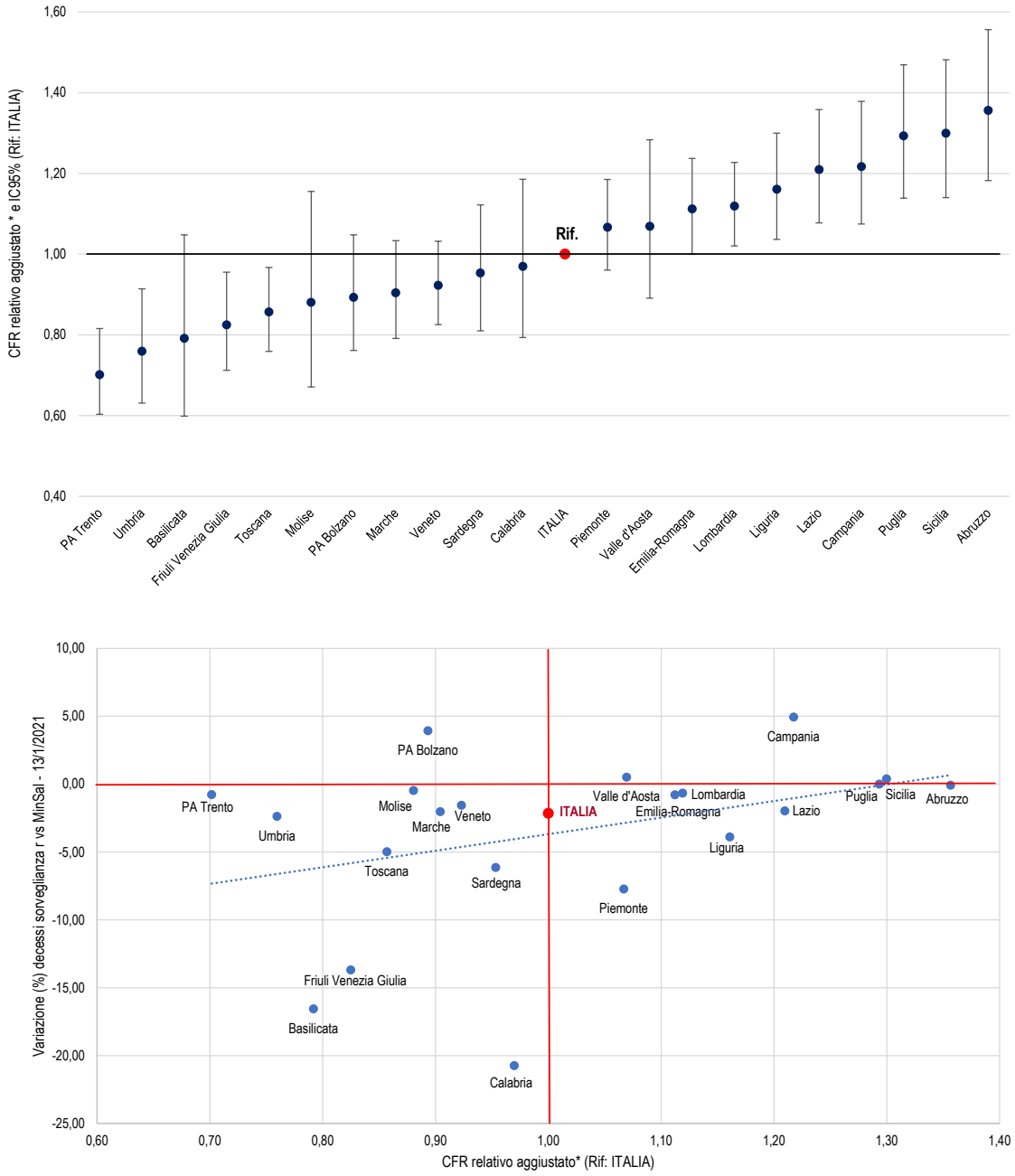
Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	2.786	0	0,00	2.612	0	0,00	5.398	0	0,00
10-19	5.768	0	0,00	5.434	1	0,02	11.202	1	0,01
20-29	7.331	4	0,05	7.283	1	0,01	14.614	5	0,03
30-39	7.483	1	0,01	7.742	2	0,03	15.225	3	0,02
40-49	8.326	30	0,36	9.181	11	0,12	17.507	41	0,23
50-59	9.565	104	1,09	9.682	39	0,40	19.247	143	0,74
60-69	6.941	258	3,72	6.408	111	1,73	13.349	369	2,76
70-79	4.512	561	12,43	4.281	261	6,10	8.793	822	9,35
80-89	2.478	563	22,72	3.691	485	13,14	6.169	1.048	16,99
>=90	500	155	31,00	1.301	265	20,37	1.801	420	23,32
Non nota	7	0	0,00	6	0	0,00	13	0	0,00
Totale	55.697	1.676	3,01	57.621	1.176	2,04	113.318	2.852	2,52

Tabella A1.21. SARDEGNA: numero di casi e decessi per sesso e gruppo di età notificati al Sistema di Sorveglianza dal 20 febbraio 2020 al 13 gennaio 2021

Classe di età (anni)	Uomini			Donne			Totale		
	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi	Casi	Decessi	% Decessi
0-9	844	0	0,00	839	0	0,00	1.683	0	0,00
10-19	1.613	0	0,00	1.487	0	0,00	3.100	0	0,00
20-29	1.605	0	0,00	1.683	0	0,00	3.288	0	0,00
30-39	1.810	4	0,22	2.093	2	0,10	3.903	6	0,15
40-49	2.301	8	0,35	2.855	3	0,11	5.156	11	0,21
50-59	2.636	30	1,14	3.171	7	0,22	5.807	37	0,64
60-69	1.982	88	4,44	1.889	23	1,22	3.871	111	2,87
70-79	1.317	135	10,25	1.292	60	4,64	2.609	195	7,47
80-89	798	181	22,68	1.278	139	10,88	2.076	320	15,41
>=90	182	44	24,18	609	87	14,29	791	131	16,56
Non nota	0	0	NA	1	1	100,00	1	1	100,00
Totale	15.088	490	3,25	17.197	322	1,87	32.285	812	2,52

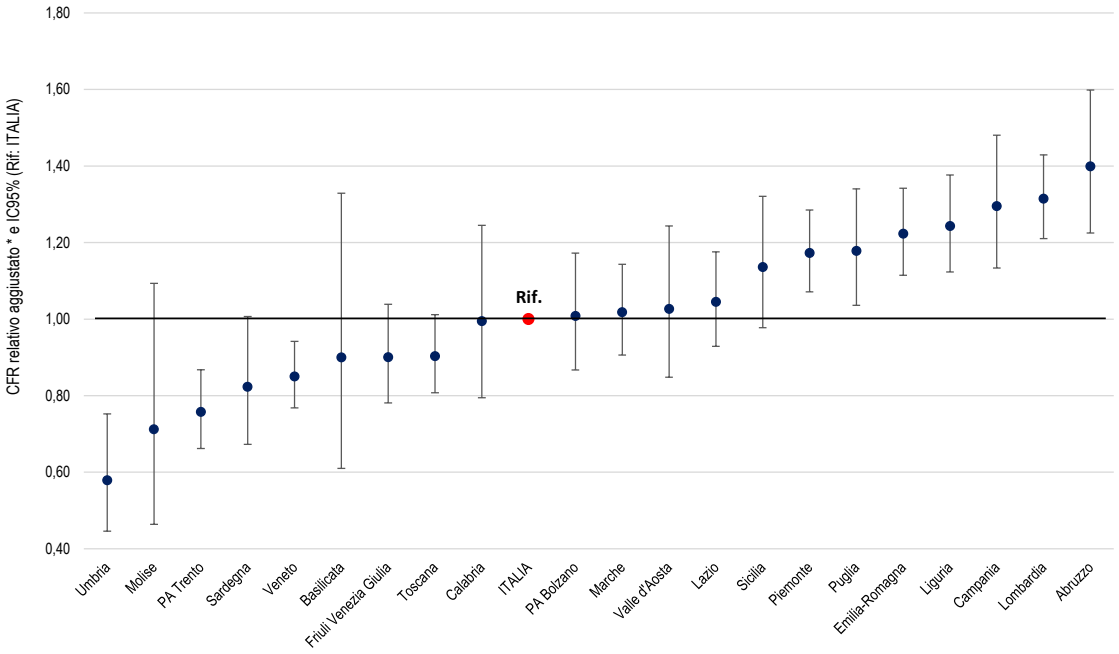
Appendice A2

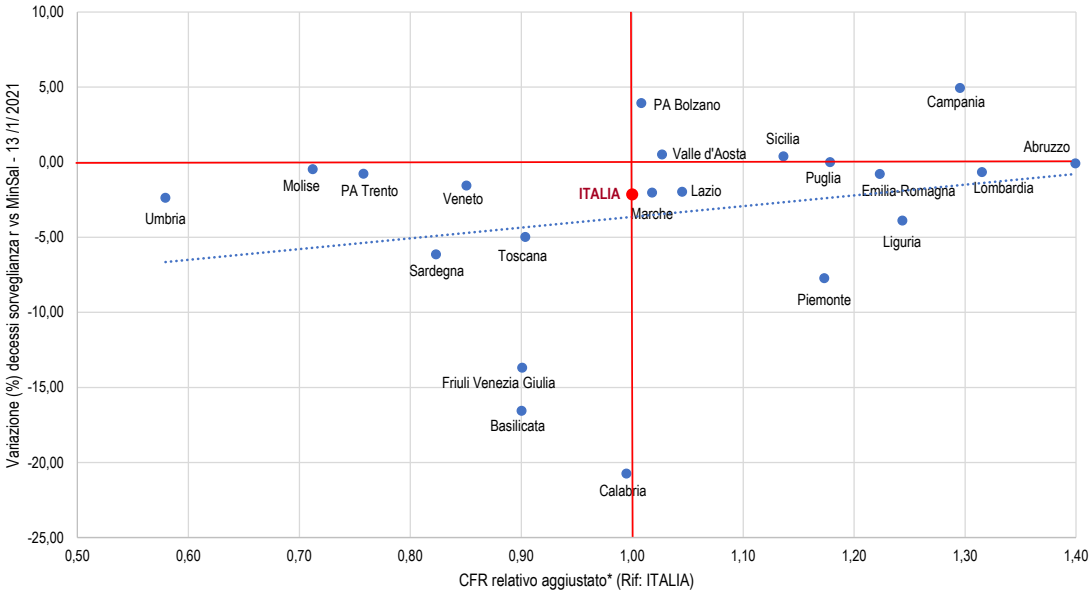
CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi (casi ≥ 50 anni)



* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

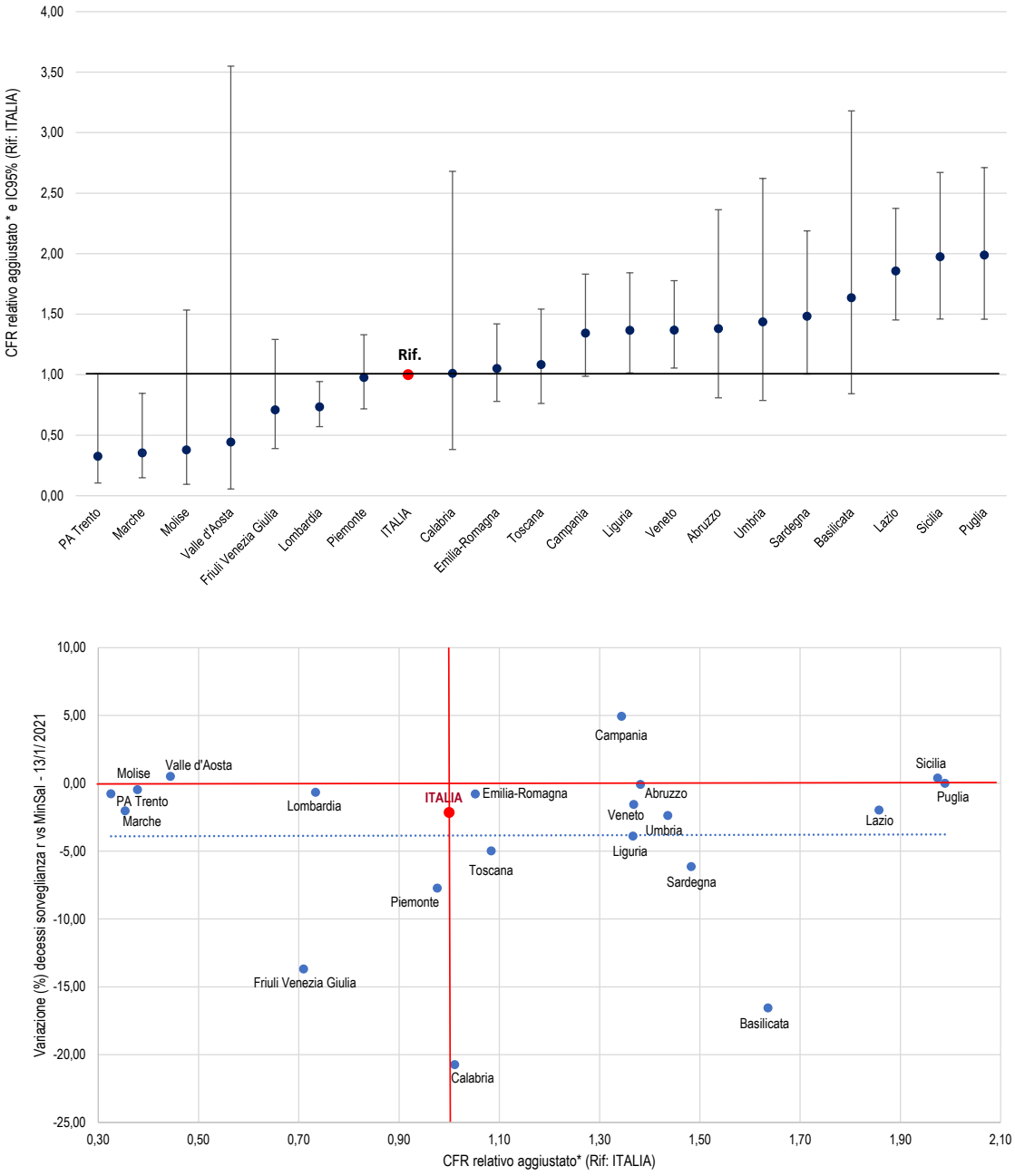
Figura A2.1. CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia tra i casi di età ≥ 50 anni (febbraio - ottobre 2020)





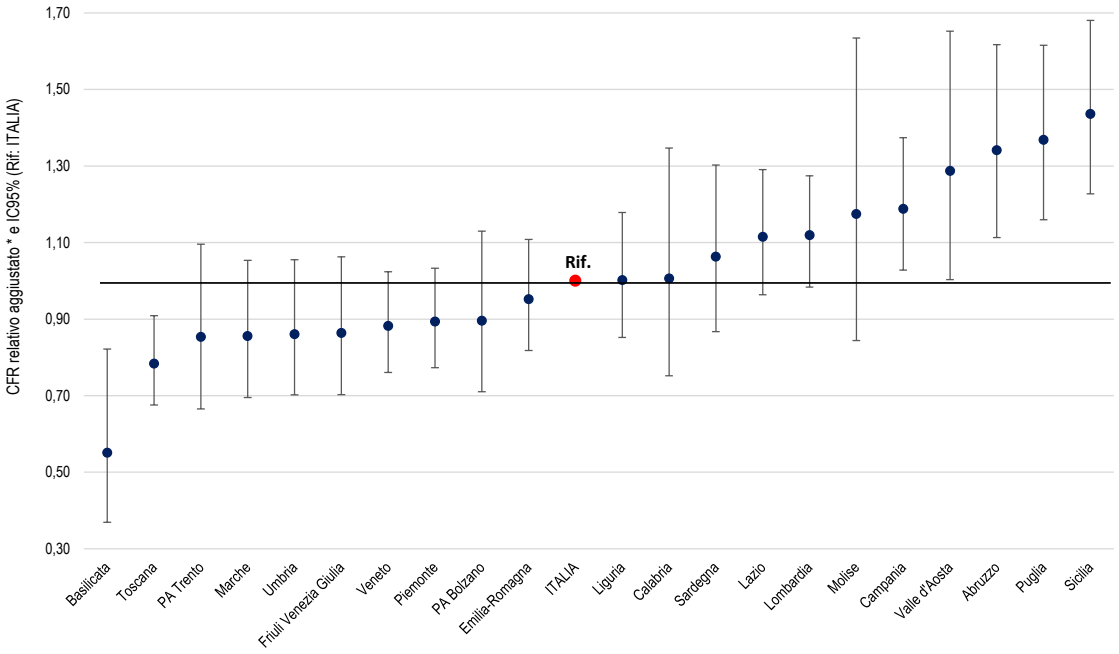
* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

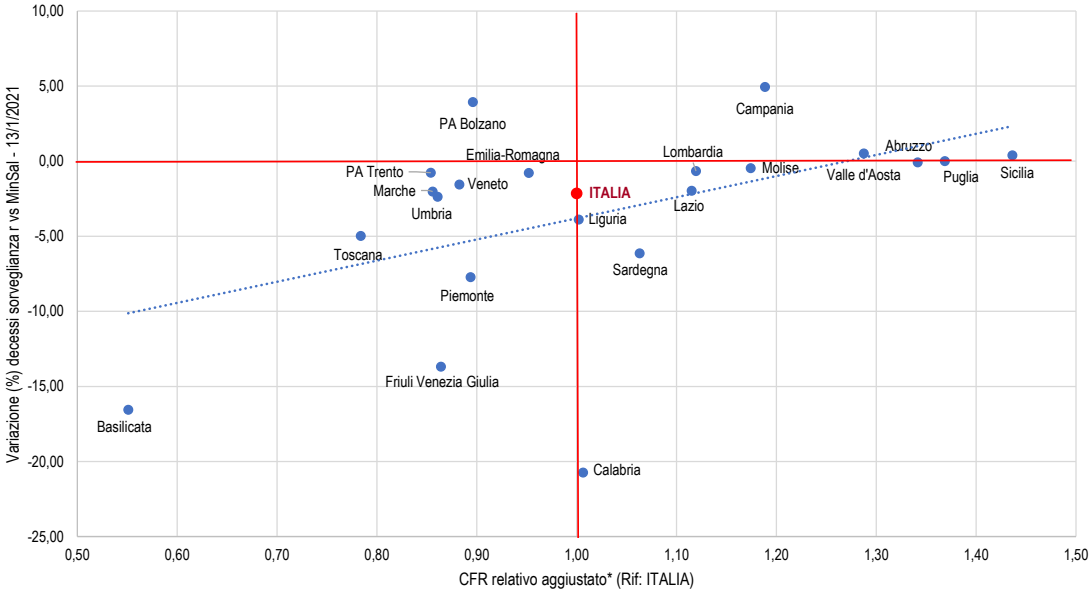
Figura A2.2. CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia tra i casi di età ≥ 50 anni (febbraio - maggio 2020)



* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

Figura A2.3. CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia tra i casi di età ≥ 50 anni (giugno - settembre 2020)





* CFR relativo aggiustato per sesso, classe di età e mese di diagnosi; IC: intervallo di confidenza

Figura A2.4. CFR relativo aggiustato delle Regioni/PA in riferimento all'Italia tra i casi di età ≥ 50 anni (ottobre 2020)

Rapporti ISS COVID-19

Accessibili da **https://www.iss.it/rapporti-covid-19**

2021

1. Fabiani M, Onder G, Boros S, Spuri M, Minelli G, Urdiales AM, Andrianou X, Riccardo F, Del Manso M, Petrone D, Palmieri L, Vescio MF, Bella A, Pezzotti P. *Il case fatality rate dell'infezione SARS-CoV-2 a livello regionale e attraverso le differenti fasi dell'epidemia in Italia. Versione del 20 gennaio 2021.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2021. (Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2021)

2020

1. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19.* Versione del 24 luglio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020 Rev.)
2. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni* ad interim *per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2.* Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020 Rev. 2)
3. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Gestione dei Rifiuti. *Indicazioni* ad interim *per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2.* Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2)
4. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali.* Versione del 24 agosto 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020 Rev. 2)
5. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria *indoor*. *Indicazioni ad per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2.* Versione del 25 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/2020 Rev. 2).
6. Gruppo di lavoro ISS Cause di morte COVID-19. *Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2.* Versione del 23 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 6/2020).
7. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19 e Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Rifiuti COVID-19. *Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2.* Versione del 29 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 7/2020).
8. Osservatorio Nazionale Autismo ISS. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2.* Versione del 30 aprile 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 8/2020 Rev.).
9. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente – Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 3 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 9/2020).
10. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni ad interim su acqua e servizi igienici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2 Versione del 7 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 10/2020).
11. Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19: aspetti di analisi molecolare e sierologica. *Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per*

la diagnosi di COVID-19. Versione del 29 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 11/2020 Rev 2).

12. Gabbrielli F, Bertinato L, De Filippis G, Bonomini M, Cipolla M. *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Versione del 13 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 12/2020).
13. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19. Versione del 15 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 13/2020).
14. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 14 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 14/2020).
15. Gruppo di lavoro ISS Farmaci COVID-19. *Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie. Versione del 16 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 15/2020).
16. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi. Versione del 19 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 16/2020).
17. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2. Versione del 19 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 17/2020).
18. Gruppo di lavoro ISS Ricerca traslazionale COVID-19. *Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19. Versione del 26 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 18/2020).
19. Gruppo di lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi. Versione del 25 aprile 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 19/2020).
20. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 Rev. 2).
21. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19. Versione del 3 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 21/2020).
22. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 28 maggio.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 22/2020 Rev.)
23. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19 *Indicazioni di un programma di intervento dei Dipartimenti di Salute Mentale per la gestione dell'impatto dell'epidemia COVID-19 sulla salute mentale. Versione del 6 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 23/2020).
24. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim per una appropriata gestione dell'iposurrenalismo in età pediatrica nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione del 10 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 24/2020)
25. Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)
26. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti. *Indicazioni ad interim sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico. Versione del 18 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 26/2020)

27. Ricci ML, Rota MC, Scaturro M, Nardone M, Veschetti E, Lucentini L, Bonadonna L, La Mura S. *Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19. Versione del 17 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 27/2020).
28. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19. *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 1: normativa e tipologie. Versione del 18 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 28/2020)
29. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19. *Indicazioni ad interim su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2. Versione 21 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 29/2020)
30. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19. Versione del 14 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020)
31. Gruppo di lavoro Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID-19. Versione del 26 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 31/2020)
32. Gruppo di lavoro ISS Sanità Pubblica Veterinaria e Sicurezza Alimentare COVID-19. *Indicazioni ad interim sul contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e sull'igiene degli alimenti nell'ambito della ristorazione e somministrazione di alimenti. Versione del 27 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 32/2020).
33. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 33/2020).
34. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020)
35. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020)
36. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni sulle attività di balneazione, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 36/2020).
37. Gruppo di Lavoro ISS Ambiente-Rifiuti COVID-19. *Indicazioni per le piscine, di cui all'Accordo 16/1/2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 37/2020).
38. Silano M, Bertinato L, Boirivant M, Pocchiari M, Taruscio D, Corazza GR, Troncone R *Indicazioni ad interim per un'adeguata gestione delle persone affette da celiachia nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 38/2020).
39. Gruppo di lavoro ISS Malattie Rare COVID-19 *Censimento dei bisogni (23 marzo - 5 aprile 2020) delle persone con malattie rare in corso di pandemia da SARS-CoV-2. Versione del 30 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 39/2020).
40. Gruppo di Lavoro Bioetica COVID-19. *Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 40/2020).
41. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19. Versione del 29 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020).
42. Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19. Versione del 28 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020).

43. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni ad interim per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020)

44. Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. *Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020)

45. Giusti A, Zambri F, Marchetti F, Sampaolo L, Taruscio D, Salerno P, Chiantera A, Colacurci N, Davanzo R, Mosca F, Petrini F, Ramenghi L, Vicario M, Villani A, Viora E, Zanetto F, Donati S. *Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Versione 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020)

46. Gruppo di Lavoro ISS Test Diagnostici COVID-19 e Gruppo di Lavoro ISS Dispositivi Medici COVID-19. *Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder. Versione del 23 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 46/2020)

47. Gruppo di Lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Etica della ricerca durante la pandemia di COVID-19: studi osservazionali e in particolare epidemiologici. Versione del 29 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 47/2020)

48. Gruppo di Lavoro Immunologia COVID-19. S*trategie immunologiche ad interim per la terapia e prevenzione della COVID-19. Versione del 4 giugno 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 48/2020).

49. Gruppo di Lavoro ISS Cause di morte COVID-19, Gruppo di lavoro Sovrintendenza sanitaria centrale – INAIL, ISTAT. *COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte. Versione dell'8 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020)

50. Perilli R, Grigioni M, Porta M, Cruciani F, Bandello F, Mastropasqua L, Consoli A. *Contributo dell'innovazione tecnologica alla sicurezza del paziente diabetico da sottoporre ad esame del fondo oculare in tempi di COVID-19. Versione del 24 giugno 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 50/2020 Rev.).

51. Gruppo di Lavoro ISS Farmaci COVID-19. *Integratori alimentari o farmaci? Regolamentazione e raccomandazioni per un uso consapevole in tempo di COVID-19. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 51/2020)

52. Gruppo di lavoro SISVet-ISS. *Protocollo di gestione dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2 nelle strutture veterinarie universitarie. Versione dell'11 giugno 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 52/2020)

53. Filia A, Urdiales AM, Rota MC. *Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19. Versione del 25 giugno 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 53/2020).

54. Giansanti D, D'Avenio G, Rossi M, Spurio A, Bertinato L, Grigioni M. *Tecnologie a supporto del rilevamento della prossimità: riflessioni per il cittadino, i professionisti e gli stakeholder in era COVID-19. Versione del 31 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 54/2020).

55. Cisbani E, Dini V, Grande S, Palma A, Rosi A, Tabocchini MA, Gasparrini F, Orlacchio A. *Stato dell'arte sull'impiego della diagnostica per immagini per COVID-19. Versione del 7 luglio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 55/2020)

56. Gruppo di lavoro ISS-INAIL. *Focus on: utilizzo professionale dell'ozono anche in riferimento al COVID-19. Versione del 21 luglio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 56/2020)

57. Gruppo di lavoro ISS Formazione COVID-19. *Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: il case report dell'Istituto Superiore di Sanità. Versione del 31 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020)

58. Gruppo di Lavoro ISS, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, INAIL, Fondazione Bruno Kessler, Regione Emilia-Romagna, Regione Veneto, R. *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia. Versione del 28 agosto 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 Rev.)

59. Gruppo di lavoro ISS Bioetica COVID-19. *Supporto digitale al tracciamento dei contatti (contact tracing) in pandemia: considerazioni di etica e di governance. Versione del 17 settembre 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 59/2020)

60. Gabbrielli F, Capello F, Tozzi AE, Rabbone I, Caruso M, Garioni M, Taruscio D, Bertinato L, Scarpa M. *Indicazioni ad interim per servizi sanitari di telemedicina in pediatria durante e oltre la pandemia COVID-19. Versione del 10 ottobre 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 60/2020).

61. Tavolo per il monitoraggio e implementazione del Piano Nazionale delle Demenze. I*ndicazioni ad interim per un appropriato sostegno alle persone con demenza nell'attuale scenario della pandemia di COVID-19. Versione del 23 ottobre 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 61/2020).

62. D'Ancona F, Isonne C, Lia L, Urdiales AM, Onder G, Vanacore N, Bellentani MD, Caraglia A, D'Alisera A, Iera J, Sabbatucci M, Spizzichino M, Benini F, Pizzuto M, Scaccabarozzi G, Pucciarelli G. *Indicazioni per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2 negli* hospice *e nelle cure palliative domiciliari. Versione del 15 dicembre 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 62/2020).

63. Rota MC, Bellino S, Vescio MF, Del Manso M, Andrianou X, Urdiales AM, Spuri M, Fabiani M, Bella A, Riccardo F, Pezzotti P. *Apertura delle scuole e andamento dei casi confermati di SARS-CoV-2: la situazione in Italia. Versione del 30 dicembre 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 63/2020).

Allegato n. 4

PROTOCOLLO.E.0004236.13-01-2021 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Analisi sulla persistenza di elevata incidenza nel territorio della Regione del Veneto

(periodo novembre - dicembre 2020)

DOCUMENTO PER UNITÀ DI CRISI COVID-19 della REGIONE DEL VENETO

Valutazione al 2.1.2020

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

SOMMARIO

ELEMENTI CONSIDERATI NELL'ANALISI **3**
Analisi e Report periodici 3
Forza dell'infezione 4
Riepilogo interventi attuati 5
Analisi di sequenziamento virale di SARS-CoV 8

AZIONI ED INTERVENTI DA ATTUARE **10**
Rafforzamento delle misure di mitigazione 10
Campagna informativa e di sensibilizzazione per la popolazione 11
Contact Tracing 11
Comportamenti dei soggetti sottoposti a misure restrittive 12
Scuole e Servizi educativi per l'infanzia 12
Attività didattica in presenza 12
Aggiornamento e adeguamento delle "Linee di Indirizzo per la Gestione dei contatti scolastici" 13

ELEMENTI CONSIDERATI NELL'ANALISI

Analisi e Report periodici

Si riporta di seguito l'elenco dei principali report prodotti a livello regionale, nei quali sono approfonditi specifici aspetti descrittivi dell'andamento dell'epidemia e della capacità di risposta nei singoli contesti. Tutti i report confluiscono nel sistema di biosorveglianza regionale, attivato fin dalle prime fasi con l'obiettivo di soddisfare i bisogni conoscitivi per il governo efficace dell'epidemia e per la definizione delle misure di prevenzione e controllo e delle necessarie azioni di sanità pubblica a tutela della salute dei singoli e della collettività, con l'obiettivo di contenere contagi, ricoveri e decessi.

Documento	Descrizione	Frequenza
Rapporto giornaliero nuovi positivi, ricoveri, decessi	Rapporto pubblicato 2 volte al giorno (ore 8.00 - ore 17.00) nel quale sono riportati (dati attuali e variazione rispetto alla pubblicazione precedente) i seguenti dati: casi positivi, ricoveri (area critica e area non critica), decessi, sia in strutture sanitarie, sia in strutture socio-sanitarie territoriali.	2/die
Rapporto giornaliero PS	Analisi degli accessi in Pronto Soccorso per singola Azienda ULSS	1/die
Rapporto giornaliero ricoveri	Analisi dettagliata dell'occupazione, per ogni singola Azienda, dei posti letto in Terapia Intensiva e in Area non critica	1/die
Rapporto giornaliero RSA	Analisi dettagliata dell'andamento dell'epidemia per ogni struttura socio-sanitaria territoriale, con descrizione di ospiti infetti, guariti e deceduti	1/die
Analisi tamponi effettuati dalla medicina territoriale	Analisi sull'attività di test con tampone antigenico effettuata da Medici di Medicina Generale, Medici di Continuità Assistenziale e Pediatri di Libera Scelta	1/die
Analisi complessiva test (molecolari e antigenici)	Analisi sui principali dati relativi ai test effettuati (tamponi molecolari e tamponi antigenici), con dettaglio su strutture (pubbliche, private accreditate) ed esiti	1/die
Rapporto settimanale sull'andamento dell'epidemia	Rapporto pubblicato 1 volta a settimana con approfondimenti epidemiologici sui seguenti aspetti: - andamento giornaliero dei positivi - mappa dei tassi d'incidenza per comune e periodo di insorgenza - mortalità generale - ospedalizzazione - casi positivi nei centri servizi per anziani e disabili e strutture di riabilitazione - monitoraggio operatori sanitari	1/sett.

Tale reportistica si integra con il monitoraggio degli indicatori di cui al DM del 30.04.2020 e alimenta modelli previsionali utilizzati per stimare l'andamento della curva epidemica, con particolare riferimento a nuovi positivi, ricoveri in terapia intensiva e decessi.

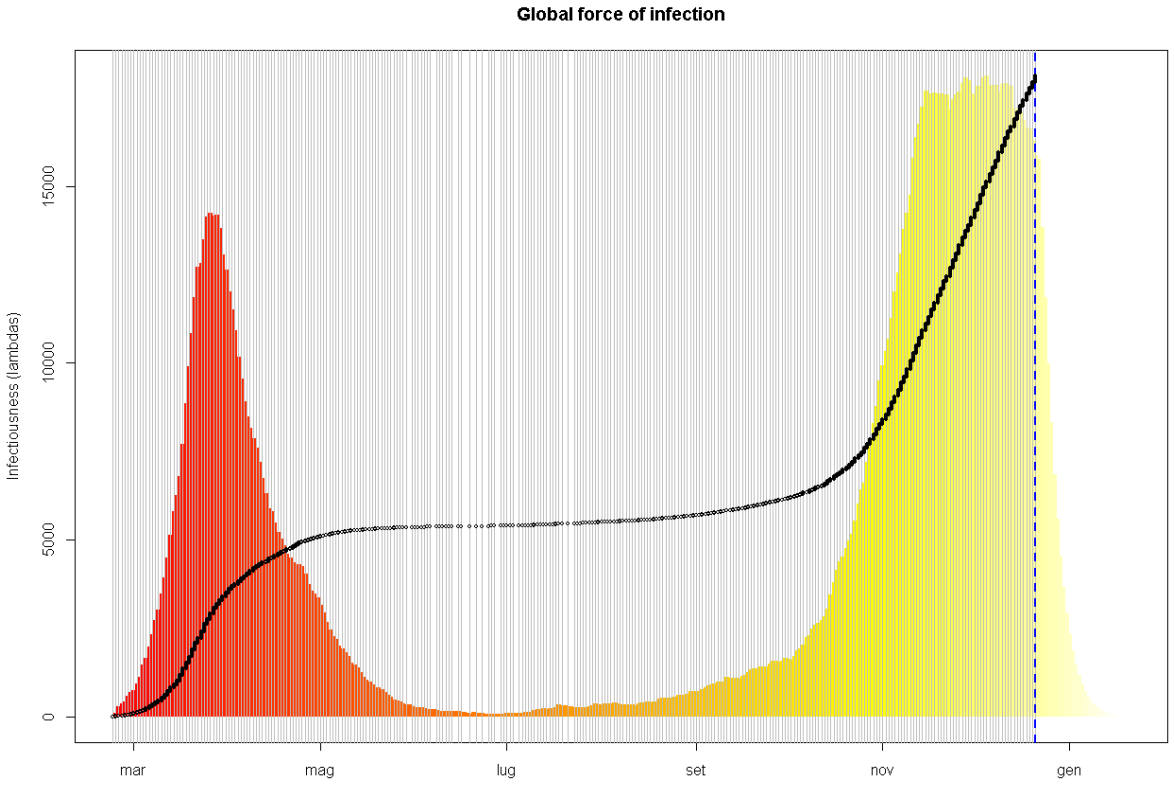
Tali report sono integrati con un ulteriore monitoraggio specifico rispetto alle attività e al personale dei Dipartimenti di Prevenzione coinvolto nelle attività di presa in carico e contact tracing (avviato in data 3 dicembre 2020 e in costante analisi e sviluppo).

Forza dell’infezione

L’analisi dei ricoveri totali nelle strutture sanitarie da marzo a dicembre descrive la situazione nei due periodi epidemici: il grafico riporta la forza dell’infezione, in termini di incremento del numero di ricoveri (in nero la curva cumulativa dei ricoveri), indicatore scelto perché più robusto nella misurazione del fenomeno.

Emerge che la forza è un po‘ più alta nella seconda ondata, ma ciò che si evidenzia è la persistenza dal 15 novembre in poi di una situazione di stabilità nella curva.

Per il calcolo della forza dell’infezione o infettività è stata considerata come variabile il numero di ricoveri, proxi della diffusione dell'incidenza dell’infezione. Nel calcolo è stato considerato un tempo medio di incubazione di 6 giorni. E’ stata modellata la probabilità di ricovero utilizzando una serie intervallo funzione della probabilità di sviluppo di casi secondari partendo da un caso primario.



Riepilogo interventi attuati

Si riporta di seguito il dettaglio degli interventi previsti e le principali azioni attuate dagli organi nazionali e regionali per lo Scenario 3 "*Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo*" così come riportati nel documento "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*" trasmesso con circolare del Ministero della Salute del 9 ottobre 2020.

Adeguamento delle strategie di testing e di gestione dei casi sospetti, confermati e contatti	
semplificazione contact tracing [N, R, L]	- Decreto Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 61 del 9 novembre 2020 - Istituzione di un Gruppo di Lavoro tecnico a supporto dei Dipartimenti di Prevenzione per l'organizzazione delle attività di presa in carico dei nuovi positivi e di tracciamento dei contatti stretti - Definizione di un modello organizzativo di "*Presa in Carico Rapida*" da adottare nei momenti di rapido aumento dei soggetti positivi (23 novembre 2020) - Costante sviluppo e adeguamento degli applicativi regionali (SIAVr-COVID integrato con Portale Operatore in uso a MMG/PLS) per la registrazione e tracciabilità delle attività di contact tracing.
priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione [R, L]	- DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020 - Definizione delle priorità delle attività COVID rispetto alle attività ordinarie - Incontri con Direttori SISP e Direttori Dipartimento di Prevenzione per prioritarizzazione delle attività - Aggiornamento degli Obiettivi dei Direttori Generali con inserimento di un indicatore relativo all'attività di contact tracing
attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID [R, L]	- DGR n. 782 del 16 giugno 2020- Piano di Potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione e adeguamento delle dotazioni organiche - Assunzione del personale reso disponibile a seguito del Bando di Manifestazione di interessa della Protezione Civile Nazionale e di Bandi Regionali (Azienda Zero) - Avvio di un Monitoraggio ulteriore e specifico sulle attività e sul personale dei Dipartimenti coinvolto nelle attività di presa in carico e contact tracing (3 dicembre 2020) - OPGR n. 148 del 31 ottobre 2020 con approvazione del Protocollo d'intesa con la MMG per le attività di esecuzione tamponi e provvedimenti contumaciali e contact tracing, con definizione di uno specifico protocollo operativo in sinergia con i Dipartimenti di Prevenzione - DGR n. 1643 del 24 novembre 2020 - Approvazione di un progetto di ricerca dell'Università degli Studi di Padova e finanziato dalla Regione del Veneto che, tra gli obiettivi, dovrà studiare, sulla base dei dati raccolti dai Dipartimenti di Prevenzione, le modalità di diffusione del virus e generare un modello in grado di spiegare i dettagli delle catene di contagio ("*Progetto per valutare la prevalenza e la diffusione di SARS-CoV-2 nella popolazione")*
tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici	- Definizione delle "*Indicazioni operativa per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2*" approvate in data 5 ottobre 2020. - Definizione di uno specifico protocollo operativo per le atotività di testing e tracciamento per SISP e MMG.

rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) [R, L]	- DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020 - Rimodulazione delle attività di screening periodo per le categorie a maggior rischio
potenziamento alberghi per isolamento casi [R, L]	Individuazione di strutture alberghiere in accordo tra Azienda ULSS e Protezione Civile per le esigenze locali di isolamento e quarantena dei soggetti positivi, di soggetti post-dimissione o per gli operatori sanitari coinvolti in attività di assistenza a pazienti COVID-19.

Interventi di Comunità	

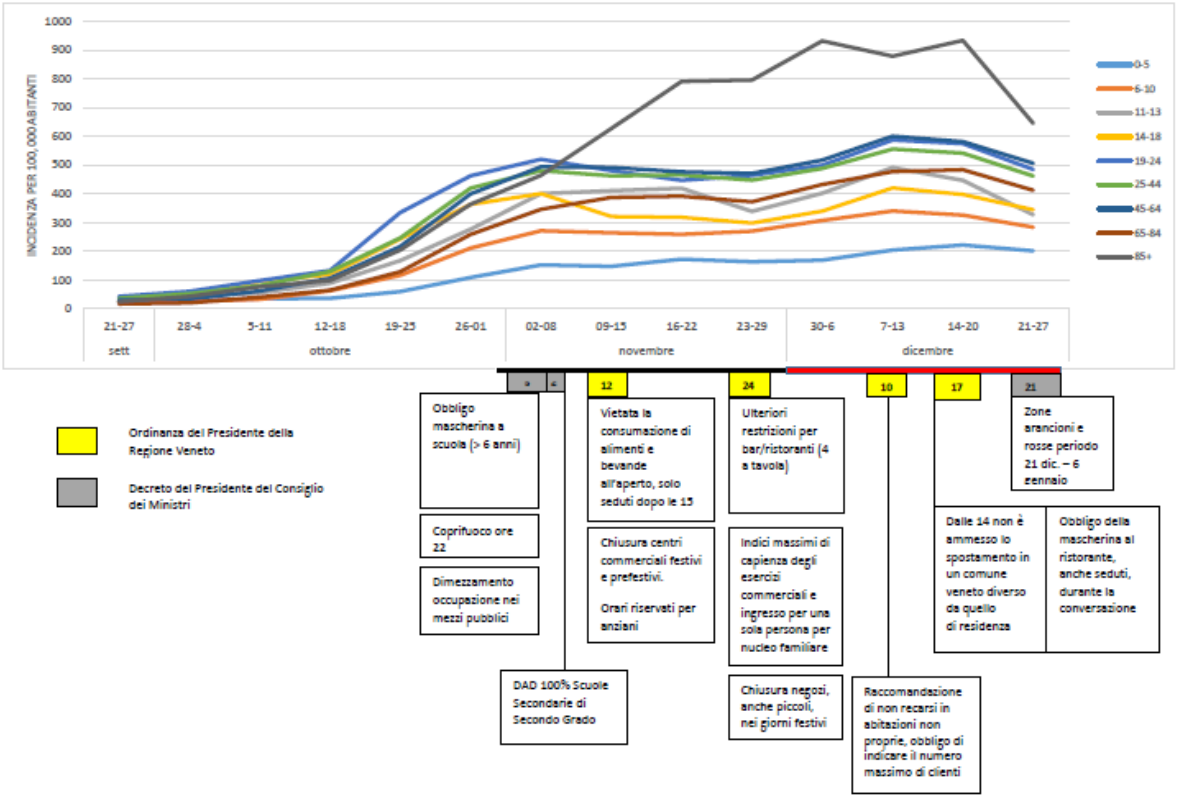
azioni (locali, provinciali e regionali) per l'aumento delle distanze sociali [R, L]	- OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 (*ingresso per una sola persona per nucleo familiare, indici massimi di capienza degli esercizi commerciali:*
	  - *esercizi fino a 40 mq di superficie di vendita: 1 cliente, come da allegato 11 del DPCM 3.11.2020*
	  - *esercizi fino a 250 mq di superficie di vendita: 1 cliente ogni 20 mq.*
	  - *esercizi sopra i 250 mq di superficie di vendita: 1 cliente ogni 30 mq.)*
	- OPGR n. 67 del 10 dicembre 2020 (*raccomandazione di non recarsi in abitazioni non proprie, obbligo di indicare il numero massimo di clienti ammessi in ogni esercizio commerciale*)

possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto [R, L]	- Decreto Legge del 7 ottobre 2020 - OPGR n. 151 del 12 novembre 2020
zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt [R, L]	- Specifiche misure restrittive per l'area del Comelico e dell'area di alcuni comuni del Vicentino - Screening popolazione Auronzo di Cadore (BL) il 29 novembre 2020 - Attento monitoraggio epidemiologico dei comuni a maggior incidenza (es. vicentino, bellunese, trevigiano, etc)
interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti [R, L]	- OPGR n. 151 del 12 novembre 2020 (*dalle ore 15.00 somministrazione di alimenti e bevande esclusivamente seduti, divieto di consumo di alimenti e bevande all'aperto*) - OPGR n. 169 del 17 dicembre 2020 (*non possono essere collocati più di quattro avventori per tavolo, anche se conviventi. Obbligo della mascherina al ristorante, anche seduti, anche durante la conversazione*)
valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio [N, R, L]	- OPGR n. 151 del 12 novembre 2020 (*divieto mercati all'aperto su area, fasce orarie di accesso agli esercizi commerciali riservate per gli anziani, chiusura delle medie e grandi strutture di vendita nei giorni festivi e prefestivi*) - OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 *(nei giorni prefestivi le grandi e medie strutture di vendita, sia con un esercizio unico, sia con più esercizi, comunque collegati, ivi compresi i complessi commerciali e i parchi commerciali, sono chiuse al pubblico, salvo che per la vendita di generi alimentari, le farmacie, le parafarmacie, le tabaccherie e le edicole. Nei giorni festivi è vietato ogni tipo di vendita, anche in esercizi di vicinato, al chiuso o su area pubblica, fatta eccezione per le farmacie, le parafarmacie, le tabaccherie, le edicole e la vendita di generi alimentari).*

possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione) [N, R]	- OPGR n. 169 del 17 dicembre 2020 *(Dal 19 dicembre 2020 fino al 6 gennaio 2021, dopo le ore 14.00 non è ammesso lo spostamento in un comune veneto diverso da quello di residenza o dimora*) - DPCM del 21 dicembre 2020

Interventi in tema di Scuola e Università	
obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza [R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per l'uso della mascherina obbligatorio in particolari situazioni in presenza di un caso a scuola*)
sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) [R, L]	- OPGR n. 156 del 24 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione di alcune attività in particolari situazioni in presenza di un caso a scuola*)
lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi [R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020
possibilità di attivare, a garanzia di distanziamento e prevenzione assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale [N, R, L]	- DPCM del 3 novembre 2020 - OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione dell'attività in presenza e di sorveglianza sanitaria*)
chiusura temporanea di scuole in base all'epidemiologia locale (es. singola struttura [R, L] o più strutture in un'area) [R, L]	- OPGR n. 105 del 2 ottobre 2020 (*approvazione delle Linee di Indirizzo per la Gestione dei Contatti Scolastici e nei Servizi educativi per l'infanzia e indicazioni per la sospensione dell'attività in presenza e di sorveglianza sanitaria*) - Interventi disposti dalle Aziende ULSS su base locale, in funzione dell'analisi epidemiologica specifica e del numero di positivi evidenziati in ogni singola struttura.

Andamento dell'incidenza e interventi normativi (nazionali e regionali) di mitigazione



Analisi di sequenziamento virale di SARS-CoV

A seguito delle segnalazioni delle Autorità del Regno Unito, l'OMS raccomanda di condurre ulteriori studi epidemiologici e virologici per comprendere le mutazioni specifiche descritte dall'UK e da altri paesi per indagare ulteriormente su eventuali cambiamenti nella funzione del virus in termini di infettività e patogenicità.

In attuazione a tali disposizioni riportate nell'Ordinanza del Ministero della Salute 20.12.2020, nell'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del Veneto n. 171 del 21 dicembre 2020 e nella Circolare del Ministero della Salute del 21.12.2020, sono state avviate le specifiche misure di screening per i soggetti rientranti dal Regno Unito. A seguito delle analisi condotte sono state riscontrate le mutazioni tipiche della variante clustering genetico tipico di VUI 202012/01 (B1.1.7 lineage) in 3 campioni positivi a SARS-CoV-2. L'analisi si è limitata al solo gene S che codifica per la glicoproteina Spike. Ulteriori analisi molecolari e filogenetiche sono in corso sul resto del genoma virale al fine di confermare la presenza di tutte le mutazioni tipiche. Le mutazioni sono state riscontrate in:

- n. 2 tamponi nasofaringei prelevati presso AULSS 2 Marca Trevigiana (Treviso) e inviato ad IZS in data 24/12/2020;
- n. 1 tampone nasofaringeo prelevato presso AULSS 8 Berica (Vicenza) e inviato ad IZS in data 23/12/2020.

Sono state condotte dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS tutte le azioni di contact tracing e sono state disposte le conseguenti misure di isolamento dei positivi e di quarantena dei contatti stretti. Il campione inviato relativo ad un contatto con uno di tali soggetti risultati positivi alla variante inglese, è stato sottoposto a caratterizzazione rapida (Sanger) di alcune porzioni della proteina Spike. Il campione presenta le mutazioni nella proteina Spike tipiche della variante inglese B.1.1.7. Tale dato dovrà essere confermato mediante l'analisi

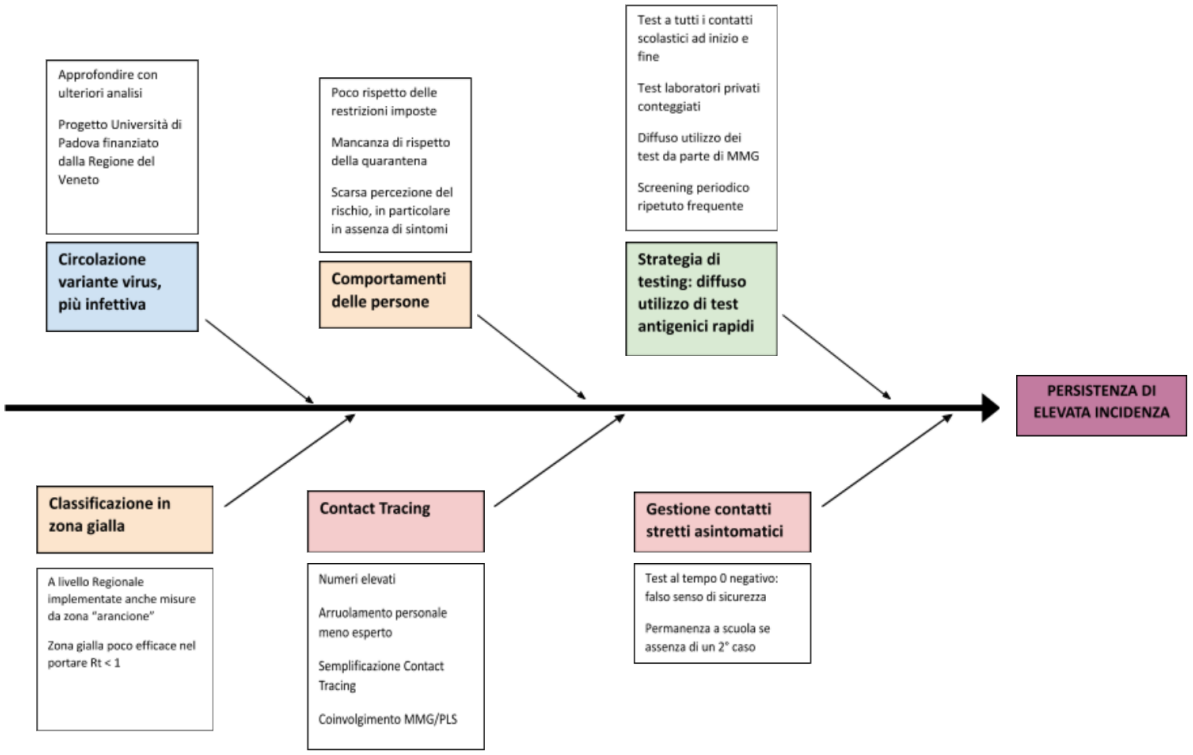
del genoma completo. Si precisa che tutti e tre i soggetti positivi sono stati intercettati tempestivamente a seguito di positività di tampone rapido antigenico, successivamente confermati con test di biologia molecolare.

Si evidenzia inoltre che, in ottemperanza alla D.G.R. n. 1424/2020, è stato avviato un progetto relativo al sequenziamento del genoma virale dei sierotipi di SARS-CoV-2 circolanti in Veneto. A seguito delle analisi di tipizzazione e sequenziamento del virus condotta dal Laboratorio dell'IZS, su 37 campioni provenienti dalle diverse province della Regione del Veneto, sono state identificate 8 diversi lineage, 2 di questi caratterizzati per la prima volta in Italia, in base alle sequenze italiane disponibili in GISAID in data 23/12/2020. Il numero di campioni sequenziati ad oggi da IZSVe è limitato rispetto al numero di casi positivi in Veneto e fornisce solo un'istantanea parziale delle possibili varianti circolanti nel territorio. Il 60% dei campioni analizzati appartengono al lineage B.1.177. Si specula che questo lineage, diffuso in tutta Europa, possa essere associato ad un'aumentata trasmissibilità, che potrebbe essere dovuta alla mutazione A222V nella proteina Spike.

Tutto ciò premesso risulta interessante proseguire con le analisi in corso, integrando tali attività con future analisi che potranno essere condotte anche con un ulteriore progetto di ricerca condotto dall'Università degli Studi di Padova, già approvato (DGR n. 1643 del 24 novembre 2020) a finanziato dalla Regione del Veneto "*Progetto per valutare la prevalenza e la diffusione di SARS-CoV-2 nella popolazione*". Tale progetto ha, tra i suoi obiettivi, quello di valutare, la modalità di diffusione del virus in vari scenari spaziali e temporali mediante lo sviluppo di modellistiche di diffusione del virus in relazione alle attuali conoscenze epidemiologiche ed ai dati a disposizione, sulla base dei dati raccolti dai Dipartimenti di Prevenzione e generare un modello in grado di spiegare i dettagli delle catene di contagio, anche integrando la valutazione delle catene di contagio in relazione alla tipizzazione virale.

AZIONI ED INTERVENTI DA ATTUARE

Alla luce degli elementi considerati nella presente analisi, sinteticamente riportati nella prima parte di questo documento, integrati con le rilevazioni condotto quotidianamente e il monitoraggio settimanale dell'Istituto Superiore di Sanità, si è provveduto ad analizzare alcuni ambiti su cui si ritiene prioritario intervenire. Si precisa che la scelta di quali interventi attuare, siano essi di mitigazione che di contenimento, deve essere frutto di una valutazione complessiva considerando il loro impatto complessivo, considerando tutti gli aspetti anche di natura non strettamente sanitaria.



Rafforzamento delle misure di mitigazione

Nel periodo di Ottobre, Novembre e Dicembre la Regione del Veneto ha già attuato tutte le misure previste per lo scenario di rischio assegnato sulla base del Monitoraggio dell'Istituto Superiore di Sanità (Scenario 2, Zona Gialla). Su base regionale si è provveduto inoltre ad integrare con ulteriori interventi di mitigazione così come previsti per lo scenario di rischio aggiuntivo (Scenario 3, Zona Arancione), come evidenziato nel capitolo "Riepilogo interventi attuati". Tali interventi risultano in linea con tutte le indicazioni previste nel documento "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*" trasmesso con circolare del Ministero della Salute del 9 ottobre 2020.

Considerato l'attuale scenario epidemiologico, la persistenza di elevata incidenza e mortalità sul territorio regionale, la pressione attuale sui servizi di assistenza e cura e sui Dipartimenti di Prevenzione sia opportuno **mantenere le azioni in essere ed attuare ulteriori interventi di mitigazione** (es. prevenzione degli assembramenti, restrizioni alla mobilità intraregionale ed interregionale). Tali misure, in particolare a partire dal 7 gennaio e per la durata di 2-3 settimane, hanno lo scopo di contenere la diffusione virale e riportare Rt sotto il valore di 1. Durante tale periodo si provvederà a mantenere una costante attenzione al monitoraggio di tutti gli indicatori e i parametri che descrivono l'attuale scenario epidemiologico.

Campagna informativa e di sensibilizzazione per la popolazione

Rispetto alla prima ondata, si nota una minore sensibilità e collaborazione della popolazione.
L'opinione comune vede nel vaccino ormai l'unica via di uscita e trova nel test antigenico rapido una soluzione al possibile rischio di infezione. L'uso della mascherina è ormai consolidato, ma probabilmente non sufficiente.

Messaggi informativi a tutta la popolazione
Si propone di veicolare attraverso i social (es. Viral Veneto, ..) semplici messaggi che rafforzano la responsabilità individuale (come nella prima ondata) e alcuni concetti sul rischio. Tali messaggi potrebbero anche essere diffusi attraverso le reti formali (es. gruppi formali aziendali, universitari, scolastici, e informali). Predisposizione di una infografica esplicativa, tradotta in più lingue. Si ritiene utile, inoltre, unire alla campagna di vaccinazione anche un messaggio che rafforza il comportamento individuale in attesa che il vaccino cominci a fare effetto a livello comunitario (immunità di popolazione).

Messaggi informativi ai datori di lavoro
Sensibilizzare il datore di lavoro sull'importanza di veicolare ai dipendenti le misure precauzionali in caso di esposizione ad un caso di positività (anche prima della presa in carico dall'Azienda sanitaria competente).

Messaggi informativi ai contatti stretti che effettuano un tampone
Al momento della prescrizione del tampone rapido, potrebbe essere data maggiore enfasi all'importanza di rafforzare alcune misure di prevenzione, nei giorni successivi, in particolare se il tampone viene eseguito in seguito ad esposizione a caso. In particolare enfatizzando l'importanza della misura contumaciale (quarantena) anche in caso di esito negativo di un tampone di screening effettuato nei giorni seguenti ad un contatto a rischio.

Contact Tracing

In accordo con quanto previsto per lo Scenario 3 "*Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo*" (documento "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale*", è stata prevista un'attività di semplificazione del contact tracing al fine di rendere sostenibile in considerazione dell'elevato numero di nuovi positivi. Parallelamente si è provveduto ad arruolare e formare nuovi operatori.

Al fine di garantire il mantenimento e l'efficacia del tracciamento, considerato il suo ruolo fondamentale per il controllo dell'epidemia è necessario mantenere una tempestività dello stesso ed una qualità che consenta di rintracciare tutti i possibili contatti a rischio:

- garantire la stabilità degli operatori attualmente arruolati e formati;
- prevedere il coinvolgimento di altri operatori e favorire la loro formazione anche attraverso l'attivazione di ulteriori corsi di formazione fruibili a distanza;
- prevedere il coinvolgimento di figure professionali adeguate all'attività di formazione anche al fine di garantire la qualità del tracciamento e una presa in carico efficace dei soggetti.

Tale riflessione, in particolare a livello delle singole Aziende ULSS, deve considerare l'avvio della campagna di vaccinazione COVID-19, evitando che le attività di vaccinazione che coinvolgeranno gli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione, determinino una riduzione dell'attenzione e del personale impegnato nel contact tracing.

Si propone di favorire l'**arruolamento di personale già formato o comunque con le competenze adeguate, anche garantendo orario aggiuntivo del personale dipendente, o grazie al coinvolgimento di medici specializzandi con contratti ad hoc** per supportare tale attività del Dipartimento di Prevenzione.

Allo stesso tempo tale rafforzamento deve concentrarsi prioritariamente sul ruolo della misura di quarantena, elemento indispensabile indipendemente dalla strategia di screening con test a mezzo tampone, per ridurre la diffusione del virus.

Comportamenti dei soggetti sottoposti a misure restrittive

Come per quanto evidenziato per la popolazione generale, rispetto alla prima ondata gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione evidenziano, anche relativamente alle persone sottoposte a misure di isolamento e/o quarantena, una minore sensibilità e collaborazione in particolare nei seguenti aspetti:

- rispetto delle indicazione per condurre correttamente la quarantena/isolamento, con aumento del rischio di diffusione e contagio intra familiare;
- collaborazione con gli operatori per identificare puntualmente tutti i possibili contatti stretti;

Si evidenzia inoltre, con una certa frequenza, una difficoltà a rintracciare telefonicamente i soggetti risultati positivi per le necessarie azioni di contact tracing. Per questa ragione è stata attivata la possibilità nell'applicativo regionale SIAVr di classificare un soggetto come "*Non Reperibile*".

Si propone di intensificare la collaborazione con le istituzione preposte per garantire maggiori controlli in particolare nei confronti dei soggetti classificati come "*Non Reperibili*". Per tale ragione si propone di includere nel flusso di comunicazione con Comuni e Prefetture tali soggetti, evidenziandoli con particolare attenzione, al fine di consentire agli enti preposti i controlli necessari.

Scuole e Servizi educativi per l'infanzia

<u>Attività didattica in presenza</u>

Dal monitoraggio condotto dalla Direzione Prevenzione della Regione del Veneto e dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS è emerso che durante il periodo ottobre - dicembre, con le attività di contact tracing e di screening condotte a seguito dell'identificazione di un caso positivo in una classe, nel 23,7% delle situazioni è stato identificato almeno un secondo caso positivo tra gli studenti e nel 9,1% dei casi almeno un secondo caso nel personale (insegnanti o operatori). In particolare si evidenzia come per quanto concerne i secondi casi tra gli studenti questi siano più frequenti nelle Scuole secondarie di I e II grado. Emerge, inoltre, come anche i dati di incidenza, a seguito della sospensione delle attività in presenza successivamente all'entrata in vigore del DPCM del 3 novembre 2020, hanno subito una significativa riduzione.

Tipologia	% con almeno un 2° caso studente	% con almeno un 2° caso insegnante
Altro (es. scuole serali)	9,8%	8,2%
Asilo Nido	13,9%	14,8%
Scuola dell'infanzia	16,4%	11,6%

Scuola primaria	22,6%	8,3%
Scuola secondaria di I grado	27,9%	10,1%
Scuola secondaria di II grado	26,6%	6,6%
Totale	**23,7%**	**9,1%**

Nello scenario attuale, alla luce delle criticità legate alla incompletezza dei dati disponibili, alla quota significativa di infezioni asintomatica nei soggetti in età scolare e all'impossibilità di scorporare il ruolo della chiusura delle scuole dalle altre misure di prevenzione e controllo - in attesa dei necessari ulteriori approfondimenti di carattere epidemiologico - è opportuno considerare le evidenze emerse dai recenti studi pubblicati[1]. In particolare, risulta una difficoltà ad escludere il ruolo dei ragazzi in età scolare nell'attivazione dei focolai, in particolare familiari.

Per tale ragione, risulta necessario considerare il principio di precauzione, almeno periodo invernale e alla luce dello scenario epidemiologico attuale valutando l'impatto complessivo sulla dinamica del contagio nel caso di una ripresa della scuola in presenza. Appare quindi necessario un approccio prudenziale nella nostra regione al fine di limitare la didattica in presenza.

Tale riflessione anche in considerazione di quanto emerge da un ulteriore studio recente[2] in cui sono state analizzate ed è stata calcolata l'efficacia di diverse misure cosiddette "non farmacologiche" per ridurre la diffusione del virus (es. distanziamento fisico, coprifuoco, chiusura delle attività commerciali, ecc). Lo studio ha evidenziato come le due misure più efficaci siano risultate le misure di riduzione degli assembramenti (chiusura di ristoranti, smart-working, abolizione di celebrazioni, ecc.) e la chiusura delle scuole. Importante notare che la chiusura delle scuole, indipendentemente dal momento della curva epidemica in cui si interviene, dal citato studio risulta avere un effetto maggiore del contact-tracing.

Considerando nell'insieme i vari elementi sopra descritti risulta ragionevole e prudenziale **ridurre l'attività didattica in presenza prioritariamente per le scuole secondarie di I e II grado**. La scelta e la gradazione di tale rimodulazione dovrà comunque avvenire in una **valutazione complessiva di tutte le altre misure** poste in essere ed in particolare in funzione anche di altre misure di mitigazione ed interventi di comunità finalizzate alla riduzione degli assembramenti. L'impatto di una riduzione di Rt, e quindi del contagio, deve sempre essere valutata nel suo complesso e non per un singolo intervento.

Aggiornamento e adeguamento delle "*Linee di Indirizzo per la Gestione dei contatti scolastici*"

E' in corso l'aggiornamento, da parte del Gruppo Tecnico di Lavoro identificato dalla Direzione Prevenzione, delle "*Linee di indirizzo per la Gestione dei contatti di casi di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia*". Tale aggiornamento si rende necessario alla luce dello scenario epidemiologico attuale, caratterizzato da una circolazione virale sostenuta in accordo con i documenti di riferimento di carattere nazionale, che prevedono specifici interventi, anche in ambito scolastico, in funzione dello scenario epidemiologico regionale. Tali indicazioni saranno tempestivamente aggiornate al variare del predetto scenario e delle conoscenze scientifiche disponibili.

L'aggiornamento del documento evidenzia il ruolo imprescindibile delle misure di tracciamento e di quarantena per limitare la diffusione del contagio. Nello specifico, l'aggiornamento del documento, in attesa di

[1] *Flasche S, Edmunds WJ. The role of schools and school-aged children in SARS-CoV-2 transmission. Lancet Infect Dis. 2020 Dec 8:S1473-3099(20)30927-0;*

[2] *Haug N, Geyrhofer L, Londei A, Dervic E, Desvars-Larrive A, Loreto V, Pinior B, Thurner S, Klimek P. Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions. Nat Hum Behav. 2020 Dec;4(12):1303-1312;*

approvazione, prevede la sospensione dell'attività in presenza e la disposizione di quarantena obbligatoria per tutti i contatti scolastici a seguito del riscontro anche di un solo caso positivo in una classe.

In tali circostanze la scuola provvederà a sospendere tempestivamente l'attività in presenza e il SISP provvederà a disporre le misure di isolamento per il soggetto positivo e di quarantena per tutti i contatti scolastici, oltre che ad eventuali ulteriori misure di sanità pubblica sulla base della situazione specifica.

Inoltre, in linea generale, non sará prevista l'esecuzione del tampone ad inizio quarantena salvo la presenza di sintomi. Sarà il SISP a valutare se effettuare test di screening sulla base delle valutazione specifica.

Allegato n. 5

PROTOCOLLO.E.0004236.13-01-2021 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Linee di indirizzo
per la gestione dei contatti di casi confermati di COVID-19
all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia

02.10.2020

PROTOCOLLO.E.0004236.31-03-2023.REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PREMESSA

Il presente documento fornisce una linea di indirizzo per gli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e per i Referenti scolastici per COVID-19 dei Dipartimenti di Prevenzione con la finalità di contrastare la diffusione del virus, garantire in sicurezza la continuità delle attività educative e formative uniformando nel territorio della Regione del Veneto le indicazioni per la gestione dei contatti di caso confermato di COVID-19 in ambito scolastico. Ogni situazione verrà comunque valutata singolarmente dagli operatori di sanità pubblica competenti per territorio (Dipartimento di Prevenzione) che di volta in volta definiranno le strategie più opportune da attuare.

Il Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 "*Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia*", costituisce uno strumento di riferimento utile che fornisce un supporto operativo ai decisori e agli operatori nel settore scolastico e nei Dipartimenti di Prevenzione (DdP) che sono a pieno titolo coinvolti nel monitoraggio e nella risposta a casi sospetti/probabili e confermati di COVID-19 nonché nell'attuare strategie di prevenzione a livello comunitario. Al suo interno si forniscono indicazioni pratiche per la gestione di eventuali casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia tramite l'utilizzo di scenari ipotetici, in assenza, per il momento, di modelli previsionali solidi.

Di seguito sono riportate le indicazioni operative declinate a livello regionale relativamente alle gestione dei contatti scolastici di un caso positivo a SARS-CoV-2, sia nel caso si tratti di un alunno che del personale scolastico. Al fine di garantire la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica, per il contesto scolastico **si raccomanda l'utilizzo come test diagnostico del "*Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*", sia per i casi sospetti di COVID-19, sia per i contatti scolastici di un caso confermato in accordo con le indicazioni nazionali**[1]. In caso di esito positivo del test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2, in attesa della conferma con test di biologia molecolare, saranno comunque avviate tutte le azioni di sanità pubblica finalizzate al contenimento del rischio di diffusione. Si precisa che, in caso di negatività al test antigenico, in presenza di sintomatologia altamente suggestiva di COVID-19 e sulla base delle valutazioni del Medico curante, potrà essere indicato un test di biologia molecolare di conferma o, in alternativa, ripetere il test antigenico a distanza di uno o più giorni.

Nel presente documento sono schematicamente individuati 4 possibili scenari che si contraddistinguono per profili di rischio diversi e che richiedono misure proporzionali e graduate al contesto. Ogni caso, partendo dallo schema qui proposto, dovrà poi essere valutato nella sua specificità dagli operatori del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) per la definizione delle opportune disposizioni contumaciali, strategia di testing, misure preventive e di sorveglianza:

- **Scenario 1** - caso confermato di COVID-19 in un alunno di una scuola primaria (dal 2° anno al 5° anno) o scuola secondaria di primo e secondo grado;
- **Scenario 2** - caso confermato di COVID-19 in un operatore di una scuola primaria (dal 2° anno al 5° anno) e scuola secondaria di primo e secondo grado;
- **scenario 3** - caso confermato di COVID-19 in un alunno di una scuola primaria (1° anno), asilo o scuola dell'infanzia;
- **Scenario 4** - caso confermato di COVID-19 in un operatore di una scuola primaria (1° anno), asilo o scuola dell'infanzia.

Tali scenari, e le relative indicazioni operative, sono definite in funzione della declinazione delle misure di prevenzione nello specifico contesto e nell'organizzazione della attività (es. utilizzo di mascherine,

[1] *Circolare del Ministero della Salute n. 31400 del 29.9.2020 "Uso dei test antigenici rapidi per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, con particolare riguardo al contesto scolastico"*

PROTOCOLLO.E.0004236.13-03-2023.REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

raccomandazione al distanziamento interpersonale, etc.), dal grado di consapevolezza e di autonomia nonché degli specifici bisogni educativi ed assistenziali dei minori.

Le presenti indicazioni saranno aggiornate costantemente al variare dello scenario epidemiologico e delle conoscenze scientifiche disponibili.

MODALITÀ OPERATIVE

In presenza di un caso confermato di COVID-19 nel contesto scolastico, il "*Referente COVID-19 della Scuola*" comunica al "*Referente Scuola del DdP*" i contatti scolastici del caso da 48 ore prima a 14 giorni dopo l'inizio dei sintomi nel caso confermato (o, se il caso è asintomatico, da 48 ore prima a 14 giorni dopo la data dell'esecuzione del test risultato positivo), comprese eventuali attività di intersezione (es. pre/post scuola) che il SISP provvederà a valutare in funzione del rischio e del rispetto delle misure di prevenzione anti-COVID.

Il SISP programma il "*Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*" a tutti i contatti individuati al tempo zero e, con la collaborazione del Referente COVID-19 della Scuola, indaga la corretta applicazione delle misure anti COVID-19 previste e raccomandate nel caso specifico (es. adeguata aerazione degli ambienti, disposizione dei banchi e distanza interpersonale, organizzazione delle attività, utilizzo della mascherina, distanza tra banchi e cattedra, etc.). A tal fine, in collaborazione con il Referente COVID-19 della Scuola e sotto il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione, i tamponi antigenici nei contatti scolastici, sulla base della specifica organizzazione aziendale, potranno essere effettuati direttamente nel contesto della struttura scolastica da parte di un operatore sanitario (Assistente Sanitario, Medico, Infermiere) avvalendosi anche del supporto dei medici delle USCA laddove necessario. L'adesione a tale modalità sarà su base volontaria con acquisizione del consenso da parte del genitore (o tutore legale del minore) anche in forma preventiva rispetto al verificarsi del caso confermato (Format in allegato).

Le attività di *contact tracing* in ambito scolastico vanno integrate con le consuete attività di *contact tracing* specifiche che interessano le eventuali attività di intersezione tra classi/gruppi diversi, nonché per tutti gli ambiti extra-scolastici o peri-scolastici per l'identificazione di ulteriori contatti stretti. Ferma restando la necessità di identificare quanto più precocemente possibile i casi positivi a SARS-CoV-2 nel contesto scolastico, **i contatti e i conviventi di un caso sospetto in attesa dell'esecuzione del test diagnostico, o della restituzione dell'esito, non sono sottoposti a disposizione di quarantena**. La quarantena per conviventi/genitori sarà disposta, dal Dipartimento di Prevenzione, a partire dalla conferma del caso. Il PLS/MMG collabora con il Dipartimento di Prevenzione per informare i contatti circa le misure igienico sanitarie e comportamentali da adottare.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI UTILI

1. *Interim guidance for rapid antigen testing for SARS-CoV-2*, Centers for Disease Control and Prevention, aggiornato al 4.9.2020;
2. *Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays - Interim guidance*, Organizzazione Mondiale della Sanità, 11.9.2020;
3. *Diagnostic testing for SARS-CoV-2 - Interim guidance*, Organizzazione Mondiale della Sanità, 11.9.2020;
4. *COVID-19 testing strategies and objectives*, European Centre for Disease Prevention and Control, 15.9.20;
5. Jones NR, Qureshi ZU, Temple RJ, et al, *Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in covid-19?*, BMJ. 2020 Aug 25;370:m3223.

PROTOCOLLO:E0004236312302022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SCUOLA PRIMARIA (dal 2° anno al 5° anno) E SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO E SECONDO GRADO

SCENARIO 1 - CASO INDICE ALUNNO GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI				
Test al tempo 0 ai contatti	**Azioni**	**Insegnanti**	**Figure trasversali**	**Alunni**
Tutti i test eseguiti sui contatti scolastici sono risultati negativi	Quarantena	**No**, se le misure anti-COVID-19 sono rispettate	Su valutazione del SISP	**No**, se rispettate le misure anti-COVID-19 *In caso di "non soddisfacente" rispetto delle misure anti-COVID-19, quarantena per tutta la classe* *Per i vicini di banco[2] valutare con particolare attenzione l'eventuale riscontro di contatti stretti (es. scambio di materiale ad uso personale, mancato rispetto della distanza interpersonale, etc.)*
	Re-Testing	- Se in quarantena, ulteriore test al termine[3] - Se non disposta la quarantena, ulteriore test 5-7 giorni dopo il primo test o 10 giorni dopo l'ultimo contatto con il caso positivo		
	Note	*Se non disposta la quarantena, la frequenza scolastica è condizionata dal rispetto di alcune raccomandazioni riportate in Allegato 1*		
≥ 1 contatto positivo nella stessa classe	Quarantena	**Si,** comunque su valutazione del SISP in base al tipo, alla durata dell'attività svolta e al rispetto delle misure anti-COVID	Su valutazione del SISP	**Si**, per tutta la classe
	Re-Testing	- Se in quarantena, ulteriore test al termine[2] - Se non disposta la quarantena, ulteriore test 5-7 giorni dopo il primo test o 10 giorni dopo l'ultimo contatto con il caso positivo		Ulteriore test al termine della quarantena[2]
	Note	*Se non disposta la quarantena, la frequenza scolastica è condizionata dal rispetto di alcune raccomandazioni riportate in Allegato 1*		
≥ 1 contatto positivo in classi diverse	Quarantena	Il SISP valuta le opportune disposizioni di quarantena e di chiusura della scuola/plesso/gruppo di classi in funzione del numero di casi, della loro distribuzione nella scuola, del rispetto delle misure anti-COVID-19 e dell'organizzazione delle attività scolastiche		
	Re-Testing	Il SISP valuta le opportune azioni finalizzate alla ricostruzione delle catene di contagio e al contenimento della diffusione del virus all'interno del servizio/scuola		

[2] *Valutare eventuali compagni di banco più prossimi (es. lateralmente o frontalmente e posteriormente)*

[3] *I test effettuati al termine della quarantena in accordo con le procedure regionali saranno garantiti con le consuete modalità secondo l'organizzazione Aziendale*

PROTOCOLLO:E0004236312301202221REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SCUOLA PRIMARIA (dal 2° anno al 5° anno) SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO E SECONDO GRADO

SCENARIO 2 - CASO INDICE INSEGNANTE/MAESTRA/PROFESSORE/EDUCATORE: GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI				
Test al tempo 0 ai contatti	**Azioni**	**Insegnanti** (es. sala insegnanti)	**Figure trasversali**	**Alunni**
Tutti i test eseguiti sui contatti scolastici sono risultati negativi	Quarantena	**No**, se le misure anti-COVID-19 sono rispettate e se non sono stati individuati contatti stretti con altri insegnanti	Su valutazione del SISP, in presenza di contatto stretto non protetto	**No**, se rispettate le misure anti-COVID-19 *In caso di "non soddisfacente" rispetto delle misure anti-COVID-19, quarantena per tutta la classe* *Per i vicini di banco[4] valutare con particolare attenzione l'eventuale riscontro di contatti stretti (es. scambio di materiale ad uso personale, mancato rispetto della distanza interpersonale, etc.)*
	Re-Testing	- Se in quarantena, ulteriore test al termine[2] - Se non disposta la quarantena, ulteriore test 5-7 giorni dopo il primo test o 10 giorni dopo l'ultimo contatto con il caso positivo		
	Note	*Se non disposta la quarantena, la frequenza scolastica è condizionata dal rispetto di alcune raccomandazioni riportate in Allegato 1*		
≥ 1 contatto positivo nella stessa classe	Quarantena	**No**, se le misure anti-COVID-19 sono rispettate e se non sono stati individuati contatti stretti	Su valutazione del SISP	- **Si**, per tutta la classe. - **No**, per le altre classi frequentate dall'insegnante dove non sono presenti alunni positivi, se le misure anti-COVID-19 sono state rispettate
	Re-Testing	- Se in quarantena, ulteriore test al termine[2] - Se non in quarantena, ulteriore test 5-7 giorni dopo il primo test o 10 giorni dopo l'ultimo contatto con il caso positivo		
	Note	*Se non disposta la quarantena, la frequenza scolastica è condizionata dal rispetto di alcune raccomandazioni riportate in Allegato 1*		
≥ 1 contatto positivo in classi diverse	Quarantena	Il SISP valuta le opportune disposizioni di quarantena e di chiusura della scuola/plesso/gruppo di classi in funzione del numero di casi, della loro distribuzione nella scuola, del rispetto delle misure anti-COVID-19 e dell'organizzazione delle attività scolastiche		
	Re-Testing	Il SISP valuta le opportune azioni finalizzate alla ricostruzione delle catene di contagio e al contenimento della diffusione del virus all'interno del servizio/scuola		

[4] *Valutare eventuali compagni di banco più prossimi (es. lateralmente o frontalmente e posteriormente)*

PROTOCOLLO.E0004236312302022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SCUOLA PRIMARIA (1° anno), ASILO E SCUOLA DELL'INFANZIA

SCENARIO 3 - CASO INDICE ALUNNO: GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI				
Test al tempo 0	**Azioni**	**Insegnanti**	**Figure trasversali**	**Bambini**
Tutti i test eseguiti sui contatti scolastici sono negativi o ≥ 1 positivi nella stesso gruppo/ sezione	Quarantena	**Si**, per gli insegnanti del gruppo/sezione	Su valutazione del SISP	**Si**, per i bambini dello stesso gruppo/sezione
	Re-Testing	Ulteriore test al termine della quarantena[5]	- Se in quarantena, ulteriore test al termine[4] - Se non in quarantena, ulteriore test 5-7 giorni dopo il primo test o 10 giorni dopo l'ultimo contatto con il caso positivo	Ulteriore test al termine della quarantena[4]
	Note	*Il SISP valuta eventuali attività di intersezione tra gruppi/sezioni. Se le misure anti-COVID-19 non sono state rispettate considerare la quarantena anche per i bambini/insegnanti dei gruppi/sezioni interessati* *Per le figure trasversali, se non disposta la quarantena, la frequenza scolastica è condizionata dal rispetto di alcune raccomandazioni riportate in Allegato 1*		
≥ 1 contatto positivo in gruppi/ sezioni differenti	Quarantena	Il SISP valuta le opportune disposizioni di quarantena e di chiusura dell'asilo/scuola dell'infanzia in funzione del numero di casi, della loro distribuzione nel servizio educativo o scuola dell'infanzia e dell'organizzazione delle attività		
	Re-Testing	Il SISP valuta le opportune azioni finalizzate alla ricostruzione delle catene di contagio e al contenimento della diffusione del virus all'interno del servizio/scuola		

SCENARIO 4 - CASO INDICE INSEGNANTE/MAESTRA/PROFESSORE/EDUCATORE: GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI				
Test al tempo 0	**Azioni**	**Insegnanti**	**Figure trasversali**	**Bambini**
Tutti contatti negativi o ≥ 1 positivi nella stesso gruppo/ sezione	Quarantena	**No**, se le misure anti-COVID-19 sono rispettate e se non sono stati individuati contatti stretti con altri insegnanti	Su valutazione del SISP in presenza di contatto stretto non protetto	**Si**, per i bambini dello stesso gruppo/sezione
	Re-Testing	Se in quarantena, ulteriore test al termine[4]	Se in quarantena, ulteriore test al termine[4]	Ulteriore test al termine della quarantena[4]
	Note	*Il SISP valuta eventuali attività di intersezione tra gruppi/sezioni. Se le misure anti-COVID-19 non sono state rispettate considerare la quarantena anche per i bambini/insegnanti dei gruppi/sezioni interessati*		
≥ 1 contatto positivo in gruppi/ sezioni differenti	Quarantena	Il SISP valuta le opportune disposizioni di quarantena e di chiusura dell'asilo/scuola dell'infanzia in funzione del numero di casi, della loro distribuzione nel servizio educativo o scuola dell'infanzia e dell'organizzazione delle attività		
	Re-Testing	Il SISP valuta le opportune azioni finalizzate alla ricostruzione delle catene di contagio e al contenimento della diffusione del virus all'interno del servizio/scuola		

[5] *I test effettuati al termine della quarantena in accordo con le procedure regionali saranno garantiti con le consuete modalità secondo l'organizzazione Aziendale*

PROTOCOLLO.E.0004236.31-03-2023.REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ALLEGATO 1

DISPOSIZIONI PER SCUOLA, ALUNNI E OPERATORI NON SOTTOPOSTI A QUARANTENA A SEGUITO DI UN CASO CONFERMATO NELLA CLASSE DI APPARTENENZA

MISURE ORGANIZZATIVE PER LA SCUOLA

- non dovranno essere svolte attività di canto o utilizzati strumenti a fiato
- la ricreazione andrà effettuata in momenti o in spazi diversi dal resto degli alunni della scuola (es. orari diversi o restando all'interno della classe)
- non dovranno essere previste attività di intersezione tra classi diverse (es. palestra, attività di laboratorio)

DISPOSIZIONI IGIENICO-COMPORTAMENTALI A SCUOLA

- obbligo ad indossare la mascherina nel contesto delle attività scolastiche, anche in condizioni statiche (es. seduti al banco)
- rigoroso rispetto della distanza di sicurezza minima
- obbligo di misurazione quotidiana della temperatura a casa con autodichiarazione del valore misurato o, in alternativa, rilevazione quotidiana della temperatura direttamente a scuola
- automonitoraggio delle proprie condizioni di salute per il periodo definito dal SISP. Nell'eventualità di comparsa di sintomatologia compatibile con COVID-19, obbligo di contattare il Medico curante per la presa in carico

DISPOSIZIONI IGIENICO-COMPORTAMENTALI NELLA VITA DI COMUNITÀ

- il soggetto interessato, sotto la propria responsabilità o quella del genitore, dovrà comunque limitare al minimo i contatti interpersonali (es. evitare gli amici e le uscite in gruppo)
- dovranno essere evitati i contatti in particolare con persone fragili e/o anziane (es. nonni)
- dovranno essere evitate le attività extrascolastiche (es. attività sportive, corsi extrascolastici in presenza, etc.)
- non dovranno essere svolte attività di canto o utilizzati strumenti a fiato
- dovranno essere rafforzate le raccomandazioni di utilizzo della mascherina in tutti i contesti di interazione interpersonale (es. utilizzo di trasporto scolastico, uscita dalla scuola, etc.), al rispetto della distanza di sicurezza minima e alla frequente igiene delle mani

PROTOCOLLO.E.0004236.13-01-2021 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ALLEGATO 2

FORMAT CONSENSO INFORMATO PREVENTIVO PER L'EFFETTUAZIONE DEL TEST DI SCREENING PER SARS-CoV-2 A SCUOLA

Il sottoscritto _____ nato il _____

a _____ e residente a _____

in via _____

genitore (o tutore legale) di _____

nato il _____ a _____

accetta che il personale sanitario dell'Azienda ULSS sottoponga il proprio figlio/a al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 a mezzo tampone per screening SARS-Cov 2 presso la struttura scolastica/servizio per l'infanzia frequentato.

Luogo e data, _____

Il genitore/tutore legale

_____

☐ Acconsento al trattamento dei dati a fini di prevenzione del contagio Covid 19

Allegato n. 6

PROTOCOLLO E0042361/2021 del 31/03/2021 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Linee di indirizzo per la

Gestione dei contatti di casi di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia

Rev. 03 del 04.02.2021

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PROTOCOLLO.E.0004236.31-01-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PREMESSA

Il presente documento fornisce una **linea di indirizzo** per gli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), in particolare per il "*Referente COVID-19 per la Scuola del SISP*", e per i decisori e gli operatori nel settore scolastico (es. Dirigente scolastico, "*Referente COVID-19 della Scuola*") ad integrazione delle indicazioni contenute nei documenti di carattere nazionale[1], con la finalità di contrastare la diffusione del virus e di garantire al tempo stesso la continuità delle attività educative e formative in sicurezza, uniformando nel territorio della Regione del Veneto le **indicazioni per la gestione dei contatti** di caso di COVID-19 in ambito scolastico.

Le presenti indicazioni sono fornite alla luce dello **scenario epidemiologico attuale**, in accordo con le indicazioni di riferimento a livello nazionale[2], che prevedono specifici interventi, anche in ambito scolastico, in funzione dello scenario epidemiologico regionale. Tali indicazioni saranno tempestivamente aggiornate al variare del predetto scenario epidemiologico, oggetto di costante monitoraggio da parte della Regione del Veneto, e delle conoscenze scientifiche disponibili.

SOMMARIO

PREMESSA 2

1. COLLABORAZIONE TRA SISTEMA EDUCATIVO E SERVIZIO SANITARIO 3

2. TEST DI SCREENING PER I CONTATTI SCOLASTICI 3

3. MODALITÀ OPERATIVE 3

3.1 INDIVIDUAZIONE DEI "CONTATTI SCOLASTICI" E COMUNICAZIONE DEGLI STESSI AL SISP 3

3.2 AVVIO DELLE PRIME MISURE DA PARTE DELLA SCUOLA 4

3.3 INTERVENTO DEL SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA 5

3.4 ESECUZIONE DEL TEST A FINE QUARANTENA 7

3.5 RIFIUTO DI ESSERE SOTTOPOSTO AL TEST 7

3.6 CONVIVENTI/GENITORI DI UN "CONTATTO SCOLASTICO" 8

3.7 CERTIFICATI DI FINE QUARANTENA 8

3.8 CERTIFICATI DI FINE ISOLAMENTO 8

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI UTILI 9

ALLEGATO 1 - RACCOMANDAZIONI PER I CONTATTI SCOLASTICI POSTI IN "SORVEGLIANZA STRETTA CON FREQUENZA SCOLASTICA" 10

[1] Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 *"Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia"*

[2] Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale* - Approfondimento complementare ai documenti generali già resi pubblici su preparedness, pianificazione e contesti specifici"

PROTOCOLLO.E0004236312-30-12-2021REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1. COLLABORAZIONE TRA SISTEMA EDUCATIVO E SERVIZIO SANITARIO

Al fine di assicurare un'adeguata prosecuzione delle attività scolastiche e, al tempo stesso, garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di sanità pubblica per il contenimento quanto più precoce dei contagi, **è fondamentale perseguire un rapporto di forte collaborazione istituzionale tra il Sistema Educativo e il Servizio Sanitario**. In particolare, è opportuno che i decisori e gli operatori del servizio scolastico attuino fin da subito, per quanto di propria competenza, tutte le misure necessarie laddove queste siano univocamente identificabili sulla base delle indicazioni di cui al presente documento.

Successivamente e compatibilmente con le tempistiche organizzative dovute all'emergenza epidemica in atto, gli operatori del **Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) competente per il territorio di riferimento della scuola**, verificando la corretta applicazione delle misure anti COVID-19 raccomandate nel caso specifico (es. adeguata aerazione degli ambienti, disposizione dei banchi e distanza interpersonale, organizzazione delle attività, utilizzo della mascherina, distanza tra banchi e cattedra, ecc.) con la collaborazione del "*Referente COVID-19 per la Scuola del SISP*", dispongono le conseguenti azioni di sanità pubblica (es. disposizione formale di quarantena, programmazione ed esecuzione dei test per la ricerca di SARS-CoV-2). Inoltre, valutano le strategie più opportune da attuare in tutte le situazioni che, per quanto concerne la valutazione delle dinamiche specifiche, presentano maggior grado di complessità o non risultano univocamente identificabili.

In considerazione dello scenario epidemiologico attuale e della recente ripresa delle attività scolastiche in presenza per le scuole di ogni ordine e grado, si raccomanda inoltre di evitare, nei limiti della migliore organizzazione possibile, una programmazione delle attività scolastiche che preveda attività di intersezione al fine di limitare, nell'eventualità di insorgenza di un caso positivo a scuola, la possibilità di casi secondari e facilitare le conseguenti attività di rintraccio dei *"contatti scolastici".* In presenza di eventuali intersezioni, si raccomanda che le stesse siano opportunamente registrate per le eventuali necessità di contact tracing da parte del SISP.

2. TEST DI SCREENING PER I CONTATTI SCOLASTICI

Per il contesto scolastico si raccomanda l'utilizzo, come test diagnostico, del ***test antigenico rapido* per i "*contatti scolastici*" di un caso positivo**, in accordo con le indicazioni nazionali[3]. **In caso di esito positivo del *test antigenico rapido,* saranno avviate tutte le azioni di sanità pubblica (es. isolamento del caso positivo, quarantena dei relativi contatti, ecc.) finalizzate al contenimento del rischio di diffusione.**

3. MODALITÀ OPERATIVE

3.1 INDIVIDUAZIONE DEI "CONTATTI SCOLASTICI" E COMUNICAZIONE DEGLI STESSI AL SISP

A seguito della segnalazione di un caso di COVID-19 in ambito scolastico, il "*Referente COVID-19 della Scuola*" individua i "*contatti scolastici*" del caso positivo secondo quanto indicato nella seguente tabella.

[3] *Circolare del Ministero della Salute del 8.1.2021.*

Tabella 1. Indicazioni per l'individuazione dei contatti scolastici

CASO	CONTATTI SCOLASTICI
Alunno	Tutti gli **alunni che hanno frequentato la stessa classe** del caso positivo a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico). Tutti gli **alunni che hanno svolto attività di intersezione** con la classe interessata dal caso positivo, a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico). Tutti gli **insegnanti o altri operatori scolastici** che hanno svolto attività in presenza nella classe del caso positivo: • Asili e scuole dell'infanzia: a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico); • Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado: **per un tempo ≥ 4 ore**, anche in giornate diverse, a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico).
Insegnante o operatore scolastico	Tutti gli **alunni delle classi in cui l'insegnante ha svolto attività in presenza:** • Asili e scuole dell'infanzia: a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico); • Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado: **per un tempo ≥ 4 ore**, anche in giornate diverse, a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico). Esclusivamente gli **insegnanti o altri operatori scolastici che hanno svolto attività in compresenza con l'insegnante o operatore scolastico positivo**: • Asili e scuole dell'infanzia: a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico); • Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado: **per un tempo ≥ 4 ore**, anche in giornate diverse, a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico).

Le indicazioni sopra riportate sono da considerarsi valide solo nel caso in cui siano state rispettate tutte le raccomandazioni igienico-sanitarie e le misure di prevenzione previste per il contesto scolastico. In caso contrario, il SISP potrà ritenere opportuno considerare come contatti a rischio anche soggetti non rientranti nelle casistiche riportate. Si specifica che, salvo eccezioni, non vengono avviate procedure di screening scolastico in caso di riscontro di positività di collaboratore scolastico o altro personale scolastico (es. personale ATA, personale addetto alle pulizie, ecc.). In tal caso i servizi preposti (Medico curante o SISP) procedono alle disposizioni formali di isolamento del positivo e quarantena dei relativi contatti, come di consueto.

3.2 AVVIO DELLE PRIME MISURE DA PARTE DELLA SCUOLA

Nel caso di evidenza di caso di COVID positivo tra un alunno o insegnate il "*Referente COVID-19 della Scuola*":

1. individua i "*contatti scolastici*" del caso positivo;

2. comunica tempestivamente i "contatti scolastici" al "*Referente COVID-19 per la Scuola del SISP*" territorialmente competente avvalendosi di un **apposito format, preventivamente messo a disposizione dalle Aziende ULSS, che dovrà essere correttamente compilato in ogni suo campo**[4].
3. se la situazione risulta univocamente identificabile nel presente protocollo, allerta il Dirigente scolastico, per l'adozione da parte dello stesso delle seguenti misure, anche in assenza di un preventivo consulto con gli operatori del SISP territorialmente competente, e comunque nelle more dei provvedimenti di sanità pubblica di competenza del SISP:
    - per la classe e per gli altri alunni individuati come contatti scolastici: sospensione della frequenza scolastica in presenza, eventuale attivazione della modalità di didattica non in presenza (DAD), per le classi delle scuole primarie e secondarie, in attesa dell'esito del test diagnostico;
    - per gli insegnanti e operatori individuati come "*contatti scolastici*" secondo le definizioni di cui sopra: sospensione della frequenza scolastica in presenza, eventuale attivazione della modalità di didattica non in presenza (DAD) per le classi delle scuole primarie e secondarie, in attesa dell'esito del test diagnostico.

In caso di uno scenario non univocamente identificabile per un maggior grado di complessità nella valutazione delle dinamiche specifiche (es. impossibilità a valutare l'applicazione delle misure anti COVID-19), il "*Referente COVID-19 della Scuola*" si raccorda con il "*Referente COVID-19 per la Scuola del SISP*" per l'individuazione delle strategie e delle azioni più opportune da adottare nel contesto specifico.

3.3 INTERVENTO DEL SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Asili e Scuole dell'infanzia

Il SISP territorialmente competente, in presenza di un caso positivo a scuola, predispone la quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** per i contatti stretti individuati dal "*Referente COVID-19 della Scuola*" e programma l'effettuazione di un test al 10° giorno dall'ultimo contatto con il caso positivo: se negativo, saranno riammessi a scuola nel primo giorno utile.

Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado

Il SISP territorialmente competente, in presenza di un caso positivo a scuola, programma l'effettuazione di un tampone di screening a tutti i contatti scolastici identificati (Tabella 1), appena possibile e indicativamente entro le 72 ore dalla comunicazione della scuola, o comunque nei tempi più opportuni sulla base della valutazione specifica; le modalità con cui programmare ed effettuare il tampone sono definite dalla singola azienda ULSS sulla base della specifica organizzazione aziendale, garantendo sempre la tracciabilità degli esiti negli applicativi regionali. In attesa dell'esito del test è sospesa la didattica in presenza.

Il SISP verifica i test effettuati da tutti i contatti scolastici segnalati dalla scuola.

a) **Se tutti i test eseguiti risultano negativi, il SISP:**
    - dispone lo stato di "**sorveglianza stretta con frequenza scolastica**" (Allegato 1) per i contatti scolastici, i quali riprenderanno la didattica in presenza al primo giorno utile presentando l'esito negativo;
    - in collaborazione con la scuola, informa tutti i contatti posti in "**sorveglianza stretta con frequenza scolastica**" sulla necessità di rispettare rigorosamente le indicazioni previste e riportate in Allegato 1.
    - **dispone un ulteriore test di screening indicativamente al 10° giorno** dall'ultimo contatto con il caso positivo; nel caso di risultati positivi al secondo test il SISP valuterà gli eventuali provvedimenti di sanità pubblica da adottare.

[4] *Si ricorda la massima attenzione da parte della scuola nell'indicare correttamente tutti i campi previsti, per poter registrare e monitorare la situazione per le necessità di sanità pubblica e per poter analizzare i dati aggregati di sorveglianza (con particolare attenzione al* ***codice meccanografico da intendersi relativamente alla struttura fisica frequentata dai contatti scolastici individuati****.*

b) Se risulta **almeno un secondo positivo nel gruppo dei contatti scolastici, il SISP:**
- dispone l'isolamento per il soggetto positivo;
- dispone la **quarantena per tutti gli altri contatti scolastici con sospensione della frequenza scolastica in presenza**;
- comunica alla scuola i tempi e le modalità con cui gli stessi potranno riprendere la didattica in presenza; in particolare i contatti posti in quarantena rientreranno a scuola dopo l'esecuzione del test di controllo (indicativamente al 10° giorno), con esito negativo.

Le principali azioni sono riassunte e descritte in *Tab. 2*. Il SISP potrà attuare ulteriori misure di sanità pubblica sulla base di opportune valutazioni del contesto specifico. In entrambi gli scenari, in caso di comparsa di sintomatologia prima dell'esecuzione del test di controllo, le famiglie dovranno contattare il proprio Medico Curante.

Tabella 2. Azioni di Sanità Pubblica previste per i seguenti contatti scolastici

CASO POSITIVO	**ALUNNI** *(considerare i contatti seguendo le indicazioni di contatto Tab. 1)*	**INSEGNANTI** *(considerare i contatti seguendo le indicazioni di contatto Tab. 1)*
Alunno	**Asili e scuole dell'infanzia:** quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa dell'intervento del SISP, la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*	**Asili e scuole dell'infanzia:** quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa dell'intervento del SISP, la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*
	Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado: test di screening da effettuare appena possibile e indicativamente entro 72h: - se tutti i contatti risultano negativi, **riammissione a scuola in "sorveglianza stretta con frequenza scolastica"** e ulteriore test al 10° giorno; - in presenza di almeno un 2° contatto scolastico positivo, **quarantena con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa del primo test di screening la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*	**Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado:** test di screening da effettuare appena possibile e indicativamente entro 72h, *se l'insegnante ha svolto attività in presenza con il caso positivo, per un tempo ≥ 4 ore, nelle ultime 48 ore:* - se tutti i contatti risultano negativi, **riammissione a scuola in "sorveglianza stretta con frequenza scolastica"** e ulteriore test al 10° giorno; - in presenza di almeno un 2° contatto scolastico positivo, **quarantena con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa del primo test di screening la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*
Insegnante o operatore scolastico	**Asili e scuole dell'infanzia:** quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa dell'intervento del SISP, la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*	**Asili e scuole dell'infanzia:** quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno per tutti gli operatori che hanno fatto attività in compresenza con il caso positivo. *NB: in attesa dell'intervento del SISP, la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*

	Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado: test di screening da effettuare appena possibile e indicativamente entro 72h, *se l'insegnante ha svolto attività in presenza con il caso positivo, per un tempo ≥ 4 ore,nelle ultime 48 ore:* - se tutti i contatti risultano negativi, riammissione a scuola **in** "**sorveglianza stretta con frequenza scolastica**" e ulteriore test al 10° giorno; - in presenza di almeno un 2° contatto scolastico positivo, quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa del primo test di screening la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*	**Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado:** test di screening da effettuare appena possibile e indicativamente entro 72h, *solo per coloro che hanno svolto attività in compresenza con il caso positivo, per un tempo ≥ 4 ore, nelle ultime 48 ore:* - se tutti i contatti risultano negativi, **riammissione a scuola in** "**sorveglianza stretta con frequenza scolastica**" e ulteriore test al 10° giorno; - in presenza di almeno un 2° contatto scolastico positivo, **quarantena con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa del primo test di screening la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*

Nell'eventualità di casi positivi in classi diverse della stessa scuola, il SISP valuta l'opportunità di attuare misure aggiuntive. A tale riguardo, qualora il SISP, a seguito di evidenza di circolazione virale sostenuta, ravvisasse l'opportunità di sottoporre a test di screening gli alunni e il personale scolastico di un plesso/istituto/scuola, tali test potranno essere effettuati anche direttamente all'interno della struttura scolastica, con modalità definite in base all'organizzazione aziendale. Le Aziende ULSS, in qualità di titolari della raccolta e del trattamento dei dati, provvedono a predisporre idoneo materiale informativo, ivi compresa l'informativa privacy di cui all'art. 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", e ad acquisire il consenso informato preventivo per l'effettuazione del test di screening per SARS-CoV-2 a scuola.

Le attività di *contact tracing* di competenza del "*Referente COVID-19 della Scuola*" in ambito scolastico vanno integrate con le consuete attività di *contact tracing* attuate dal SISP, previste per tutti gli ambiti extra-scolastici o peri-scolastici per l'identificazione di ulteriori contatti stretti a rischio in ambito familiare e comunitario.

3.4 ESECUZIONE DEL TEST A FINE QUARANTENA

Il SISP, sulla base della specifica organizzazione aziendale, programma i test previsti al termine del periodo di quarantena, comunicando alla scuola le modalità e le tempistiche di svolgimento.

3.5 RIFIUTO DI ESSERE SOTTOPOSTO AL TEST

Nell'eventualità di un rifiuto ad essere sottoposto al test di screening (all'inizio o al 10° giorno, l'alunno/operatore scolastico per massima cautela dovrà osservare un periodo di quarantena della durata totale di 14 giorni[5]. La riammissione all'eventuale attività didattica in presenza è comunque subordinata all'assenza di sintomatologia sospetta per COVID-19.

[5] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 32850 del 12.10.2020*

Nei casi in cui non fosse possibile ottenere una descrizione esaustiva della situazione epidemiologica della classe, ad esempio per la mancata effettuazione (es. rifiuto) dei test di inizio sorveglianza da parte di una parte dei contatti scolastici, il SISP, oltre a porre in quarantena i contatti scolastici senza test di screening, valuterà le strategie più opportune per la tutela della salute pubblica, inclusa la possibilità di disporre la quarantena per tutti i contatti scolastici (a prescindere dal test di screening).

3.6 CONVIVENTI/GENITORI DI UN "*CONTATTO SCOLASTICO*"

Per i conviventi/genitori di soggetti individuati come "*contatti scolastici*" di un caso positivo non è prevista quarantena nè esecuzione di test diagnostico, a meno che il "*contatto scolastico*" non risulti a sua volta positivo. Il SISP, anche in collaborazione con il Medico curante, informa circa le misure igienico-sanitarie e comportamentali da adottare durante il periodo di quarantena del "*contatto scolastico*".

3.7 CERTIFICATI DI FINE QUARANTENA

Il SISP territorialmente competente, sulla base della propria organizzazione aziendale, provvederà a definire e comunicare alle scuole le modalità per la riammissione dei *"contatti scolastici"* al termine della quarantena, prevedendo uno dei seguenti percorsi:

- comunicazione da parte del SISP alla scuola del termine della quarantena;
- presentazione direttamente alla scuola, da parte del genitore/operatore, del referto di negatività del test eseguito nei tempi stabiliti dall'Azienda ULSS, e indicati nell'attestazione di quarantena.

La riammissione di alunni ed insegnanti/operatori scolastici posti in quarantena in quanto contatti di caso extrascolastico può avvenire presentando alla scuola il referto di negatività del test eseguito al termine della quarantena secondo le tempistiche indicate nella certificazione di quarantena redatta dal Medico curante o dal SISP secondo l'organizzazione locale.

Gli attestati di quarantena possono essere redatti oltre che dal SISP, anche dai Pediatri di Libera Scelta o Medici di Medicina Generale.

3.8 CERTIFICATI DI FINE ISOLAMENTO

L'alunno/operatore scolastico positivo, potrà essere riammesso a scuola con certificato di negativizzazione redatto dal SISP o dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale sulla base dell'organizzazione locale.

L'alunno/operatore scolastico persistente positivo potrà interrompere l'isolamento ed essere riammesso a scuola con attestato redatto dal SISP o dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale sulla base dell'organizzazione locale, dopo 21 giorni dall'inizio sintomi o effettuazione del primo tampone positivo purché senza sintomi da 7 giorni, senza attendere la negativizzazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI UTILI

1. *Interim guidance for rapid antigen testing for SARS-CoV-2*, Centers for Disease Control and Prevention, aggiornato al 4 settembre 2020;
2. *Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays - Interim guidance*, Organizzazione Mondiale della Sanità, 11 settembre 2020;
3. *Diagnostic testing for SARS-CoV-2 - Interim guidance*, Organizzazione Mondiale della Sanità, 11 settembre 2020;
4. *COVID-19 testing strategies and objectives*, European Centre for Disease Prevention and Control, 15 settembre 2020;
5. *Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update*, European Centre for Disease Prevention and Control, 18 novembre 2020;
6. O*ptions for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK*, European Centre for Disease Prevention and Control, 19 novembre 2020;
7. Jones NR, Qureshi ZU, Temple RJ, et al, *Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in covid-19?*, BMJ. 2020 Aug 25;370:m3223;
8. Circolare del Ministero della Salute prot. n. 32850 del 12.10.2020, "COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena";
9. Circolare del Ministero della Salute prot. n. 31400 del 29.09.2020, "Uso dei test antigenici rapidi per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, con particolare riguardo al contesto scolastico";
10. Nota Tecnica ad Interim *Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in Sanità Pubblica*, aggiornata al 23 ottobre 2020, Istituto Superiore di Sanità;
11. *Emergenza COVID-19 - Indicazioni operative per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2 v. 05.10.2020*, Regione del Veneto;
12. Haug N, Geyrhofer L, Londei A, Dervic E, Desvars-Larrive A, Loreto V, Pinior B, Thurner S, Klimek P. *Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions*. Nat Hum Behav. 2020 Dec;4(12):1303-1312;
13. Flasche S, Edmunds WJ. *The role of schools and school-aged children in SARS-CoV-2 transmission*. Lancet Infect Dis. 2020 Dec 8:S1473-3099(20)30927-0;
14. Rapporto ISS COVID-19 n. 63/2020 "*Apertura delle scuole e andamento dei casi confermati di SARS-CoV-2: la situazione in Italia*", Versione del 30 dicembre 2020;
15. *COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission*, European Centre for Disease Prevention and Control, 23 dic 2020;
16. Sara Gandini, Maurizio Rainisio, Maria Luisa Iannuzzo, Federica Bellerba, Francesco Cecconi, Luca Scorrano. *No evidence of association between schools and SARS-CoV-2 second wave in Italy*. medRxiv 2020.12.16.20248134;
17. Sebastiani G, Palù G. *COVID-19 and School Activities in Italy*. Viruses. 2020; 12(11):1339;
18. Dyani Lewis. *Why schools probably aren't COVID hotspots*. Nature. 29 ott 2020;
19. You Li, PhD Prof Harry Campbell, MD Durga Kulkarni, BPT Alice Harpur, MBChB Madhurima Nundy, MBBS Xin Wang, PhD et al. *The temporal association of introducing and lifting non-pharmaceutical interventions with the time-varying reproduction number (R) of SARS-CoV-2: a modelling study across 131 countries*. Lancet infectious Disease. 22 ott 2020.

PROTOCOLLO.E0004236312-30-01-2023REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ALLEGATO 1 - RACCOMANDAZIONI PER I CONTATTI SCOLASTICI POSTI IN "SORVEGLIANZA STRETTA CON FREQUENZA SCOLASTICA"

Le raccomandazioni relative al periodo di "sorveglianza stretta con prosecuzione della frequenza scolastica" si applicano a tutti i contatti scolastici individuati a seguito di caso positivo COVID-19 a scuola, ad eccezione dei casi nei quali sia disposto il provvedimento di quarantena da parte del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente.

Tali raccomandazioni sono individuate nel contesto dello scenario epidemiologico attuale, **al fine di garantire sempre la didattica in presenza, ove possibile, e tutelare, nel contempo, la salute pubblica**. Per queste ragioni le indicazioni di seguito riportate devono essere rigorosamente rispettate dalla scuola, dai minori e dalle relative famiglie.

Pertanto, risulta fondamentale la **collaborazione di tutti i soggetti coinvolti,** al fine di concordare e rispettare, **responsabilmente**, tali modelli di comportamento finalizzati al contenimento del rischio di diffusione di COVID-19, per poter assicurare un'adeguata prosecuzione delle attività didattiche.

MISURE ORGANIZZATIVE PER LA SCUOLA

- non dovranno essere svolte attività di canto o utilizzati strumenti a fiato
- la ricreazione andrà effettuata in momenti o in spazi diversi dal resto degli alunni della scuola (es. orari diversi o restando all'interno della classe)
- non dovranno essere previste attività di intersezione tra classi diverse (es. palestra, attività di laboratorio)

RACCOMANDAZIONI IGIENICO-COMPORTAMENTALI A SCUOLA

- obbligo ad indossare la mascherina nel contesto delle attività scolastiche, anche in condizioni statiche (es. seduti al banco)
- rigoroso rispetto della distanza di sicurezza minima
- obbligo di misurazione quotidiana della temperatura a casa con autodichiarazione del valore misurato o, in alternativa, rilevazione quotidiana della temperatura direttamente a scuola
- automonitoraggio delle proprie condizioni di salute per il periodo definito dal SISP. Nell'eventualità di comparsa di sintomatologia compatibile con COVID-19, obbligo di contattare il Medico curante per la presa in carico

RACCOMANDAZIONI IGIENICO-COMPORTAMENTALI NELLA VITA DI COMUNITÀ

- il soggetto interessato, sotto la propria responsabilità o quella del genitore, dovrà comunque limitare al minimo i contatti interpersonali (es. evitare gli amici e le uscite in gruppo)
- dovranno essere evitati i contatti in particolare con persone fragili e/o anziane (es. nonni)
- dovranno essere evitate le attività extrascolastiche (es. attività sportive, corsi extrascolastici in presenza, etc.)
- non dovranno essere svolte attività di canto o utilizzati strumenti a fiato
- dovranno essere rafforzate le raccomandazioni di utilizzo della mascherina in tutti i contesti di interazione interpersonale (es. utilizzo di trasporto scolastico, uscita dalla scuola, etc.), al rispetto della distanza di sicurezza minima e alla frequente igiene delle mani

Allegato n. 7

Elementi normativi sulla valutazione degli scenari di rischio

Il documento "***Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale. Approfondimento complementare ai documenti generali già resi pubblici su preparedness, pianificazione e contesti specifici***", approvato nel mese di ottobre 2020[1], si inserisce come ulteriore evoluzione nell'ambito delle attività nazionali di preparedness per supportare la verifica, e se necessario il rafforzamento, dello stato di preparazione dei sistemi sanitari nelle Regioni/PA al fine di fronteggiare in modo ottimale un eventuale aumento nel numero di nuove infezioni da SARS-CoV-2 nonché i diversi scenari possibili nella stagione autunno-inverno 2020-2021.

Nel capitolo 5 di tale documento si propone un approccio comune alla scalabilità delle misure sulla base degli scenari di trasmissione, descritti nel documento, ipotizzati a livello nazionale nella consapevolezza che in ciascuna Regione/PA si possano verificare condizioni epidemiologiche molto diverse tali da prevedere misure di controllo/mitigazione specifiche e non uniformi sul territorio nazionale.

Le misure declinate negli scenari hanno la funzione di supportare ed orientare il processo decisionale delle singole Regioni e Province Autonome in relazione al proprio scenario epidemiologico e, proprio per la loro funzione di orientamento, non sono da intendersi vincolanti.

Per ciascuno scenario nazionale vengono quindi ipotizzate misure "scalabili" in base al verosimile livello di rischio che potrebbe essere identificato nella classificazione settimanale fornita a ciascuna Regione/PA in base al **monitoraggio definito ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020**.

Per la "modulazione in escalation e de-escalation" delle misure vengono posti dei criteri temporali che tengono conto sia del ritardo fisiologico di almeno 3 settimane nell'osservazione di cambiamenti epidemiologici dai dati di sorveglianza e legati all'incubazione della malattia e ai tempi di notifica/trasmissione dei dati, sia di possibili ulteriori ritardi in scenari a più elevata trasmissione per un aumento rilevante nel numero di casi da segnalare tale da sovrastare la capacità di mantenere adeguati livelli di tempestività e completezza.

Si riportano di seguito le tabelle riassuntive, contenute nel documento citato, relative ai diversi scenari di rischio in relazione all'andamento di COVID-19 e dell'incidenza di ILI attesa.

[1] Circolare del Ministero della Salute del 9 ottobre 2020.

1 - Trasmissione localizzata (focolai) invariata rispetto al periodo Luglio-Agosto 2020	2 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo	3 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo	4 - Trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo
Descrizione: Rt sopra soglia per periodi limitati (<1 mese) valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; bassa incidenza, con trasmissione limitata a cluster con catene di trasmissione note *Obiettivo: contenimento e repressione focolai* *Interventi: Criteri minimi – Interventi Ordinari*	*Descrizione: Rt regionali compresi tra 1 e 1.25 valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; crescita dell'incidenza di casi con riduzione della percentuale di casi asintomatici; poche catene di trasmissione non note, buona limitazione del potenziale di trasmissione* *Obiettivo: contenimento e repressione focolai* *Interventi: Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es scuole) o aree geografiche limitate*	*Descrizione: Rt regionali compresi tra 1.25 e 1.5 valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; rapida crescita dell'incidenza di casi e gravità clinica; cluster non più distinti tra loro; nuovi casi spesso non correlati a catene di trasmissione note; graduale aumento della pressione per i DdP e per i servizi assistenziali; modesta limitazione del potenziale di trasmissione* *Obiettivo: Mitigazione della diffusione del virus* *Interventi: Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	*Descrizione: Rt regionali >1.5 valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; incidenza dei casi e gravità clinica elevate; trasmissione comunitaria diffusa con cluster non più distinti tra loro; pressione sostenuta per i DdP e per i servizi assistenziali* *Obiettivo: Mitigazione della diffusione del virus, riduzione del numero di casi, porre fine alla trasmissione comunitaria diffusa* *Interventi: possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
SETT. – OTT. 2020 (incidenza ILI attesa BASSA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - contact tracing, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - possibile semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità	**Comunità**	**Comunità**	**Comunità**
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione di alcune attività sociali/culturali maggiormente a rischio (es. discoteche, bar - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto **[R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, etc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]** - lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione della situazione epidemiologica locale (es. singola struttura **[R, L]** o più strutture in un'area) **[R, L]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

1 - Trasmissione localizzata (focolai) invariata rispetto al periodo Luglio-Agosto 2020	2 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo	3 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo	4 - Trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo
Interventi: Criteri minimi – Interventi Ordinari	*Interventi: Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es scuole) o aree geografiche limitate*	*Interventi: interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	*Interventi: possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
NOV. – DIC. 2020 (Incidenza ILI attesa MODERATA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - contact tracing, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di early warning	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID [R, L] - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione [R, L] - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione [R, L] - attivazione alberghi per isolamento casi [R, L]	- semplificazione contact tracing [N, R, L] - semplificazione sorveglianza attiva [N, R, L] - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione [R, L] - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID [R, L] - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) [R, L] - potenziamento alberghi per isolamento casi [R, L]	- semplificazione contact tracing [N, R, L] - semplificazione sorveglianza attiva [N, R, L] - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione [R, L] - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione [R, L] - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) [R, L] - potenziamento alberghi per isolamento casi [R, L]
Comunità	**Comunità**	**Comunità**	**Comunità**
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione [R, L] - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti [N, R]	- rafforzamento del distanziamento sociale [R, L] - zone rosse locali [R, L] - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) [R, L] - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative [N, R] - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali [R, L]	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali [R, L] - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) [N, R, L] - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt [R, L] - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti [R, A] - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio [N, R, L] - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, etc.) [N, R]	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate [N]
Scuole e Università	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale [L] - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi [R, L] - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) [R, L] - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale [N, R, L] - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) [L]	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale [L] - attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi [R, L] - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) [R, L] - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari [N, R, L] - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) [L] - considerare, la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile [N, R]	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile [N]

1 - Trasmissione localizzata (focolai) invariata rispetto al periodo Luglio-Agosto 2020	2 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo	3 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo	4 - Trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo
Interventi: Criteri minimi – Interventi Ordinari	*Interventi: Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es scuole) o aree geografiche limitate*	*Interventi: Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	*Interventi: possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
GEN. – MAR. 2020 (Incidenza ILI attesa MODERATA/ALTA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - contact tracing, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID [R, L] - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - semplificazione contact tracing [N, R, L] - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID [R, L] - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione [R, L] - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione [R, L] - attivazione alberghi per isolamento casi [R, L]	- semplificazione contact tracing [N, R, L] - semplificazione sorveglianza attiva [N, R, L] - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione [R, L] - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID [R, L] - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione [R, L] - potenziamento alberghi per isolamento casi [R, L]	- semplificazione contact tracing [N, R, L] - semplificazione sorveglianza attiva [N, R, L] - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione [R, L] - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione [R, L] - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione [R, L] - potenziamento alberghi per isolamento casi [R, L]
Comunità	**Comunità**	**Comunità**	**Comunità**
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione [R, L] - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti [N, R]	- rafforzamento del distanziamento sociale [R, L] - zone rosse locali [R, L] - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) [N, R, L] - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) [R, L] - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative [N, R] - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali [R, L]	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali [R, L] - introduzione obbligo utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto [N, R, L] - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt [R, L] - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti [R, L] - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio [N, R, L] - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, etc.) [N, R]	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, restrizioni della mobilità da/per zone interessate [N]
Scuole e Università	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi - possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale [R, L] - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) [R, L]	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale [L] o regionale [R] - favorire lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi [R, L] - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) [R, L] - considerare con maggior attenzione la possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, in particolare per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale [N, R, L] - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) [L]	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale [L] o regionale [R] - attivare ovunque possibile lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio [R, L] - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) [R, L] - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari [N, R, L] - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) [L] - considerare la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile [N, R]	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile [N]

Successivamente la definizione delle aree ha subito ulteriori definizioni con i seguenti provvedimenti normatvi:

- Decreto Legge 23 febbraio 2021,
- DPCM del 1 marzo 2021,
- Decreto Legge 1 aprile 2021.

Sistemi informativi COVID-19

La Regione del Veneto, per la gestione dei casi SARS-CoV-2 positivi e la relativa registrazione informatica dei dati, ha utilizzato sin dai primi giorni della pandemia un applicativo sviluppato da Azienda Zero (**PIC-19**) che ha sostituito gli iniziali strumenti informativi sviluppati in emergenza dalle singole Aziende, favorendo un monitoraggio strutturato e puntuale della situazione epidemiologica.

Inoltre, è stato sviluppato da Azienda Zero, con un lavoro sinergico e di confronto con i Dipartimenti di Prevenzione, un applicativo principalmente finalizzato a registrare i contatti e i provvedimenti di isolamento e quarantena (**SIAVr-COVID**). L'applicativo utilizza come base di partenza il software già in uso agli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione per le attività vaccinali (SIAVr, Sistema Informativo Anagrafe Vaccinale Regionale), già integrato con database e flussi esistenti (es. Anagrafe Unica Regionale), il quale è stato sviluppato con uno specifico modulo dedicato al COVID-19.

Successivamente, nei mesi estivi del 2020, da parte di Azienda Zero, era stata valutata la necessità tecnica di abbandonare l'utilizzo di PIC-19. Il passaggio completo dal primo gestionale (PIC-19) al secondo gestionale (SIAVr-COVID) è avvenuto il 12 ottobre 2020[2]. Il passaggio, nei suoi diversi step, oltre alle necessarie e complesse procedure di verifica della migrazione dei dati e delle logiche che stavano alla base delle due piattaforme, ha comportato parallelamente ulteriori cambi di operatività per la registrazione delle informazioni. Nel gestionale unico (SIAVr-COVID) - attualmente in uso - si prevedeva l'allineamento complessivo di un maggior numero di campi ed informazioni, utili per rafforzare le attività di monitoraggio e sorveglianza, molte delle quali aggiunte gradualmente nel tempo e spesso integrative rispetto al dataset minimo richiesto per il flusso informativo per l'Istituto Superiore di Sanità.

Le informazioni registrate nei due software regionali (prima PIC-19 e successivamente SIAVr-COVID) alimentano il **Sistema di Biosorveglianza** che garantisce la raccolta e la rielaborazione dei dati, il funzionamento di specifici algoritmi e automatismi per una restituzione degli stessi dati agli operatori anche attraverso la predisposizione di report per il monitoraggio dell'epidemia. I dati così elaborati alimentano, fin dalle prime fasi, la piattaforma di monitoraggio predisposta dall'Istituto Superiore di Sanità.

Tali software (PIC-19 e SIAVr-COVID) sono stati ulteriormente sviluppati, adeguati ed implementati nel corso delle diverse fasi della pandemia per rispondere alle esigenze di monitoraggio che mutavano nel tempo, introducendo nuove funzionalità, nuovi campi, nuove modalità di registrazione, e - in alcuni casi - sistemi di controllo per favorire la registrazione il più possibile completa dei dati più rilevanti. Lo strumento unico regionale è stato sviluppato altresì per favorire la standardizzazione delle procedure di contact tracing delle Aziende.

[2] Nota Direzione prevenzione n. 427692 del 8 ottobre 2020.

Gli sviluppi sono sempre stati realizzabili grazie al costante confronto tra Azienda Zero, la Direzione Prevenzione regionale e gli operatori delle Aziende Sanitarie. Tutti gli adeguamenti e la complessità delle attività hanno comunque sempre richiesto un notevole sforzo di formazione e aggiornamento per promuovere il corretto utilizzo di tali applicativi considerando il numero di operatori coinvolti, l'elevato turnover, il costante carico di lavoro e il coinvolgimento di figure professionali normalmente non dedicate alle attività di sorveglianza e controllo delle malattie infettive.
In considerazione delle specifiche organizzazioni locali (turni di lavoro, passaggi di consegne tra operatori, pianificazione delle attività, collocazione fisica degli operatori) e considerata la necessità, in alcuni casi, di incrociare le fonti informative regionali con le banche dati locali, alcune Aziende ULSS hanno comunque sviluppato e strutturato nel tempo ulteriori applicativi locali predisposti ad hoc. Tali applicativi nascevano dalla necessità di supportare l'attività di tracciamento a livello aziendale e monitorare l'attività registrando ulteriori informazioni relative al processo di presa in carico. Questo elemento, utile nell'attività aziendale per le specifiche esigenze organizzative, ha comportato in alcune fasi ad un parziale disallineamento tra alcune informazioni registrate localmente e la completezza del dato sull'applicativo regionale.

Successivamente, a partire dal mese di dicembre, il software unico regionale SIAVr-COVID è stato ulteriormente sviluppato per raccogliere gradualmente anche le informazioni relative al monitoraggio scolastico, rafforzando quindi il supporto informativo anche per questa attività favorendo una raccolta uniforme delle informazioni da parte di tutte le Aziende ULSS. Anche tale lavoro, che consente ora un monitoraggio estremamente puntuale e preciso di tutto il contesto scolastico, è stato realizzato grazie alla stretta sinergia tra Azienda Zero, la Regione e gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione coinvolti in prima linea nelle attività.

Situazione epidemiologica e carichi di lavoro

Gli ultimi mesi del 2020, ottobre-dicembre, hanno visto un aumento esponenziale di casi positivi identificati con un passaggio da alcune centinaia di casi al giorno nella prima metà di ottobre, ad oltre duemila nuovi casi nella seconda metà, crescendo fino a oltre tremila casi medi al giorno tra novembre e dicembre con punte di quasi cinquemila soggetti. Sono quasi un milione e quattrocentomila i test molecolari effettuati e quasi due milioni i test antigenici nell'ultimo trimestre del 2020.Tutto ciò ha portato ad un incrementale ed esponenziale lavoro di presa in carico e di gestione dell'epidemia dei sistemi regionali per il contact tracing.

Sempre nel periodo post-estivo è importante evidenziare che parallelamente lo scenario epidemiologico autunnale si caratterizzava anche dalla ripresa delle attività scolastiche in presenza. La ripresa dell'attività e la gestione di eventuali casi positivi identificati in tali setting aveva portato all'adozione con OPGR di uno specifico documento regionale per la gestione dei contatti scolastici, predisposto da un Gruppo di Lavoro costituito da operatori dei Dipartimenti di Prevenzione. Tale documento prevedeva un importante ricorso ai test di screening ripetuti nel tempo per favorire il massimo controllo dei focolai scolastici e, laddove possibile, il mantenimento della didattica in presenza in sicurezza. Per monitorare la specifica situazione degli eventi scolastici e le relative azioni di contact tracing in questo contesto, era stato predisposto un primo strumento regionale di rilevazione e monitoraggio alimentato dagli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione. Il team di operatori dedicati alle scuole registrava qui molteplici informazioni che, in questa fase, non erano ancora inseribili e trasferibili nel software unico regionale (SIAVr-COVID).

Aggiornamento Ministeriale della definizione di "guarito"

Sempre nel mese di ottobre, un impatto significativo sull'attività di registrazione e di raccolta delle informazioni negli applicativi, era determinata dall'aggiornamento dei criteri per disporre la guarigione e la fine dell'isolamento e della quarantena (12 ottobre 2020)[3]. Per quanto riguarda i soggetti positivi, il criterio del doppio tampone negativo a distanza di 48 ore eseguito a 14 giorni veniva aggiornato con un nuovo criterio che prevedeva la presenza di un singolo tampone negativo, eseguito ad almeno 10 giorni, insieme al riscontro di una condizione di asintomaticità da almeno 3 giorni.

Tali nuovi criteri comportavano, oltre ad un aggiornamento delle procedure operative per il contact tracing e la formazione/informazione di tutti gli operatori coinvolti sui nuovi criteri, anche un importante aggiornamento degli algoritmi del Sistema di Biosorveglianza e la conseguente necessità di adeguamento e completamento delle informazioni importanti da registrare negli applicativi da parte degli operatori. Tale intervento di registrazione e di adeguamento di procedure e algoritmi ha riguardato, oltre ai nuovi casi, anche quelli relativi al periodo antecedente al 12 ottobre coinvolgendo tutti quei soggetti che si erano positivizzati a partire da inizio ottobre e che soddisfacevano i criteri della nuova circolare al momento dell'entrata in vigore della nuova definizione.

Interventi per rafforzare le attività di contact tracing

Negli stessi giorni, il 21 ottobre 2020, con DGR n. 1422[4] venivano aggiornate ed intensificate le attività di screening periodico delle diverse popolazioni target, considerate a maggior rischio. In particolare per operatori sanitari coinvolti nell'assistenza di pazienti COVID il monitoraggio veniva portato ad una frequenza di 8 giorni. Veniva inoltre ripristinato lo screening per altre categorie: personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale) delle SSR e delle Strutture Residenziali extraospedaliere, soggetti che prestavano assistenza continuativa a pazienti non autonomi, farmacisti, donatori di sangue ed emocomponenti, lavoratori dei Servizi pubblici essenziali a maggior contatto con il pubblico e altri gruppi target di popolazione eventualmente identificati dalle Aziende ULSS che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale

Sempre con la stessa DGR, in accordo quanto previsto dalle indicazioni nazionali[5] in ragione della semplicità di esecuzione e della previsione di un uso diffuso del test antigenico rapido, è stato previsto il "*coinvolgimento della rete dei Pediatri di Libera Scelta e del Medico di Medicina Generale per l'uso nei diversi contesti organizzativi, incluso quello delle indagini di comunità*". In ogni Azienda ULSS al fine di consentire una diagnosi tempestiva di COVID-19, di ampliare ulteriormente l'offerta di "*Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*" e di coinvolgere opportunamente la Medicina territoriale venivano organizzati Punti di accesso territoriali (Sedi h24 7gg/7, Sedi di Continuità Assistenziale potenziate, Studi della Medicina Generale o spazi alternativi organizzati). In particolare, veniva attivata per ogni Azienda ULSS almeno un "Punto COVID-19 h24" ad accesso

[3] Circolare del Ministero della Salute n.32850 del 12 ottobre 2020.
[4] DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020 *"Piano di sanità pubblica, aggiornamento delle attività di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione*".
[5] Nota tecnica ad interim del Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità "*Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica*", aggiornata al 16 ottobre 2020.

libero per soggetti con sintomi sospetti o contatti di caso confermato per favorire l'accesso al testing e le conseguenti azioni di contact tracing.

Sempre nella stessa DGR, si ribadiva la necessità di garantire le attività di inchiesta epidemiologica e di rintraccio dei contatti stretti e a maggior rischio istituendo delle "Centrali Operative di Contact Tracing", coordinate dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, individuando come referente un medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva.

Le attività dovevano essere garantite, per i diversi ambiti di competenza, da medici, assistenti sanitari e infermieri ma anche tecnici della prevenzione, medici in formazione, studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, personale amministrativo, ecc., anche supportando il Dipartimento di Prevenzione con personale aggiuntivo afferente ad altri servizi dell'Azienda ULSS. L'articolazione organizzativa andava valutata da ogni singola Azienda in funzione delle specifiche esigenze e realtà territoriale. La numerosità del personale dedicato a tali attività doveva essere commisurata al carico di lavoro e allo scenario epidemiologico e in numero tale da garantire il rapporto di 1:10.000 abitanti come previsto dai documenti internazionali, nazionali e regionali di riferimento.

Coinvolgimento della Medicina Generale e dei Pediatria di Libera Scelta nel contact tracing

Parallelamente a tale organizzazione, in considerazione dell'evoluzione dello scenario epidemiologico e della sofferenza del contact tracing si evidenziava la necessità di intervenire ulteriormente sulla tempestività dell'adozione della disposizione di isolamento e quarantena. Per tale ragione, alla luce del dall'Accordo Collettivo Nazionale stipulato il 28 ottobre 2020, per evitare che l'attività di indagine epidemiologica con il tracciamento dei contatti (contact tracing) e l'accertamento diagnostico per l'identificazione rapida dei focolai, l'isolamento dei casi e l'applicazione delle misure di quarantena gravassero esclusivamente sui Dipartimenti di Sanità Pubblica è stato disposto il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Medici di Continuità Assistenziale[6]. Venivano quindi espressamente attribuite ai Medici di Medicina Generale le funzioni per rilasciare le disposizioni di isolamento e quarantena agli effetti dell'art. 1, commi 6 e 7, d.l. 33/20 con ogni conseguenza sul piano sanzionatorio e con sostituzione del provvedimento dei SISP – Servizi Igiene e Sanità Pubblica, di adozione di analoga misura in relazione al singolo caso positivo. Tali interventi sono stati estesi anche coinvolgendo i Pediatri di Libera Scelta[7].

Gli aspetti operativi venivano raccolti e definiti in uno specifico documento che forniva le indicazioni per la gestione dei casi positivi, dei contatti di caso e dei pazienti con sintomi sospetti alla luce della nuova organizzazione regionale[8]. La nuova organizzazione era indirizzata a favorire una presa in carico tempestiva di tutti i soggetti riscontrati positivi al test effettuato direttamente dal Medico di Medicina Generale, o con cui il medico entrava in contatto, registrando al contempo le informazioni necessarie alle attività di presa in carico e inchiesta epidemiologica. Allo stesso tempo, il rapporto e la sinergia con la medicina di famiglia favoriva le attività di screening dei contatti, allargando i cerchi dell'inchiesta e del tracciamento ad un numero più elevato di contatti anche a più basso rischio, rispetto a quelli individuati dal SISP. Inoltre, la medicina generale, concentrandosi prioritariamente sul

[6] Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 148 del 31 ottobre 2020.
[7] Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 156 del 24 novembre 2020.
[8] Regione del Veneto - Manuale per i *"Medici di Medicina Generale e interventi di Sanità Pubblica in sinergia con il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica"* - Novembre 2020.

contact tracing in ambito familiare e dei conviventi, spesso conoscendo direttamente la situazione sociale, favoriva l'informazione del cittadino, le attività di screening, la sorveglianza sindromica anche sotto il profilo clinico e i relativi provvedimenti proprio nei contesti familiari a maggior rischio di diffusione.

Considerato il coinvolgimento della Medicina Generale, veniva quindi predisposto, da parte di Azienda Zero, una specifica sezione nell'applicativo regionale a loro destinato (Portale Operatore), per poter registrare le attività di sanità pubblica da loro svolte. Tale applicativo, già dalla prime fasi dell'epidemia, era stato sviluppato per rendere disponibili e fruibili le informazioni relative agli esiti dei test per COVID-19 dei propri assistiti, e con la nuova organizzazione veniva posto gradualmente in cooperazione applicativa con SIAVr-COVID e al Sistema di Biosorveglianza, per l'integrazione delle principali informazioni relative al contact tracing (isolamento, quarantena, test di screening, etc).

Il Medico di Medicina Generale, nel Portale citato, registrava alcune informazioni di sorveglianza sanitaria per finalità di salute pubblica (stato clinico, eventuale data inizio sintomi), mantenendo altresì la propria cartella clinica individuale di ogni assistito invece per le informazioni di carattere clinico. Il passaggio delle informazioni inserite dai Medici di Medicina Generale nel Portale Operatore verso il SIAVr-COVID, fondamentale per supportare il lavoro dei Dipartimenti di Prevenzione, è avvenuto gradualmente a partire dal mese di novembre e si è concluso nel mese di dicembre.

Intervento di recupero per allineamento dei dati

Questa fase epidemiologica, caratterizzata dall'incremento dei nuovi positivi, come illustrato nei suoi principali aspetti nei precedenti paragrafi, determinava una contestuale modifica delle strategie regionali con l'allargamento delle attività di screening, l'attivazione da parte delle Aziende ULSS di punti tampone capillari su tutto il territorio e il significativo ricorso al testing per la prevenzione della diffusione di SARS-CoV-2 in ambito scolastico in stretta integrazione tra Dipartimenti di Prevenzione, Scuole e Servizi per l'Infanzia. La concomitanza di tutte queste azioni e lo scenario epidemiologico descritto determinavano un graduale ritardo delle azioni di contact tracing nella seconda metà di ottobre rispetto ai mesi precedenti. Tale situazione portava alle indicazioni di ulteriore rafforzamento dei Dipartimenti di Prevenzione e al coinvolgimento della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta nelle azioni di contact tracing a supporto della Sanità Pubblica.

I carichi di lavoro degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, il numero di nuovi casi identificati e il coinvolgimento di nuovi attori e nuove figure professionali nelle attività di contact tracing contestualmente alla migrazione al nuovo software, all'integrazione graduale delle informazioni acquisite e registrate dalla Medicina Generale a supporto dei SISP, all'utilizzo da parte di alcune Aziende ULSS di modalità locali personalizzate per la registrazione di alcune informazioni, all'aggiornamento della definizione di guarito e al conseguente adeguamento degli algoritmi del software regionale hanno determinato in questa fase, insieme al ritardo dell'azione di tracciamento, ad una parziale incompletezza del dato presente sul Sistema regionale di Biosorveglianza. L'incompletezza era principalmente relativa al dato sulla presa in carico della condizione del soggetto e sul suo aggiornamento durante il periodo di sorveglianza sanitaria in funzione anche della definizione di guarigione.

Il gruppo di coordinamento della sorveglianza COVID-19 dell'Istituto Superiore di Sanità veniva informato del momento di transizione e dell'incompletezza di alcune informazioni registrate e dell'avvio di interventi di recupero per migliorare la qualità del dato[9].

In questa fase di transizione, nei primi giorni di novembre, veniva quindi avviata una specifica azione di recupero delle attività, anche al fine di completare il dato, favorendone un allineamento coerente con lo scenario epidemiologico, in tempi rapidi e limitando nei limiti del possibile lavori ulteriori per gli operatori dei Dipartimenti di prevenzione già fortemente impegnati nelle difficili e prioritarie azione di contact tracing.

Veniva chiesto ad Azienda Zero di identificare, nel database regionale, tutti i soggetti per cui era mancante l'informazione sulla condizione di sintomaticità relativamente al periodo in oggetto (principalmente ottobre e i primi giorni del mese di novembre). Esclusivamente e limitatamente per i soggetti con data di positività meno recente veniva precompilata sul software l'informazione sullo stato clinico, rendendo tale inserimento di facile identificazione a tutti gli operatori coinvolti nell'utilizzo del software stesso. Venivano quindi inviate a tutte le Aziende ULSS gli elenchi di tali soggetti per una verifica di tutte le informazioni, che potevano essere aggiornate laddove necessario. Per tutti i casi in cui non fossero opportune modifiche non era necessario un ulteriore inserimento di informazioni, limitando quindi, per quanto possibile, un ulteriore carico di lavoro di registrazione in un momento epidemiologico particolarmente impegnativo. Proprio in virtù delle eventuali necessarie azioni di verifica, oltre agli elenchi inviati, l'informazione precompilata era resa evidente nel software in modalità chiara, esplicita e modificabile al fine di consentirne la validazione o l'aggiornamento da parte dei Dipartimenti di Prevenzione. Tale aggiornamento poteva infatti avvenire durante la fase di verifica degli elenchi o comunque in qualsiasi momento della presa in carico, della sorveglianza sanitaria, della programmazione dei tamponi di negativizzazione o della definizione di guarigione e di fine isolamento. Venivano inoltre invitati gli elenchi separati di tutti i soggetti con data di positività più recente, per procedere con le verifiche anche di questi e laddove non già avvenuta, per l'eventuale presa in carico con registrazione delle informazioni.

La procedura descritta è stata avviata per supportare le Aziende ULSS in una prima azione di recupero delle attività di contact tracing, nell'identificazione e correzione degli errori e dei dati mancanti, nel recupero dei soggetti non ancora contattati o per i quali non erano state acquisite tutte le informazioni necessarie per garantire le azioni di sanità pubblica più urgenti e il funzionamento degli algoritmi informatici recentemente aggiornati fondamentali anche per la definizione delle guarigioni e favorire un recupero ed un allineamento veloce dei dati coerente con la realtà del momento. Nessun intervento è stato apportato per i soggetti per cui era indicata la presenza di sintomatologia COVID, o per i quali fosse possibile recuperare l'informazione dall'applicativo dedicato alla gestione dei ricoverati COVID o eventualmente dal software dedicato alle azione di sanità pubblica in capo ai MMG.

In particolare, dopo aver identificato tali soggetti e precompilato l'informazione, sono state indette due riunioni (12 novembre e 17 novembre 2020) con i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione e i Direttori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS[10]. In occasione di tali incontri, sono stati evidenziati ed illustrati gli interventi di allineamento sopra descritti e sono state fornite le indicazioni operative su come procedere. A margine dell'incontro sono quindi stati forniti, a tutte le

[9] Comunicazioni a mezzo mail del 28 ottobre e del 3 novembre
[10] Convocazione a mezzo mail del 12 e del 17 novembre.

Aziende ULSS, gli elenchi puntuali di tutti i soggetti e delle relative informazioni oggetto di allineamento nel software regionale indicando di provvedere ad una verifica tempestiva.

Durante gli incontri sono state discusse alcune esigenze e le criticità del momento, sia in termini di andamento dell'epidemia, che della necessità di rimodulare, semplificare e prioritarizzare le azioni di sanità pubblica più importanti. La semplificazione e rimodulazione di tali attività è, infatti, prevista dalle indicazioni nazionali al variare dello scenario epidemiologico. Relativamente alle attività di registrazione e utilizzo del software si condivideva di favorire, laddove possibile, il ricorso a semplificazioni nelle procedure di inserimento dei dati anche per poter concentrare l'attività degli operatori sulla gestione dei positivi e sulle attività di informazione ai cittadini, e non su attività di data entry, considerato il carico di lavoro già in essere. Venivano quindi illustrate ed evidenziate le informazioni principali da aggiornare sia rispetto ai casi specificamente segnalati negli elenchi predisposti che per le attività future. In particolare, per garantire il monitoraggio previsto dall'Istituto Superiore di Sanità, sono state discusse le priorità informative minime nonché quelle necessarie a far funzionare correttamente gli algoritmi informatici, ad esempio per la definizione della guarigione, del termine dell'isolamento e del conteggio dei positivi. A tal fine sono stati fissati alcuni indicatori di qualità del dato raccolto.

E' stata quindi fornita indicazione, sempre condivisa in quegli stessi giorni con i Direttori Generali delle Aziende ULSS nelle riunioni quotidiane, di verificare e di allineare gli elenchi forniti, anche provvedendo a contattare o ricontattare tutti i soggetti per cui era necessaria la verifica delle informazioni[11]. Tale attività urgenti dovevano essere garantite in tempi definiti utili al rispetto delle attività di monitoraggio nazionale, anche attraverso il coinvolgimento di operatori di altri Servizi Aziendali a rinforzo dei Dipartimenti di Prevenzione con il supporto delle Direzione Generali stesse.

Nei giorni seguenti agli incontri pertanto, le Aziende ULSS hanno provveduto ad un'importante attività di recupero delle informazioni con un notevole sforzo organizzativo che ha visto il coinvolgimento di ulteriori risorse professionali intensificando l'attività oltre il normale orario di lavoro, anche nei giorni festivi. La Direzione Prevenzione ed Azienda Zero, hanno supportato tali attività, monitorato gli indicatori fissati e aggiornando gli elenchi forniti ogni qualvolta le Aziende ULSS ne avessero necessità. Inoltre, per fornire supporto per le attività di allineamento e verifica degli elenchi forniti e delle informazioni registrate nell'applicativo regionale, un team dei Sistemi Informativi di Azienda Zero ha supportato nel processo le Aziende ULSS 8 Berica e Azienda ULSS 9 Scaligera, al fine di favorire la massima tempestività. Tale lavoro in stretta sinergia tra Azienda Zero e le Centrali Operative di Contact Tracing ha determinato un importante momento di confronto per migliorare ulteriormente i software regionali.

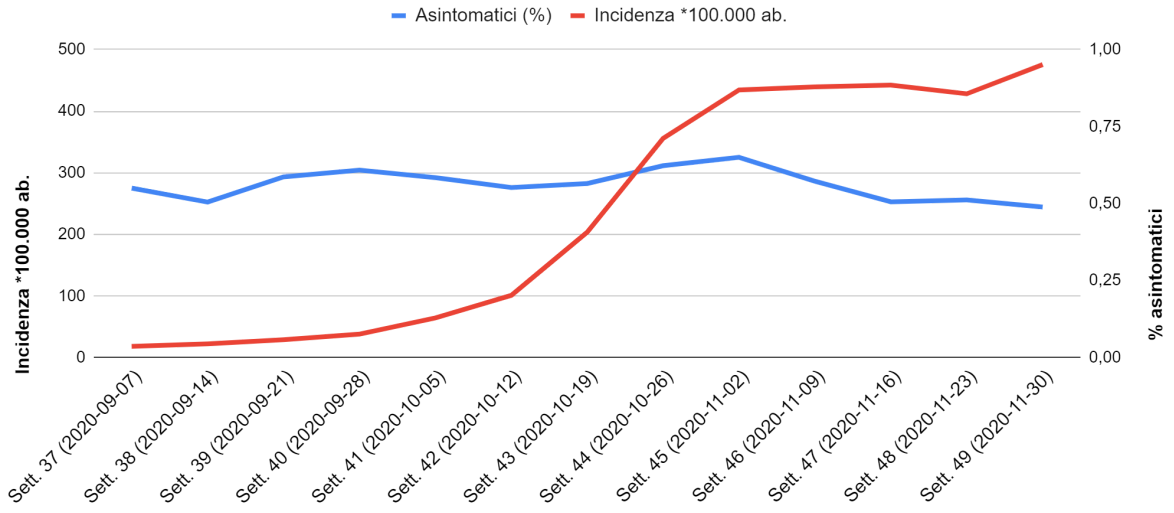
Durante gli incontri, inoltre, sono state discusse le criticità dello scenario epidemiologico e sono state ribadite le indicazioni di provvedere a riorganizzare e rafforzare complessivamente le attività di contact tracing - come previsto dalla DGR 1422/2020 e così come già concordato con i Direttori Generali in occasione degli incontri quotidiani effettuati negli stessi giorni - ricorrendo anche ad operatori afferenti ad altri servizi aziendali o ad altre misure straordinarie di reclutamento. Contestualmente a tutte le attività sopra descritte, le Aziende ULSS proseguivano la riorganizzazione interna dei Dipartimenti di Prevenzione così come indicata dalla DGR 1422/2020 per il rafforzamento delle attività di Contact Tracing.

[11] Invio tramite link protetto con email il 12 novembre 2020.

Analisi dei dati relativi alla condizione di asintomaticità nel periodo settembre-novembre

E' importante sottolineare che la percentuale di soggetti identificati come sintomatici può variare nel corso dell'epidemia in funzione dello scenario epidemiologico, del numero di nuovi casi, della disponibilità e dell'accessibilità ai test, delle strategie e delle indicazioni all'uso dei test stessi, dei protocolli di screening nonché delle indicazioni di classificazione introdotte per le definizione di caso e di guarigione e dagli operatori coinvolti nelle attività di rilevazione.

I dati del monitoraggio condotto dall'Istituto Superiore di Sanità relativi al periodo settembre-novembre evidenziano come gli interventi descritti abbiano favorito un recupero dei soggetti sintomatici ed un allineamento delle informazioni mancanti in coerenza con lo scenario epidemiologico del momento, non incidendo quindi sulla distribuzione tra asintomatici e sintomatici registrati ai fini della sorveglianza sanitaria di sanità pubblica.



L'identificazione dei soggetti senza nessuno stato clinico e la tempestiva segnalazione alle Aziende di competenza, ha permesso una più corretta classificazione in asintomatici/sintomatici. In assenza di tale iniziativa, il dato sarebbe rimasto inespresso portando ad un suo completo inutilizzo per le statistiche e per lo stesso calcolo dell'Rt. Difatti, approfondendo lo stato clinico dei nuovi positivi, ed evitando la non classificazione, si è consentita una stima molto più precisa dell'indicatore (dato che l'indice di replicazione virale non considera i soggetti senza data primi sintomi al pari degli asintomatici). Recuperando e meglio definendo i soggetti "sintomatici" l'Rt poteva essere soggetto ad aumento e non ad una diminuzione.

Dal grafico e dalla tabella di dettaglio si evidenzia infatti che nel periodo da settembre a novembre, la distribuzione tra sintomatici e asintomatici risulta pressoché stabile nel tempo, presentando delle variazioni fisiologiche per un sistema di sorveglianza, all'interno di un range stabile di valori.

Settimana	Asintomatici (%)	Sintomatici (%)	Casi Totali (n.)	Incidenza *100.000	Rt [sintomi][12]
Sett. 37 (2020-09-07)	55,0%	44,9%	893	18,1	0,91
Sett. 38 (2020-09-14)	50,5%	49,4%	1.054	22,2	1,06
Sett. 39 (2020-09-21)	58,6%	41,2%	1.402	28,8	1,16
Sett. 40 (2020-09-28)	60,8%	39,2%	1.710	38,0	1,1
Sett. 41 (2020-10-05)	58,4%	41,6%	3.004	64,3	1,15
Sett. 42 (2020-10-12)	55,2%	44,8%	4.770	101,0	1,73
Sett. 43 (2020-10-19)	56,5%	43,4%	8.969	203,4	1,47
Sett. 44 (2020-10-26)	62,3%	37,4%	15.560	355,7	1,57
Sett. 45 (2020-11-02)	65,0%	34,6%	21.233	434,3	1,26
Sett. 46 (2020-11-09)	57,2%	41,9%	21.944	439,4	1,16
Sett. 47 (2020-11-16)	50,6%	48,7%	21.789	442,1	1,2
Sett. 48 (2020-11-23)	51,1%	48,3%	20.393	428,2	1,13
Sett. 49 (2020-11-30)	48,9%	50,4%	22.996	475,6	0,91

Gruppo di Lavoro Regionale a Supporto del Contact Tracing

In data 9 novembre veniva istituito un "*Gruppo Regionale per il supporto organizzativo dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto*" con il compito di valutare l'organizzazione dei processi in atto per il monitoraggio e controllo dell'infezione da COVID-19, definendo dove necessarie misure correttive anche attraverso un processo di benchmarking con le diverse realtà aziendali in rapporto alla situazione epidemiologica in corso nonché individuando idonee strategie di sviluppo per il futuro[13].

Il Gruppo Regionale in data 13 novembre ha incontrato presso le rispettive sedi del Dipartimento di Prevenzione, i referenti per l'emergenza COVID-19 delle Aziende ULSS 6 Euganea e ULSS 9 Scaligera, in quanto le due ULSS più grandi della Regione e con un maggior livello di complessità organizzativa. Il Gruppo ha fornito per le vie brevi, e successivamente tramite comunicazione scritta, una serie di indicazioni e di necessità di adeguamento organizzativo tra cui l'adozione prioritaria di un "modello di presa in carico rapida" già in uso presso altre realtà aziendali, evidenziando allo stesso tempo la necessità di una più puntuale registrazione in SIAVR-COVID dei dati relativi alla presa in carico e l'importanza dell'utilizzo degli applicativi regionali per la registrazione dei dati relativi alle inchieste epidemiologiche evitando ovunque possibile l'utilizzo di altri strumenti locali di archiviazione.

In data 27 novembre si è svolto un ulteriore incontro presso l'Azienda ULSS 2 marca trevigiana, che in quei giorni aveva già avviato una riorganizzazione interna rafforzando la Centrale Operativa di Contact Tracing, monitorando puntualmente i carichi di lavoro e attivando un team dedicato alla gestione delle scuole e alla presa in carico rapida di tutti i soggetti minori di 18 anni. Dal confronto

[12] Dato riportato nei report dell'ISS
[13] Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, n. 61 del 9.11.2020.

emergeva da un lato la necessità di rafforzare l'attività di formazione dei nuovi operatori coinvolti nel contact tracing e dall'altro alcune criticità legate all'allineamento tra il software SIAVr-COVID e le informazioni inserite dai Medici di Medicina Generale nel Portale a loro dedicato. Poiché la soluzione di alcuni elementi evidenziati potevano velocizzare ulteriormente il lavoro sia dei tracciatori che dei Medici di Medicina Generale, si procedeva a condividere con Azienda Zero le ulteriori necessità di sviluppo e perfezionamento già comunque oggetto di lavoro. Tutte queste attività sono risultate fondamentali poiché frutto del costante e continuo confronto con gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione.

Ulteriori attività a supporto del Contact Tracing

A completamento e supporto delle attività di monitoraggio e su indicazione del Gruppo Regionale sono stati realizzati specifici cruscotti di "Business Intelligence" (Qlik ContactTracing-Covid19, Qlik SIAVr-COVID) a disposizione delle Aziende ULSS, di Azienda Zero e della Regione per monitorare in tempo reale le attività poste in essere sia in termini di tempestività dei provvedimenti, che di completezza dei dati raccolti e inseriti. Tali cruscotti hanno ulteriormente permesso alle singole Aziende ULSS, di adeguare le modalità di registrazione e di utilizzo degli applicativi regionali anche al variare delle esigenze informative in continua evoluzione per una maggiore qualità del dato e rappresentatività della situazione epidemiologica.

A partire dal mese di dicembre inoltre, è stata avviata una ulteriore rilevazione sul personale addetto alle attività di tracciamento e di presa in carico dei soggetti positivi oltre che delle chiamate di tracciamento e di sorveglianza[14]. Tale monitoraggio era finalizzato a supportare il prosieguo e la verifica della riorganizzazione, in graduale e progressiva integrazione con le attività registrate e rilevate dagli applicativi regionali e dei cruscotti di Business Intelligence a disposizione delle Aziende ULSS.

Nei mesi di novembre e di dicembre inoltre, per integrare tutte le informazioni relative al monitoraggio degli eventi scolastici Azienda Zero ha provveduto a sviluppare un ulteriore modulo dedicato a questa attività direttamente nel software regionale SIARr-COVID. Il lavoro di realizzazione coordinato da Azienda Zero e dalla Regione ha visto il coinvolgimento degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione in prima linea nelle attività. Tale modalità di lavoro e di sviluppo ha consentito di realizzare uno strumento, oggi in uso in tutta la regione, il più possibile rispondente alle esigenze di lavoro degli operatori e di monitoraggio epidemiologico. Ad esempio il nuovo modulo, incrociato con l'anagrafe delle Scuole che identifica il tipo di scuola (primaria, secondaria, etc.), consente di gestire agevolmente le singole classi in cui si è registrato un positivo, monitorare l'evoluzione del focolaio, programmare i test di screening e intervenire tempestivamente in caso di necessità, ottimizzando il tempo degli operatori. Le informazioni inserite nel modulo dedicato alle scuole sono ora direttamente integrate con tutte le altre attività di contact tracing e riportate nel Sistema di Biosorveglianza regionale.

Il lavoro e la dedizione di tutti gli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione, affiancato al processo di confronto tra le diverse realtà, promosso dalla rete di colleghi del territorio e dal Gruppo Regionale, ha consentito di lavorare verso un costante e progressivo miglioramento dell'attività, dell'organizzazione e dei supporti informativi. Inoltre, sempre grazie al confronto continuo, le

[14] Nota del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria prot. 512240 del 1.12.2020.

Aziende ULSS hanno ricercato, sviluppato e adeguato al contesto locale specifici modelli organizzativi e strumenti tecnologici innovativi a supporto dell'attività di contact tracing che hanno garantito il mantenimento costante e duraturo di un eccellente qualità del dato raccolto e un tempestivo aggiornamento dei flussi fondamentali per il monitoraggio regionale e nazionale.

Allegato n. 8

PROTOCOLLO.E0001236312302021REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 11 FEB. 2020 Protocollo N° 66314 Class: C.104 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: Effettuazione Test di laboratorio per 2019-nCoV a soggetti asintomatici rientranti dalla Cina.

Alla c.a.
Dott. L. Flor
Direttore Generale
Azienda Ospedale - Università Padova

Prof. A. Crisanti
Direttore UOC Microbiologia e Virologia
Azienda Ospedale - Università Padova

e, p.c. Assessore alle Politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali

Dott.ssa F. Russo
Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Si è appreso dagli organi di stampa che codesta Azienda sta valutando di estendere i controlli microbiologici per 2019-nCoV anche ai soggetti asintomatici provenienti dalla Cina.

Si chiede di conoscere sula base di quali indicazioni ministeriali, o internazionali, si sia ipotizzata tale scelta di sanità pubblica o se il suddetto percorso rientri all'interno di un progetto di ricerca approvato dal Comitato Erico per la Sperimentazione Clinica di riferimento.

Evidenziando che in una situazione come l'attuale scenario correlato all'infezione da 2019-coV , il coordinamento centrale di ogni azione è l'elemento imprescindibile per la corretta risposta all'emergenza, si precisa che eventuali proposte in ambito assistenziale, discostanti da quanto ad oggi definito, devono essere condivise con la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria.

Oltre a ricordare che ogni spesa associata alle prestazioni in argomento, su soggetti asintomatici, non rientra tra le prestazioni coperte dal fondo del SSN, si chiede di valutare se il carico di lavoro derivante dalla proposta in argomento possa impattare sulla gestione organizzativa e la tempistica di risposta degli esami effettuati su pazienti sintomatici.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
Area Sanità e Sociale
- Dr. Domenico Mantoan -

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
e-mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it
pec: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

Allegato n. 9

PROTOCOLLO.E0001236312301-2023REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 27 GEN. 2020 Protocollo N° 40049 Class: G. 320 Prat. 04 Fasc. 1 Allegati N° vari

Oggetto: trasmissione Circolare ministeriale prot. n. 2302 del 27.01.20 "Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina.

Ai Direttori Generali
Ai Direttori Sanitari
Ai Direttori delle U.O. Malattie Infettive
Ai Direttori dei Laboratori di Microbiologia
Ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
Ai Direttori dei Servizi Igiene Sanità Pubblica
Ai Referenti delle Malattie Infettive e vaccinazioni
Aziende ULSS ed Ospedaliere del Veneto

Al Laboratorio di Riferimento Regionale
UOC Microbiologia e Virologia
Azienda Ospedale Università Padova

Al Direttore IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria
Negrar (VR)

LORO SEDI

Facendo seguito alla nota regionale prot. n. 34550 del 23.01.2020 si trasmette la Circolare Ministeriale prot. n. 23027 del 27.01.2020 di cui all'oggetto, con la quale il Ministero della Salute aggiorna le indicazioni sulla "Definizione di caso per la segnalazione", le "Modalità per la diagnosi molecolare" e le raccomandazioni per la raccolta dei campioni clinici secondo le indicazioni degli organismi internazionali.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Si chiede di comunicare alla scrivente Direzione la composizione aggiornata, nonché gli estremi degli atti relativi all'istituzione e loro aggiornamento, del Comitato per le Emergenze di Sanità Pubblica (CESP) e del Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR) costituiti a livello aziendale, di cui alla deliberazione della Giunta Regionale n. 443 del 10 aprile 2012; in allegato il modulo per la raccolta dati da inviare compilato a: malattieinfettive@regione.veneto.it **entro il 31.01.2020.**

Si chiede a tutte le Aziende Ulss di comunicare alla scrivente la disponibilità di posti letto nei reparti di Malattie Infettive e di verificare la fornitura di dispositivi di protezione individuale monouso quali mascherine, camici, calzari, guanti e occhiali.

Riportiamo le indicazioni e procedure operative relative alla modalità di gestione e sorveglianza dei casi di infezione da nuovo coronavirus 2019-nCoV nella Regione Veneto, in accordo con quanto emanato dal Ministero con circolare prot. n.1997 del 22.01.20, avente per oggetto "Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina".

L'obiettivo della gestione dei casi sospetti è quello di ridurre al minimo i contatti con altri soggetti e con il personale sanitario qualora si presentassero al Pronto Soccorso o dal Medico di Medicina Generale.

Le situazioni che potrebbero verificarsi sono le seguenti:

- **Soggetto che si presenta in Pronto Soccorso**

  Mettere in atto procedure operative per una tempestiva identificazione dei casi e per la conseguente applicazione delle misure di isolamento da contatto, droplet e aereo, in aggiunta alle precauzioni standard e di igiene respiratoria, a partire dal punto di primo contatto con la struttura sanitaria (accoglienza e triage, sale d'attesa);

  Predisporre ed utilizzare il percorso e la stanza di isolamento come da indicazioni ricevute in occasione della SARS e ribadito in occasione della pandemia da influenza H1N1 per i casi di 2019-nCoV che vanno visitati in un'area separata dagli altri pazienti;

  Affiggere il materiale informativo allegato e recante istruzioni per i pazienti e per gli accompagnatori;

  Dotare il paziente di mascherina chirurgica nella fase di accoglienza ed effettuare il colloquio mantenendosi ad una distanza di almeno un metro;

  Gli operatori che prestano assistenza dovranno indossare mascherina e protezione facciale, camice impermeabile a maniche lunghe non sterile e guanti;

  Il medico che prende in carico il paziente che risponde ai criteri di caso contatterà il medico di accettazione del reparto di Malattie Infettive per la valutazione del paziente e per concordare il ricovero.

  Se il caso risponde ai criteri per la segnalazione, il medico segnalerà il caso al Servizio Igiene e Sanità Pubblica di competenza secondo le modalità indicate nella nota regionale prot. n. 34550 del 23.01.2020.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

Nella sala d'aspetto dei Pronto Soccorso deve essere affisso il materiale informativo che verrà inviato a breve e indicato che qualsiasi soggetto con febbre deve usare la mascherina.

- **Soggetto che telefona al 118**

Gli operatori della centrale operativa del 118 provvedono ad effettuare una prima procedura di triage telefonico valutando la presenza dei criteri di caso.

Nel caso di soggetto che presenti i criteri di caso, la centrale operativa provvederà a contattare il personale di accettazione del Reparto Malattie Infettive del territorio di competenza per concordare le modalità di trasporto ed i tempi di arrivo presso la suddetta struttura per la valutazione clinica e l'isolamento.

Nei casi di soggetti gravi che rispondono alla definizione di SARI o ARDS e che rispondono al criterio epidemiologico di caso, dovranno essere inviati all'Azienda Ospedale di Padova.

- **Soggetto che si presenta dal Medico di Medicina Generale**

Il Medico effettua un'attenta valutazione clinica ed anamnestica sulla base della definizione di caso della Circolare ministeriale.

Isola il paziente in altra stanza e dota il paziente di mascherina.

Nel caso di soggetto che presenti i criteri di caso, contatta il 118 per il trasferimento al Reparto di Malattie infettive di riferimento del territorio.

Raccoglie informazioni per il contact tracing relative ai soggetti presenti nella stessa stanza (nome cognome, indirizzo, numero telefonico) e li comunica al Servizio Igiene e Sanità Pubblica.

Nella sala d'aspetto dei Medici di Medicina Generale deve essere affisso il materiale informativo predisposto dalla Regione e deve essere indicato che qualsiasi soggetto con febbre usi la mascherina.

Misure di prevenzione nei confronti dei contatti:

Il Dipartimento di Prevenzione, in collaborazione con il medico che ha effettuato la segnalazione, svolge tempestivamente l'indagine epidemiologica e identifica i contatti del caso.

Per contatto stretto si intende:

1. Esposizione dovuta ad assistenza sanitaria, compresa assistenza diretta a pazienti affetti da nCoV, lavorare con operatori sanitari infetti da nCoV, visitare pazienti o permanere nello stesso ambiente di un paziente con nCoV.

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

2. Lavorare a stretto contatto o condividere lo stesso ambiente con un paziente con nCoV.
3. Viaggiare con un paziente con nCoV, con qualsiasi mezzo di trasporto
4. Vivere nella stessa casa di un paziente con nCoV.

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima o dopo la manifestazione della malattia nel caso in esame.

Ai contatti stretti deve essere raccomandato l'isolamento domiciliare fiduciario fino a conferma della diagnosi. Il referente del Dipartimento di Prevenzione provvede a effettuare la sorveglianza attiva:

- istruire adeguatamente sia il paziente che i familiari per applicare le precauzioni per prevenire la trasmissione da contatto, droplet e aerea;
- far monitorare la temperatura corporea telefonando al paziente una volta al giorno, concordare con il medico infettivologo il termine dell'isolamento.
- ai soggetti sani che rientrano dalla Cina o che non rientrano nella definizione di caso viene indicata la sorveglianza passiva con misurazione della temperatura corporea quotidiana. Qualora rilevassero febbre ed altri sintomi respiratori devono contattare il loro medico curante.

Diagnostica di Laboratorio

La diagnosi molecolare può essere effettuata dal Laboratorio di riferimento di Padova UOC Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedale-Università Padova che attualmente dispone dei primer.

La raccolta dei campioni biologici deve avvenire adottando precauzioni e dispositivi di protezione individuale utili a minimizzare la possibilità di esposizione a patogeni. Le modalità di trasmissione dei campioni rimangono quelle indicate con precedente nota regionale.

Sara cura del Laboratorio di riferimento UOC Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedale-Università Padova inviare i campioni per la conferma al laboratorio di riferimento Nazionale.

Nuove indicazioni verranno fornite in base all'evoluzione della situazione epidemiologica.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono cordiali saluti.

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare
Veterinaria
Il Direttore
- Dr.ssa Francesca Russo -

Responsabile dell'istruttoria: Francesca Zanella
Tel. 041-2791358
Segreteria: Tel. 041-2791352-1353-1320

Allegato n. 10

PROTOCOLLO.E0004236312-30-01-2023REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data - 6 FEB. 2020 Protocollo N° 58238 Class: G. 920 Prat. 94 Fasc. 1 Allegati N° 1

Oggetto: ricognizione Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

Ai Direttori Sanitari

Ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione

delle Aziende Ulss

Azienda Ospedale Università Padova

Azienda Ospedaliera Universitaria Verona

IRCCS Ospedale Sacro Cuore

Don Calabria - Negrar

LORO SEDI

Come da richiesta pervenuta dal Ministero della Salute e ai fini della ricognizione del numero di Dispositivi di Protezione Individuale disponibili nelle strutture sanitarie del territorio, si chiede di completare la tabella nel file excel allegata e di rinviarla all'indirizzo mail: malattieinfettive@regione.veneto.it **entro il giorno 07.02.2020**.

Per quanto riguarda le ambulanze specificare quante ne sono a disposizione per il trasporto da nCoV.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Responsabile dell'istruttoria
Francesca Zanella
Tel. 041-2791358
Segreteria: Tel. 041-2791352-1353-1320

KIT Emergenza agenti infettivi	Mascherina	Maschere ffp2/ffp3	Guanti in nitrile	Guanti in vinile	Occhiali di protezione	Visiera	Tute cl. III Tyvek Protech	Tute monouso in TNT	Camice	Calzari	Perossido Idrogeno	Ambulanza	Soluzione Idroalcolica	Detergente Mani	Barella Bio Contenimento

PROTOCOLLO.E0001236312023.31-01-2023.REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Allegato n. 11

PROTOCOLLO.I.0004230.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.01/2011 del 15-03-2023
PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

Ministero della Salute

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Vista la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità del 30 gennaio 2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale;

Vista la successiva dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020 con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come «pandemia» in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Considerati l'evolversi della situazione epidemiologica, il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e l'incremento dei casi sul territorio nazionale;

Considerato, inoltre, che le dimensioni sovranazionali del fenomeno epidemico e l'interessamento di più ambiti sul territorio nazionale rendono necessarie misure volte a garantire uniformità nell'attuazione dei programmi di profilassi elaborati in sede internazionale ed europea;

Visto il decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante "*Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19*";

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 aprile 2020, recante "*Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale*", pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana 27 aprile 2020, n. 108;

Visto, in particolare, l'articolo 2, comma 11, il quale prevede "*nei casi in cui dal monitoraggio emerga un aggravamento del rischio sanitario, individuato secondo i principi per il monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 e secondo i criteri stabiliti dal Ministro della salute entro cinque giorni dalla data del 27 aprile 2020, il Presidente della Regione propone tempestivamente al Ministro della salute, ai fini dell'immediato esercizio dei poteri di cui 2, comma 2, del decreto-legge 25 marzo 2020, n.19, le misure restrittive necessarie e urgenti per le attività produttive delle aree del territorio regionale specificamente interessate dall'aggravamento*";

Visto l'art. 16, comma 1, lett. a del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

Visto la nota del 30 aprile 2020 con cui i direttori generali della Direzione generale della prevenzione sanitaria e della Direzione generale della programmazione sanitaria trasmettono, all'esito delle consultazioni con le autorità regionali, politiche e tecniche, nel corso delle riunioni del 29 e 30 aprile 2020, il documento relativo ai criteri in merito alle attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A, di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020;

PROTOCOLLO.U.0004230.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.01/2011 del 15-03-2023
PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

DECRETA

1. Con il presente decreto sono adottati i criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020, così come individuati nel documento allegato che costituisce parte integrante del presente decreto.

Il presente decreto è pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana.

Roma, 30 APR 2020

IL MINISTRO DELLA SALUTE
Roberto Speranza

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.61/L011 del 15-03-2023
PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

OGGETTO: Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/2020.

Le misure di contenimento adottate nella prima fase di sviluppo dell'epidemia, in Italia così come negli altri paesi, hanno contribuito in misura determinante all'appiattimento della curva epidemica con riduzione dei nuovi casi e conseguente alleggerimento della risposta assistenziale a carico del servizio sanitario. Tali misure, sebbene abbiano permesso di superare la fase emergenziale, sott'altro profilo hanno determinato impatti economici e sociali non sostenibili nel medio-lungo periodo.

Pertanto, l'Italia, come molti paesi in Europa, si sta apprestando ad allentare gradualmente tali misure a favore di una progressiva ripresa del tessuto economico e sociale.

In assenza di un vaccino o di un trattamento farmacologico efficace, e a causa del livello di immunità della popolazione ancora basso, può verificarsi una rapida ripresa di trasmissione sostenuta nella comunità.

Tutto questo, come anche suggerito dagli organismi internazionali, presuppone l'implementazione e il rafforzamento di un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus, del progressivo impatto sui servizi sanitari.

Allo stato attuale dell'epidemia, il consolidamento di una nuova fase, caratterizzata da iniziative di allentamento del *lockdown* e dalla loro progressiva estensione, può aver luogo solo ove sia assicurato uno stretto monitoraggio dell'andamento della trasmissione del virus sul territorio nazionale. Altri presupposti sono il grado di *preparedness* e tenuta del sistema sanitario, per assicurare l'identificazione e gestione dei contatti, il monitoraggio dei quarantenati, una adeguata e tempestiva esecuzione dei tamponi per l'accertamento diagnostico dei casi, il raccordo tra assistenza primaria e quella in regime di ricovero, nonché la costante e tempestiva alimentazione dei flussi informativi necessari, da realizzarsi attraverso l'inserimento dei dati nei sistemi informativi routinari o realizzati *ad hoc* per l'emergenza in corso.

ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO

Per gli scopi di monitoraggio citati in premessa, e della necessità di classificare tempestivamente il livello di rischio in modo da poter valutare la necessità di modulazioni nelle attività di risposta all'epidemia, sono stati disegnati alcuni indicatori con valori di soglia e di allerta che dovranno essere monitorati, attraverso sistemi di sorveglianza coordinati a livello nazionale, al fine di ottenere dati aggregati nazionali, regionali e locali. Si precisa che tali indicatori non sono finalizzati ad una valutazione di efficienza/efficacia dei servizi ma ad una raccolta del dato e ad una migliore comprensione della qualità dello stesso, al fine di poter realizzare nel modo più corretto possibile una classificazione rapida del rischio di concerto con l'Istituto Superiore di Sanità e le Regioni/PPAA. Alcuni indicatori, definiti opzionali, sono relativi a flussi di sorveglianza non attualmente attivi che potranno essere istituiti in alcune Regioni/PP.AA. in base alla fattibilità ed opportunità. Tali indicatori verranno considerati nella classificazione del rischio solo qualora la Regione/P.A. raccolga il dato a seguito dell'attivazione del relativo flusso informativo.

Il monitoraggio comprenderà i seguenti indicatori:

- indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio (Tabella 1);
- indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e gestione dei contatti (Tabella 2);
- indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari (Tabella 3).

1. Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio:

1.1 Numero di casi sintomatici notificati per mese in cui è indicata la data inizio sintomi/totale di casi sintomatici notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.

1.2 Numero di casi notificati per mese con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) in cui è indicata la data di ricovero/totale di casi con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.

1.3 Numero di casi notificati per mese con storia di trasferimento/ricovero in reparto di terapia intensiva (TI) in cui è indicata la data di trasferimento o ricovero in TI/totale di casi con storia di trasferimento/ricovero in terapia intensiva notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.

1.4 Numero di casi notificati per mese in cui è riportato il comune di domicilio o residenza/totale di casi notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo.

1.5 Numero di checklist somministrate settimanalmente a strutture residenziali sociosanitarie (opzionale).

1.6 Numero di strutture residenziali sociosanitarie rispondenti alla checklist settimanalmente con almeno una criticità riscontrata (opzionale).

2.Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti:

2.1 Percentuale di tamponi positivi escludendo per quanto possibile tutte le attività di screening e il "re-testing" degli stessi soggetti, complessivamente e per macro-setting (territoriale, PS/Ospedale, altro) per mese.

2.2 Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi.

2.3 Tempo tra data inizio sintomi e data di isolamento (opzionale).

2.4 Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al *contact-tracing*.

2.5 Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento e monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento.

2.6 Numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati.

3.Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari:

3.1 Numero di casi riportati alla Protezione civile negli ultimi 14 giorni.

3.2 Rt calcolato sulla base della sorveglianza integrata ISS (si utilizzeranno due indicatori, basati su data inizio sintomi e data di ospedalizzazione).

3.3 Numero di casi riportati alla sorveglianza sentinella COVID-net per settimana (opzionale).

3.4 Numero di casi per data diagnosi e per data inizio sintomi riportati alla sorveglianza integrata COVID-19 per giorno.

3.5 Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito).

3.6 Numero di nuovi casi di infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note.

3.7 Numero di accessi al PS con classificazione ICD-9 compatibile con quadri sindromici riconducibili a COVID-19 (opzionale).

3.8 Tasso di occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19.

3.9 Tasso di occupazione dei posti letto totali di Area Medica per pazienti COVID-19.

La fase di transizione dell'epidemia di COVID-19 si propone di proteggere la popolazione, con particolare attenzione per le fasce di popolazione vulnerabile, e di mantenere un numero di casi di infezione limitato e comunque entro valori che li rendano gestibili da parte dei servizi sanitari del Paese.

I criteri da valutare per la fase di transizione nella gestione COVID-19 in Italia sono i seguenti:

1. mantenimento di un numero di nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2 stabile ovvero un aumento limitato nel numero di casi nel tempo e nello spazio, che possa essere indagato in modo adeguato e contenibile con misure di controllo locali;

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.61/2011 del 15-03-2023
PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

2. mantenimento o riduzione del numero di casi di trasmissione in strutture che ospitano popolazioni vulnerabili (cluster in ospedali, RSA, altre strutture assistenziali, case di riposo ecc.) e assenza di segnali di sovraccarico dei servizi sanitari.

Le soglie definite negli indicatori proposti sono volte a monitorare il mantenimento di questi criteri. Sono inoltre identificati valori di allerta che devono portare ad una valutazione del rischio congiuntamente nazionale e della/e Regioni/PP.AA. interessate, per decidere se le condizioni siano tali da richiedere una revisione delle misure adottate/da adottare ed eventualmente anche della fase di gestione dell'epidemia.
Valori soglia sono definiti in modo puntuale per alcuni indicatori mentre una valutazione comparativa sarà effettuata con i dati dei 7 giorni precedenti raccolti nell'ambito della sorveglianza integrata nazionale, il cui storico costituirà quindi il valore di riferimento epidemiologico.
Una prima valutazione della qualità delle informazioni raccolte si effettuerà valutando la *compliance* della qualità minima dei sistemi informativi utilizzati per la raccolta attraverso indicatori di processo in Tabella 1.

Una volta accertata la qualità del dato si procederà ad una valutazione del rischio, definito come la combinazione della probabilità e dell'impatto di una minaccia sanitaria. È possibile analizzare separatamente queste due condizioni per poi valutare il rischio complessivamente. In questo contesto specifico, la minaccia sanitaria è costituita dalla trasmissione non controllata e non gestibile di SARS-CoV-2, e si valuterà quindi il rischio legato alla **probabilità** di infezione/trasmissione in Italia e all'**impatto,** ovvero la gravità della patologia con particolare attenzione a quella osservata in soggetti con età superiore a 50 anni.
La Figura 1 riporta l'algoritmo di valutazione relativo alla probabilità, mentre la Figura 2 riporta quello relativo all'impatto con indicati gli indicatori di riferimento. Il risultato di entrambe queste valutazioni viene rapportato alla matrice di stima del rischio riportata in Tabella 4, restituendo una valutazione del rischio complessivo.
Qualora gli indicatori non opzionali di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione (Tabella 2) dei contatti non siano valutabili o diano molteplici segnali di allerta, il rischio così calcolato dovrà essere rivalutato al livello di rischio immediatamente superiore.
Una classificazione di rischio moderato/alto/molto alto porterà ad una rivalutazione e validazione congiunta con la Regione/P.A. interessata che porterà a integrare le informazioni da considerare con eventuali ulteriori valutazioni svolte dalla stessa sulla base di indicatori di processo e risultato calcolati per i propri servizi. Qualora si confermi un rischio alto/molto alto, ovvero un rischio moderato ma non gestibile con le misure di contenimento in atto, si procederà ad una rivalutazione delle stesse di concerto con la Regione/P.A. interessata, secondo quanto previsto dall'articolo 2, comma 11 del DPCM 26/4/2020. Se non sarà possibile una valutazione secondo le modalità descritte, questa costituirà di per sé una valutazione di rischio elevata, in quanto descrittiva di una situazione non valutabile e di conseguenza potenzialmente non controllata e non gestibile.
Una classificazione aggiornata del rischio per ciascuna Regione/P.A. deve avvenire almeno settimanalmente. Il Ministero della Salute, tramite apposita **cabina di regia**, che coinvolgerà le Regioni/PP.AA. e l'Istituto Superiore di Sanità, raccoglie le informazioni necessarie per la

PROTOCOLLO.U.0004230.13-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.01/2011 del 13-03-2023
PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

classificazione del rischio e realizza una classificazione settimanale del livello di rischio di una trasmissione non controllata e non gestibile di SARS-CoV-2 nelle Regioni/PP.AA.

RISORSE UMANE

La ricerca e la gestione dei contatti, per essere condotta in modo efficace, deve prevedere un adeguato numero di risorse umane, quali operatori sanitari e di sanità pubblica, personale amministrativo e, ove possibile, altro personale già presente nell'ambito dei Servizi veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione, da coinvolgere secondo le esigenze locali.

Sulla base delle stime dell'ECDC, per garantire in modo ottimale questa attività essenziale dovrebbero essere messe a disposizione nelle diverse articolazioni locali non meno di 1 persona ogni 10.000 abitanti includendo le attività di indagine epidemiologica, il tracciamento dei contatti, il monitoraggio dei quarantenati, l'esecuzione dei tamponi, preferibilmente da eseguirsi in strutture centralizzate (*drive in* o simili), il raccordo con l'assistenza primaria, il tempestivo inserimento dei dati nei diversi sistemi informativi.

È necessario provvedere a un'appropriata formazione del personale e garantire, da parte dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Distretti Sanitari, il mantenimento dei livelli di erogazione dei rimanenti ordinari servizi (ad es. screening, vaccinazioni).

Si invita a voler dare la massima diffusione alla presente nota circolare ai servizi e ai soggetti interessati.

DIRETTORE GENERALE DGPRE
.*f.to* Dott. Claudio D'Amario

DIRETTORE GENERALE DGPROGS
f.to Dott. Andrea Urbani

"firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d. Lgs. N. 39/1993

PROTOCOLLO.I.0004230.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.01/2011 del 15-03-2023
PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

Allegato 1

Tabella 1. Indicatori di processo sulla capacità di monitoraggio.

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Capacità di monitoraggio (indicatori di qualità dei sistemi di sorveglianza con raccolta dati a livello nazionale)	1.1	Numero di casi sintomatici notificati per mese in cui è indicata la data inizio sintomi / totale di casi sintomatici notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo	Almeno il 60% con trend in miglioramento Un valore di almeno 50% con trend in miglioramento sarà considerato accettabile nelle prime 3 settimane dal 4 maggio 2020	<50% nelle prime 3 settimane dal 4 maggio 2020, a seguire <60%	Sorveglianza integrata nazionale
	1.2	Numero di casi notificati per mese con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) in cui è indicata la data di ricovero/totale di casi con storia di ricovero in ospedale (in reparti diversi dalla TI) notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.3	Numero di casi notificati per mese con storia di trasferimento/ricovero in reparto di terapia intensiva (TI) in cui è indicata la data di trasferimento o ricovero in TI/totale di casi con storia di trasferimento/ricovero in terapia intensiva notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.4	Numero di casi notificati per mese in cui è riportato il comune di domicilio o residenza/totale di casi notificati al sistema di sorveglianza nello stesso periodo			
	1.5 (opzionale)	Numero di checklist somministrate settimanalmente a strutture residenziali sociosanitarie	Almeno il 50% delle strutture residenziali sociosanitarie sul territorio Regionale/PA con trend in miglioramento	<50% delle strutture residenziali sociosanitarie sul territorio Regionale/PA	Valutazione periodica settimanale ad opera delle Regioni e Province Autonome Sorveglianza complementare da realizzare in base alla fattibilità
	1.6 (opzionale)	Numero di strutture residenziali sociosanitarie rispondenti alla checklist settimanalmente con almeno una criticità riscontrata	Non oltre il 30% con trend in miglioramento	>30%	

PROTOCOLLO.I.0004230.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.01/2011 del 15-03-2023
PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

Tabella 2. Indicatori di processo sulla capacità di accertamento diagnostico, indagine e di gestione dei contatti

Settore	N	Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Abilità di testare* tempestivamente tutti i casi sospetti	2.1	% di tamponi positivi escludendo per quanto possibile tutte le attività di screening e il "re-testing" degli stessi soggetti, complessivamente e per macro-setting (territoriale, PS/Ospedale, altro) per mese	Trend in diminuzione in setting ospedalieri/PS Valore predittivo positivo (VPP) dei test stabile o in diminuzione	Trend in aumento in setting ospedalieri/PS VPP in aumento	Valutazione periodica settimanale
	2.2	Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi	Mediana settimanale ≤ 5gg	Mediana settimanale > 5gg	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19
	2.3 (opzionale)	Tempo tra data inizio sintomi e data di isolamento	Mediana settimanale ≤ 3gg	Mediana settimanale > 3gg	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 con integrazione di questa variabile
Possibilità di garantire adeguate risorse per contact-tracing, isolamento e quarantena	2.4	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale al contact-tracing	Numero e tipologia di figure professionali dedicate a *ciascuna attività* a livello locale progressivamente allineato con gli standard raccomandati a livello europeo	Numero e tipologia di figure professionali *dedicate a* livello locale riportato come non adeguato in base agli standard raccomandati *a livello* europeo	Relazione periodica (mensile)
	2.5	Numero, tipologia di figure professionali e tempo/persona dedicate in ciascun servizio territoriale alle attività di prelievo/invio ai laboratori di riferimento e monitoraggio dei contatti stretti e dei casi posti rispettivamente in quarantena e isolamento			
	2.6	Numero di casi confermati di infezione nella regione per cui sia stata effettuata una regolare indagine epidemiologica con ricerca dei contatti stretti/totale di nuovi casi di infezione confermati	Trend in miglioramento con target finale 100%		

** Al momento sono considerati validi a scopo diagnostico test molecolari validati dal laboratorio nazionale di riferimento ed eseguiti su campioni prelevati con tampone naso-faringeo.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.61/L011 del 15-03-2023
PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

Tabella 3. Indicatori di risultato relativi a stabilità di trasmissione e alla tenuta dei servizi sanitari

Settore		Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Stabilità di trasmissione	3.1	Numero di casi riportati alla protezione civile negli ultimi 14 giorni	Numero di casi con trend settimanale in diminuzione o stabile	Casi in aumento negli ultimi 5gg (% di aumento settimanale con soglie standard *da utilizzare come* "cruscotto informativo") Nei primi 15-20 giorni dopo la riapertura è atteso un aumento nel numero di casi. In questa fase allerte da questo indicatore andranno valutate congiuntamente all'indicatore 3.1 e 3.5 a livello regionale	Ministero della salute
	3.2	Rt calcolato sulla base della sorveglianza integrata ISS (si utilizzeranno due indicatori, basati su data inizio sintomi e data di ospedalizzazione)	Rt regionale calcolabile e ≤1 in tutte le Regioni/PPAA in fase 2 A	Rt>1 o non calcolabile	Database ISS elaborato da FBK
	3.3 (opzionale)	Numero di casi riportati alla sorveglianza sentinella COVID-net per settimana	Numero di casi con trend in diminuzione o stabile	Casi in aumento negli ultimi 5 gg (% di aumento settimanale con soglie standard da utilizzare come "cruscotto informativo) Nei primi 15-20 giorni dopo la riapertura è atteso un aumento nel numero di casi. In questa fase allerte da questo indicatore andranno valutate congiuntamente all'indicatore 3.1 e 3.5 a livello regionale	ISS - Sistema di Sorveglianza Sentinella COVID-Net
	3.4	Numero di casi per data diagnosi e per data inizio sintomi riportati alla sorveglianza integrata COVID-19 per giorno	Trend settimanale in diminuzione o stabile	Casi in aumento nell'ultima settimana Nei primi 15-20 giorni dopo ia *riapertura è atteso un* aumento nei numero di casi. In questa fase ailerte da questo indicatore andranno vaiutate congiuntamente *all'indicatore* 3.1 *e* 3.5 a *livello* regionale (% di aumento settimanale con soglie standard da *utilizzare come "cruscotto* informativo")	ISS - Sistema di Sorveglianza integrata COVID-19 Verrà integrata una variabile dove si potrà indicare il *setting* di inizio sintomi
	3.5	Numero di nuovi focolai di trasmissione (2 o più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito)	Mancato aumento nel numero di focolai di trasmissione attivi nella Regione Assenza di focolai di trasmissione sul territorio regionale *per cui non sia stata* rapidamente realizzata una valutazione del rischio e valutata *l'opportunità di* istituire una "zona rossa" sub-regionale	Evidenza di nuovi focolai negli ultimi 7 giorni in particolare se in RSA/case di *riposo/ospedali o altri luoghi* che ospitino popolazioni vulnerabili La presenza nuovi focolai nella Regione richiede una valutazione del rischio *ad hoc* che definisca qualora nella regione vi sia una trasmissione sostenuta e diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1	ISS - Monitoraggio dei focolai e delle zone rosse con *schede di indagine* O ISS- Sorveglianza integrata (utilizzando la variabile luogo di esposizione e definendo una ID focolaio
			≥ 90 % delle strutture rispondenti riportano l'assenza di *residenti* con diagnosi confermata di COVID-19 (opzionale)	<90% delle strutture rispondenti riportano l'assenza *di residenti* con diagnosi confermata di COVID-19 (opzionale)	Sorveglianza via checklist delle strutture residenziali sociosanitarie (opzionale) Sorveglianza complementare da realizzare in base alla fattibilità

			Mancato aumento nel numero di focolai di trasmissione attivi nella Regione	Evidenza di nuovi focolai negli ultimi 7 giorni in particolare se in RSA/case di riposo/ospedali o altri luoghi che ospitino popolazioni vulnerabili	ISS - Attivazione del Network Italiano di Epidemic Intelligence
	3.6	*Numero di nuovi casi di* infezione confermata da SARS-CoV-2 per Regione non associati a catene di trasmissione note	*Nel caso vi siano* nuovi focolai dichiarati, l'indicatore può monitorare la qualità del contact-tracing, nel caso non vi siano focolai di *trasmissione la* presenza di casi non collegati a catene di trasmissione potrebbe essere compatibile con uno scenario di bassa *trasmissione in cui si* osservano solo casi sporadici (considerando una quota di circolazione non visibile in soggetti pauci *sintomatici)*	*In presenza di focolai, la* presenza di nuovi casi di infezione non tracciati a catene note di contagio richiede una valutazione del rischio *ad hoc* che definisca qualora nella regione vi sia *una trasmissione sostenuta e* diffusa tale da richiedere il ritorno alla fase 1	*Valutazione* periodica settimanale
	3.7 (opzionale)	Numero di accessi al PS con classificazione ICD-9 compatibile con quadri sindromici riconducibili a COVID-19	Numero di accessi PS con sindromi compatibili con COVID-19 in diminuzione o stabili in almeno l'80% dei PS *parte della rete di* sorveglianza nella Regione/PA	Numero di accessi PS con sindromi compatibili con COVID-19 in aumento nel 50% dei PS parte della rete di sorveglianza nella Regione/PA	Coordinamento Sorveglianza sindromica dei PS da definire
Servizi sanitari e assistenziali non sovraccarichi	3.8	Tasso di occupazione dei posti letto totali di Terapia Intensiva (codice 49) per pazienti COVID-19	≤ 30%	>30%	Piattaforma rilevazione giornaliera posti letto MdS. Dati ricoveri Protezione Civile
	3.9	Tasso di occupazione dei posti letto totali di Area Medica per pazienti COVID-19	≤ 40%	> 40%	

Figura 1 – Algoritmo di valutazione di probabilità e indicatori rilevanti per fase di riferimento

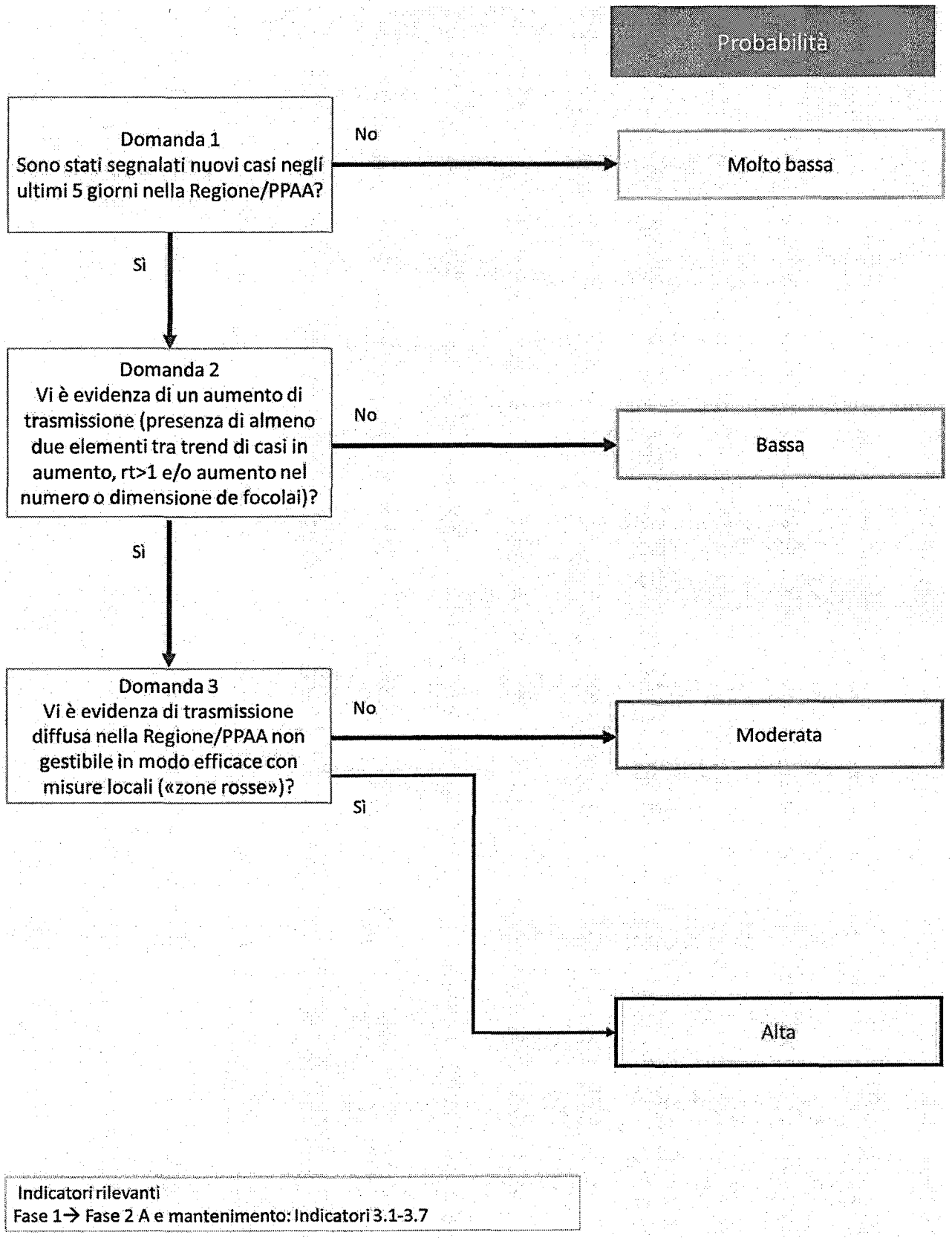
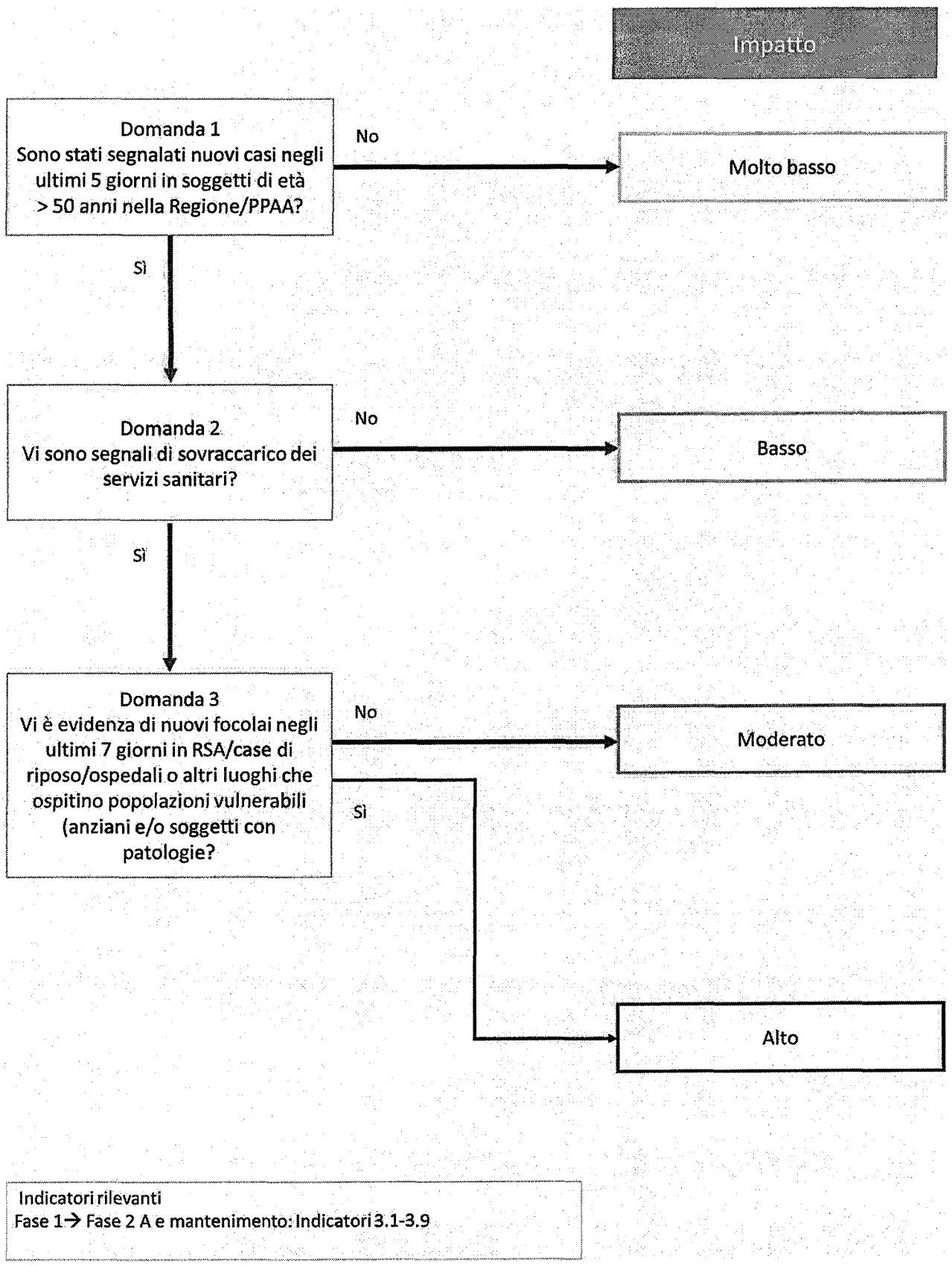


Figura 2 – algoritmo di impatto e indicatori rilevanti per fase di riferimento



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.61/L011 del 15-03-2023
PROTOCOLLO.E.0017973.23-11-2021

Tabella 4 – Matrice di attribuzione del rischio in base agli algoritmi di valutazione di probabilità ed impatto

Probabilità / Impatto	Molto Bassa	Bassa	Moderata	Alta
Molto Basso	Rischio Molto basso	Rischio Basso	Rischio Basso	Rischio Moderato
Basso	Rischio Basso	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Moderato
Moderato	Rischio Basso	Rischio Moderato	Rischio Moderato	Rischio Alto
Alto	Rischio Moderato	Rischio Moderato	Rischio Alto	Rischio Molto Alto

Allegato n. 12

Tabella 1: Asintomatici, Non-classificati, Sintomatici
Fonte: Rapporto Istituto Superiore di Sanità

Settimana_data	Asintomatici	Non-classificati	Sintomatici
Sett. 37 (2020-09-07)	490 (54.9%)	2 (0.2%)	400 (44.8%)
Sett. 38 (2020-09-14)	537 (50.7%)	2 (0.2%)	520 (49.1%)
Sett. 39 (2020-09-21)	822 (58.7%)	1 (0.1%)	578 (41.3%)
Sett. 40 (2020-09-28)	1044 (61.1%)	2 (0.1%)	663 (38.8%)
Sett. 41 (2020-10-05)	1759 (58.4%)	2 (0.1%)	1253 (41.6%)
Sett. 42 (2020-10-12)	2650 (55.2%)	3 (0.1%)	2145 (44.7%)
Sett. 43 (2020-10-19)	5097 (56.6%)	7 (0.1%)	3894 (43.3%)
Sett. 44 (2020-10-26)	9772 (62.7%)	14 (0.1%)	5811 (37.3%)
Sett. 45 (2020-11-02)	13935 (65.4%)	20 (0.1%)	7341 (34.5%)
Sett. 46 (2020-11-09)	12783 (58%)	37 (0.2%)	9206 (41.8%)
Sett. 47 (2020-11-16)	11208 (51.3%)	18 (0.1%)	10636 (48.7%)
Sett. 48 (2020-11-23)	10583 (51.6%)	18 (0.1%)	9895 (48.3%)
Sett. 49 (2020-11-30)	11419 (49.5%)	19 (0.1%)	11609 (50.4%)
Sett. 50 (2020-12-07)	11881 (46%)	8 (0%)	13915 (53.9%)
Sett. 51 (2020-12-14)	11303 (43.4%)	10 (0%)	14745 (56.6%)
Sett. 52 (2020-12-21)	10207 (42.9%)	22 (0.1%)	13576 (57%)
Sett. 53 (2020-12-28)	10362 (42.3%)	17 (0.1%)	14104 (57.6%)
Sett. 1 (2021-01-04)	8231 (40.8%)	20 (0.1%)	11899 (59.1%)
Sett. 2 (2021-01-11)	4696 (41.1%)	6 (0.1%)	6733 (58.9%)
Sett. 3 (2021-01-18)	2797 (38.6%)	5 (0.1%)	4440 (61.3%)
Sett. 4 (2021-01-25)	2031 (38.2%)	15 (0.3%)	3269 (61.5%)
Sett. 5 (2021-02-01)	1654 (36.6%)	11 (0.2%)	2849 (63.1%)
Sett. 6 (2021-02-08)	1553 (34.8%)	9 (0.2%)	2899 (65%)
Sett. 7 (2021-02-15)	1670 (31.8%)	18 (0.3%)	3559 (67.8%)
Sett. 8 (2021-02-22)	2453 (34%)	17 (0.2%)	4746 (65.8%)
Sett. 9 (2021-03-01)	3093 (33.7%)	15 (0.2%)	6057 (66.1%)
Sett. 10 (2021-03-08)	4144 (35.5%)	23 (0.2%)	7502 (64.3%)
Sett. 11 (2021-03-15)	4058 (32.6%)	34 (0.3%)	8344 (67.1%)
Sett. 12 (2021-03-22)	4095 (33.9%)	30 (0.2%)	7939 (65.8%)
Sett. 13 (2021-03-29)	3397 (34.2%)	27 (0.3%)	6521 (65.6%)
Sett. 14 (2021-04-05)	2257 (35.1%)	7 (0.1%)	4173 (64.8%)

Sett. 15 (2021-04-12)	2248 (35.6%)	18 (0.3%)	4049 (64.1%)
Sett. 16 (2021-04-19)	2174 (34.6%)	12 (0.2%)	4104 (65.2%)
Sett. 17 (2021-04-26)	1876 (36.4%)	7 (0.1%)	3273 (63.5%)
Sett. 18 (2021-05-03)	1571 (38.1%)	8 (0.2%)	2541 (61.7%)
Sett. 19 (2021-05-10)	1004 (39.1%)	4 (0.2%)	1560 (60.7%)
Sett. 20 (2021-05-17)	639 (36.8%)	4 (0.2%)	1093 (63%)
Sett. 21 (2021-05-24)	445 (36.5%)	5 (0.4%)	768 (63.1%)
Sett. 22 (2021-05-31)	279 (37%)	4 (0.5%)	471 (62.5%)
Sett. 23 (2021-06-07)	207 (36.4%)	4 (0.7%)	357 (62.9%)
Sett. 24 (2021-06-14)	141 (39.4%)	1 (0.3%)	216 (60.3%)
Sett. 25 (2021-06-21)	96 (37.9%)	1 (0.4%)	156 (61.7%)
Sett. 26 (2021-06-28)	108 (28%)	9 (2.3%)	269 (69.7%)
Sett. 27 (2021-07-05)	213 (25.4%)	4 (0.5%)	623 (74.2%)
Sett. 28 (2021-07-12)	619 (26.4%)	7 (0.3%)	1722 (73.3%)
Sett. 29 (2021-07-19)	1182 (29.8%)	13 (0.3%)	2778 (69.9%)
Sett. 30 (2021-07-26)	1312 (29.9%)	15 (0.3%)	3067 (69.8%)
Sett. 31 (2021-08-02)	1378 (31.8%)	20 (0.5%)	2938 (67.8%)
Sett. 32 (2021-08-09)	1149 (30%)	24 (0.6%)	2659 (69.4%)
Sett. 33 (2021-08-16)	1045 (28.2%)	20 (0.5%)	2635 (71.2%)
Sett. 34 (2021-08-23)	1235 (28.8%)	14 (0.3%)	3032 (70.8%)
Sett. 35 (2021-08-30)	1278 (31.9%)	23 (0.6%)	2702 (67.5%)
Sett. 36 (2021-09-06)	1094 (30.1%)	19 (0.5%)	2524 (69.4%)
Sett. 37 (2021-09-13)	911 (30%)	17 (0.6%)	2108 (69.4%)
Sett. 38 (2021-09-20)	820 (31.7%)	15 (0.6%)	1755 (67.8%)
Sett. 39 (2021-09-27)	711 (30.6%)	24 (1%)	1585 (68.3%)
Sett. 40 (2021-10-04)	575 (28%)	52 (2.5%)	1427 (69.5%)
Sett. 41 (2021-10-11)	547 (27.3%)	16 (0.8%)	1444 (71.9%)
Sett. 42 (2021-10-18)	692 (26.5%)	29 (1.1%)	1895 (72.4%)

Tabella 2: Incidenza e Rt sintomi
Fonte: Rapporto Istituto Superiore di Sanità

Settimana	Incidenza *100.000	Rt [sintomi]
Sett. 37 (2020-09-07)	18,1	0,91
Sett. 38 (2020-09-14)	22,2	1,06
Sett. 39 (2020-09-21)	28,8	1,16
Sett. 40 (2020-09-28)	38	1,1
Sett. 41 (2020-10-05)	64,3	1,15
Sett. 42 (2020-10-12)	101	1,73
Sett. 43 (2020-10-19)	203,4	1,47
Sett. 44 (2020-10-26)	355,7	1,57
Sett. 45 (2020-11-02)	434,3	1,26
Sett. 46 (2020-11-09)	439,4	1,16
Sett. 47 (2020-11-16)	442,1	1,2
Sett. 48 (2020-11-23)	428,2	1,13
Sett. 49 (2020-11-30)	475,6	0,91

PROTOCOLLO.E0001236312301-2021REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 23 NOV. 2021 Protocollo N° 549046 Class: G.320.04.1 Prat. Fasc. Allegati N° 12

Oggetto: Riscontro nota del 7 ottobre 2021 su " Richiesta dati da soggetti auditi in data 13 luglio 2021"

All'Ufficio di Presidenza della
Commissione speciale d'inchiesta
sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi
da SARS- Cov -2 durante la pandemia, con
particolare attenzione alla seconda ondata
Consiglio Regionale del Veneto
SEDE

E, p.c.

All'Assessore alla sanità servizi sociali,
programmazione socio-sanitaria

Al Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale
LORO SEDI

In riscontro alla nota del 7 ottobre 2021 relativa alle informazioni di cui all'audizione del 13 Luglio 2021, si trasmette la documentazione riguardante le richieste sotto elencate :

1) le *slides* utilizzate nella seduta del 13/07/2021(allegato 1);

2) con riferimento ai dati di mortalità relativi alla seconda ondata, il valore assoluto e l'incidenza percentuale sulla popolazione per pazienti assistiti in terapia intensiva e al di fuori della terapia intensiva, con evidenziazione dei decessi a domicilio e presso le RSA si allegano i report:

"allegato 2_SER_Report_settimanale14102021.pdf"

"allegato 3_Rapporto ISS COVID-19 n. 1_2021.pdf"

3) con riferimento alle comunicazioni inviate alle Aziende ULSS sulla definizione di caso, a partire da dicembre 2019, si trovano nella *raccolta dei documenti di sintesi delle attività* condotte durante le varie fasi

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

dell'epidemia, la raccolta è pubblicata sul sito regionale ed è reperibile al seguente link : https://www.regione.veneto.it/web/guest/emergenza-coronavirus?articleId=8167028

4) riguardo ai provvedimenti regionali (in aggiunta ai provvedimenti statali) adottati per abbassare la curva dei contagi, essi sono contenuti in maniera completa nella raccolta di cui al punto precedente; un riepilogo degli interventi attuati è contenuto nel documento:

"allegato 4_Analisi sulla persistenza di elevata incidenza nel territorio della Regione del Veneto.pdf" (pag. 5)

5) con riferimento al protocollo regionale per il tracciamento nelle scuole si allegano i due documenti principali di interesse:

"allegato 5_OPGR_105_2020_10_02_N0105_All_1_429634.pdf"

"allegato 6_DGR_159_21_AllegatoA_441647.pdf"

6) sul periodo esatto (stimato nel mese di ottobre e la prima settimana del mese di novembre 2020) durante il quale non è stato possibile caricare nel sistema informatico regionale i dati degli asintomatici sul totale dei positivi, si precisa che è sempre stato possibile registrare tutti i dati sul portale regionale, a differenza da quello che si evince dal quesito e si allega una relazione sulle attività:

"allegato 7_Relazione_5a_commisione_CT_novembre.pdf"

7) sulla nota del Direttore dell'Area Sanità e Sociale dell'11/02/2020 indirizzata all'Azienda Ospedaliera Università di Padova su l'estensione dei tamponi a soggetti asintomatici provenienti dalla Cina, si allega la nota protocollata:

"allegato 8_11-02-2020 - Regione 66314.pdf"

8) relativamente agli esiti della richiesta di ricognizione sui posti letto in area medica ed in terapia intensiva e sui dispositivi trasmessa alle Aziende Ulss , si allegano le note di richiesta relative all'anno 2020 segnalando che la richiesta sugli esiti va inoltrata alla Direzione Programmazione Sanitaria:

"allegato 9_40049 del 27 01 2020.pdf"

"allegato 10_58238_del 6 02 2020.pdf"

9) riguardo ai dati sull'affidabilità dell'indicatore 1.1 si precisa che non esistono "dati" sull'affidabilità dell'indicatore 1.1 e si allega il D.M. del 30 aprile con l'elenco degli indicatori predisposti per la sorveglianza:

"allegato 11_DM 30aprile2020.pdf";

10) con riferimento alla tabella citata nella seduta della Commissione del 13/07/2021 in cui sono indicati i dati settimanali su sintomatici e asintomatici, trasmessi all'Istituto Superiore Sanità (ISS) ed alla tabella settimanale con calcolo Rt su sintomatici e Rt su ospedalizzati forniti o calcolati dall'ISS, nonché con

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

riferimento ai dati settimanali riguardanti il numero di positivi, di contattati/tracciati, di sintomatici e asintomatici ed eventuali non classificati, si precisa che per avere l'Rt ospedaliero per tutto il periodo è necessario fare una richiesta specifica all'Istituto Superiore di Sanità; i dati richiesti sono riportati nel documento: "allegato 12_Asintomatici, Non-classificati, Sintomatici.pdf";

11) con riferimento alla richiesta sul numero della popolazione in autoisolamento si osserva che il termine "autoisolamento" non è una definizione utilizzata nella sorveglianza COVID-19 nelle attività di gestione della pandemia.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Allegato 4

Documentazione dott.ssa Francesca Russo

(20 aprile 2022)

PROTOCOLLO.E0004228312-04-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 20 APR. 2022 Protocollo N° 173641 Class: G.920.04.1 Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: Sollecito e integrazione dei dati di cui alla nota del 7/10/2021 e alla nota consegnata il 24/02/2022 alla Presidente F. Zottis.

All'Ufficio di Presidenza

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS-COV-2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda ondata"

E, p.c.

Assessore alla Sanità - Servizi Sociali – Programmazione Socio Sanitaria

Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Con riferimento alla nota prot. n. 0003676 del 09/03/2022 relativa all'oggetto, si trasmette in allegato la relazione predisposta a cura della scrivente Direzione.

Distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.E.0004228.13-04-2022 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Rapporto sull'andamento dell'epidemia da COVID-19 in Veneto

Dati aggiornati al 07/04/2022

A cura di: U.O.C. Servizio Epidemiologico Regionale e Registri

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ZERO

PROTOCOLLO.E.0004228.13-04-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Sommario

1. Andamento giornaliero dei positivi 6

Figura 1.1. Casi positivi: frequenza giornaliera cumulata eventi 6

Figura 1.2. Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 giorni) 6

Figura 1.3. Età mediana dei nuovi casi positivi, per giorno 7

Figura 1.4. Numero di nuovi casi positivi per classe di età e sesso nell'ultima settimana 7

Figura 1.5. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000, Veneto 8

Figura 1.6. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000 per classi d'età, Veneto 8

Tabella 1.1. Numero di bambini positivi al COVID-19 per Provincia e classi di età 9

Figura 1.7. Numero di bambini positivi al COVID-19 per mese di positività e classi di età 9

Figura 1.8. Deceduti COVID-19 per giorno: totali e ospiti delle case di riposo (CDR) 10

Tabella 1.2. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e Ulss di domicilio 11

Tabella 1.3. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e classi d'età 12

Tabella 1.4. Deceduti COVID-19 (ultimi 28 giorni), per luogo del decesso e classe d'età 12

Figura 1.9. Deceduti COVID-19 per giorno e Ulss di domicilio: totali e ospiti delle case di riposo (CDR) 13

2. Mappa dei tassi d'incidenza settimanali di COVID19 per comune di residenza e periodo d'insorgenza 15

2.1. Casi incidenti di COVID-19 per periodo di insorgenza 15

3. Mortalità generale 16

Tabella 3.1. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2022 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario 16

Figura 3.1. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2022 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e sesso 17

Figura 3.2. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2022 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e classe di età 17

Tabella 3.2. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2022 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario e Azienda ULSS di residenza 18

Figura 3.3. Variazioni % dei decessi (riferimento = 2017-19) per ULSS di residenza. Periodo: gen '20 – mar* '22 19

4. Ospedalizzazione 20

Figura 4.1. Andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7gg) 20

Figura 4.2. Casi presenti in ospedale per acuti e di comunità, per giorno 20

Figura 4.3. Positivi e ricoveri per 100.000 abitanti per Azienda ULSS. Serie giornaliera e media mobile a 7 giorni 21

Figura 4.4. Terapia intensiva: frequenza giornaliera cumulata pazienti entrati e pazienti usciti 24

Figura 4.5. Terapia intensiva: frequenza giornaliera di pazienti entrati, dimessi e deceduti (media mobile a 7 giorni)..... 24

Figura 4.6. Età mediana dei pazienti ricoverati, per giorno 25

Figura 4.7. Numero di ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana 25

Figura 4.8. Distribuzione percentuale dei ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana..... 26

Tabella 4.1. Mortalità intraospedaliera per caratteristiche dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso) 27

Tabella 4.2. Mortalità intraospedaliera per genere e classe di età dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso) 27

5. Casi positivi nei Centri Servizi per anziani e disabili e strutture di riabilitazione 28

Figura 5.1. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: frequenza giornaliera cumulata eventi 28

Figura 5.2. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero e media mobile a 7 gg..... 28

Figura 5.3. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7 gg) 29

6. Monitoraggio operatori sanitari 30

Figura 6.1. Nuovi casi di operatori sanitari con tampone positivo per settimana di referto..... 30

Figura 6.2. Ricoveri di operatori sanitari positivi, per settimana di referto 30

Tabella 6.1. Operatori sanitari attualmente positivi a SARS-COV-2, suddivisi per Azienda Sanitaria e profilo professionale..... 31

7. Monitoraggio vaccinazioni..... 32

Tabella 7.1. Nuovi positivi nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (valori assoluti, tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto..... 32

Figura 7.1. Tasso di nuovi positivi nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) - residenti o domiciliati in Veneto 32

Tabella 7.2. Nuovi ricoveri nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (valori assoluti e tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto..... 33

Figura 7.2. Tasso di nuovi ricoveri nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto 33

Figura 7.3. Degenza mediana e numero di pazienti dimessi nel periodo 01/06/2021-03/04/2022, con ciclo completo o booster e non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto..... 34

Tabella 7.3. Numero di pazienti dimessi e pazienti transitati in Terapia Intensiva (TI) nel periodo 01/06/2021-03/04/2022, con ciclo completo o booster e non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto 34

Tabella 7.4. Decessi nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (valori assoluti e tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto..... 35

Figura 7.4. Tasso di decessi nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto ... 35

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

1. Andamento giornaliero dei positivi

Figura 1.1. Casi positivi: frequenza giornaliera cumulata eventi

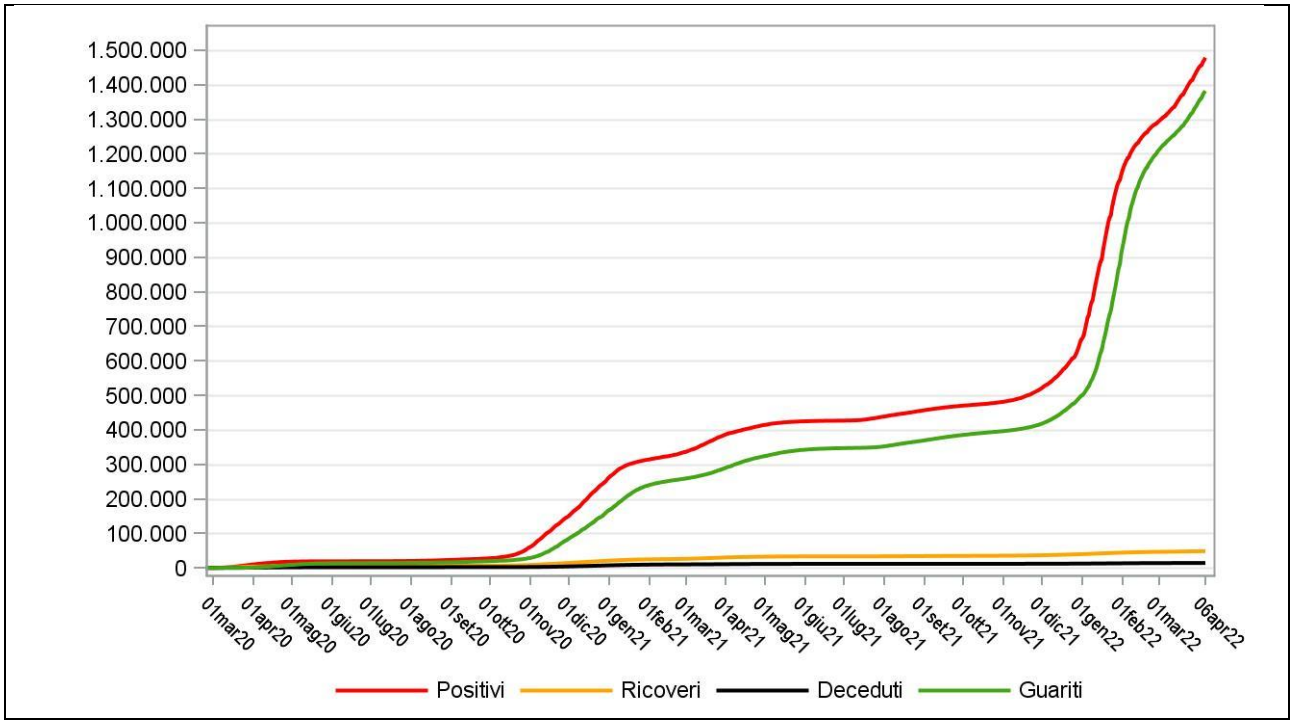


Figura 1.2. Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 giorni)

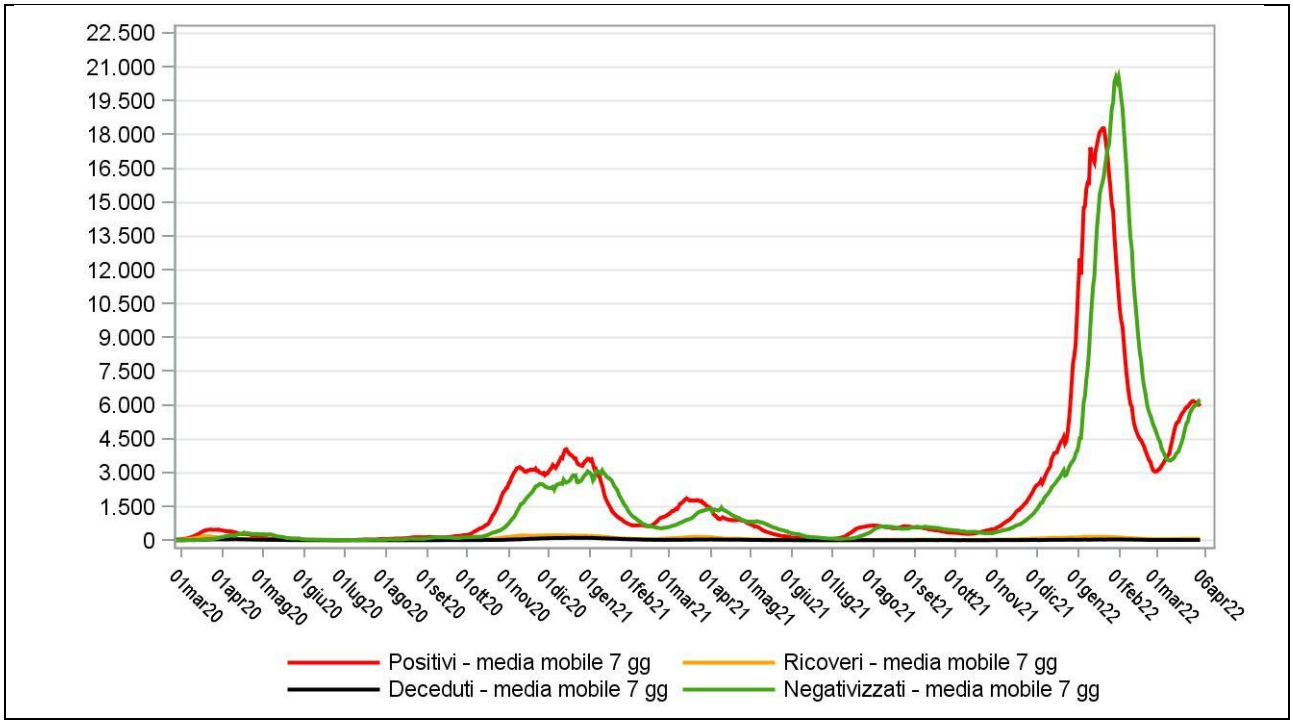


Figura 1.3. Età mediana dei nuovi casi positivi, per giorno

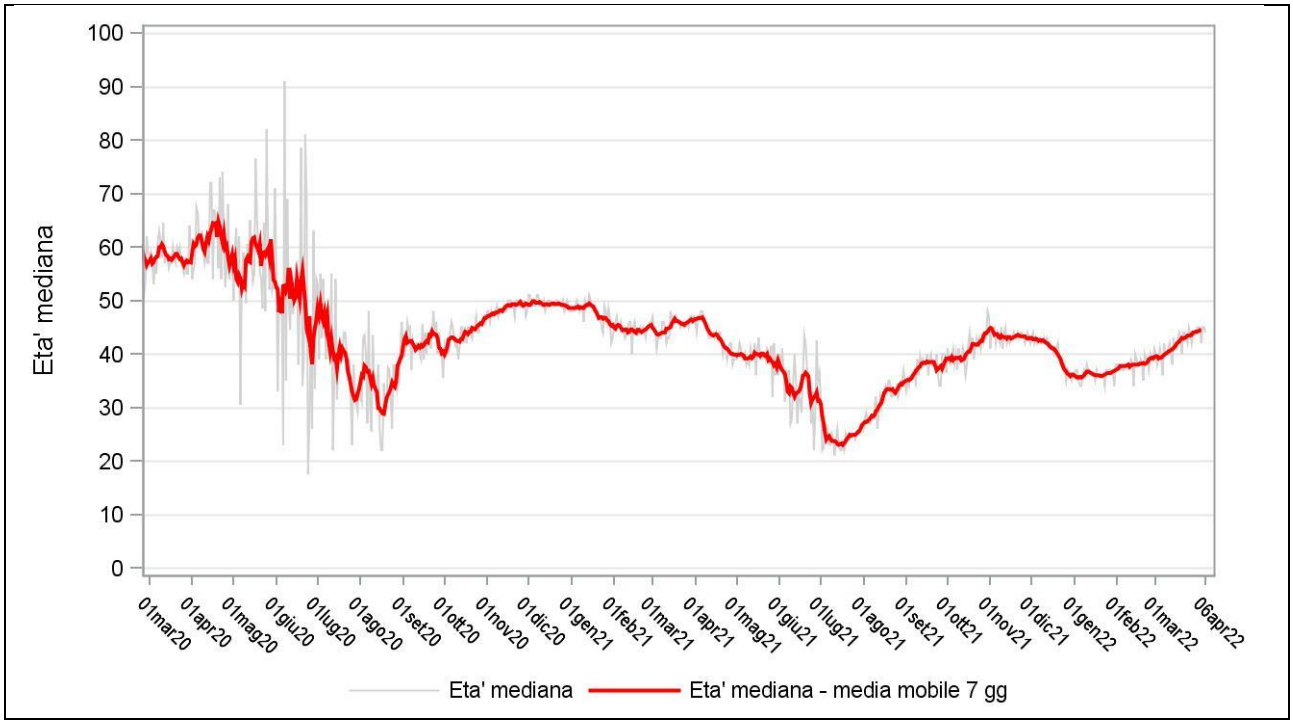


Figura 1.4. Numero di nuovi casi positivi per classe di età e sesso nell'ultima settimana

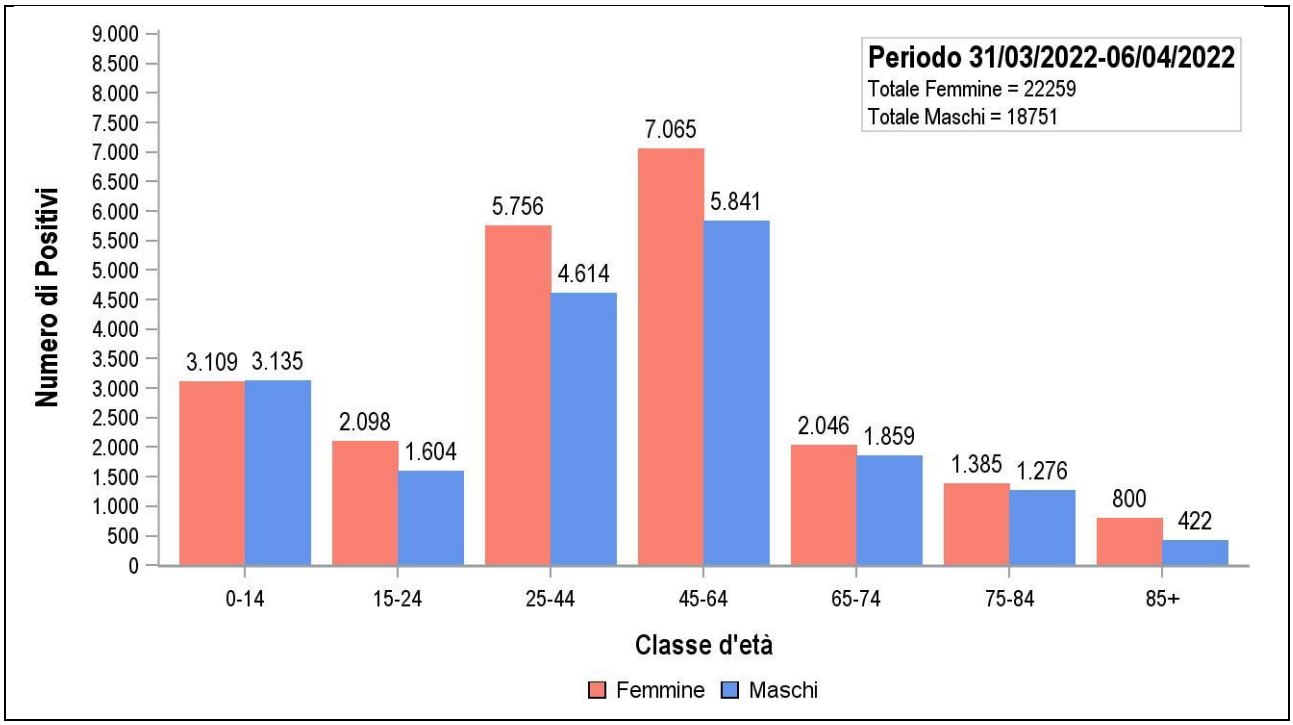
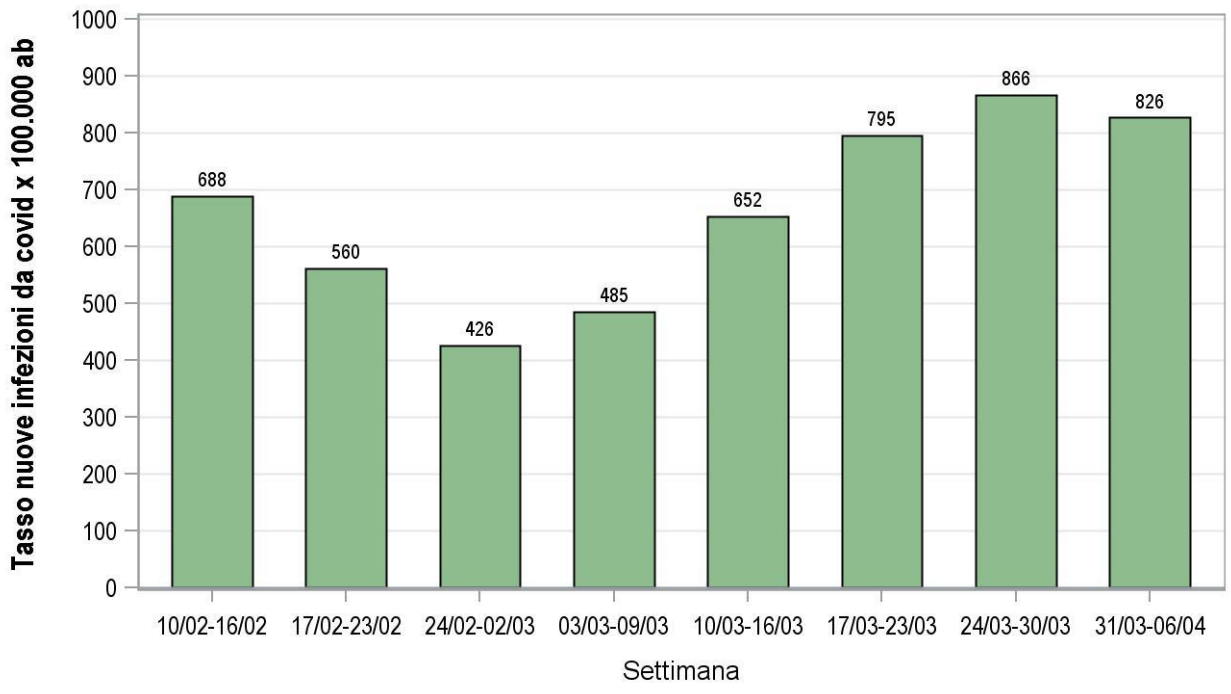
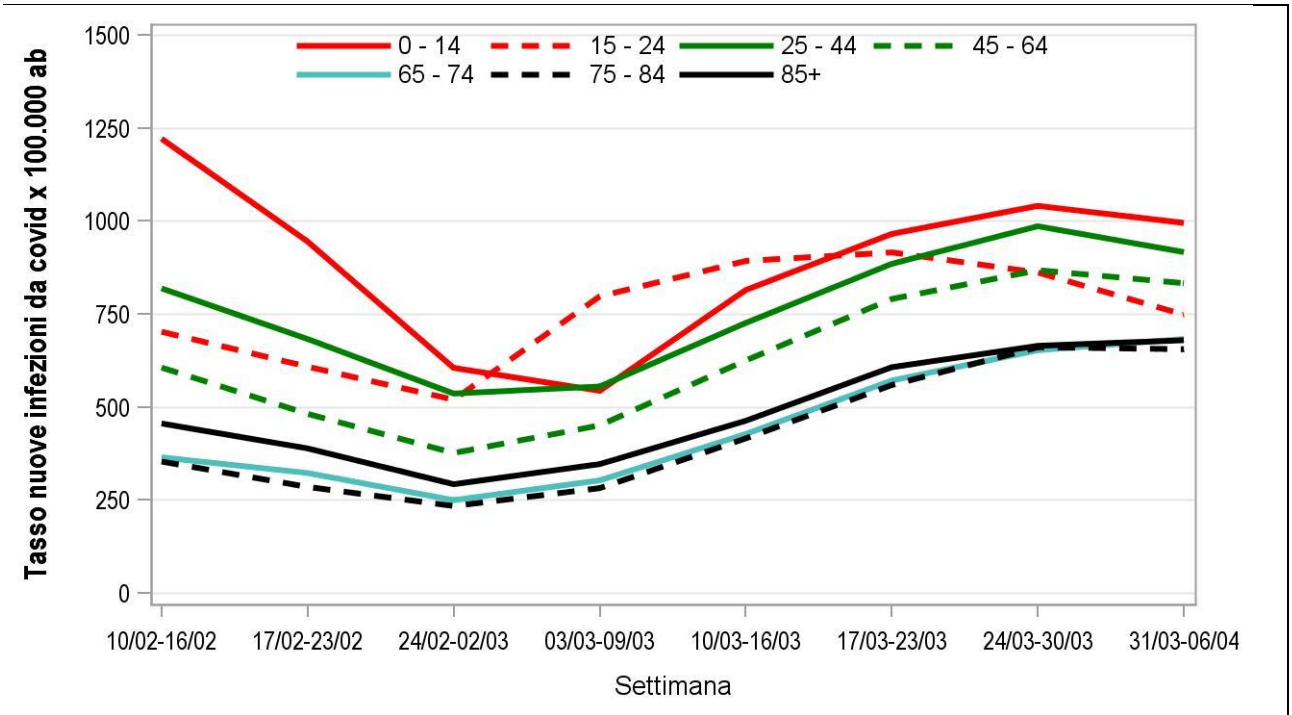


Figura 1.5. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000, Veneto



Dal 14/01/21 con nota Regionale n.16698, la definizione di caso SARS-COV-2 è estesa anche ai positivi rilevati mediante test antigenici rapidi
I dati relativi all'ultima settimana sono provvisori

Figura 1.6. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000 per classi d'età, Veneto



I dati relativi all'ultima settimana sono provvisori

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Tabella 1.1. Numero di bambini positivi al COVID-19 per Provincia e classi di età

Provincia di domicilio	Casi positivi				Attualmente positivi			
	Totale	0-1 anni	2-6 anni	7-14 anni	Totale	0-1 anni	2-6 anni	7-14 anni
Belluno	8.312	636	2.379	5.297	376	41	109	226
Padova	46.086	3.335	13.437	29.314	2.524	239	630	1.655
Rovigo	9.245	655	2.671	5.919	495	47	122	326
Treviso	42.507	3.170	11.432	27.905	2.165	240	568	1.357
Venezia	38.476	2.819	10.764	24.893	2.083	218	570	1.295
Verona	42.032	2.965	11.970	27.097	1.961	235	549	1.177
Vicenza	41.114	3.189	11.746	26.179	2.109	246	537	1.326
Non domiciliati in Veneto	2.499	260	603	1.636	830	149	197	484
Totale	**230.271**	**17.029**	**65.002**	**148.240**	**12.543**	**1.415**	**3.282**	**7.846**

Figura 1.7. Numero di bambini positivi al COVID-19 per mese di positività e classi di età

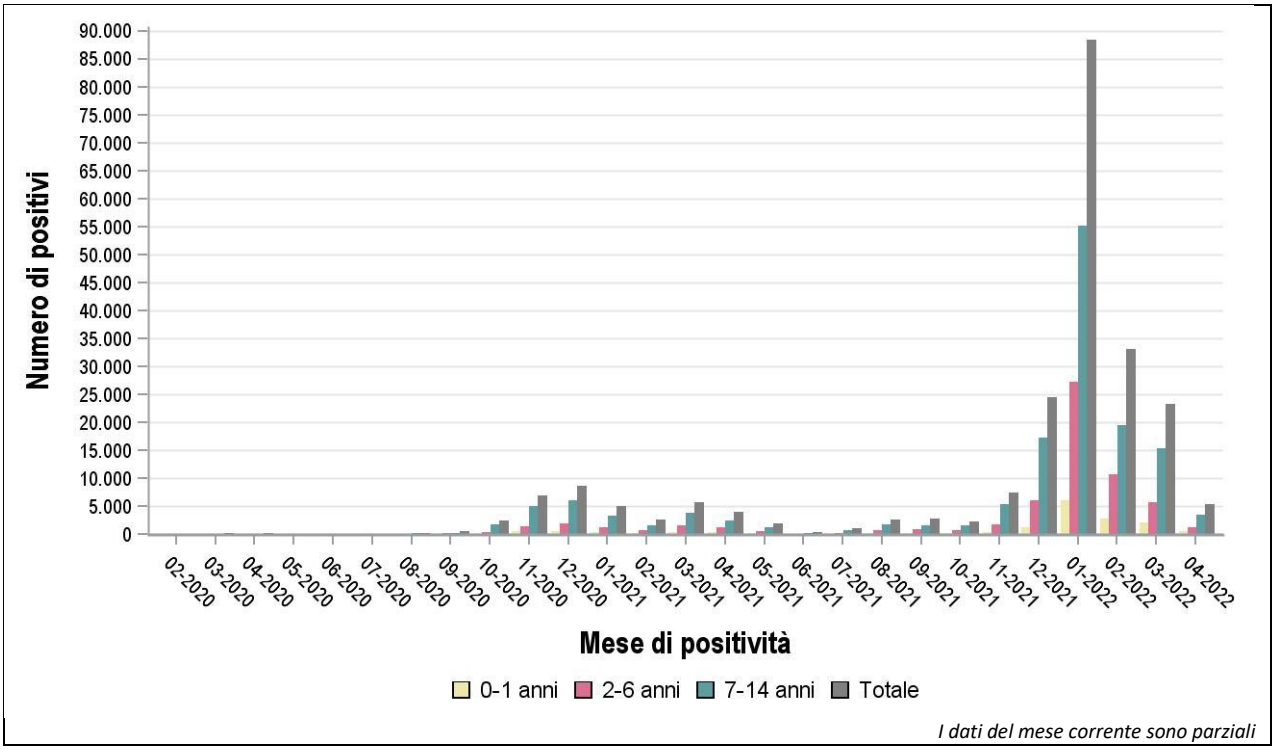
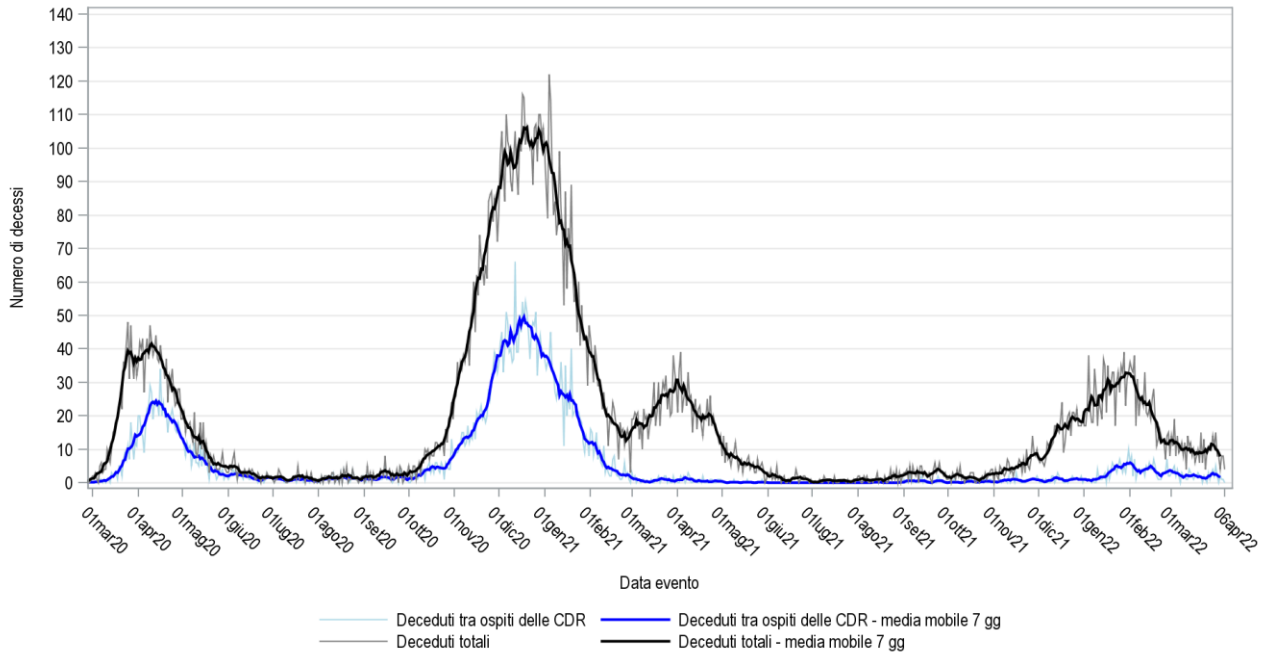


Figura 1.8. Deceduti COVID-19 per giorno: totali e ospiti delle case di riposo (CDR)



Nota: I dati relativi alle ultime settimane sono provvisori

PROTOCOLLO.E.0004228312-03-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 1.2. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e Ulss di domicilio

Mese		Ulss di domicilio									
		ULSS 1 Dolomiti	ULSS 2 Marca TV	ULSS 3 Serenissima	ULSS 4 V. Orientale	ULSS 5 Polesana	ULSS 6 Euganea	ULSS 7 Pedemontana	ULSS 8 Berica	ULSS 9 Scaligera	Regione Veneto
2020	Feb	0	2	0	0	0	1	0	0	0	**3**
	Mar	17	133	57	18	4	88	38	38	180	**573**
	Apr	72	143	126	25	28	162	89	85	302	**1.032**
	Mag	22	42	56	5	3	41	54	23	80	**326**
	Giu	1	9	11	1	2	19	25	2	19	**89**
	Lug	1	2	7	0	0	13	14	0	6	**43**
	Ago	0	5	17	0	0	7	18	0	1	**48**
	Set	0	26	8	0	10	4	14	1	9	**72**
	Ott	47	37	47	7	5	24	10	55	60	**292**
	Nov	129	228	242	34	45	188	115	276	405	**1.662**
	Dic	149	501	438	96	152	398	235	361	749	**3.079**
2021	Gen	87	363	342	71	140	415	109	229	408	**2.164**
	Feb	41	102	90	12	41	109	41	62	105	**603**
	Mar	26	107	84	48	38	148	54	57	130	**692**
	Apr	27	100	96	31	47	120	31	57	131	**640**
	Mag	9	22	31	14	15	33	11	19	35	**189**
	Giu	1	4	6	1	0	16	1	0	13	**42**
	Lug	0	1	4	2	1	3	0	1	4	**16**
	Ago	2	3	4	4	2	4	1	3	15	**38**
	Set	3	13	16	1	7	19	10	5	12	**86**
	Ott	3	8	4	3	3	18	3	7	6	**55**
	Nov	7	19	13	6	21	38	11	12	25	**152**
	Dic	13	98	63	17	31	79	32	59	53	**445**
2022	Gen	31	145	113	40	78	142	69	79	144	**841**
	Feb	15	107	53	36	51	112	59	55	100	**588**
	Mar	23	52	59	21	19	59	12	25	53	**323**
	Apr	1	7	6	3	2	6	2	4	8	**39**
Totale		**727**	**2.279**	**1.993**	**496**	**745**	**2.266**	**1.058**	**1.515**	**3.053**	**14.132**

Nota: I dati relativi alle ultime settimane sono provvisori

Tabella 1.3. Deceduti COVID-19 per mese del decesso e classi d'età

Mese		Classe di età				
		0-64	65-74	75-84	85 +	Regione Veneto
2020	Feb	0	0	3	0	**3**
	Mar	30	80	221	242	**573**
	Apr	54	116	322	540	**1.032**
	Mag	14	35	99	178	**326**
	Giu	4	12	15	58	**89**
	Lug	4	3	14	22	**43**
	Ago	2	2	9	35	**48**
	Set	2	6	17	47	**72**
	Ott	14	32	79	167	**292**
	Nov	85	199	495	883	**1.662**
	Dic	155	342	963	1.619	**3.079**
2021	Gen	126	289	685	1.064	**2.164**
	Feb	44	101	169	289	**603**
	Mar	52	104	244	292	**692**
	Apr	50	149	195	246	**640**
	Mag	29	35	54	71	**189**
	Giu	7	14	10	11	**42**
	Lug	0	6	7	3	**16**
	Ago	6	6	12	14	**38**
	Set	15	6	20	45	**86**
	Ott	9	7	16	23	**55**
	Nov	12	23	40	77	**152**
	Dic	38	66	143	198	**445**
2022	Gen	72	129	273	367	**841**
	Feb	43	93	163	289	**588**
	Mar	20	38	93	172	**323**
	Apr	1	4	14	20	**39**
Totale		**888**	**1.897**	**4.375**	**6.972**	**14.132**

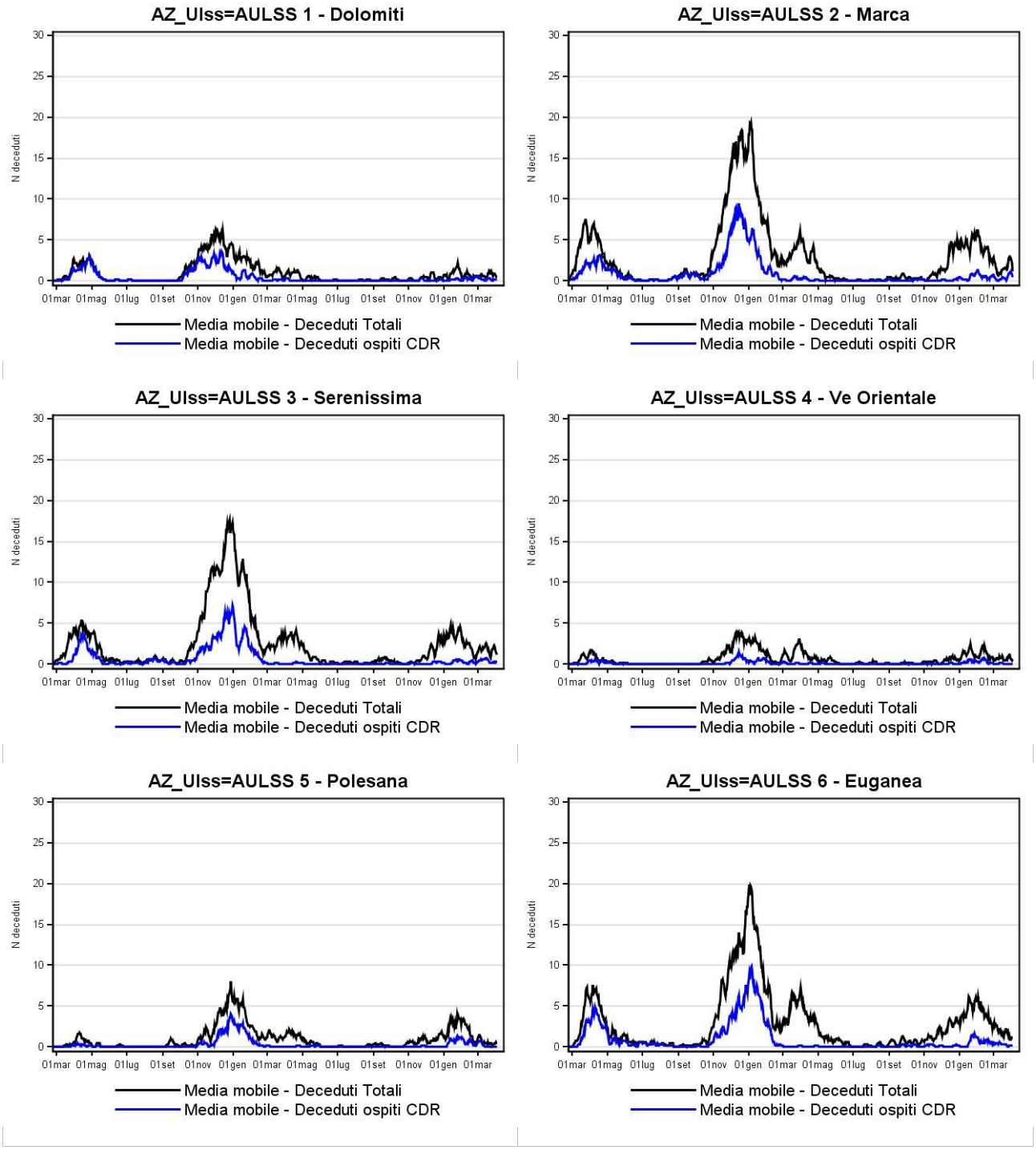
Nota: I dati relativi alle ultime settimane sono provvisori

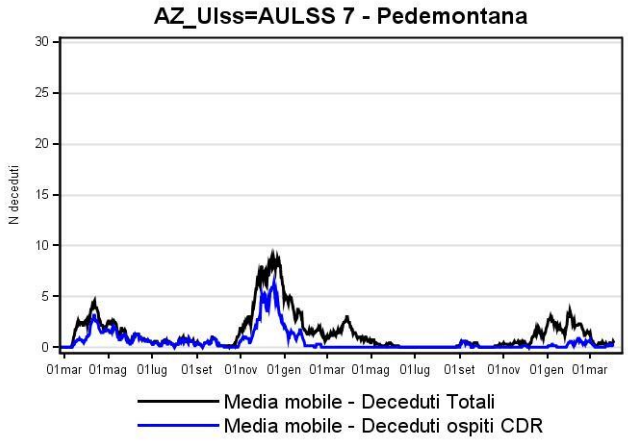
Tabella 1.4. Deceduti COVID-19 (ultimi 28 giorni), per luogo del decesso e classe d'età

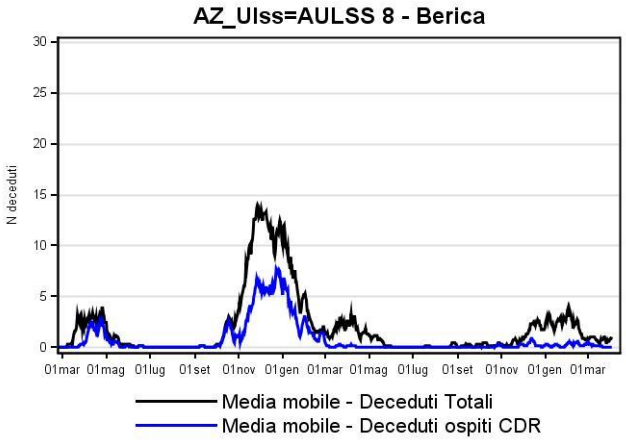
Luogo del decesso	Classi di età								Totale 20+	
	20-39		40-59		60-79		80+			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ospedale - Area Critica (TI)			1	11.1	17	27.0	3	1.6	21	8.0
Ospedale - Area Non Critica	1	33.3	2	22.2	38	60.3	142	75.5	183	69.6
Ospedale di Comunità					3	4.8	17	9.0	20	7.6
RSA	1	33.3					15	8.0	16	6.1
Domicilio/Altro	1	33.3	6	66.7	5	7.9	11	5.9	23	8.7
Totale	3	100.0	9	100.0	63	100.0	188	100.0	263	100.0

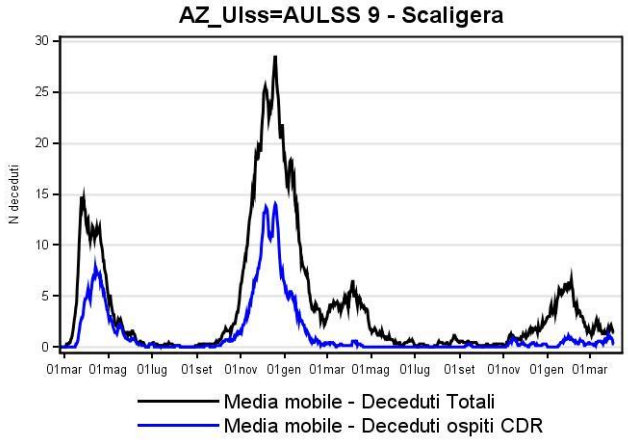
Le voci RSA e Domicilio/Altro sono state ottenute per differenza tra il totale dei decessi e i decessi avvenuti in ospedale. Si assume che il decesso sia avvenuto in RSA per i deceduti che risultavano in RSA alla data della positività e che non sono morti in ospedale

Figura 1.9. Deceduti COVID-19 per giorno e Ulss di domicilio: totali e ospiti delle case di riposo (CDR)







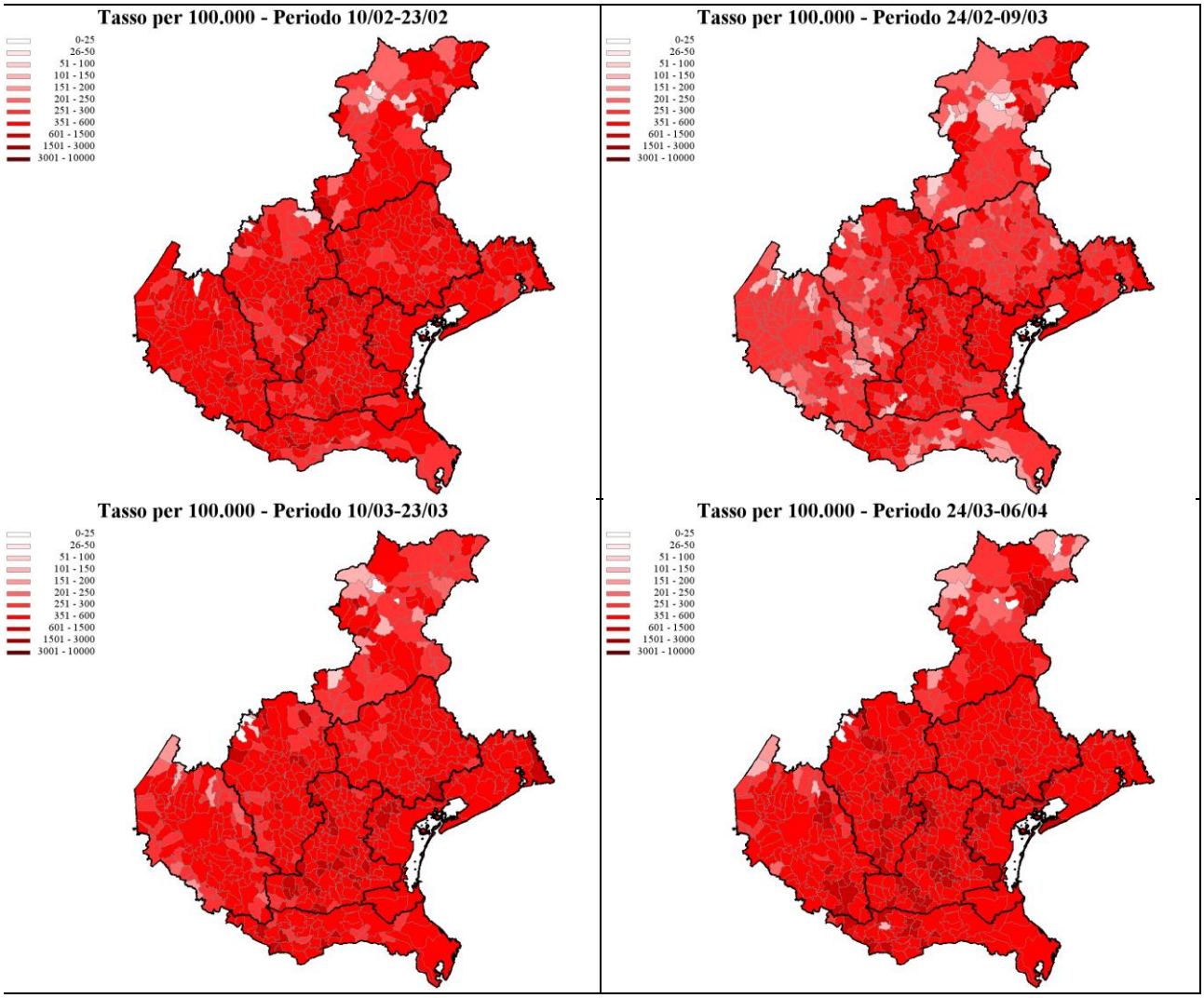


Nota: I dati relativi alle ultime settimane sono provvisori

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

2. Mappa dei tassi d'incidenza settimanali di COVID19 per comune di residenza e periodo d'insorgenza

2.1. Casi incidenti di COVID-19 per periodo di insorgenza



3. Mortalità generale

Viene qui presentato un confronto tra il numero assoluto di decessi dei residenti in Veneto registrati nel periodo 1 gennaio 2020 – 10 marzo 2022 e i dati del triennio 2017-2019 in base all'Anagrafe Unica Regionale (AUR) aggiornata al 2 aprile 2022. Nei mesi di gennaio e febbraio 2020 il numero assoluto di decessi è risultato inferiore rispetto alla media registrata nel periodo 2017-2019. Si è invece osservato un notevole incremento dei decessi nel corso del mese di marzo (+23%), e del mese di aprile (+31%), che si riduce a partire da maggio (+5%), per poi portarsi in linea con i valori attesi nel mese di giugno. Nei mesi di luglio, agosto e settembre si continua a registrare un, seppur contenuto, aumento della mortalità (+6%), che riprende ad aumentare nel mese di ottobre (+12%), con un incremento molto consistente che si può osservare nel mese di novembre (+46%), e soprattutto a dicembre (+76%), per poi diminuire a gennaio 2021 (+30%) e a febbraio (-2%). A marzo '21 si registra un nuovo incremento della mortalità (+11%), confermato dai dati di aprile (+14%), mentre nei dati di maggio (+2%), giugno (+3%) e luglio (+4%) si osserva un numero di decessi pressoché in linea con quelli del triennio di confronto, così come nei dati di agosto (-1%), settembre (+7%), ottobre (+3%) e novembre (+7%), mentre nei dati di dicembre si rileva un nuovo aumento della mortalità (+18%) che diminuisce nei dati di gennaio (+9%). Nel mese di febbraio e nei dati provvisori dei primi dieci giorni di marzo si registra un leggero calo (-1%).

Tabella 3.1. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2022 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario

	Periodo	Media decessi 2017-2019	Decessi 2020-21-22	Variazione %
2020	Gennaio	5.112	4.756	-7%
	Febbraio	4.470	4.319	-3%
	Marzo	4.402	5.400	23%
	Aprile	3.948	5.168	31%
	Maggio	3.895	4.099	5%
	Giugno	3.706	3.780	2%
	Luglio	3.693	3.911	6%
	Agosto	3.880	4.089	5%
	Settembre	3.677	3.898	6%
	Ottobre	4.127	4.630	12%
	Novembre	4.076	5.965	46%
	Dicembre	4.360	7.665	76%
2021	Gennaio	5.112	6.627	30%
	Febbraio	4.470	4.387	-2%
	Marzo	4.402	4.874	11%
	Aprile	3.949	4.493	14%
	Maggio	3.895	3.974	2%
	Giugno	3.706	3.804	3%
	Luglio	3.693	3.841	4%
	Agosto	3.880	3.859	-1%
	Settembre	3.677	3.932	7%
	Ottobre	4.127	4.247	3%
	Novembre	4.076	4.370	7%
	Dicembre	4.360	5.163	18%
2022	Gennaio	5.112	5.591	9%
	Febbraio	4.470	4.404	-1%
	Marzo	1.518	1.503	-1%

* I dati di Marzo '22 si riferiscono ai primi dieci giorni

Nei grafici seguenti è riportata la variazione percentuale dei decessi rispetto alla media negli anni 2017-2019, per mese e sesso e classi di età nei residenti in Veneto.

Figura 3.1. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2022 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e sesso

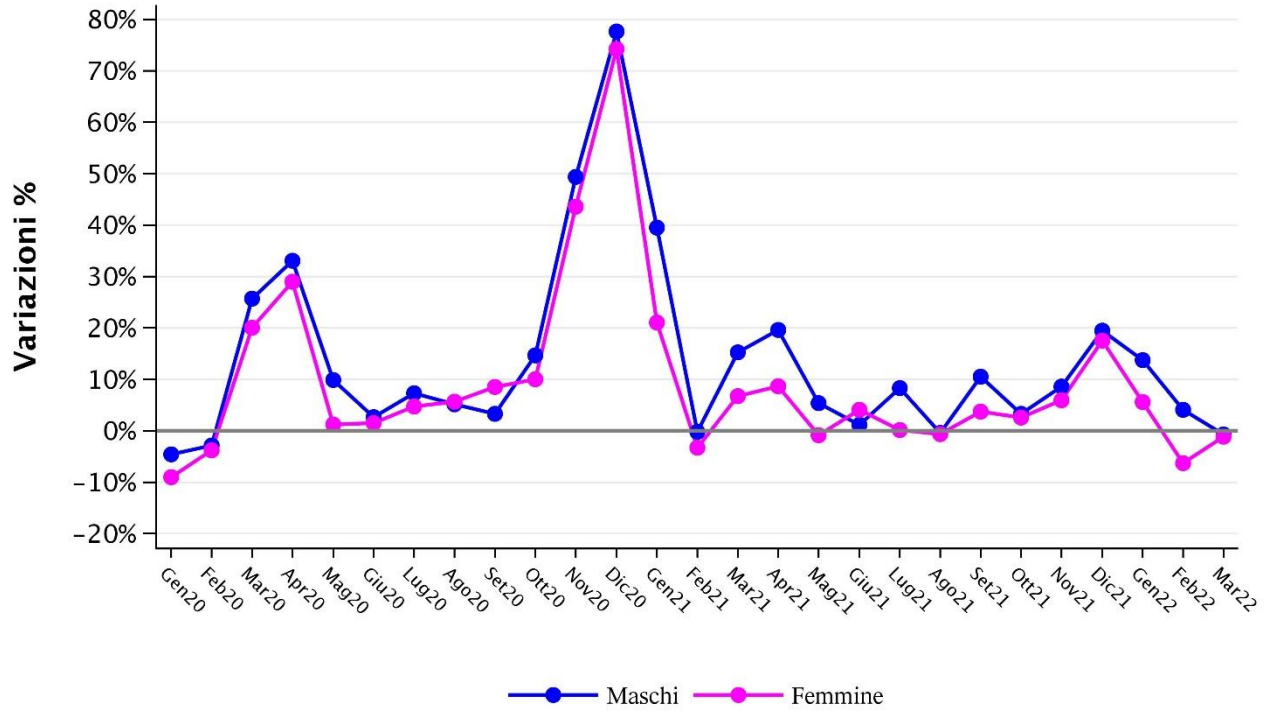
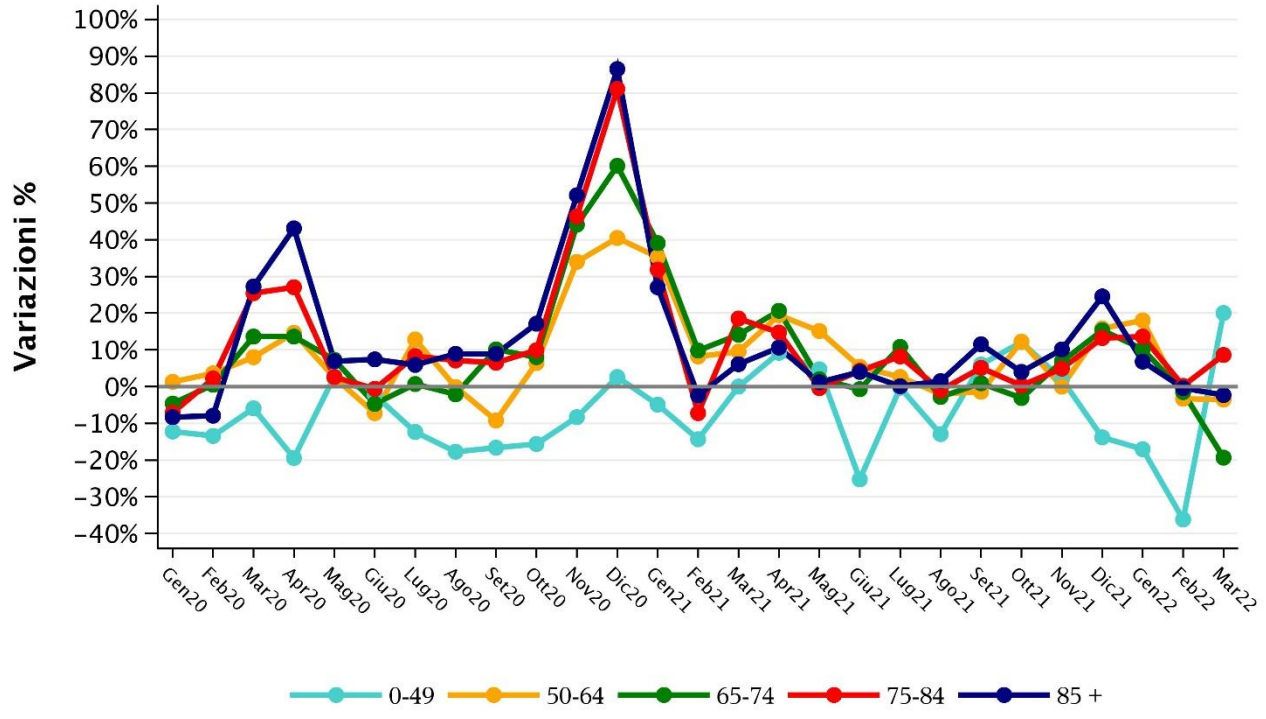


Figura 3.2. Variazione percentuale dei decessi del 2020-2022 rispetto alla media negli anni 2017-2019, per periodo di calendario e classe di età



Considerando l'intero periodo, l'aumento della mortalità a livello regionale è stato del 12%, particolarmente marcato nell'ULSS Scaligera (+15%), nella Serenissima (+14%) e nella Pedemontana (+14%). Nelle analisi per periodi, nei mesi di marzo ed aprile 2020 l'incremento maggiore si è registrato nella Scaligera (+43%), nei mesi di novembre '20, dicembre '20 e gennaio '21 le aziende che hanno riscontrato il maggior aumento di mortalità sono la Serenissima (+54%), la Berica (+56%) e la Scaligera (+65%). Le ondate di marzo-aprile '21 e dicembre '21 - gennaio '22 hanno registrato un eccesso di mortalità in linea con quello dell'intero periodo (rispettivamente +12% e +14%); nella prima ondata del 2021 è stato particolarmente marcato nelle ULSS Serenissima e Euganea (+19%) mentre nell'ultima ondata nella Pedemontana (+24%), nella Berica e nell'ULSS Veneto Orientale (+18%).

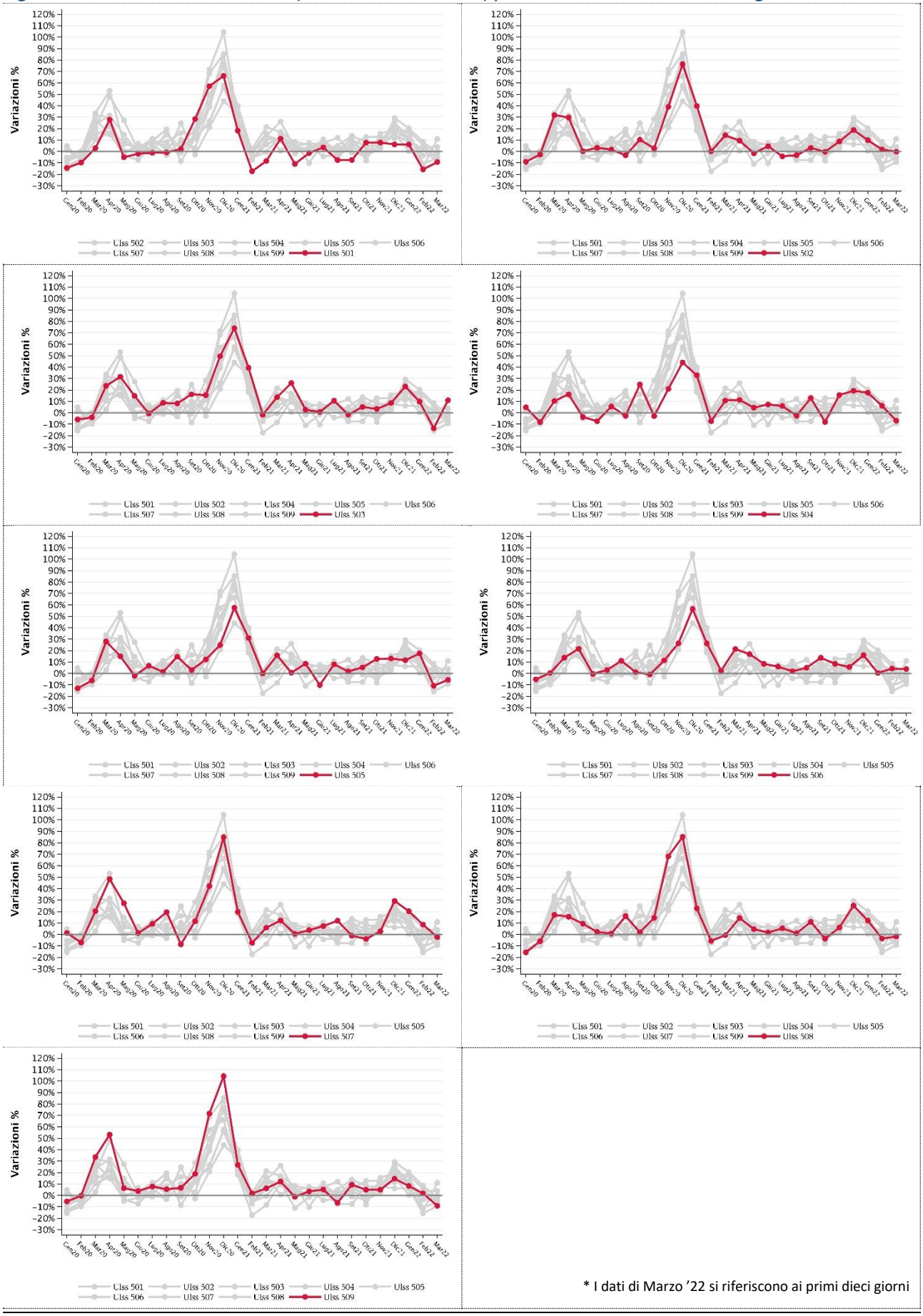
Tabella 3.2. Confronto tra il numero totale dei decessi del 2020-2022 e la media degli anni 2017-2019 per periodo di calendario e Azienda ULSS di residenza

Azienda ULSS	Intero periodo Gennaio '20 – Marzo* '22			1° Ondata Marzo '20 – Aprile '20			2° Ondata Novembre '20 – Gennaio '21			3° Ondata Marzo '21 – Aprile '21			4° Ondata Dicembre '21 – Gennaio '22		
	Media 2017-19	Decessi 2020-22	Variaz. %	Media 2017-19	Decessi 2020	Variaz. %	Media 2017-19	Decessi 2020-21	Variaz. %	Media 2017-19	Decessi 2021	Variaz. %	Media 2017-19	Decessi 2021-22	Variaz. %
ULSS 1 Dolomiti	5.683	5.964	5%	436	500	15%	692	1.000	45%	436	440	1%	487	517	6%
ULSS 2 Marca TV	18.468	20.509	11%	1.405	1.838	31%	2.240	3.404	52%	1.405	1.572	12%	1.577	1.799	14%
ULSS 3 Serenissima	15.233	17.344	14%	1.131	1.441	27%	1.883	2.895	54%	1.131	1.351	19%	1.316	1.527	16%
ULSS 4 V. Orientale	5.336	5.789	8%	405	457	13%	632	841	33%	405	449	11%	445	527	18%
ULSS 5 Polesana	6.815	7.457	9%	535	651	22%	826	1.136	37%	535	581	9%	579	665	15%
ULSS 6 Euganea	20.137	22.265	11%	1.550	1.821	17%	2.486	3.373	36%	1.550	1.847	19%	1.728	1.856	7%
ULSS 7 Pedemontana	7.854	8.940	14%	583	778	34%	993	1.463	47%	583	634	9%	682	849	24%
ULSS 8 Berica	10.366	11.553	11%	791	920	16%	1.305	2.037	56%	791	842	6%	905	1.067	18%
ULSS 9 Scaligera	19.905	22.929	15%	1.515	2.162	43%	2.491	4.108	65%	1.515	1.651	9%	1.752	1.947	11%
Regione Veneto	**109.797**	**122.750**	**12%**	**8.351**	**10.568**	**27%**	**13.548**	**20.257**	**50%**	**8.351**	**9.367**	**12%**	**9.471**	**10.754**	**14%**

* I dati di Marzo '22 si riferiscono ai primi dieci giorni

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Figura 3.3. Variazioni % dei decessi (riferimento = 2017-19) per ULSS di residenza. Periodo: gen '20 – mar* '22



* I dati di Marzo '22 si riferiscono ai primi dieci giorni

4. Ospedalizzazione

Figura 4.1. Andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7gg)

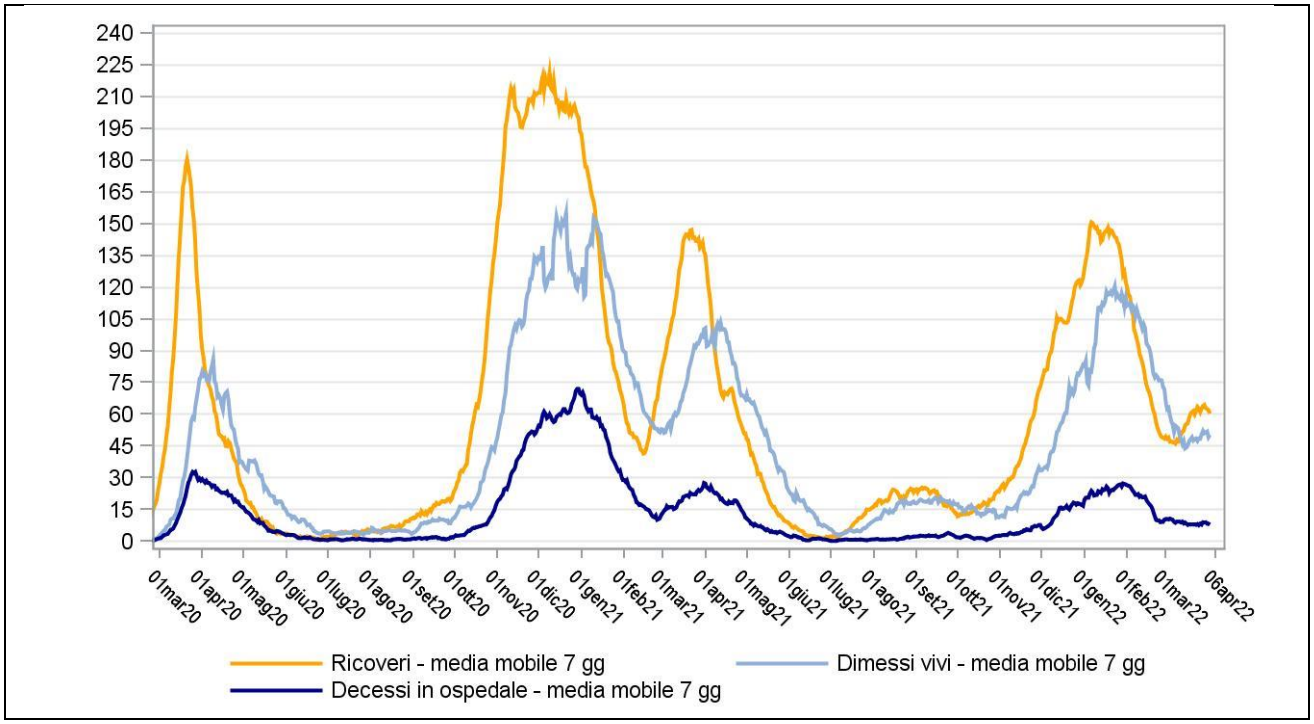


Figura 4.2. Casi presenti in ospedale per acuti e di comunità, per giorno

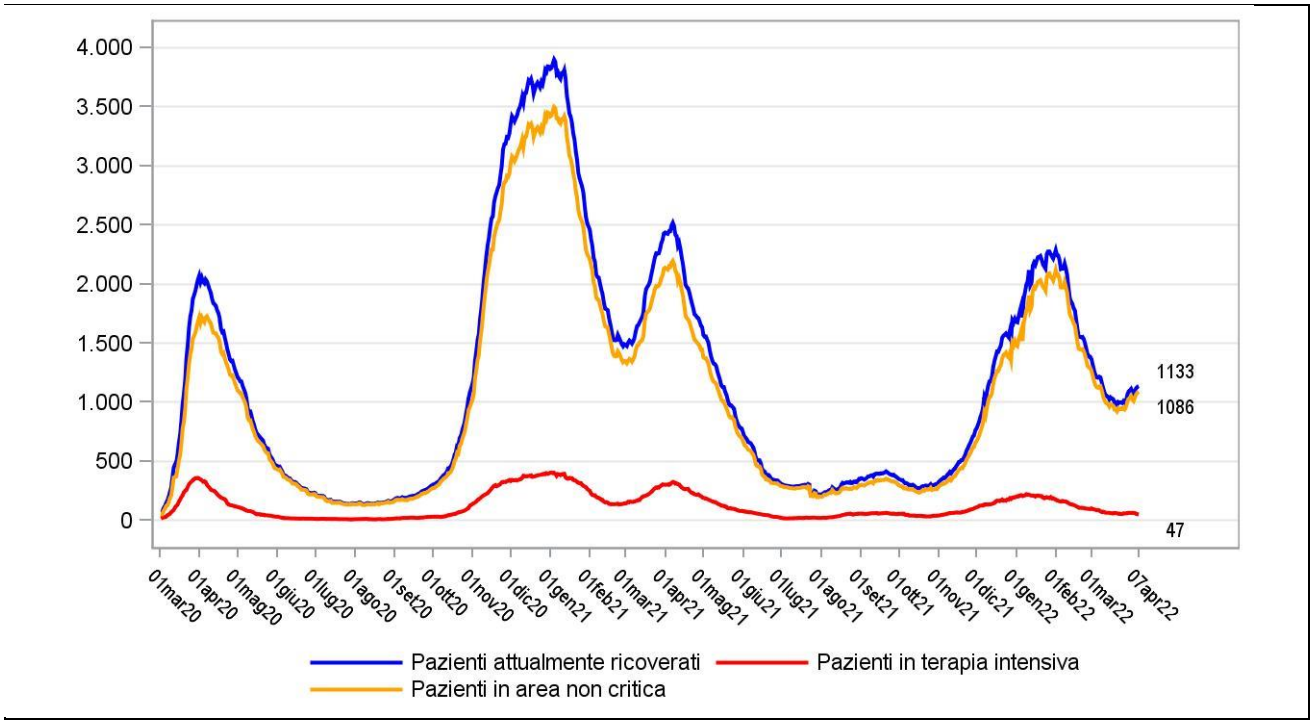
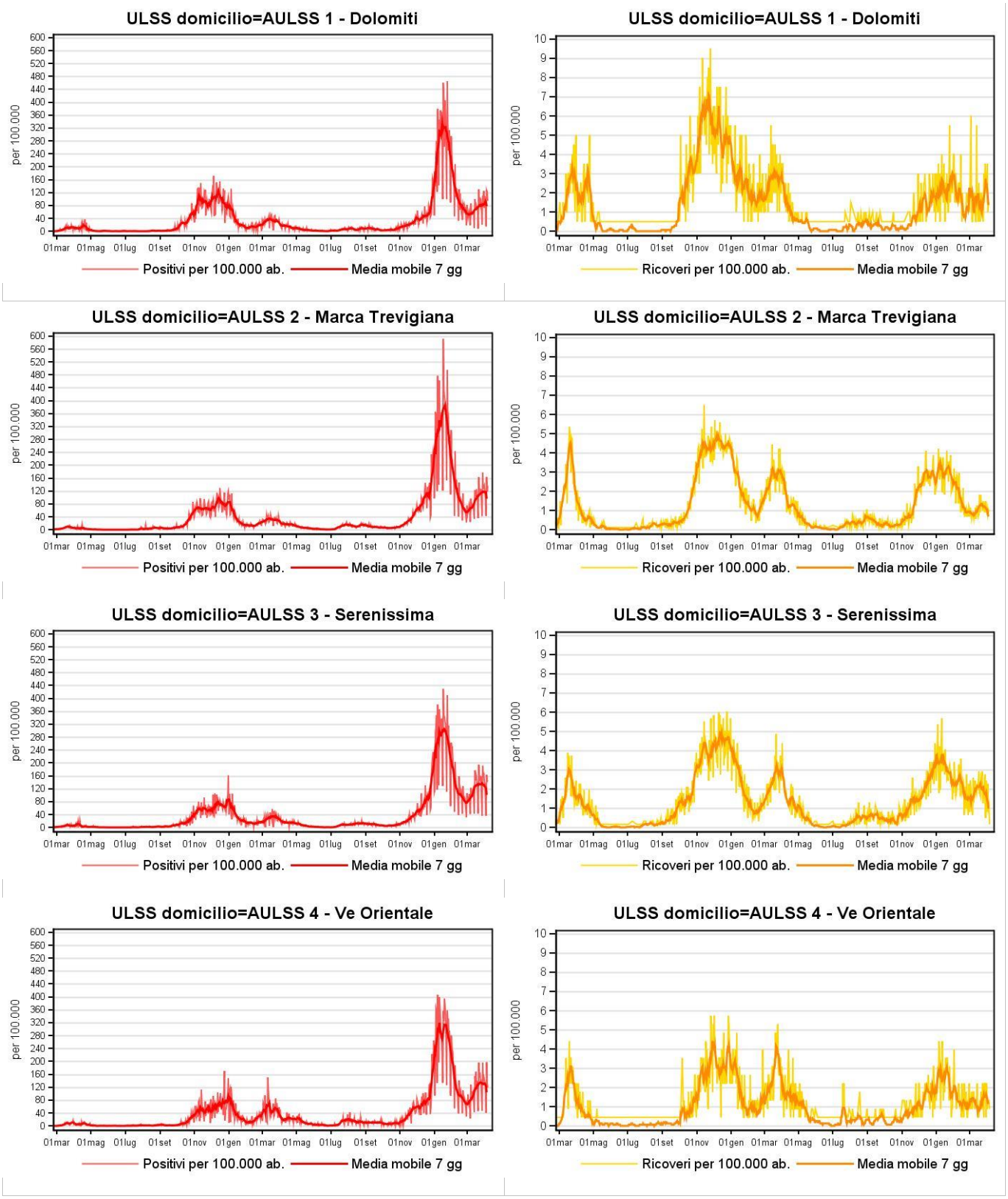
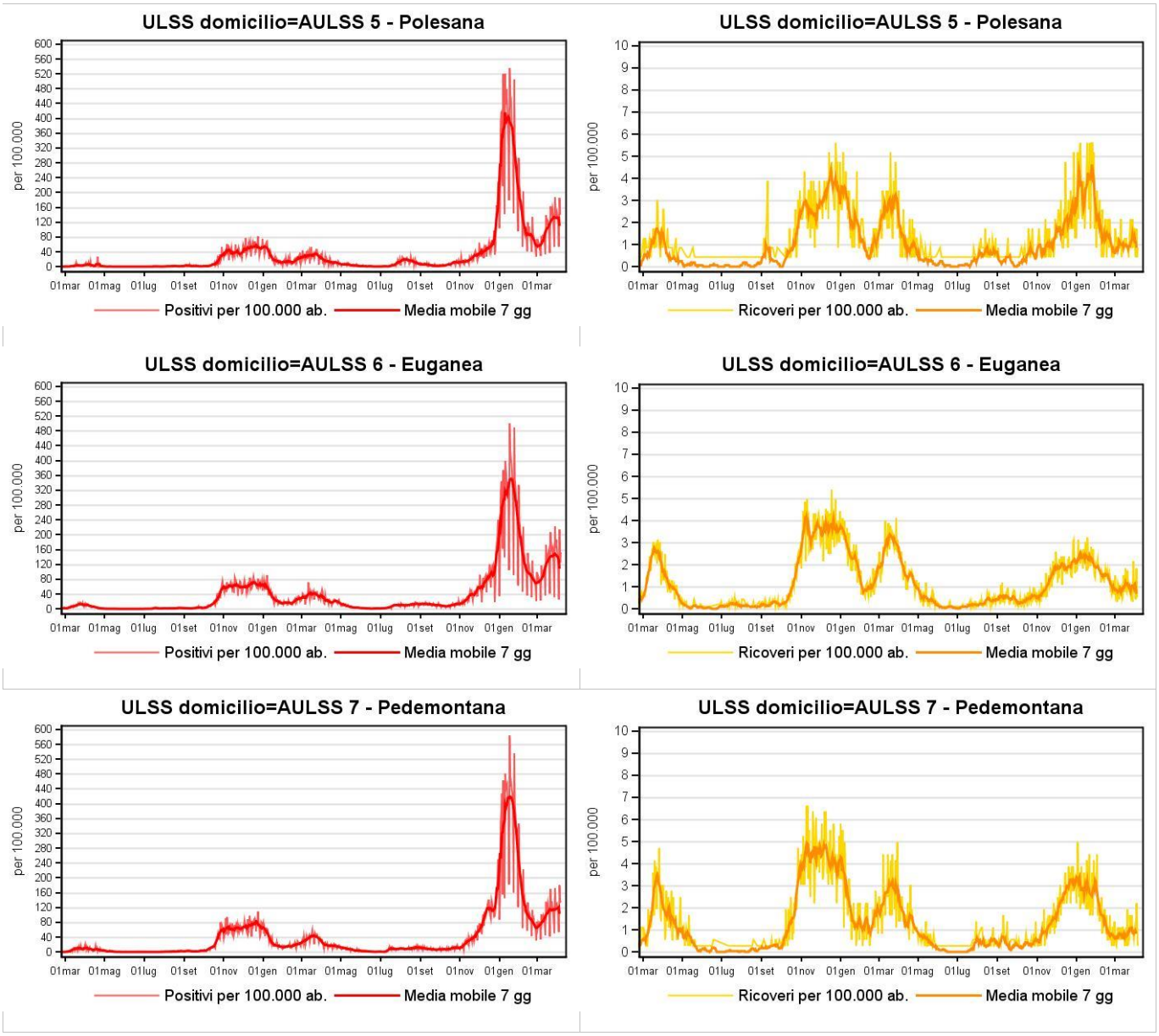


Figura 4.3. Positivi e ricoveri per 100.000 abitanti per Azienda ULSS. Serie giornaliera e media mobile a 7 giorni



REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO



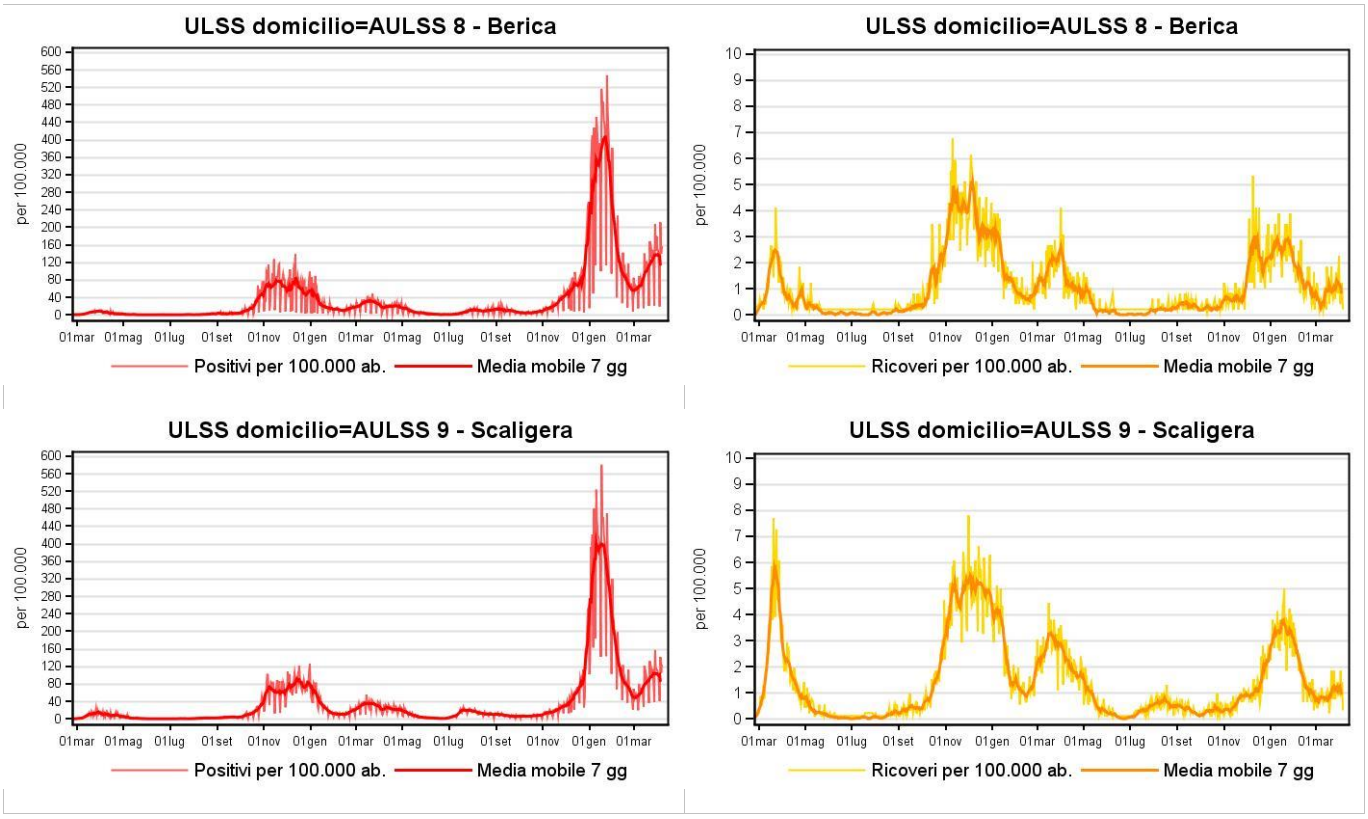

ULSS domicilio=AULSS 8 - Berica
per 100.000
Positivi per 100.000 ab.
Media mobile 7 gg
ULSS domicilio=AULSS 8 - Berica
per 100.000
Ricoveri per 100.000 ab.
Media mobile 7 gg
ULSS domicilio=AULSS 9 - Scaligera
per 100.000
Positivi per 100.000 ab.
Media mobile 7 gg
ULSS domicilio=AULSS 9 - Scaligera
per 100.000
Ricoveri per 100.000 ab.
Media mobile 7 gg

Figura 4.4. Terapia intensiva: frequenza giornaliera cumulata pazienti entrati e pazienti usciti

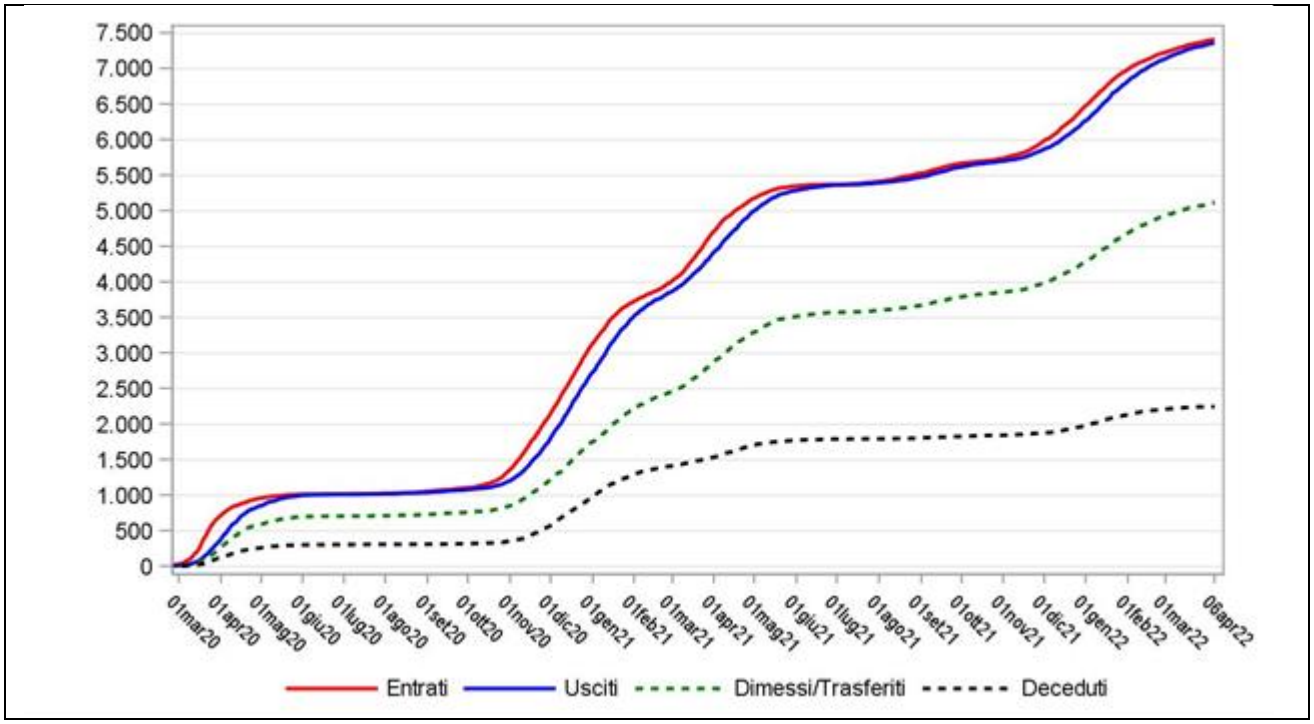


Figura 4.5. Terapia intensiva: frequenza giornaliera di pazienti entrati, dimessi e deceduti (media mobile a 7 giorni)

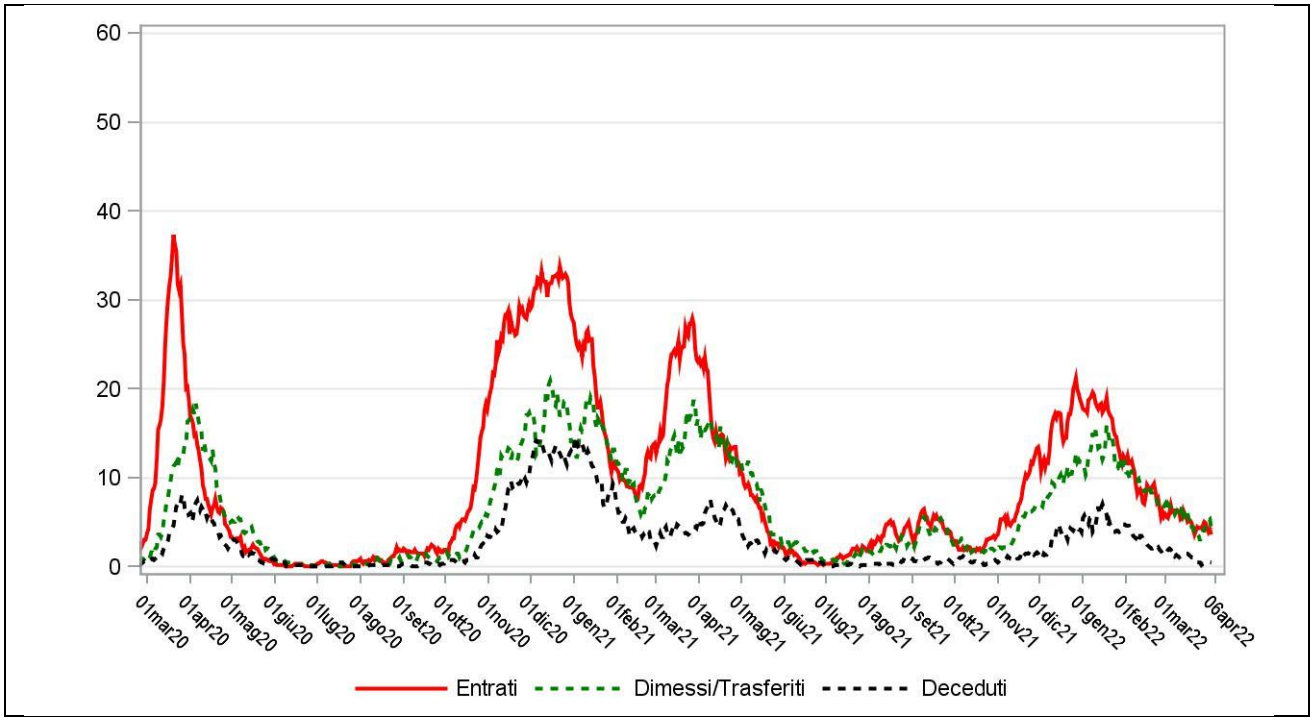


Figura 4.6. Età mediana dei pazienti ricoverati, per giorno

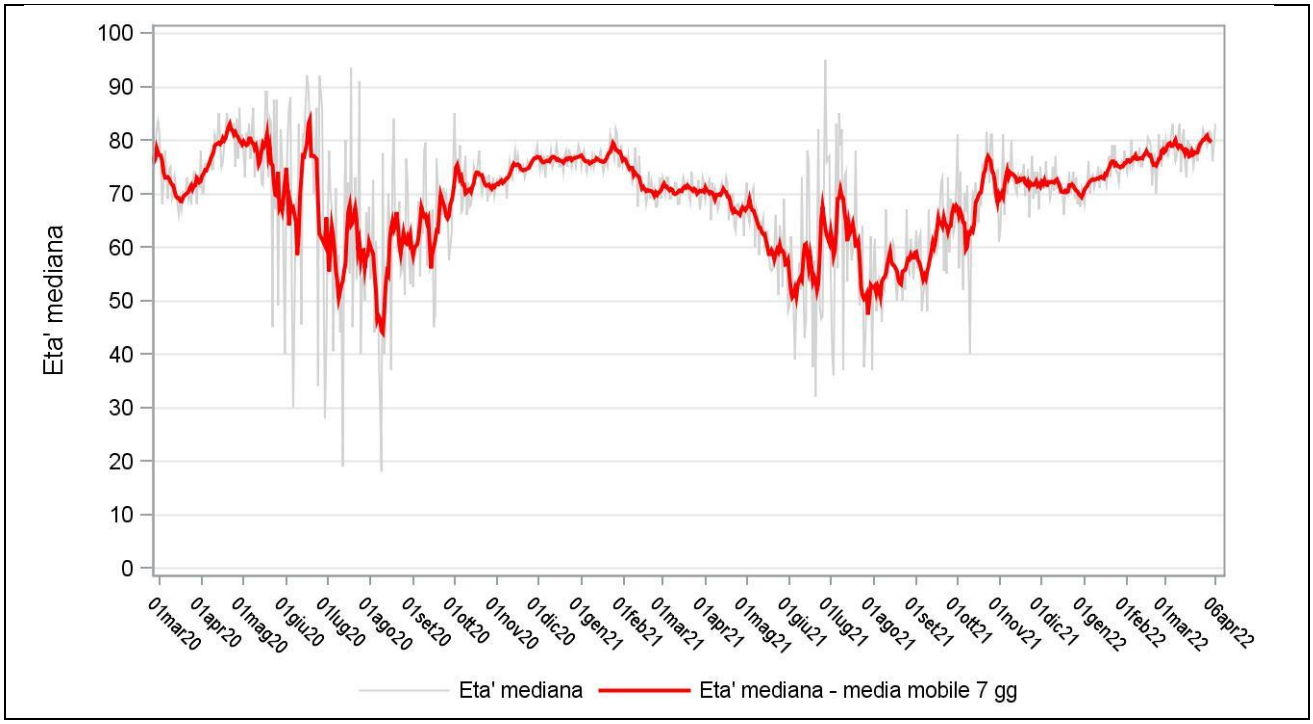


Figura 4.7. Numero di ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana

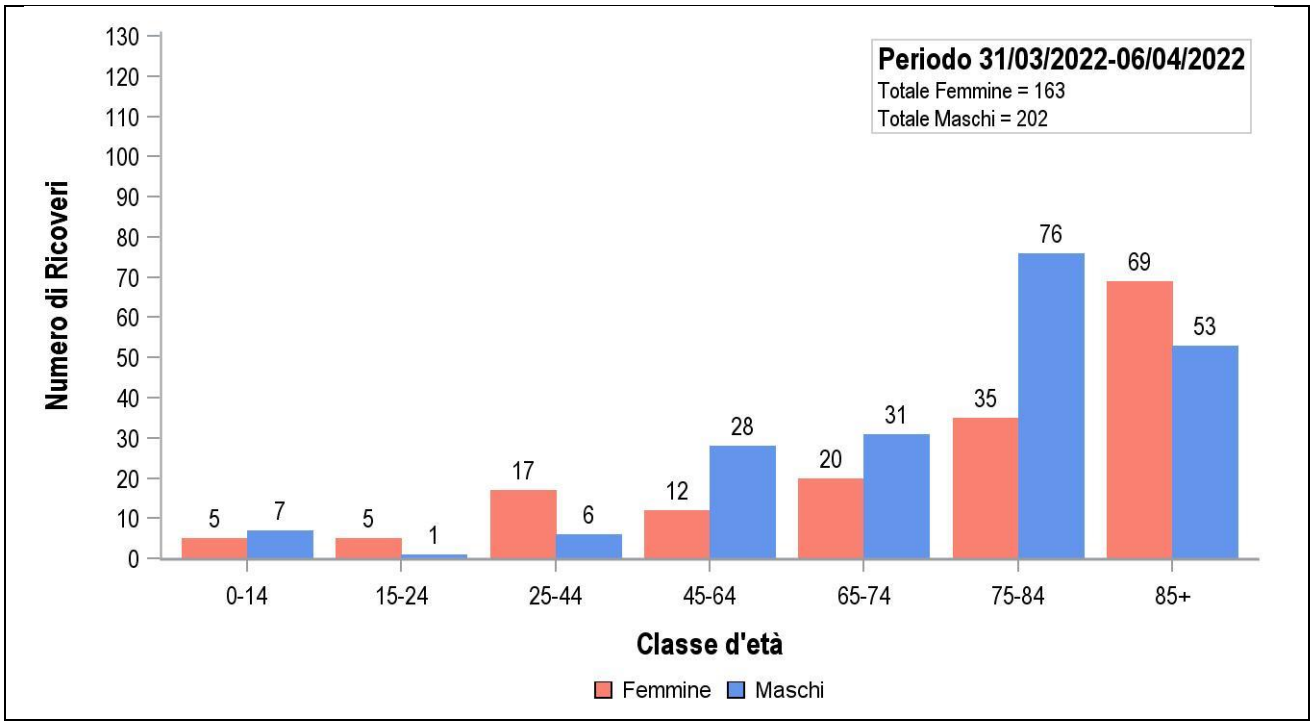


Figura 4.8. Distribuzione percentuale dei ricoveri per classe di età e sesso nell'ultima settimana

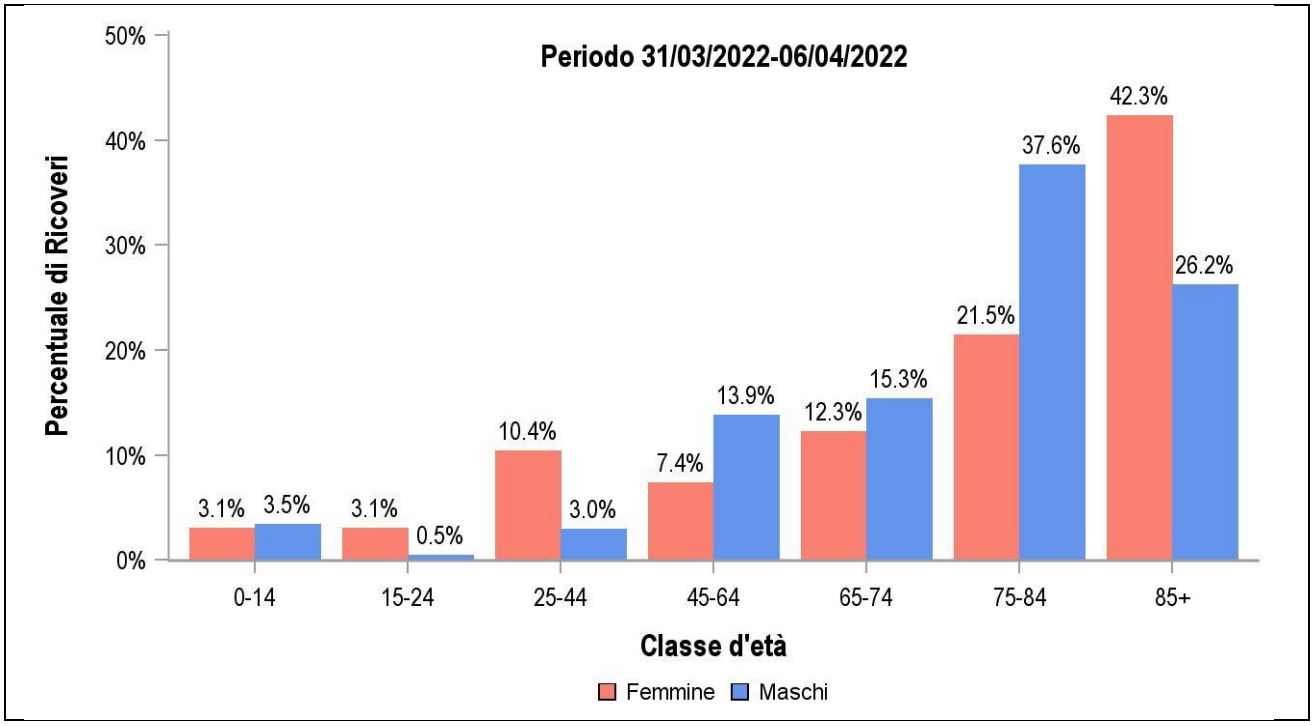


Tabella 4.1. Mortalità intraospedaliera per caratteristiche dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso)

		Anno 2020		Anno 2021		Anno 2022	
		N ricoverati	% deceduti	N ricoverati	% deceduti	N ricoverati	% deceduti
Totale		**20.456**	**26,7%**	**18.636**	**18,8%**	**8.307**	**14,3%**
Provincia di ricovero	Belluno	995	29,1%	714	22,4%	343	15,2%
	Padova	3.450	21,6%	3.742	17,9%	1.399	13,8%
	Rovigo	670	36,6%	827	31,1%	408	24,0%
	Treviso	3.758	22,9%	3.480	16,4%	1.535	13,9%
	Venezia	3.315	31,8%	3.165	21,1%	1.590	13,4%
	Vicenza	3.367	26,9%	2.889	17,4%	1.244	15,0%
	Verona	4.901	27,9%	3.819	17,5%	1.788	12,8%
Tipo di ospedale	Altro	7.023	27,6%	5.318	19,7%	3.168	14,1%
	Covid	6.156	27,4%	6.513	19,7%	2.064	17,8%
	Hub	7.277	25,3%	6.805	17,1%	3.075	12,0%
Transito in terapia intensiva	No	17.684	23,4%	15.844	16,3%	7.628	13,2%
	Si	2.772	48,1%	2.792	33,0%	679	26,2%

Tabella 4.2. Mortalità intraospedaliera per genere e classe di età dei pazienti (dati provvisori, follow-up in corso)

Classe d'età	Femmine		Maschi	
	N ricoverati	% deceduti	N ricoverati	% deceduti
0-39	1.662	0,5%	1.246	1,2%
40-44	397	2,3%	679	2,5%
45-49	555	1,4%	1.205	2,0%
50-54	886	3,8%	1.857	3,8%
55-59	1.150	4,4%	2.286	6,5%
60-64	1.248	7,9%	2.633	10,9%
65-69	1.370	11,0%	2.711	16,0%
70-74	1.967	15,3%	3.355	22,4%
75-79	2.326	19,4%	3.393	27,4%
80-84	2.905	27,0%	3.589	35,9%
85-89	3.029	34,9%	2.582	45,0%
90 +	2.838	43,8%	1.528	53,9%
Totale	**20.333**	**20,6%**	**27.064**	**22,0%**

5. Casi positivi nei Centri Servizi per anziani e disabili e strutture di riabilitazione

Figura 5.1. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: frequenza giornaliera cumulata eventi

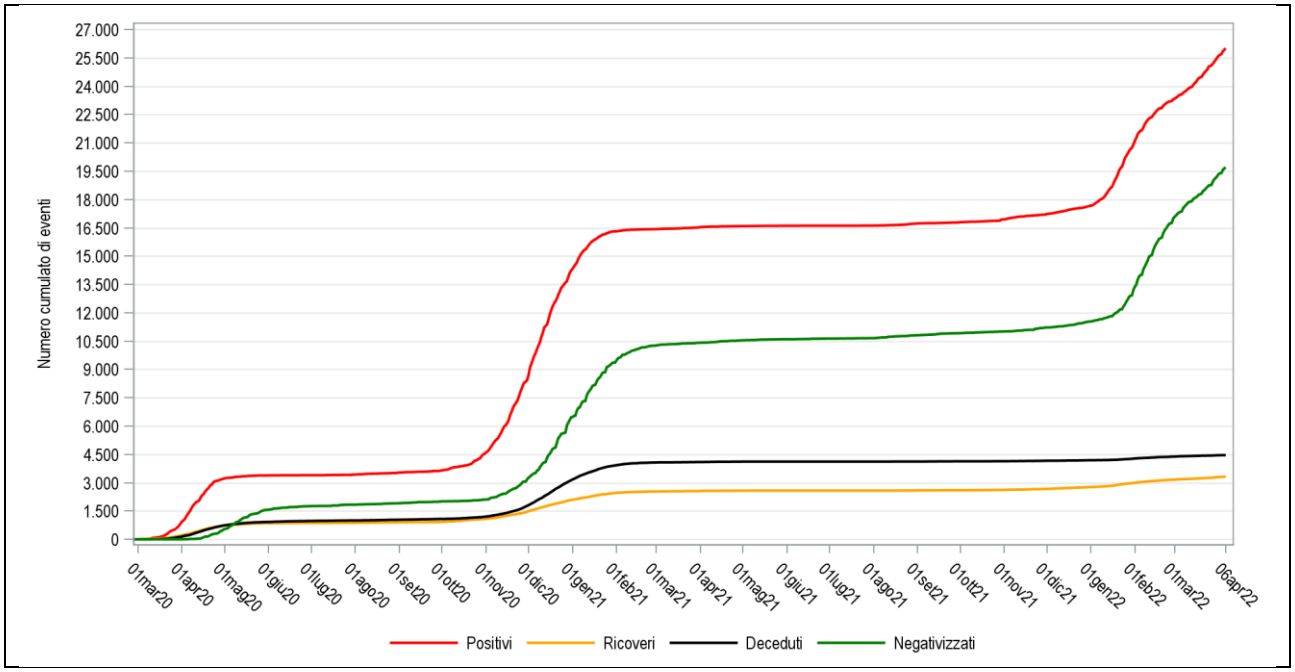


Figura 5.2. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero e media mobile a 7 gg

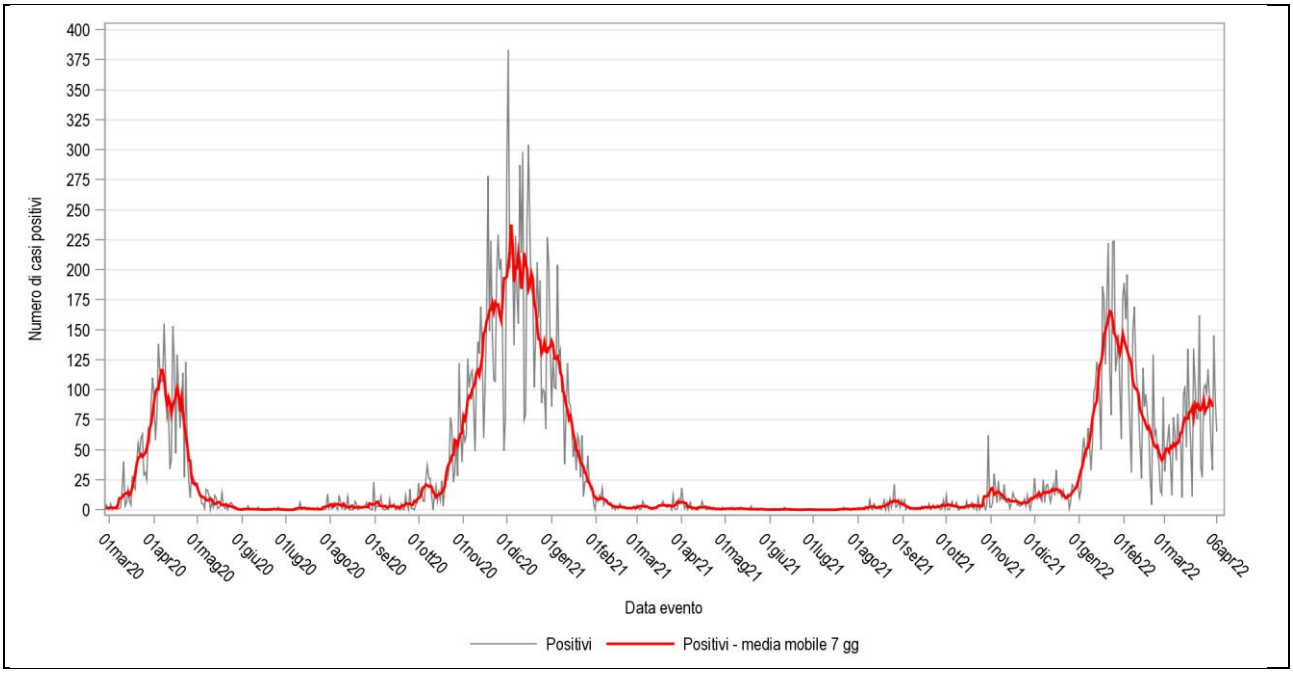
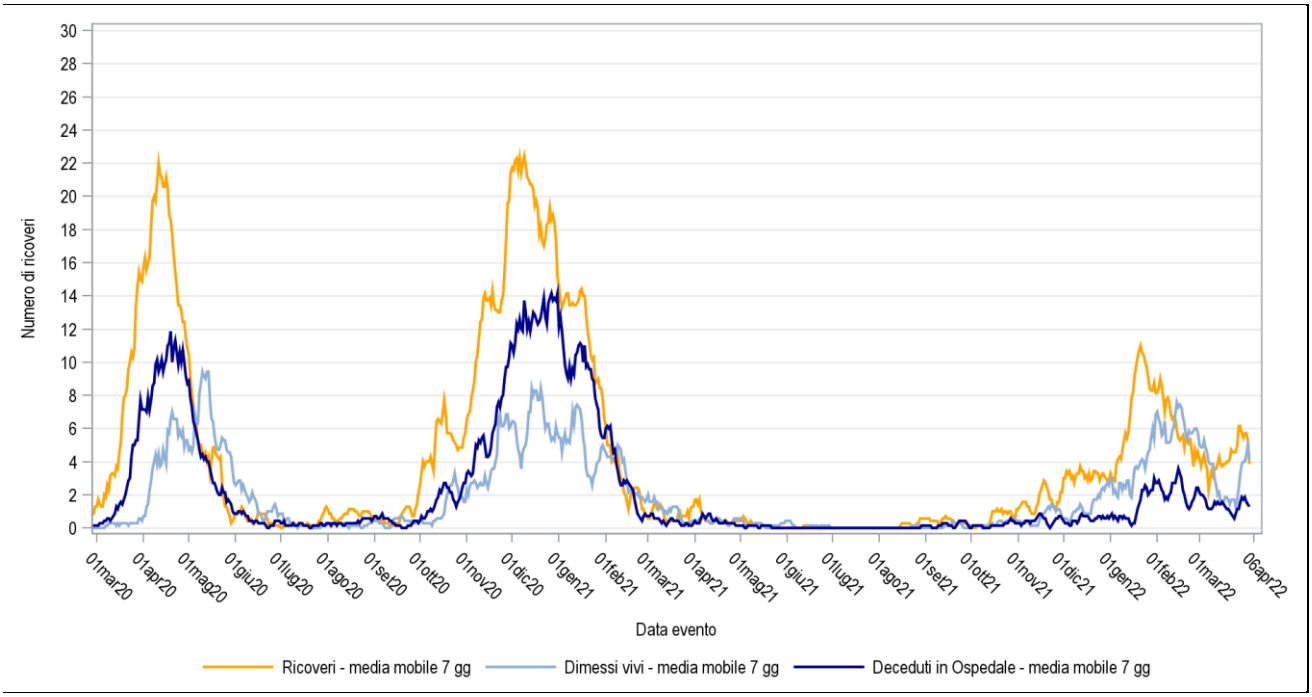
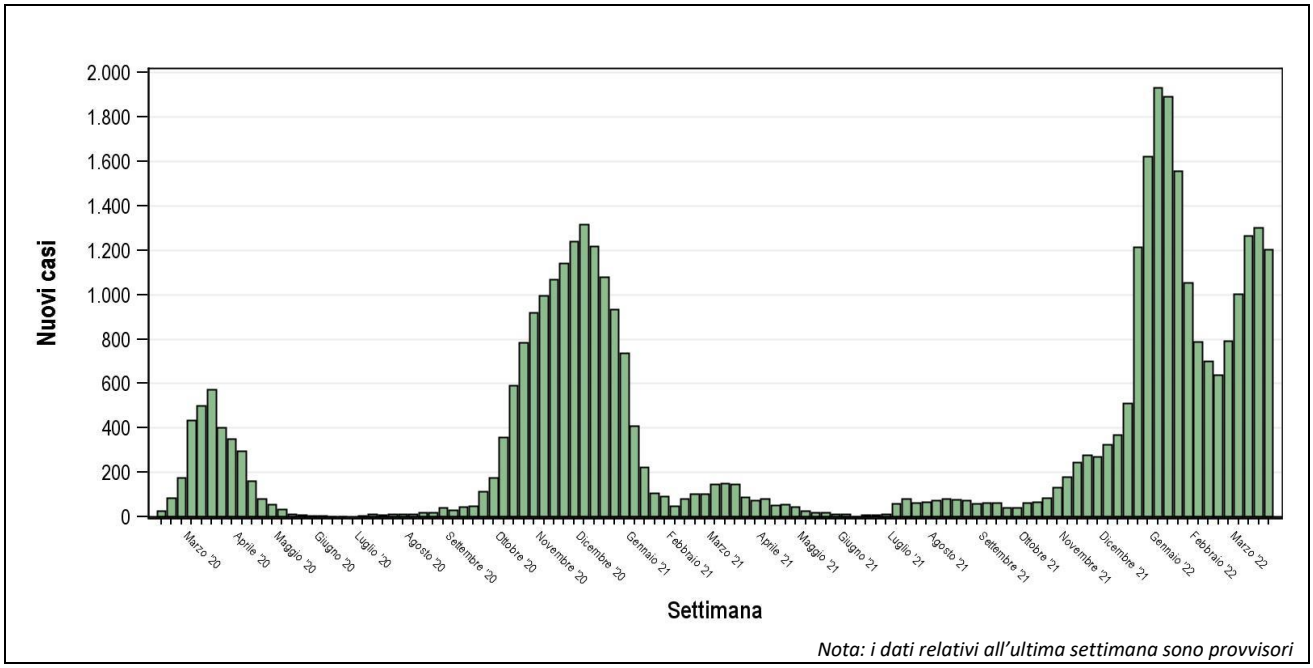


Figura 5.3. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7 gg)



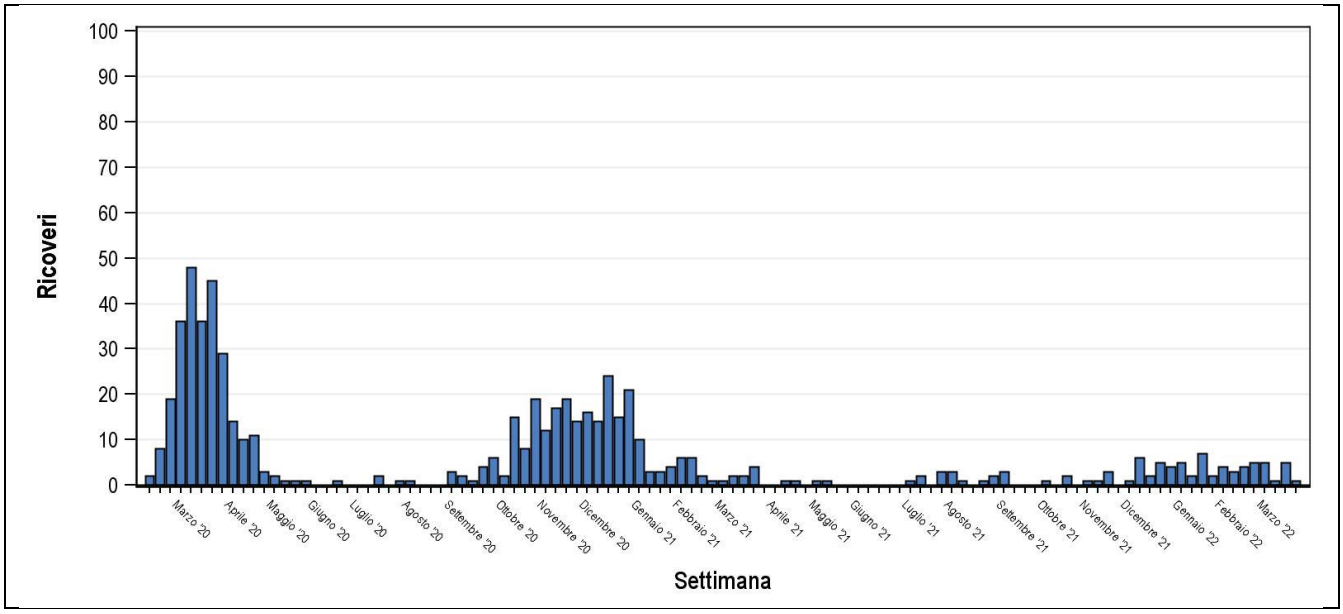
6. Monitoraggio operatori sanitari

Figura 6.1. Nuovi casi di operatori sanitari con tampone positivo per settimana di referto



Nota: i dati relativi all'ultima settimana sono provvisori

Figura 6.2. Ricoveri di operatori sanitari positivi, per settimana di referto



REGIONE DEL VENETO AZIENDA ZERO

Tabella 6.1. Operatori sanitari attualmente positivi a SARS-COV-2, suddivisi per Azienda Sanitaria e profilo professionale

Azienda	Medici	Infermieri	OSS	MMG/PLS	Altri op. sanitari	Altri op.	TOTALE
Dipendenti Regione del Veneto	0	0	0	0	0	65	65
Dipendenti Azienda Zero	0	0	0	0	9	0	9
Dipendenti e convenzionati Ulss 1	8	46	11	3	22	15	105
Dipendenti e convenzionati Ulss 2	29	89	44	12	37	34	245
Dipendenti e convenzionati Ulss 3	47	88	34	10	35	37	251
Dipendenti e convenzionati Ulss 4	10	30	10	2	10	11	73
Dipendenti e convenzionati Ulss 5	14	38	12	6	14	12	96
Dipendenti e convenzionati Ulss 6	39	86	33	9	43	27	237
Dipendenti e convenzionati Ulss 7	16	41	17	4	14	9	101
Dipendenti e convenzionati Ulss 8	27	85	40	10	22	20	204
Dipendenti e convenzionati Ulss 9	30	79	18	27	37	39	230
Dipendenti e convenzionati AOUPD	80	88	31	0	23	29	251
Dipendenti e convenzionati AOUIVR	48	50	9	0	18	19	144
Dipendenti e convenzionati IOV	7	15	3	0	6	5	36
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 1*	2	6	25	1	1	5	40
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 2*	2	9	25	0	4	8	48
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 3*	1	1	8	0	2	6	18
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 4*	2	2	3	0	1	2	10
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 5*	2	2	5	0	0	3	12
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 6*	2	1	1	0	0	2	6
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 7*	2	3	9	0	1	2	17
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 8*	1	1	0	0	0	0	2
Altri Operatori testati nel laboratorio Ulss 9*	0	1	0	0	0	5	6
Altri Operatori testati nel laboratorio AOUIVR*	0	0	0	0	1	1	2
Operatori sanitari in assegnazione	22	16	29	5	16	19	107
Totale	**391**	**777**	**367**	**89**	**316**	**375**	**2.315**

**Gli altri operatori non dipendenti delle aziende sanitarie possono essere testati anche in laboratori diversi da quello territorialmente competente*

7. Monitoraggio vaccinazioni

Tabella 7.1. Nuovi positivi nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (valori assoluti, tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto

Classi d'età	Non Vaccinati (NV)		Ciclo vacc. Parziale (VP)		Ciclo vacc. Completo (VC)		Ciclo vacc. Completo + booster (VB)		Tasso NV/ Tasso VP	Tasso NV/ Tasso VC	Tasso NV/ Tasso VB
	Positivi	Tasso x 100.000	Positivi	Tasso x 100.000	Positivi	Tasso x 100.000	Positivi	Tasso x 100.000			
5-11	8.455	1.061,8	163	464,5	4.512	1.219,2			2,3	0,9	
12-19	2.964	1.304,6	184	667,5	4.781	858,5	7.232	1.025,3	2,0	1,5	1,3
20-39	5.087	1.816,5	544	395,7	6.787	559,4	23.933	994,2	4,6	3,2	1,8
40-59	7.521	1.040,2	467	508,2	6.587	626,1	36.265	848,8	2,0	1,7	1,2
60-79	2.757	844,8	156	347,0	1.686	445,5	21.388	572,2	2,4	1,9	1,5
80+	485	385,9	62	624,9	468	523,2	7.475	592,3	0,6	0,7	0,7
Totale	**27.269**	**1.100,2**	**1.576**	**454,3**	**24.821**	**678,1**	**96.327**	**777,4**	**2,4**	**1,6**	**1,4**

Figura 7.1. Tasso di nuovi positivi nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) - residenti o domiciliati in Veneto

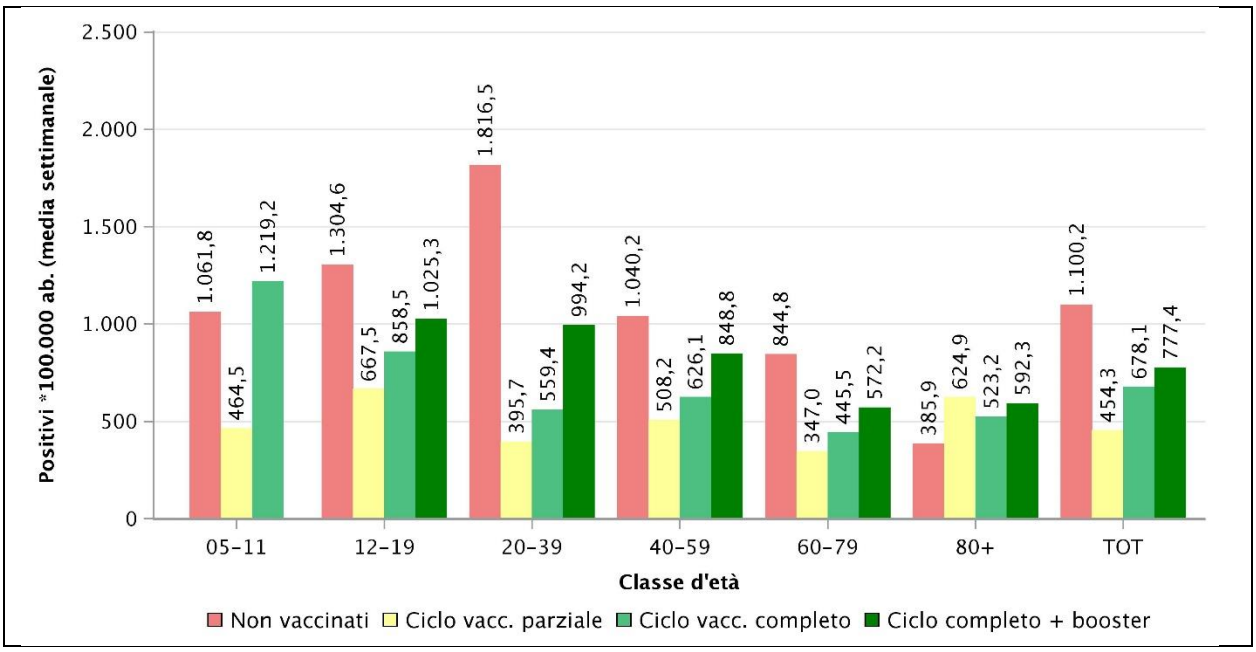
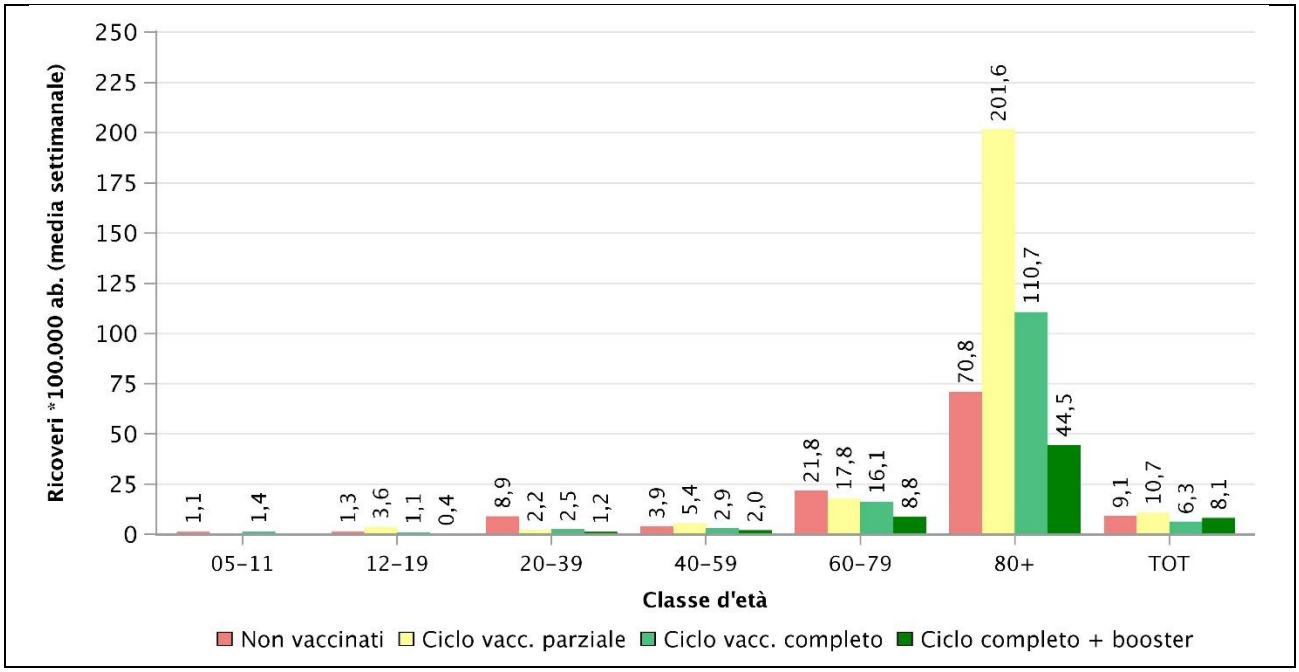


Tabella 7.2. Nuovi ricoveri nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (valori assoluti e tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto

Classi d'età	Non Vaccinati (NV)		Ciclo vacc. Parziale (VP)		Ciclo vacc. Completo (VC)		Ciclo vacc. Completo + booster (VB)		Tasso NV/ Tasso VP	Tasso NV/ Tasso VC	Tasso NV/ Tasso VB
	Ricoveri	Tasso x 100.000	Ricoveri	Tasso x 100.000	Ricoveri	Tasso x 100.000	Ricoveri	Tasso x 100.000			
5-11	9	1,1			5	1,4				0,8	
12-19	3	1,3	1	3,6	6	1,1	3	0,4	0,4	1,2	3,1
20-39	25	8,9	3	2,2	30	2,5	28	1,2	4,1	3,6	7,7
40-59	28	3,9	5	5,4	31	2,9	84	2,0	0,7	1,3	2,0
60-79	71	21,8	8	17,8	61	16,1	330	8,8	1,2	1,3	2,5
80+	89	70,8	20	201,6	99	110,7	561	44,5	0,4	0,6	1,6
Totale	**225**	**9,1**	**37**	**10,7**	**232**	**6,3**	**1.007**	**8,1**	**0,9**	**1,4**	**1,1**
*Età mediana**	*63,0*		*69,0*		*77,0*		*81,0*				

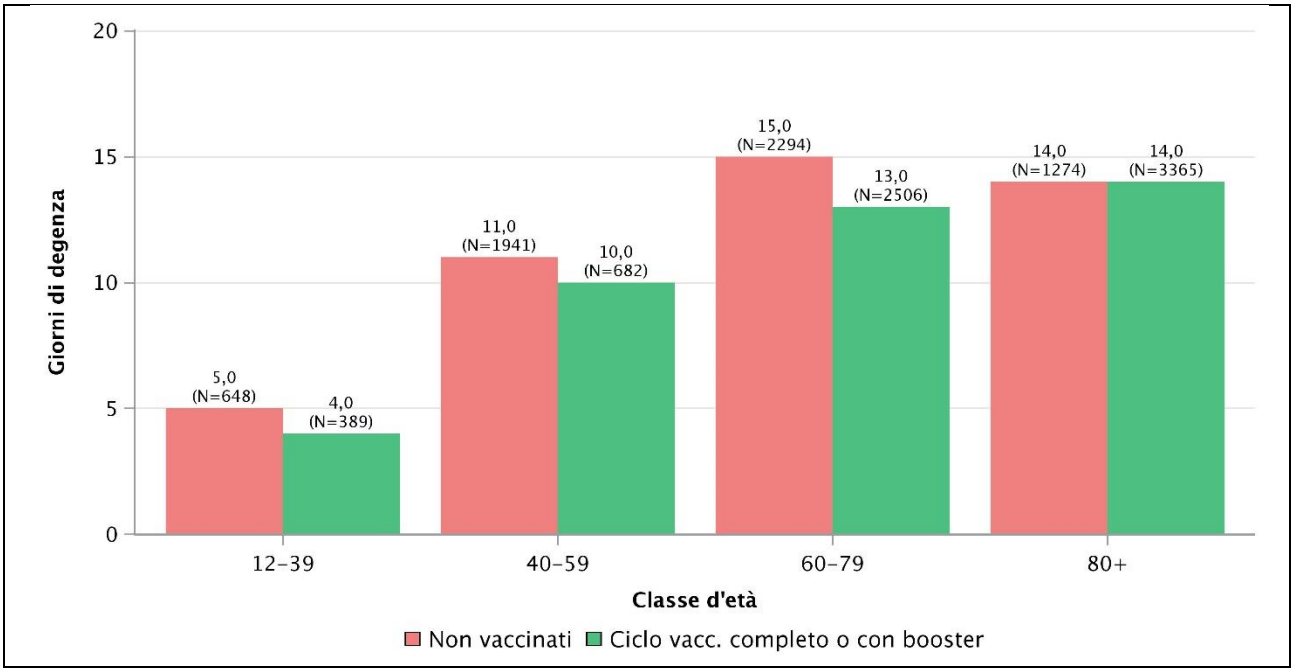
Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità;
**l'età mediana è calcolata sui ricoveri con data dimissione a partire dal 01/06/2021*

Figura 7.2. Tasso di nuovi ricoveri nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto



Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità

Figura 7.3. Degenza mediana e numero di pazienti dimessi nel periodo 01/06/2021-03/04/2022, con ciclo completo o booster e non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto



Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità; esclusi vaccinati con ciclo parziale

Tabella 7.3. Numero di pazienti dimessi e pazienti transitati in Terapia Intensiva (TI) nel periodo 01/06/2021-03/04/2022, con ciclo completo o booster e non vaccinati al momento del ricovero, per classe di età – residenti o domiciliati in Veneto

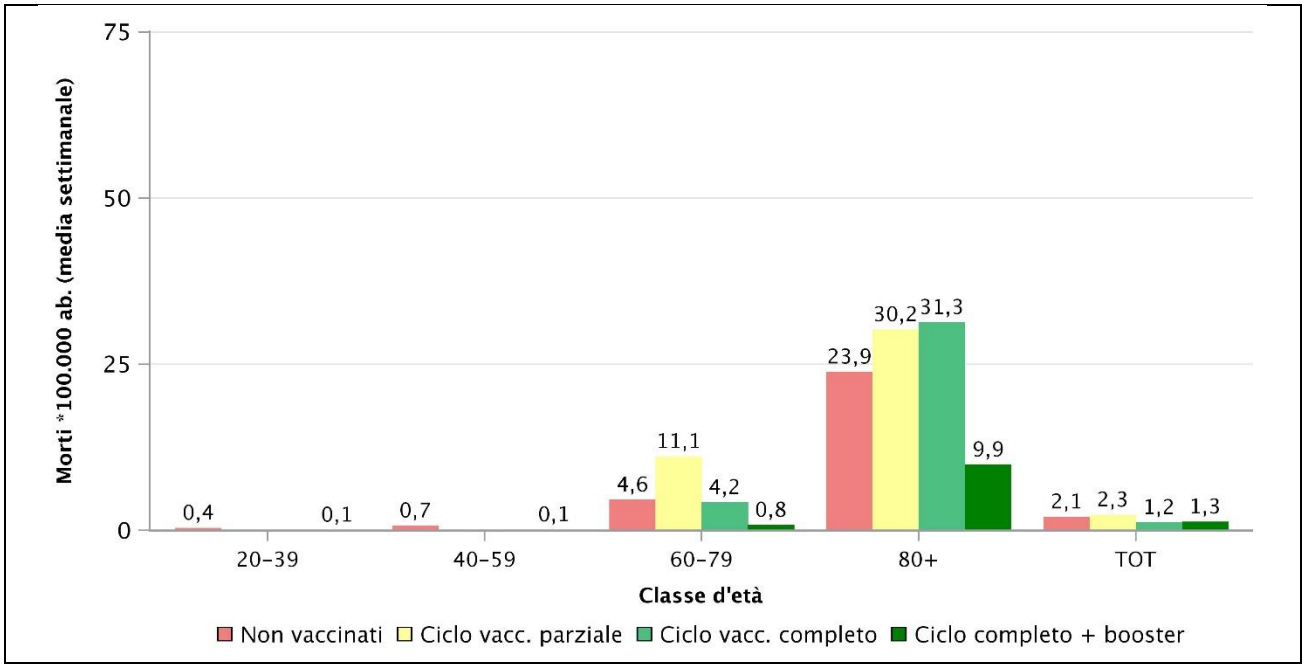
Classi d'età	Non vaccinati		Ciclo vacc. Parziale		Ciclo vacc. completo		Ciclo vacc. completo + booster	
	Totale dimissioni	di cui transitati in TI	Totale dimissioni	di cui transitati in TI	Totale dimissioni	di cui transitati in TI	Totale dimissioni	di cui transitati in TI
5-11	80	3	6	0	5	0		
12-39	648	51	76	5	297	11	92	4
40-59	1.941	378	110	16	447	60	235	27
60-79	2.294	586	230	48	1.569	241	937	106
80+	1.274	45	180	7	1.790	60	1.575	47
Totale	**6.237**	**1.063**	**602**	**76**	**4.108**	**372**	**2.839**	**184**
% TI	***17,0%***		***12,6%***		***9,0%***		***6,5%***	
Degenza mediana	***11,0***	***25,0***	***11,0***	***28,5***	***13,0***	***22,5***	***11,0***	***17,0***

Nota: ricoveri in ospedali per acuti e di comunità; esclusi vaccinati con ciclo parziale

Tabella 7.4. Decessi nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento della positività e classe di età (valori assoluti e tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto

Classi d'età	Non vaccinati (NV)		Ciclo vacc. parziale (VP)		Ciclo vacc. completo (VC)		Ciclo vacc. completo + booster (VB)		Tasso NV/ Tasso VP	Tasso NV/ Tasso VC	Tasso NV/ Tasso VB
	Decessi	Tasso x 100.000	Decessi	Tasso x 100.000	Decessi	Tasso x 100.000	Decessi	Tasso x 100.000			
20-39	1	0,4					2	0,1			4,3
40-59	5	0,7					5	0,1			5,9
60-79	15	4,6	5	11,1	16	4,2	30	0,8	0,4	1,1	5,7
80+	30	23,9	3	30,2	28	31,3	125	9,9	0,8	0,8	2,4
Totale	**51**	**2,1**	**8**	**2,3**	**44**	**1,2**	**162**	**1,3**	**0,9**	**1,7**	**1,6**

Figura 7.4. Tasso di decessi nel periodo 07/03/2022-03/04/2022, per stato vaccinale al momento del ricovero e classe di età (tasso medio settimanale x 100.000 ab.) – residenti o domiciliati in Veneto



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Riscontro alla richiesta integrazione dati pervenuta dalla *Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS-CoV-2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda ondata.*

In riferimento alla richiesta di integrazioni dati di cui alla nota Prot. N. 3676 del 9 marzo 2022, si riportano di seguito gli elementi informativi relativi agli aspetti di competenza della scrivente Direzione, unitamente ad alcuni allegati tecnici di approfondimento.

Dati sulla mortalità

Per quanto riguarda i dati relativi alla mortalità si evidenzia prima di tutto che tali dati non possono che essere analizzati a posteriori al fine di consentirne una raccolta completa ed un'analisi approfondita che deve necessariamente considerare un periodo di riferimento più ampio, in considerazione del fatto che in ciascuna territorio si possono verificare condizioni sia molto diverse tra loro, sia in momenti temporali diversi.

Ciò premesso, al fine di fornire riscontro alla richiesta relativa ai dati di mortalità suddivisi per luogo di decesso, si trasmette in allegato l'elaborazione effettuata da Azienda Zero con la stratificazione richiesta e le note di calcolo (**Allegato 1**).

Per ulteriori approfondimenti, si rimanda all'ultimo report periodico dell'UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri di Azienda Zero "*Rapporto sull'andamento dell'epidemia da COVID-19 in Veneto - Dati aggiornati al 07/04/2022*", con particolare riferimento al capitolo dedicato ai decessi (**Allegato 2**).

A ulteriore conferma dell'efficacia della strategia regionale, si rende noto che in marzo 2022 è stato pubblicato, sulla prestigiosa rivista scientifica internazionale *The Lancet*, uno studio che ha analizzato l'eccesso di mortalità durante l'intero periodo della pandemia da COVID-19 nei diversi paesi del mondo (1 gennaio 2020 - 31 dicembre 2021) dal titolo "*COVID-19 Excess Mortality Collaborators. Estimating excess mortality due" to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020-21* (**Allegato 3**).
Tra le varie anlisi, lo studio, per il contesto italiano, riporta il dato di ogni singola Regione/Provincia Autonoma.

Lo studio analizza l'eccesso di mortalità, che rappresenta un indicatore rappresentativo dell'impatto della pandemia da COVID-19. L'eccesso di mortalità è definito come la differenza tra il numero di decessi (per tutte le cause) registrati durante la pandemia e il numero di decessi atteso sulla base del dato storico degli anni prima della pandemia.

Al fine di rendere i dati confrontabili tra i diversi paesi e le diverse regioni, gli autori hanno rapportato il dato relativo all'eccesso di mortalità alla popolazione residente: per l'Italia è stato calcolato un eccesso di mortalità pari a 227,4 (CI 212,0 - 242, 5) ogni 100.000 abitanti, mentre per il Veneto è stato calcolato un eccesso di mortalità pari a 177.5 (CI 164.0 - 190.7) ogni 100.000 abitanti, tra i valori più bassi tra tutte le Regioni (valore inferiore a Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sicilia, Toscana, Umbria e Valle d'Aosta), come indicato nella tabella riportata di seguito, estratta dall'articolo.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Lower Saxony	6810	42·3	14 300 (12 300 to 15 600)	88·5 (76·3 to 97·0)	2·09 (1·80 to 2·29)
Mecklenburg-Western Pomerania	1470	44·9	3410 (2920 to 3810)	104·0 (89·0 to 116·3)	2·32 (1·98 to 2·59)
North Rhine-Westphalia	20 300	55·8	42 300 (40 200 to 44 000)	116·5 (110·7 to 121·1)	2·09 (1·98 to 2·17)
Rhineland-Palatinate	4620	56·1	8530 (7430 to 9220)	103·5 (90·2 to 111·9)	1·85 (1·61 to 2·00)
Saarland	1240	61·5	2290 (2090 to 2440)	113·0 (103·2 to 120·3)	1·84 (1·68 to 1·96)
Saxony	12 800	154·4	16 800 (15 500 to 18 100)	202·0 (187·0 to 218·0)	1·31 (1·21 to 1·41)
Saxony-Anhalt	4250	93·0	6400 (5950 to 6830)	140·3 (130·3 to 149·6)	1·51 (1·40 to 1·61)
Schleswig-Holstein	1880	32·4	4520 (3820 to 5090)	77·7 (65·8 to 87·6)	2·40 (2·03 to 2·70)
Thuringia	5840	132·4	8140 (7520 to 8770)	184·6 (170·4 to 198·9)	1·39 (1·29 to 1·50)
Greece	20 800	104·1	25 400 (23 400 to 27 400)	127·1 (117·0 to 137·2)	1·22 (1·12 to 1·32)
Iceland	37	5·6	−314 (−703 to 11)	−47·8 (−107·1 to 1·6)	−8·49 (−19·01 to 0·29)
Ireland	5910	63·5	1170 (84 to 2330)	12·5 (0·9 to 25·0)	0·20 (0·01 to 0·39)
Israel	8240	45·3	9280 (7860 to 10 600)	51·0 (43·2 to 58·2)	1·13 (0·95 to 1·28)
Italy	137 000	120·6	259 000 (242 000 to 276 000)	227·4 (212·0 to 242·5)	1·89 (1·76 to 2·01)
Abruzzo	2640	106·4	4570 (4040 to 5130)	184·2 (162·7 to 206·9)	1·73 (1·53 to 1·94)
Basilicata	634	60·2	1700 (1360 to 2040)	161·9 (128·9 to 193·9)	2·69 (2·14 to 3·22)
Calabria	1610	44·3	6920 (6180 to 7670)	190·0 (169·8 to 210·5)	4·29 (3·83 to 4·75)
Campania	8470	77·8	18 600 (17 300 to 19 900)	170·6 (159·2 to 182·6)	2·19 (2·04 to 2·35)
Emilia-Romagna	14 200	164·8	19 900 (18 600 to 21 100)	230·2 (215·7 to 244·7)	1·40 (1·31 to 1·48)
Friuli-Venezia Giulia	4210	184·0	5060 (4610 to 5610)	221·1 (201·3 to 245·0)	1·20 (1·09 to 1·33)
Lazio	9270	85·5	18 400 (17 100 to 19 600)	169·4 (158·0 to 180·8)	1·98 (1·85 to 2·11)
Liguria	4580	158·0	9840 (9410 to 10 300)	339·2 (324·4 to 356·0)	2·15 (2·05 to 2·25)
Lombardy	35 100	185·9	59 500 (56 600 to 62 000)	315·1 (300·1 to 328·5)	1·70 (1·61 to 1·77)
Marche	3240	109·6	7400 (6790 to 8040)	250·0 (229·5 to 271·5)	2·28 (2·09 to 2·48)
Molise	512	90·0	1900 (1780 to 2070)	334·5 (312·1 to 363·1)	3·72 (3·47 to 4·03)
Piedmont	12 000	146·0	27 100 (25 600 to 28 700)	328·9 (310·6 to 347·5)	2·25 (2·13 to 2·38)
Provincia autonoma di Bolzano	1300	130·5	1670 (1430 to 2040)	167·3 (143·0 to 203·7)	1·28 (1·10 to 1·56)
Provincia autonoma di Trento	1420	136·4	1790 (1580 to 2030)	172·2 (151·4 to 194·4)	1·26 (1·11 to 1·42)
Puglia	6990	91·7	17 700 (16 300 to 19 000)	232·1 (214·0 to 249·6)	2·53 (2·33 to 2·72)
Sardinia	1730	56·3	4670 (4090 to 5320)	152·3 (133·2 to 173·3)	2·70 (2·36 to 3·08)
Sicily	7500	79·3	19 400 (18 000 to 20 600)	204·5 (189·7 to 218·0)	2·58 (2·39 to 2·75)
Tuscany	7590	107·5	12 700 (11 700 to 13 800)	179·6 (165·4 to 195·0)	1·67 (1·54 to 1·81)
Umbria	1500	87·2	3180 (2960 to 3440)	184·5 (171·7 to 199·7)	2·11 (1·97 to 2·29)
Aosta Valley	488	204·2	713 (572 to 840)	298·3 (239·5 to 351·7)	1·46 (1·17 to 1·72)
Veneto	12 400	132·5	16 600 (15 300 to 17 800)	177·5 (164·0 to 190·7)	1·34 (1·24 to 1·44)
Luxembourg	915	76·0	1070 (685 to 1400)	89·2 (56·8 to 116·4)	1·17 (0·75 to 1·53)
Malta	476	58·2	735 (528 to 925)	89·9 (64·6 to 113·0)	1·54 (1·11 to 1·94)
Monaco	38	53·1	53 (40 to 62)	74·4 (55·5 to 86·3)	1·40 (1·04 to 1·63)
Netherlands	21 400	65·8	45 500 (42 700 to 48 000)	140·0 (131·3 to 147·6)	2·13 (2·00 to 2·24)
Norway	1300	12·8	742 (−4 to 1630)	7·2 (−0·0 to 15·9)	0·57 (−0·00 to 1·25)

(Table continues on next page)

www.thelancet.com Published online March 10, 2022 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3

Si evidenzia che, secondo gli autori dell'articolo, tra le Regioni del Nord Italia solo per le due Province Autonome di Trento e Bolzano è stato calcolato un valore di poco inferiore a quello calcolato per il Veneto.
Lo studio evidenzia come in tutto il mondo si sia registrato un eccesso di mortalità rispetto al periodo pre-pandemico e che tale eccesso è verosimilmente associato in larga parte all'infrazione da SARS-CoV-2.

Per approfondire ulteriormente questo fenomeno gli autori hanno valutato quanto dell'eccesso di mortalità è spiegato dal numero di decessi per i quali è stata effettuata una diagnosi di COVID-19 tramite test diagnostico.
Tale analisi è quindi sintetizzata dal rapporto tra l'eccesso di mortalità durante il periodo pandemico (per tutte le cause) e i decessi effettivamente diagnosticati come COVID-19. Questo rapporto è stato calcolato essere pari a 1,89 (CI 1,76 - 2,01) per l'Italia mentre in Regione Veneto tale rapporto è stato calcolato pari a 1,34 (CI 1,24 - 1.44) tra i più bassi di tutte le Regioni (valore inferiore a Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana Umbria e Valle d'Aosta).
Si precisa che più basso è il valore di questo rapporto, maggiore è stata la capacità della Regione di individuare correttamente i decessi associati a COVID-19, proprio grazie alla capacità di effettuare un test al fine di confermare la diagnosi di infezione (sia a livello ospedaliero che territoriale). Di conseguenza, più alto è il rapporto calcolato, più il numero complessivo dei decessi dichiarati associati a COVID-19 è potenzialmente sottostimato rispetto all'eccesso di mortalità valutato sulla base del dato storico.
In sintesi tale dato evidenzia come in Regione Veneto, oltre ad aver riportato un eccesso di mortalità inferiore rispetto a gran parte delle altre Regioni italiane, si sia riusciti ad attribuire correttamente al COVID-19 un numero di decessi molto più completo rispetto a molte altre realtà.

Dati sulla sintomatologia dei positivi

Con riferimento alla richiesta di approfondimenti su classificazione dei casi e Rt si riportano le seguenti considerazioni.

1. Nella richiesta si fa riferimento al *"periodo [...] durante il quale non è stato possibile caricare nel sistema regionale i dati degli asintomatici sul totale dei positivi"*: si coglie l'occasione per chiarire, prima di tutto, che quanto espresso non corrisponde al vero, dal momento che è sempre stato possibile inserire lo stato clinico del soggetto (sintomatico/asintomatico) di tutti i positivi. Inoltre si precisa che sempre, durante tutto il periodo pandemico, venivano caricati automaticamente e tempestivamente tutti i nuovi positivi nel sistema di monitoraggio regionale e conseguentemente comunicati agli organi nazionali. A tal proposito, si ritiene opportuno evidenziare che la strategia regionale adottata fin dalle prime fasi dell'emergenza pandemica e successivamente confermata nei diversi Piani di Sanità Pubblica che si sono succeduti, ha previsto misure finalizzate a promuovere l'individuazione e la registrazione di tutti i possibili casi positivi da parte di tutte le strutture e i soggetti coinvolti: laboratori del Servizio Sanitario Regionale, laboratori privati autorizzati all'effettuazione di test, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta.
   Quanto sopra indica che l'impegno della Regione è sempre stato indirizzato a far emergere quanti più casi possibili di positività riscontrati in tutte le strutture autorizzate ad effettuare test sul territorio regionale, contrastando in modo incontrovertibile ogni tentativo di attribuire alla Regione azioni tese a sottostimare la situazione epidemiologica.

2. Relativamente all'indicatore "Rt sintomi", si precisa quanto segue:
   - Il calcolo dell'indicatore è effettuato direttamente dall'Istituto Superiore di Sanità e non dalla Regione;

- Il calcolo non considera nè i soggetti per cui non sono riportati sintomi (dato mancante) nè quelli con stato clinico compilato come asintomatico;
- Il calcolo non considera tutti i soggetti con data di diagnosi compresa nei 14 giorni precedenti alla data del calcolo, che pertanto vengono "scartati" dall'algoritmo nazionale al fine di avere un indicatore su dati consolidati proprio in virtù del fatto che il sistema di monitoraggio definito dall'Istituto considera l'esigenza di un intervallo temporale necessario alla raccolta e al completamento dei dati.

3. Per supportare le Aziende ULSS e per favorire un recupero ed un allineamento veloce dei dati coerente con la realtà del momento sono stati identificati, nel database regionale, tutti i soggetti per cui era mancante l'informazione sullo stato clinico (sintomatico/asintomatico) limitatamente al periodo in oggetto (principalmente ottobre e i primi giorni del mese di novembre). Come già indicato nelle interlocuzioni intercorse, tali soggetti sono rimasti comunque in uno stato "Da definire" fino all'intervento dell'operatore, ma con lo stato clinico pre-compilato come "asintomatico" al fine di favorire l'identificazione di questi soggetti da parte degli operatori coinvolti nella presa in carico e consentire comunque, in ogni momento, l'aggiornamento delle informazioni quando necessario.
   Tale operazione ha quindi favorito il processo di completamento dei dati per il calcolo dell'Rt: in questo modo il valore dell'Rt non poteva essere artificialmente ridotto, ma al contrario non poteva che aumentare, ottenendo una stima della circolazione virale più corretta e aderente alla reale situazione epidemiologica.

4. Infine si evidenzia che non è possibile calcolare le tempistiche di presa in carico dei soggetti individuati e marcati nell'intervento effettuato e descritto, dato che l'aggiornamento dello stato di asintomatico prevede unicamente, al momento della compilazione, l'inserimento della data di inizio sintomi e non della data di compilazione. In ogni caso, al fine di poter meglio comprendere l'andamento dello stato clinico registrato in quel periodo, si riporta di seguito la tabella delle percentuali di asintomatici e asintomatici tratta dal Report dell'Istituto Superiore di Sanità (tabella precedentemente inviato in allegato 06).

Settimana	Asintomatici (%)	Sintomatici (%)
Sett. 37 (2020-09-07)	55%	45%
Sett. 38 (2020-09-14)	51%	49%
Sett. 39 (2020-09-21)	59%	41%
Sett. 40 (2020-09-28)	61%	39%
Sett. 41 (2020-10-05)	58%	42%
Sett. 42 (2020-10-12)	55%	45%
Sett. 43 (2020-10-19)	57%	43%
Sett. 44 (2020-10-26)	63%	37%
Sett. 45 (2020-11-02)	65%	35%
Sett. 46 (2020-11-09)	58%	42%

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Sett. 47 (2020-11-16)	51%	49%
Sett. 48 (2020-11-23)	52%	48%
Sett. 49 (2020-11-30)	49%	51%
Sett. 50 (2020-12-07)	46%	54%
Sett. 51 (2020-12-14)	43%	57%
Sett. 52 (2020-12-21)	43%	57%
Sett. 53 (2020-12-28)	43%	57%
Sett. 1 (2021-01-04)	41%	59%
Sett. 2 (2021-01-11)	41%	59%
Sett. 3 (2021-01-18)	39%	61%
Sett. 4 (2021-01-25)	39%	61%

5. Si ritiene inoltre di evidenziare, ad ulteriore supporto di quanto indicato dalla strategia attuata, che proprio al fine di favorire e garantire il calcolo più accurato possibile dell'Rt sintomi, quando proprio in quel periodo è stato disposto il coinvolgimento dei MMG/PLS nelle azioni di testing e di contact tracing a supporto del SISP considerata la situazione epidemiologica, l'inserimento dello stato clinico è stato previsto come campo obbligatorio nell'applicativo predisposto ad hoc per l'inserimento dei test positivi effettuati da MMG/PLS. Tale scelta, non scontata, è stata effettuata proprio per massimizzare una raccolta puntuale e il più possibile completa di tutte le informazioni sullo stato clinico anche da parte dei medici che seguono e conoscono i loro assistiti e che possono meglio conoscere lo stato clinico e la presenza di sintomi, anche lievi, dei soggetti riscontrati positivi. Si evidenzia infatti che il coinvolgimento esteso dei MMG/PLS avvenuto in Regione del Veneto ha certamente incrementato la possibilità di individuare e testare i contatti stretti asintomatici o i soggetti anche con sintomatologia più lieve, col fine ultimo di ridurre la severità e la mortalità della malattia.

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Dati sull'indicatore Rt ospedaliero

Con riferimento alla specifica richiesta, si riporta la tabella già inviata integrata con la colonna relativa all'Rt ospedaliero calcolato dall'Istituto Superiore di Sanità per il periodo di riferimento.

Settimana	Incidenza *100.000	Rt [sintomi]	Rt [ospedaliero]
Sett. 37 (2020-09-07)	18,1	0,91	1,30
Sett. 38 (2020-09-14)	22,2	1,06	1,13
Sett. 39 (2020-09-21)	28,8	1,16	1,17
Sett. 40 (2020-09-28)	38	1,1	1,05
Sett. 41 (2020-10-05)	64,3	1,15	1,47
Sett. 42 (2020-10-12)	101	1,73	1,30
Sett. 43 (2020-10-19)	203,4	1,47	1,10
Sett. 44 (2020-10-26)	355,7	1,57	1,45
Sett. 45 (2020-11-02)	434,3	1,26	1,30
Sett. 46 (2020-11-09)	439,4	1,16	1,26
Sett. 47 (2020-11-16)	442,1	1,2	0,97
Sett. 48 (2020-11-23)	428,2	1,13	0,99
Sett. 49 (2020-11-30)	475,6	0,91	0,92

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Allegati:
1. Deceduti per COVID-19 per mese e luogo di decesso
2. Report settimanale - Rapporto sull'andamento dell'epidemia da COVID-19 in Veneto
3. Articolo *The Lancet*

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

Deceduti per COVID-19 per mese e luogo di decesso

Anno / Mese di decesso		Luogo decesso					Totale
		1.OSPEDALE-AREA CRITICA (TI)	2.OSPEDALE-AREA NON CRITICA	3.OSPEDALE DI COMUNITA'	4.RSA	5.DOMICILIO / ALTRO	
2020	3	106	370	8	62	26	572
	4	143	528	17	296	48	1032
	5	42	183	14	79	8	326
	6	5	36	4	38	6	89
	7	3	18	.	20	2	43
	8	2	16	1	27	2	48
	9	7	27	4	29	5	72
	10	34	162	5	68	23	292
	11	206	848	40	431	137	1662
	12	391	1437	63	1006	182	3079
2021	1	327	1178	48	515	96	2164
	2	112	353	17	87	34	603
	3	123	466	23	16	64	692
	4	174	390	23	10	43	640
	5	63	97	9	1	19	189
	6	18	14	3	1	6	42
	7	4	10	.	.	2	16
	8	12	21	.	1	4	38
	9	19	52	3	7	5	86
	10	17	33	.	2	3	55
	11	31	94	9	9	9	152
	12	99	290	14	11	31	445
2022	1	150	549	21	50	71	841
	2	78	386	34	44	45	587
	3	33	216	21	27	25	322

Le voci RSA e Domicilio/Altro sono state ottenute per differenza tra il totale dei decessi e i decessi avvenuti in ospedale.

Si assume che il decesso sia avvenuto in RSA per i deceduti che risultavano in RSA alla data della positività e che non risultano essere deceduti in ospedale.

Regione del Veneto-A.O.O Giunta Regionale n.prot. 170538 data 13/04/2022, pagina 1 di 2

PROTOCOLLO.E.0004228.13-04-2022 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 13/04/2022 Protocollo n. 11222/2022 Class. Allegati n. 1

Oggetto: Dati relativi a decessi per COVID-19

Alla cortese attenzione della
Dr.ssa Francesca Russo
Direttore Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinari
Area Sanità e Sociale

Regione del Veneto

Gentile dr.ssa Russo,

Con la presente si trasmettono i dati relativi ai decessi per COVID-19 nella popolazione residente in Veneto, distinti per mese e sede del decesso, come da Sua richiesta prot. n. 0010986/2022 - E di Azienda Zero del 11/04/2022.

Si specifica che le voci RSA e Domicilio/Altro sono state stimate come differenza tra il totale dei decessi e i decessi avvenuti in ospedale. Si è assunto che il decesso sia avvenuto in RSA per i deceduti che risultavano in RSA alla data della positività e che non risultano essere deceduti in ospedale.

Cordiali saluti

Il Direttore Generale
Dr. Roberto Tonfolo

Via Jacopo Avanzo, 351- 35131 Padova
UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
Mail: ser@regione.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 049 8778252

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

Regione del Veneto-A.O.O Giunta Regionale n.prot. 170538 data 13/04/2022, pagina 2 di 2

Estimating excess mortality due to the COVID-19 pandemic: a systematic analysis of COVID-19-related mortality, 2020–21

*COVID-19 Excess Mortality Collaborators**

Summary

Background Mortality statistics are fundamental to public health decision making. Mortality varies by time and location, and its measurement is affected by well known biases that have been exacerbated during the COVID-19 pandemic. This paper aims to estimate excess mortality from the COVID-19 pandemic in 191 countries and territories, and 252 subnational units for selected countries, from Jan 1, 2020, to Dec 31, 2021.

Methods All-cause mortality reports were collected for 74 countries and territories and 266 subnational locations (including 31 locations in low-income and middle-income countries) that had reported either weekly or monthly deaths from all causes during the pandemic in 2020 and 2021, and for up to 11 year previously. In addition, we obtained excess mortality data for 12 states in India. Excess mortality over time was calculated as observed mortality, after excluding data from periods affected by late registration and anomalies such as heat waves, minus expected mortality. Six models were used to estimate expected mortality; final estimates of expected mortality were based on an ensemble of these models. Ensemble weights were based on root mean squared errors derived from an out-of-sample predictive validity test. As mortality records are incomplete worldwide, we built a statistical model that predicted the excess mortality rate for locations and periods where all-cause mortality data were not available. We used least absolute shrinkage and selection operator (LASSO) regression as a variable selection mechanism and selected 15 covariates, including both covariates pertaining to the COVID-19 pandemic, such as seroprevalence, and to background population health metrics, such as the Healthcare Access and Quality Index, with direction of effects on excess mortality concordant with a meta-analysis by the US Centers for Disease Control and Prevention. With the selected best model, we ran a prediction process using 100 draws for each covariate and 100 draws of estimated coefficients and residuals, estimated from the regressions run at the draw level using draw-level input data on both excess mortality and covariates. Mean values and 95% uncertainty intervals were then generated at national, regional, and global levels. Out-of-sample predictive validity testing was done on the basis of our final model specification.

Findings Although reported COVID-19 deaths between Jan 1, 2020, and Dec 31, 2021, totalled 5·94 million worldwide, we estimate that 18·2 million (95% uncertainty interval 17·1–19·6) people died worldwide because of the COVID-19 pandemic (as measured by excess mortality) over that period. The global all-age rate of excess mortality due to the COVID-19 pandemic was 120·3 deaths (113·1–129·3) per 100 000 of the population, and excess mortality rate exceeded 300 deaths per 100 000 of the population in 21 countries. The number of excess deaths due to COVID-19 was largest in the regions of south Asia, north Africa and the Middle East, and eastern Europe. At the country level, the highest numbers of cumulative excess deaths due to COVID-19 were estimated in India (4·07 million [3·71–4·36]), the USA (1·13 million [1·08–1·18]), Russia (1·07 million [1·06–1·08]), Mexico (798 000 [741 000–867 000]), Brazil (792 000 [730 000–847 000]), Indonesia (736 000 [594 000–955 000]), and Pakistan (664 000 [498 000–847 000]). Among these countries, the excess mortality rate was highest in Russia (374·6 deaths [369·7–378·4] per 100 000) and Mexico (325·1 [301·6–353·3] per 100 000), and was similar in Brazil (186·9 [172·2–199·8] per 100 000) and the USA (179·3 [170·7–187·5] per 100 000).

Interpretation The full impact of the pandemic has been much greater than what is indicated by reported deaths due to COVID-19 alone. Strengthening death registration systems around the world, long understood to be crucial to global public health strategy, is necessary for improved monitoring of this pandemic and future pandemics. In addition, further research is warranted to help distinguish the proportion of excess mortality that was directly caused by SARS-CoV-2 infection and the changes in causes of death as an indirect consequence of the pandemic.

Funding Bill & Melinda Gates Foundation, J Stanton, T Gillespie, and J and E Nordstrom

Copyright © 2022 The Author(s). Published by Elsevier Ltd. This is an Open Access article under the CC BY 4.0 license.

Published **Online** March 10, 2022 https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02796-3

*Collaborators listed at the end of the paper

Correspondence to: Dr Haidong Wang, Institute for Health Metrics and Evaluation, University of Washington, Seattle, WA 98195, USA **haidong@uw.edu**

Introduction

An accurate measurement of the number of deaths due to the COVID-19 pandemic is crucial for each country and region to understand the magnitude of the pandemic's impact on public health. Accurate measurement of death is also needed to understand the determinants of variation in the infection–fatality ratio across populations, and is a direct input into forecasting the pandemic and

Research in context

Evidence before this study

Many attempts have been made to estimate the total number of deaths related to the COVID-19 pandemic. WHO estimated a total of 3 million excess deaths due to the COVID-19 pandemic during the year 2020, although they have not made available excess mortality estimates by location. Numerous studies have examined excess mortality due to COVID-19 for specific countries or subnational units during different stages of the pandemic. Various models have been proposed to estimate expected mortality based on past rates and trends for all-cause mortality. Such modelling approaches include simple count models with fixed effects on week and year; time series-type models including autoregressive integrated moving average (ARIMA) and Holt-Winters models; and simpler assumptions that expected mortality during the pandemic can be assumed to equate to average mortality rates in 2015–19. The World Mortality Dataset provides regularly updated excess mortality estimates for 117 countries and subnational units for a subset of the countries; expected mortality in this dataset is modelled with a linear regression on weekly, monthly, or quarterly death counts with a dummy variable on week, month, or quarter, and year as a continuous variable. *The Economist*, whose analytical model has not been peer-reviewed, provides the most comprehensive assessment of excess mortality due to COVID-19 to date; they used a machine learning algorithm with a vast list of covariates to produce excess mortality estimates for 187 countries. They provide a global estimate of 18·0 million (95% uncertainty interval 10·9–24·4) excess deaths for the period of Jan 1, 2020, to Dec 27, 2021.

Added value of this study

This study makes several important contributions to understanding the full impact of the COVID-19 pandemic on mortality. First, we corrected all-cause mortality data for lags in reporting and for under-registration of death. Second, we excluded weeks with heat waves, for which excess mortality due to COVID would be overestimated due to the large increase in observed mortality from excessive heat during the pandemic. Third, we used an ensemble of six models to predict the expected mortality rate in the absence of COVID-19. Weights in the ensemble were based on the out-of-sample predictive validity of each model. Fourth, for locations without weekly or monthly reported all-cause mortality data, we developed a statistical model that captured the relationship between the key COVID-19-related covariates, such as seroprevalence, infection-detection ratio, and other population-level burden of disease metrics, and excess mortality rate. Fifth, to evaluate the robustness of the model predicting excess mortality, we conducted out-of-sample predictive validity testing, which indicated a small error rate (0·85%). Sixth, by looking comprehensively across countries, we were able to generate estimates of excess mortality for 191 countries and territories, in addition to internally consistent regional and global aggregates. These estimates will form part of the next iteration of the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study.

Implications of all the available evidence

Our estimates of COVID-19 excess mortality suggest the mortality impact from the COVID-19 pandemic has been more devastating than the situation documented by official statistics. Official statistics on reported COVID-19 deaths provide only a partial picture of the true burden of mortality. The difference between excess mortality and reported COVID-19 deaths might be a function of underdiagnosis due to insufficient testing, reporting challenges, or higher than expected mortality from other diseases due to pandemic-related changes in behaviours or reduced access to health care or other essential services. The gap between estimated excess mortality and reported COVID-19 deaths is much larger in south Asia and sub-Saharan Africa than in other regions. The differences shown between reported COVID-19 mortality and COVID-19-related excess mortality highlight the importance of the use of COVID-19-related excess mortality estimates in policy and in monitoring and evaluation efforts.

investigating alternative policy options. Reported deaths attempt to quantify the magnitude of the COVID-19 pandemic in different populations and locations over time, and they are widely seen as a more reliable indicator for tracking the pandemic relative to reported case rates.[1] However, reported deaths represent only a partial count of total death tolls from the COVID-19 pandemic, and the reliability of reported deaths varies greatly between locations and over time.

Excess mortality due to the COVID-19 pandemic, defined as the net difference between the number of deaths during the pandemic (measured by observed or estimated all-cause mortality) and the number of deaths that would be expected on the basis of past trends in all-cause mortality, is therefore a crucial measure of the true toll of the COVID-19 pandemic. Gaps exist between reported and excess deaths related to the COVID-19 pandemic for a number of reasons. First, health-care reporting systems generally do not list COVID-19 as the cause of death without a positive SARS-CoV-2 test, and thus deaths due to COVID-19 will be missed in official counts in locations with low testing capacity. For example, early in the pandemic, before tests were widely available, many deaths due to COVID-19 among older individuals in high-income countries, particularly in long-term care facilities, are unlikely to have been attributed to COVID-19,[2] with evidence of extensive under-reporting in many locations.[3–6] Second, country systems for registering deaths vary in their quality and comprehensiveness, as well as in the definitions used for

counting COVID-19 deaths. Third, among the global medical community, there is no universal agreement as to when a death of someone infected with SARS-CoV-2 should be reported as a death due to COVID-19. Fourth, other factors including political considerations appear to have prevented accurate reporting of deaths in some locations. Fifth, the magnitude and distribution of many other causes of death might have changed because of social, economic, and behavioural responses to the pandemic, including strict lockdowns. Under these conditions, excess mortality can provide a more accurate assessment of the total mortality impact of the COVID-19 pandemic than reported COVID-19 deaths.

Several attempts have been made to estimate excess mortality from COVID-19, although these have generally been limited in geographical scope by the availability of data. WHO has estimated regional excess mortality for the Americas and Europe but has not yet produced country-level estimates for these regions.[7] Other country-specific or location-specific studies have evaluated the effect of the COVID-19 pandemic on all-cause mortality for specific locations during different stages of the pandemic.[8–10] Such studies have used a variety of models to estimate expected mortality during the pandemic on the basis of past rates and trends in all-cause mortality, making direct comparisons of excess mortality between locations difficult. *The Economist*, whose estimation model has not been peer-reviewed, produces the only other set of COVID-19-related excess mortality estimates for a uniform time period for a total of 187 countries included in their analysis regardless of vital registration data availability.

In addition to deaths from SARS-CoV-2 infection, social distancing mandates and other pandemic restrictions might have decreased deaths from some diseases and injuries, such as road accidents,[11–13] and increased others, such as deaths from chronic and acute conditions affected by deferred care-seeking in overstretched health-care systems,[14,15] relative to expected or baseline conditions. Such changes to baseline patterns of disease and injury death affect the excess mortality from the pandemic; differentiating how much excess mortality is due to SARS-CoV-2 infection and how much is due to other societal, economic, or behavioural changes associated with the pandemic is challenging, especially without detailed data on specific causes of death in many countries. Although separating out the contributors to excess mortality will be extremely important, understanding the total mortality impact of the pandemic is a crucial first step.

Our objective in this study was to estimate, globally and for each of the 191 countries and territories (and 252 subnational units for a subset of nations) included in our analysis, excess deaths due to the pandemic from Jan 1, 2020, to Dec 31, 2021. We leveraged data from locations where all-cause mortality data were available from the periods before and during the pandemic to estimate excess mortality for the study period; we then explored the statistical relationship between excess mortality rate and key covariates including COVID-19 seroprevalence, infection–detection ratio (IDR), and other population health-related metrics such as the Healthcare Access and Quality (HAQ) Index.[16] We used this model to generate location-specific and global estimates of excess deaths due to the COVID-19 pandemic over the study period. Our excess mortality estimates reflect the full impact of the pandemic on mortality around the world, and not only deaths directly attributable to SARS-CoV-2 infection.

Methods

Overview

Our analysis of excess mortality due to the COVID-19 pandemic from Jan 1, 2020, to Dec 31, 2021, followed four key steps. First, we developed a database of all-cause mortality by week and month after accounting for reporting lags, anomalies such as heat waves, and under-registration of death. Second, we developed an ensemble model to predict expected deaths in the absence of the COVID-19 pandemic for years 2020 and 2021. In location and time combinations with data meeting our inclusion criteria, excess mortality was estimated as observed mortality minus expected mortality. Third, to estimate excess mortality due to COVID-19 over the entire study period for all countries and territories in the analysis, and especially for locations without weekly or monthly all-cause mortality data, we developed a statistical model to directly predict the excess mortality due to COVID-19, using covariates that pertained to both the COVID-19 pandemic and background population health-related metrics at the population level before SARS-CoV-2 emerged. Fourth, we estimated excess mortality due to COVID-19, propagating uncertainty from each step. Further details on each of the analytical steps required to estimate COVID-19-related excess deaths are presented herein.

This study complies with the Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting[17] statement (appendix pp 3–4). Analyses were completed with Stata (version 17), Python version (3.7.7), and R (version 4.0.3). Statistical code used for these analyses can be found online. Results specific to the model run for this publication are accessible for each location online. The estimates viewable in our online tool will be iteratively updated as new data are incorporated and will ultimately supersede the results in this paper. The data used as inputs in these analyses are available for download on the Global Health Data Exchange website. These data include those available in public online repositories and those made available on request from the data provider. Data sources for reported COVID-19 mortality are also listed by location in the appendix (pp 8–37).

All maps presented in this study were generated by the authors using RStudio (R version 4.0.3) and ArcGIS Desktop (version 10.6.1), and no permissions were required to publish them.

For ***The Economist*** **COVID-19 excess death estimates** see https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker

See **Online** for appendix

For the **statistical code** see https://github.com/ihmeuw-demographics/publication_covid_em

For **location specific results** see http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/covid_19_excess_mortality

For the **online tool** see http://covid19.healthdata.org

For the **Global Health Data Exchange** see http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/covid_19_excess_mortality

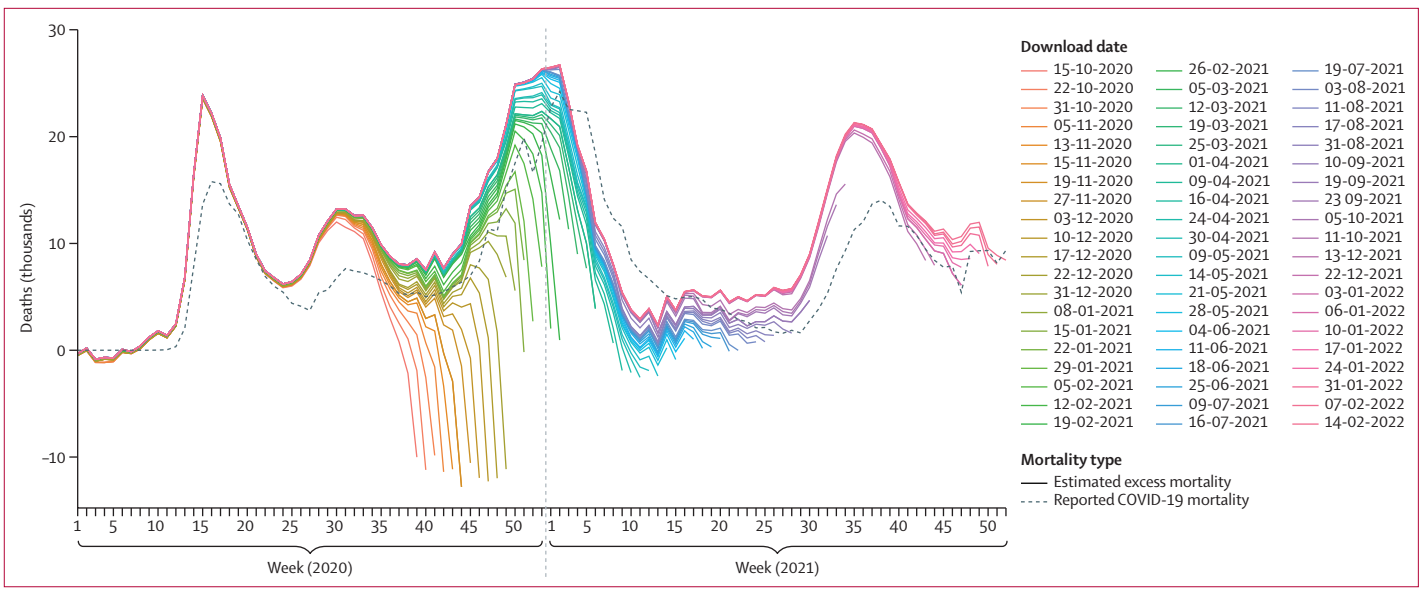


Figure 1: **Late registration in all-cause mortality and its effect on computed excess mortality over time, USA**
Reported COVID-19 deaths (coloured lines) and estimated number of excess deaths due to the COVID-19 pandemic (dashed line) by week from series of weekly mortality data reported by calendar week from October, 2020, to February, 2022. The gap between the first calendar week during which mortality for a past week was reported and the subsequent reported levels indicates the gradual process by which completeness of reported deaths increases over time. Lines below 0 indicate reported deaths below the expected deaths value.

Database of all-cause mortality

We searched government websites, compendia developed by the World Mortality Database,[18] the Human Mortality Database, and the European Statistical Office, and identified 74 countries and territories and an additional 266 subnational locations where either weekly or monthly all-cause mortality data were reported for periods in 2020 and 2021, and for up to 11 years previously (appendix pp 4–8, 47). These locations included 31 locations in low-income and middle-income countries. In addition to the time-detailed all-cause mortality data that are publicly available for the estimation of excess mortality, we also included empirical assessments of excess mortality for the nine provinces of South Africa (in addition to all-cause mortality data at the national level) and 12 states of India (in lieu of state-level all-cause mortality data). The Medical Research Council of South Africa used the data from both the civil registration system and the Rapid Mortality Surveillance Report to produce timely excess mortality estimates at the national and provincial levels (all nine provinces). For India, empirical assessment of excess mortality for 12 states used data from the civil registration system. For different months during the first and second waves of the COVID-19 epidemic in the 12 states in India, total numbers of deaths for those states during the corresponding months were made available (appendix pp 7–8). Using the mean reported deaths during the same periods in years 2018 and 2019, we were able to generate excess mortality rates for those Indian states after accounting for under-registration of mortality by the civil registration system at the state level.

For the **Human Mortality Database** see https://mortality.org/

For the **European Statistical Recovery Dashboard** see https://ec.europa.eu/eurostat/cache/recovery-dashboard/?

For the **South African Medical Research Council report on weekly deaths** see https://www.samrc.ac.za/reports/report-weekly-deaths-south-africa

We identified three types of data issues. First, all-cause mortality from weekly or monthly reporting often has considerable lags in reporting (appendix pp 51–84). Figure 1 shows the effect of lags in reporting of all-cause mortality on excess mortality for the vital registration system in the USA; it takes approximately 20 weeks for data in the USA to be nearly complete. We systematically reviewed input vital registration data and trimmed periods that were likely to be subject to late registration for all locations in the analysis. As these data have been made public only recently, we had limited information by which to identify the precise lag time in late registration; this was particularly true for locations where data are made available more sporadically and by month. We therefore took a conservative approach and excluded data from more recent weeks and months in 2021 in our calculation of excess mortality.

Second, in many European countries, registered deaths spiked in late July and early August (calendar weeks 31–33) of 2020, which was a period when reported COVID-19 deaths were extremely low as reported in our online tool. This period coincided with a heat wave; such spikes in all-cause mortality have been observed in Europe during similar timeframes in previous years.[19–21] Because our model cannot separate excess mortality due to COVID-19 from excess deaths occurring during a heat wave, we excluded these weeks of data for all countries in western Europe (classified according to the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study [GBD] location groupings) from subsequent analyses to avoid potentially exaggerating the impact of COVID-19 on all-cause mortality during 2020.

Third, as under-reporting of deaths is common in most vital registration systems, especially those from outside the high-income group of countries, we corrected all-cause mortality data for under-registration of death as estimated in GBD 2019;[22] six countries were corrected because GBD estimates suggested registration was less than 95% for the calendar year 2019. This under-reporting correction was in addition to, and distinct from, the late registration issue.

Estimating expected mortality with an ensemble model

To estimate expected mortality, we developed six models, each fit separately by location. The first four models were based on first estimating the weekly (or monthly) seasonal pattern of mortality and then estimating the time trend in weekly or monthly mortality not explained by seasonality. We used a Bayesian spline to estimate the weekly seasonal pattern for each location using data from 2010, or the earliest year after 2010 when such data first became available, until around February, 2020, when the COVID-19 pandemic started for each location (appendix p 48). Second, using the same Bayesian spline, we estimated the time trend in the residuals (additional details provided in the appendix, pp 38–40). By combining the seasonal and secular trends, we generated predictions of the expected level of mortality in 2020 and 2021.

The specification of the spline can have a sizeable impact on the estimated expected mortality for a particular location. To make the results more robust to model specification, we included in our ensemble four variants according to where the second to last knot in the spline was placed: 6 months, 12 months, 18 months, and 24 months before the end of the period for the input data before the COVID-19 pandemic started for each location. We also included in the ensemble a Poisson model with fixed effects on week and year, and a model that assumed that expected mortality for 2020 and 2021 was the same as the corresponding weekly mortality observed in 2019. To derive weights for the different models in the ensemble, we assessed how each model performed in an out-of-sample predictive validity test. We fit the model to all data prior to March 1, 2019 and then evaluated how each model performed in predicting mortality between March, 2019, and February, 2020, compared with observed mortality in the same time period. We then weighted component models in the ensemble using 1 over the root mean squared error (RMSE) of the predictions for each component to down-weight component models with larger RMSE (and thus less accurate predictions) in the ensemble. A global weighting scheme was used for all locations. The distribution of RMSE by location for each of the six models included in the model ensemble and examples of the estimated excess mortality for each component model are provided in the appendix (p 49). Expected mortality from the ensemble model was subtracted from observed mortality in 2020 and 2021 to estimate excess mortality due to the COVID-19 pandemic.

Predicting excess mortality due to the COVID-19 pandemic

Based on our estimation of expected mortality, and after applying the exclusions that account for late registration and other anomalies as previously described, we generated excess mortality estimates for each location where we had input data (figure 2). In addition, we added excess mortality estimates from two countries where the ensemble model could not be applied due to data constraints: South Africa (only the provinces) and India. We obtained national and province-level excess mortality

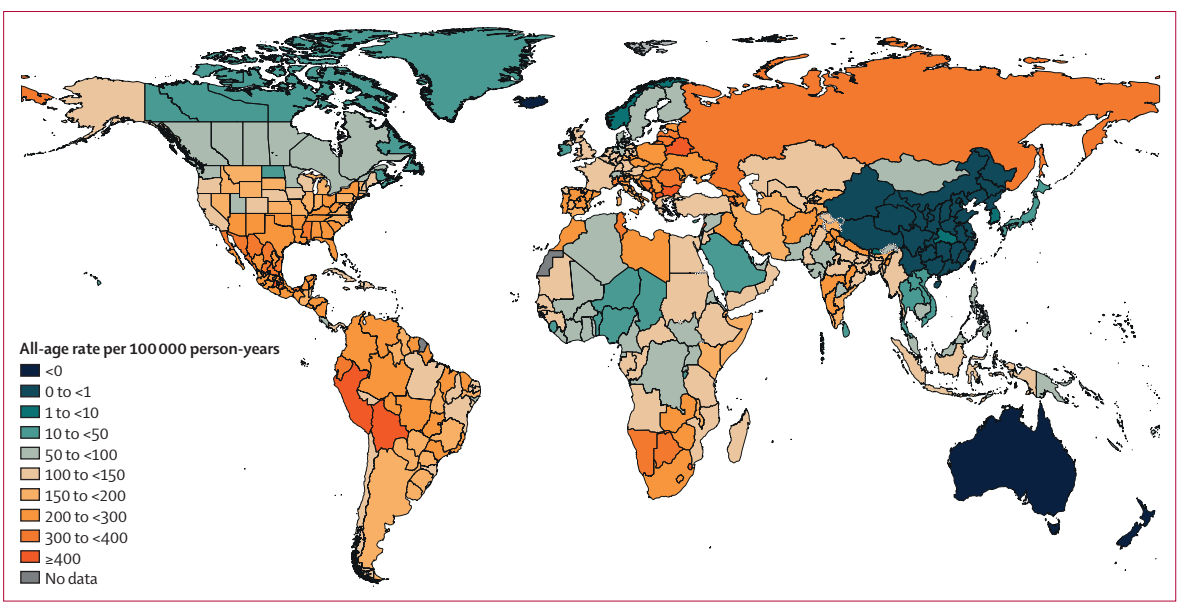


Figure 2: **Global distribution of estimated excess mortality rate due to the COVID-19 pandemic, for the cumulative period 2020–21**

rate estimates for South Africa which are regularly updated by the Medical Research Council of South Africa, and excess mortality estimates for select periods during the first and second waves of the COVID-19 epidemic for 12 states in India. Using these empirical excess mortality estimates, we developed a statistical model to predict excess mortality for all 191 national and 252 subnational locations in our analysis for the uniform period of Jan 1, 2020, to Dec 31, 2021 (appendix pp 40–43). This model was crucial for directly estimating excess mortality in countries where reported all-cause mortality data have not been available during the pandemic.

Various studies have examined the associations between particular underlying medical conditions and increased risk of severe COVID-19. We examined all available and relevant covariates on the basis of a meta-analysis conducted by the US Centers for Disease Control and Prevention,[23] as well as covariates directly related to the COVID-19 pandemic, including seroprevalence (lagged by 25 days), mobility (lagged by 19 days), IDR (lagged by 19 days), and reported crude death rate due to COVID-19. For the model to be parsimonious, we used least absolute shrinkage and selection operator (LASSO) regression to help identify covariates that have sensible direction of effect on excess mortality rate (appendix pp 41–43). With the variable selection done via LASSO with input of mean level excess mortality and covariates, the following 15 covariates were included in our final log-linear model, where the dependent variable was excess mortality in logarithmic scale: lagged cumulative infection rate (seroprevalence) in log space, COVID-19 mortality rate in log space, crude death rate in log space, lagged IDR, annual inpatient admissions per capita, diabetes mortality rate in log space, HIV mortality rate in log space, lagged mobility, binned quality of vital registration data, average absolute latitude, cardiovascular disease mortality rate in log space, smoking prevalence, HAQ Index, proportion of the population aged 75 years or older, and universal health care coverage. These covariates explained 69·1% of the variation in the input data to this regression. We also calculated in-sample residuals for the locations that had directly observed excess mortality rates used in the regression (ie, India and South Africa). Regional and super-regional residuals, per the GBD regional classification system, were calculated as the mean residuals from locations included in each regional aggregate. We also calculated a country-level residual for India using the residual from the 12 states to recognise the dispersed periods and geographical regions covered by the civil registration data. Further details on the methodology are provided in the appendix (p 38–43). To validate our modelling process, we conducted out-of-sample predictive validity testing. Given the sparsity of input data on empirical excess mortality, we validated our model by repeatedly leaving one location out of the input data, then re-estimated the model and made predictions for the left-out location. Our analysis showed that the mean relative error of predicted excess mortality rate is 0·85% and the root mean squared error of predicted excess mortality rate is 0·00072, indicating a precise prediction model that has low bias.

In predicting excess mortality for all locations for the uniform period of Jan 1, 2020, to Dec 31, 2021, we used estimated coefficients and residuals from different aggregate levels together with all selected COVID-related covariates for the same period and other population health-related covariates for the year 2019 (appendix p 43). Ratios of estimated excess mortality to reported COVID-19 deaths were computed using the modelled excess mortality and the reported COVID-19 counts for each location.

As noted previously, policy makers and researchers have proposed many other causes of death that might have been affected by lockdown restrictions, unemployment, and increased poverty. To date, insufficient data are available to widely test for increases in deaths due to pandemic-related elements, such as deferred care, or for reductions in deaths, such as decreases in injury-related deaths due to reduced mobility.

COVID-19 excess deaths with uncertainty

To fully account for uncertainties in both the input empirical excess mortality and the selected covariates, 100 draws of excess mortality for each location were produced by use of 100 draws of coefficients of covariates and residuals and 100 draws of all selected covariates. Draw-level coefficients and residuals were obtained by repeating the excess mortality model 100 times with use of draw-level input excess mortality and covariates. Mean excess mortality with 95% uncertainty intervals [UIs] were generated on the basis of the draw-level estimates (appendix p 43).

Predicted excess mortality rates were used to compute the number of COVID-19-related excess deaths by multiplying the predicted excess mortality rate by person-years of exposure for the period. We used estimates of population size by location from the GBD, which by definition are the total person-years of exposure for a calendar year.

Role of the funding source

The funders of the study had no role in study design, data collection, data analysis, data interpretation, or the writing of the report.

Results

By Dec 31, 2021, global reported deaths due to COVID-19 reached 5·94 million, but the estimated number of excess deaths was nearly 3·07-times (95% UI 2·88–3·30) greater, reaching 18·2 million (17·1–19·6). The global all-age rate of excess mortality due to the COVID-19 pandemic was 120·3 deaths (113·1–129·3) per 100 000 of the population.

The table provides summary statistics for each country and territory, including reported deaths due to COVID-19, estimated excess deaths due to the COVID-19 pandemic, the ratio of the two, and reported and excess all-age COVID-19 mortality rates. The magnitude of the excess mortality burden has varied substantially between countries. The highest estimated excess mortality rate due to COVID-19 was 734·9 deaths (95% UI 594·1–879·2) per 100 000 of the population in Bolivia (compared with the global rate of 120·3 [113·1–129·3]), whereas negative excess mortality rates were estimated in Iceland, Australia, Singapore, New Zealand, and Taiwan (province of China), representing a large range. Excess mortality rates exceeded 300 deaths per 100 000 in 21 countries. At the regional level, the highest estimated excess mortality rates were in Andean Latin America, eastern Europe, central Europe, southern sub-Saharan Africa, and central Latin America, with several locations outside these

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
Global	**5 940 000**	**39·2**	**18 200 000 (17 100 000 to 19 600 000)**	**120·3 (113·1 to 129·3)**	**3·07 (2·88 to 3·30)**
Central Europe, eastern Europe, and central Asia	**1 170 000**	**148·2**	**2 340 000 (2 310 000 to 2 380 000)**	**296·5 (291·9 to 300·5)**	**2·00 (1·97 to 2·03)**
Central Asia	**52 800**	**30·2**	**281 000 (271 000 to 292 000)**	**160·6 (155·0 to 166·8)**	**5·32 (5·14 to 5·53)**
Armenia	7970	140·9	20 600 (19 600 to 21 900)	364·4 (347·0 to 387·6)	2·59 (2·46 to 2·75)
Azerbaijan	8360	42·4	53 500 (51 400 to 55 600)	271·5 (260·8 to 282·2)	6·40 (6·15 to 6·66)
Georgia	13 800	203·0	15 800 (14 100 to 18 000)	233·1 (207·6 to 264·4)	1·15 (1·02 to 1·30)
Kazakhstan	12 900	37·1	49 000 (46 800 to 50 900)	141·0 (134·8 to 146·7)	3·80 (3·64 to 3·96)
Kyrgyzstan	2800	22·4	22 600 (21 200 to 23 900)	180·2 (169·4 to 190·4)	8·06 (7·58 to 8·52)
Mongolia	2060	33·4	5600 (4540 to 6430)	90·9 (73·7 to 104·4)	2·72 (2·21 to 3·13)
Tajikistan	254	1·4	29 400 (28 300 to 30 500)	160·6 (155·0 to 166·8)	115·80 (111·78 to 120·29)
Turkmenistan	3180	33·5	15 200 (14 700 to 15 800)	160·6 (155·0 to 166·8)	4·79 (4·62 to 4·97)
Uzbekistan	1480	2·4	69 100 (66 000 to 73 400)	112·3 (107·4 to 119·3)	46·51 (44·47 to 49·41)
Central Europe	**337 000**	**157·8**	**674 000 (657 000 to 687 000)**	**315·7 (308·0 to 322·0)**	**2·00 (1·95 to 2·04)**
Albania	3220	64·4	17 300 (16 500 to 18 100)	346·5 (331·1 to 361·3)	5·38 (5·14 to 5·61)
Bosnia and Herzegovina	13 400	214·8	20 900 (19 600 to 22 000)	333·9 (313·8 to 351·7)	1·55 (1·46 to 1·64)
Bulgaria	31 000	243·0	82 500 (81 200 to 83 800)	647·3 (637·6 to 658·2)	2·66 (2·62 to 2·71)
Croatia	12 500	156·7	22 900 (22 100 to 23 800)	285·6 (275·7 to 297·6)	1·82 (1·76 to 1·90)
Czechia	36 100	180·1	49 100 (47 000 to 51 000)	244·8 (234·5 to 254·5)	1·36 (1·30 to 1·41)
Hungary	39 200	217·0	53 800 (52 400 to 55 200)	297·8 (290·2 to 305·5)	1·37 (1·34 to 1·41)
Montenegro	2410	210·9	4080 (3670 to 4470)	357·0 (321·2 to 390·9)	1·69 (1·52 to 1·85)
North Macedonia	7960	229·9	20 200 (19 100 to 21 200)	583·6 (552·9 to 613·8)	2·54 (2·40 to 2·67)
Poland	97 100	135·0	214 000 (210 000 to 218 000)	297·2 (291·7 to 302·7)	2·20 (2·16 to 2·24)
Romania	58 800	161·9	119 000 (115 000 to 125 000)	328·7 (318·1 to 345·2)	2·03 (1·97 to 2·13)
Serbia	12 700	77·7	37 400 (35 200 to 40 700)	228·9 (215·4 to 248·7)	2·95 (2·77 to 3·20)
Slovakia	16 600	163·7	25 400 (23 800 to 26 600)	250·4 (234·6 to 261·5)	1·53 (1·43 to 1·60)
Slovenia	5590	144·0	6980 (6070 to 7830)	179·9 (156·5 to 201·8)	1·25 (1·09 to 1·40)
Eastern Europe	**783 000**	**194·4**	**1 390 000 (1 370 000 to 1 410 000)**	**345·2 (340·6 to 349·5)**	**1·78 (1·75 to 1·80)**
Belarus	5580	31·5	85 600 (81 600 to 93 400)	483·1 (460·7 to 527·0)	15·34 (14·63 to 16·74)
Estonia	1930	77·8	5630 (5180 to 6180)	226·7 (208·3 to 248·9)	2·92 (2·68 to 3·20)
Latvia	4570	129·3	12 400 (11 700 to 13 100)	352·0 (332·1 to 371·5)	2·72 (2·57 to 2·87)
Lithuania	7390	142·5	20 000 (19 200 to 20 800)	385·0 (370·3 to 400·4)	2·70 (2·60 to 2·81)
Moldova	10 300	152·8	16 500 (15 100 to 18 100)	245·2 (223·9 to 268·8)	1·60 (1·47 to 1·76)
Russia	651 000	228·1	1 070 000 (1 060 000 to 1 080 000)	374·6 (369·7 to 378·4)	1·64 (1·62 to 1·66)
Ukraine	102 000	125·0	181 000 (177 000 to 186 000)	221·7 (217·0 to 228·2)	1·77 (1·74 to 1·83)
High income	**1 840 000**	**87·9**	**2 640 000 (2 520 000 to 2 750 000)**	**125·8 (120·2 to 131·1)**	**1·43 (1·37 to 1·49)**
Australasia	**2300**	**4·0**	**–19 000 (–22 200 to –15 200)**	**–32·9 (–38·6 to –26·4)**	**–8·23 (–9·65 to –6·60)**
Australia	2250	4·7	–18 100 (–21 400 to –14 400)	–37·6 (–44·5 to –29·9)	–8·03 (–9·52 to –6·39)
New Zealand	51	0·5	–872 (–1330 to –451)	–9·3 (–14·1 to –4·8)	–17·10 (–26·06 to –8·84)

(Table continues on next page)

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
High-income Asia Pacific	**24 900**	**6·8**	**114 000 (103 000 to 124 000)**	**30·9 (28·1 to 33·8)**	**4·56 (4·15 to 4·99)**
Brunei	98	11·7	132 (44 to 217)	15·8 (5·2 to 25·9)	1·35 (0·44 to 2·22)
Japan	18 400	7·3	111 000 (103 000 to 116 000)	44·1 (41·0 to 46·4)	6·02 (5·58 to 6·33)
Singapore	828	7·4	−1770 (−2360 to −1090)	−15·8 (−21·0 to −9·8)	−2·14 (−2·85 to −1·32)
South Korea	5620	5·4	4630 (−658 to 9580)	4·4 (−0·6 to 9·1)	0·82 (−0·12 to 1·70)
High-income North America	**855 000**	**121·5**	**1 180 000 (1 120 000 to 1 230 000)**	**167·1 (158·9 to 174·9)**	**1·38 (1·31 to 1·44)**
Canada	30 300	41·9	43 700 (39 900 to 47 300)	60·5 (55·2 to 65·4)	1·44 (1·32 to 1·56)
Alberta	3310	40·3	5560 (4660 to 6470)	67·7 (56·7 to 78·8)	1·68 (1·41 to 1·96)
British Columbia	2420	24·2	5260 (4350 to 6250)	52·5 (43·4 to 62·3)	2·17 (1·80 to 2·58)
Manitoba	1390	54·5	2450 (1840 to 3110)	95·8 (72·1 to 122·0)	1·76 (1·32 to 2·24)
New Brunswick	160	11·1	391 (259 to 494)	27·0 (17·9 to 34·2)	2·44 (1·62 to 3·09)
Newfoundland and Labrador	19	2·0	106 (62 to 145)	11·0 (6·4 to 15·0)	5·59 (3·26 to 7·62)
Northwest Territories	12	14·4	32 (26 to 37)	38·1 (31·6 to 44·8)	2·64 (2·19 to 3·10)
Nova Scotia	111	6·1	327 (208 to 431)	18·0 (11·5 to 23·8)	2·95 (1·87 to 3·88)
Nunavut	4	8·3	13 (10 to 16)	27·7 (21·4 to 32·4)	3·35 (2·59 to 3·92)
Ontario	10 200	35·3	15 600 (13 000 to 17 500)	53·9 (44·9 to 60·8)	1·53 (1·27 to 1·72)
Quebec	11 700	73·0	12 400 (10 600 to 14 100)	77·0 (66·0 to 87·9)	1·05 (0·90 to 1·20)
Saskatchewan	955	43·6	1660 (1440 to 1910)	75·8 (66·0 to 87·2)	1·74 (1·51 to 2·00)
Yukon	15	19·7	32 (26 to 37)	42·4 (34·5 to 49·1)	2·15 (1·75 to 2·49)
Greenland	1	1·0	22 (14 to 29)	21·5 (13·5 to 27·8)	22·25 (13·99 to 28·78)
USA	824 000	130·6	1 130 000 (1 080 000 to 1 180 000)	179·3 (170·7 to 187·5)	1·37 (1·31 to 1·44)
Alabama	16 500	176·6	27 400 (26 000 to 28 600)	293·5 (278·5 to 307·2)	1·66 (1·58 to 1·74)
Alaska	975	71·5	1640 (1380 to 1950)	120·4 (101·5 to 143·1)	1·68 (1·42 to 2·00)
Arizona	24 200	171·9	31 900 (30 700 to 33 300)	226·2 (218·1 to 235·9)	1·32 (1·27 to 1·37)
Arkansas	9150	162·3	14 400 (13 200 to 15 400)	255·5 (234·7 to 272·6)	1·57 (1·45 to 1·68)
California	76 500	98·4	112 000 (108 000 to 116 000)	144·3 (138·6 to 148·7)	1·47 (1·41 to 1·51)
Colorado	10 300	94·5	12 500 (11 800 to 13 400)	115·2 (108·3 to 123·2)	1·22 (1·15 to 1·30)
Connecticut	9160	136·0	10 100 (9020 to 11 100)	150·5 (134·0 to 164·5)	1·11 (0·98 to 1·21)
Delaware	2400	131·3	3660 (3360 to 4020)	200·9 (184·2 to 220·6)	1·53 (1·40 to 1·68)
Washington, DC	1210	93·5	−62 (−405 to 313)	−4·7 (−31·3 to 24·1)	−0·05 (−0·33 to 0·26)
Florida	62 400	153·0	86 400 (84 000 to 88 700)	211·9 (206·1 to 217·4)	1·38 (1·35 to 1·42)
Georgia	31 400	155·6	44 300 (43 100 to 45 700)	219·3 (213·1 to 226·1)	1·41 (1·37 to 1·45)
Hawaii	1080	39·7	851 (442 to 1320)	31·2 (16·2 to 48·4)	0·79 (0·41 to 1·22)
Idaho	4160	120·8	6200 (5760 to 6700)	179·8 (167·2 to 194·5)	1·49 (1·38 to 1·61)
Illinois	30 300	120·3	43 400 (40 800 to 45 700)	172·4 (162·3 to 181·6)	1·43 (1·35 to 1·51)
Indiana	19 000	149·7	21 500 (20 600 to 22 700)	169·4 (162·3 to 178·2)	1·13 (1·08 to 1·19)
Iowa	7860	132·0	7940 (6870 to 8840)	133·4 (115·4 to 148·5)	1·01 (0·87 to 1·12)
Kansas	7010	127·8	9580 (8610 to 10 400)	174·8 (157·0 to 189·9)	1·37 (1·23 to 1·49)
Kentucky	12 100	143·6	20 400 (19 000 to 21 700)	241·5 (224·8 to 257·3)	1·68 (1·57 to 1·79)
Louisiana	15 000	172·6	22 300 (20 800 to 23 600)	257·1 (240·0 to 271·3)	1·49 (1·39 to 1·57)
Maine	1530	60·2	2600 (1760 to 3290)	102·4 (69·2 to 129·6)	1·70 (1·15 to 2·15)
Maryland	11 800	101·5	19 400 (18 100 to 20 700)	167·6 (156·1 to 178·2)	1·65 (1·54 to 1·76)
Massachusetts	20 300	146·4	15 100 (13 500 to 16 600)	109·1 (97·5 to 120·0)	0·75 (0·67 to 0·82)
Michigan	29 000	154·7	33 600 (31 800 to 35 500)	179·4 (169·8 to 189·5)	1·16 (1·10 to 1·22)
Minnesota	10 700	99·5	10 100 (8730 to 11 200)	94·1 (81·6 to 105·0)	0·95 (0·82 to 1·05)

(Table continues on next page)

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Mississippi	10 400	190·0	18 100 (16 900 to 19 100)	329·7 (308·0 to 347·0)	1·74 (1·62 to 1·83)
Missouri	16 200	141·3	22 100 (21 200 to 23 100)	192·1 (184·4 to 201·4)	1·36 (1·30 to 1·43)
Montana	2910	143·7	3560 (2810 to 4190)	176·1 (138·9 to 207·3)	1·23 (0·97 to 1·44)
Nebraska	3340	88·9	4710 (3870 to 5400)	125·3 (103·1 to 143·7)	1·41 (1·16 to 1·62)
Nevada	8420	135·0	10 300 (9550 to 11 200)	165·2 (153·1 to 179·4)	1·22 (1·13 to 1·33)
New Hampshire	1960	75·5	3470 (3100 to 3940)	133·7 (119·6 to 151·7)	1·77 (1·58 to 2·01)
New Jersey	29 000	166·4	34 800 (32 900 to 36 500)	199·5 (188·6 to 209·4)	1·20 (1·13 to 1·26)
New Mexico	5860	148·7	9450 (8940 to 10 000)	240·1 (227·1 to 254·0)	1·61 (1·53 to 1·71)
New York	59 400	155·8	78 100 (74 500 to 81 100)	204·8 (195·2 to 212·5)	1·31 (1·25 to 1·36)
North Carolina	19 400	98·7	33 700 (32 300 to 35 500)	171·3 (163·9 to 180·4)	1·74 (1·66 to 1·83)
North Dakota	2060	140·9	165 (–192 to 607)	11·3 (–13·1 to 41·6)	0·08 (–0·09 to 0·29)
Ohio	31 600	142·2	47 100 (45 100 to 49 000)	211·6 (202·9 to 220·3)	1·49 (1·43 to 1·55)
Oklahoma	12 400	167·5	18 500 (17 200 to 19 500)	249·3 (232·8 to 263·9)	1·49 (1·39 to 1·58)
Oregon	5970	74·3	10 100 (8920 to 11 100)	125·5 (111·1 to 138·4)	1·69 (1·49 to 1·86)
Pennsylvania	36 700	150·8	42 000 (39 900 to 44 200)	172·5 (164·1 to 181·6)	1·14 (1·09 to 1·20)
Rhode Island	3070	148·0	2350 (1720 to 2870)	113·3 (83·1 to 138·6)	0·77 (0·56 to 0·94)
South Carolina	14 600	152·5	23 800 (23 000 to 24 700)	248·1 (239·5 to 257·7)	1·63 (1·57 to 1·69)
South Dakota	2490	150·3	2590 (1990 to 3110)	156·4 (120·2 to 188·2)	1·04 (0·80 to 1·25)
Tennessee	20 800	160·5	26 800 (25 900 to 28 100)	206·7 (199·2 to 216·5)	1·29 (1·24 to 1·35)
Texas	75 700	133·8	114 000 (111 000 to 117 000)	200·8 (195·2 to 205·9)	1·50 (1·46 to 1·54)
Utah	3810	61·8	4810 (4260 to 5470)	78·1 (69·2 to 88·7)	1·26 (1·12 to 1·44)
Vermont	471	39·2	2080 (1610 to 2460)	173·1 (133·8 to 204·7)	4·41 (3·41 to 5·22)
Virginia	15 600	96·5	24 500 (23 600 to 25 600)	151·8 (146·1 to 158·7)	1·57 (1·51 to 1·64)
Washington	9900	68·8	13 100 (10 400 to 15 900)	90·8 (72·3 to 110·3)	1·32 (1·05 to 1·60)
West Virginia	5340	160·5	9260 (8340 to 10 000)	278·4 (250·8 to 301·7)	1·73 (1·56 to 1·88)
Wisconsin	11 200	97·0	12 700 (11 100 to 14 100)	110·2 (96·3 to 122·3)	1·14 (0·99 to 1·26)
Wyoming	1530	142·3	2120 (1670 to 2530)	197·9 (155·6 to 235·6)	1·39 (1·09 to 1·66)
Southern Latin America	**162 000**	**129·0**	**189 000 (172 000 to 214 000)**	**150·2 (136·6 to 169·7)**	**1·16 (1·06 to 1·32)**
Argentina	117 000	137·5	142 000 (125 000 to 165 000)	166·8 (147·1 to 194·1)	1·21 (1·07 to 1·41)
Chile	39 100	113·7	37 200 (35 200 to 39 300)	108·2 (102·3 to 114·3)	0·95 (0·90 to 1·00)
Uruguay	6170	97·6	9820 (8670 to 11 500)	155·4 (137·2 to 181·5)	1·59 (1·41 to 1·86)
Western Europe	**796 000**	**94·7**	**1 180 000 (1 120 000 to 1 230 000)**	**140·0 (133·5 to 146·3)**	**1·48 (1·41 to 1·54)**
Andorra	140	87·6	328 (286 to 376)	205·5 (178·9 to 235·1)	2·35 (2·04 to 2·68)
Austria	13 700	80·7	18 300 (16 400 to 20 200)	107·5 (96·1 to 118·5)	1·33 (1·19 to 1·47)
Belgium	28 300	126·5	32 800 (30 400 to 35 000)	146·6 (135·8 to 156·3)	1·16 (1·07 to 1·24)
Cyprus	646	25·7	809 (509 to 1110)	32·2 (20·2 to 43·9)	1·25 (0·79 to 1·71)
Denmark	3270	29·6	10 400 (8900 to 11 700)	94·1 (80·5 to 106·3)	3·18 (2·72 to 3·60)
Finland	1740	16·1	8780 (7190 to 10 200)	80·8 (66·2 to 94·0)	5·03 (4·12 to 5·86)
France	122 000	97·4	155 000 (151 000 to 160 000)	124·2 (120·5 to 127·7)	1·28 (1·24 to 1·31)
Germany	112 000	66·4	203 000 (193 000 to 210 000)	120·5 (115·1 to 125·1)	1·82 (1·73 to 1·88)
Baden-Württemberg	13 000	58·6	25 300 (23 400 to 26 900)	114·6 (105·9 to 121·5)	1·96 (1·81 to 2·07)
Bavaria	19 600	72·2	34 600 (31 700 to 36 500)	127·2 (116·6 to 134·3)	1·76 (1·62 to 1·86)
Berlin	4010	56·0	8380 (8000 to 8920)	117·2 (111·8 to 124·6)	2·09 (2·00 to 2·22)
Brandenburg	4680	92·6	7170 (6660 to 7600)	141·9 (131·8 to 150·4)	1·53 (1·42 to 1·63)
Bremen	599	43·9	1420 (1290 to 1530)	103·7 (94·6 to 112·4)	2·36 (2·16 to 2·56)
Hamburg	1990	54·7	3880 (3570 to 4150)	106·9 (98·3 to 114·1)	1·95 (1·80 to 2·09)
Hesse	8550	68·1	15 200 (14 400 to 15 900)	121·2 (114·4 to 126·6)	1·78 (1·68 to 1·86)

(Table continues on next page)

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Lower Saxony	6810	42·3	14 300 (12 300 to 15 600)	88·5 (76·3 to 97·0)	2·09 (1·80 to 2·29)
Mecklenburg-Western Pomerania	1470	44·9	3410 (2920 to 3810)	104·0 (89·0 to 116·3)	2·32 (1·98 to 2·59)
North Rhine-Westphalia	20 300	55·8	42 300 (40 200 to 44 000)	116·5 (110·7 to 121·1)	2·09 (1·98 to 2·17)
Rhineland-Palatinate	4620	56·1	8530 (7430 to 9220)	103·5 (90·2 to 111·9)	1·85 (1·61 to 2·00)
Saarland	1240	61·5	2290 (2090 to 2440)	113·0 (103·2 to 120·3)	1·84 (1·68 to 1·96)
Saxony	12 800	154·4	16 800 (15 500 to 18 100)	202·0 (187·0 to 218·0)	1·31 (1·21 to 1·41)
Saxony-Anhalt	4250	93·0	6400 (5950 to 6830)	140·3 (130·3 to 149·6)	1·51 (1·40 to 1·61)
Schleswig-Holstein	1880	32·4	4520 (3820 to 5090)	77·7 (65·8 to 87·6)	2·40 (2·03 to 2·70)
Thuringia	5840	132·4	8140 (7520 to 8770)	184·6 (170·4 to 198·9)	1·39 (1·29 to 1·50)
Greece	20 800	104·1	25 400 (23 400 to 27 400)	127·1 (117·0 to 137·2)	1·22 (1·12 to 1·32)
Iceland	37	5·6	−314 (−703 to 11)	−47·8 (−107·1 to 1·6)	−8·49 (−19·01 to 0·29)
Ireland	5910	63·5	1170 (84 to 2330)	12·5 (0·9 to 25·0)	0·20 (0·01 to 0·39)
Israel	8240	45·3	9280 (7860 to 10 600)	51·0 (43·2 to 58·2)	1·13 (0·95 to 1·28)
Italy	137 000	120·6	259 000 (242 000 to 276 000)	227·4 (212·0 to 242·5)	1·89 (1·76 to 2·01)
Abruzzo	2640	106·4	4570 (4040 to 5130)	184·2 (162·7 to 206·9)	1·73 (1·53 to 1·94)
Basilicata	634	60·2	1700 (1360 to 2040)	161·9 (128·9 to 193·9)	2·69 (2·14 to 3·22)
Calabria	1610	44·3	6920 (6180 to 7670)	190·0 (169·8 to 210·5)	4·29 (3·83 to 4·75)
Campania	8470	77·8	18 600 (17 300 to 19 900)	170·6 (159·2 to 182·6)	2·19 (2·04 to 2·35)
Emilia-Romagna	14 200	164·8	19 900 (18 600 to 21 100)	230·2 (215·7 to 244·7)	1·40 (1·31 to 1·48)
Friuli-Venezia Giulia	4210	184·0	5060 (4610 to 5610)	221·1 (201·3 to 245·0)	1·20 (1·09 to 1·33)
Lazio	9270	85·5	18 400 (17 100 to 19 600)	169·4 (158·0 to 180·8)	1·98 (1·85 to 2·11)
Liguria	4580	158·0	9840 (9410 to 10 300)	339·2 (324·4 to 356·0)	2·15 (2·05 to 2·25)
Lombardy	35 100	185·9	59 500 (56 600 to 62 000)	315·1 (300·1 to 328·5)	1·70 (1·61 to 1·77)
Marche	3240	109·6	7400 (6790 to 8040)	250·0 (229·5 to 271·5)	2·28 (2·09 to 2·48)
Molise	512	90·0	1900 (1780 to 2070)	334·5 (312·1 to 363·1)	3·72 (3·47 to 4·03)
Piedmont	12 000	146·0	27 100 (25 600 to 28 700)	328·9 (310·6 to 347·5)	2·25 (2·13 to 2·38)
Provincia autonoma di Bolzano	1300	130·5	1670 (1430 to 2040)	167·3 (143·0 to 203·7)	1·28 (1·10 to 1·56)
Provincia autonoma di Trento	1420	136·4	1790 (1580 to 2030)	172·2 (151·4 to 194·4)	1·26 (1·11 to 1·42)
Puglia	6990	91·7	17 700 (16 300 to 19 000)	232·1 (214·0 to 249·6)	2·53 (2·33 to 2·72)
Sardinia	1730	56·3	4670 (4090 to 5320)	152·3 (133·2 to 173·3)	2·70 (2·36 to 3·08)
Sicily	7500	79·3	19 400 (18 000 to 20 600)	204·5 (189·7 to 218·0)	2·58 (2·39 to 2·75)
Tuscany	7590	107·5	12 700 (11 700 to 13 800)	179·6 (165·4 to 195·0)	1·67 (1·54 to 1·81)
Umbria	1500	87·2	3180 (2960 to 3440)	184·5 (171·7 to 199·7)	2·11 (1·97 to 2·29)
Aosta Valley	488	204·2	713 (572 to 840)	298·3 (239·5 to 351·7)	1·46 (1·17 to 1·72)
Veneto	12 400	132·5	16 600 (15 300 to 17 800)	177·5 (164·0 to 190·7)	1·34 (1·24 to 1·44)
Luxembourg	915	76·0	1070 (685 to 1400)	89·2 (56·8 to 116·4)	1·17 (0·75 to 1·53)
Malta	476	58·2	735 (528 to 925)	89·9 (64·6 to 113·0)	1·54 (1·11 to 1·94)
Monaco	38	53·1	53 (40 to 62)	74·4 (55·5 to 86·3)	1·40 (1·04 to 1·63)
Netherlands	21 400	65·8	45 500 (42 700 to 48 000)	140·0 (131·3 to 147·6)	2·13 (2·00 to 2·24)
Norway	1300	12·8	742 (−4 to 1630)	7·2 (−0·0 to 15·9)	0·57 (−0·00 to 1·25)

(Table continues on next page)

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Portugal	19 000	94·8	40 400 (38 100 to 42 400)	202·2 (190·7 to 212·2)	2·13 (2·01 to 2·24)
San Marino	100	160·3	118 (100 to 138)	189·6 (159·7 to 221·5)	1·18 (1·00 to 1·38)
Spain	98 900	114·1	162 000 (157 000 to 166 000)	186·7 (181·3 to 191·5)	1·64 (1·59 to 1·68)
Andalucia	11 800	75·2	24 000 (21 800 to 29 400)	153·0 (139·0 to 187·7)	2·03 (1·85 to 2·50)
Aragon	4070	168·6	6050 (5270 to 6850)	250·3 (218·3 to 283·5)	1·48 (1·29 to 1·68)
Asturias	2160	115·2	3430 (2810 to 3940)	182·9 (150·1 to 210·3)	1·59 (1·30 to 1·83)
Balearic Islands	1070	50·2	2980 (2400 to 3640)	139·9 (112·8 to 170·7)	2·79 (2·25 to 3·40)
Basque Country	4990	121·2	7410 (6370 to 8200)	179·8 (154·5 to 199·1)	1·48 (1·28 to 1·64)
Canary Islands	1140	28·7	3700 (2960 to 4840)	93·1 (74·3 to 121·8)	3·24 (2·59 to 4·24)
Cantabria	635	59·0	1430 (1200 to 1620)	132·4 (111·3 to 150·9)	2·24 (1·89 to 2·56)
Castile and León	6420	147·3	9980 (9110 to 11 000)	228·8 (208·8 to 251·8)	1·55 (1·42 to 1·71)
Castilla–La Mancha	6580	176·9	8710 (8040 to 9450)	234·0 (215·9 to 253·8)	1·32 (1·22 to 1·43)
Catalonia	24 500	174·1	35 600 (33 200 to 40 600)	252·6 (235·9 to 288·8)	1·45 (1·35 to 1·66)
Ceuta	131	84·4	255 (227 to 282)	164·3 (146·1 to 181·5)	1·95 (1·73 to 2·15)
Extremadura	2010	103·4	3500 (3070 to 4490)	179·9 (157·8 to 230·5)	1·74 (1·53 to 2·23)
Galicia	2760	56·4	5790 (5060 to 6440)	118·2 (103·3 to 131·5)	2·10 (1·83 to 2·33)
La Rioja	844	144·0	1220 (1050 to 1460)	208·9 (178·4 to 249·7)	1·45 (1·24 to 1·73)
Madrid	18 500	148·8	27 000 (24 500 to 29 400)	217·8 (197·0 to 236·6)	1·46 (1·32 to 1·59)
Melilla	121	76·4	304 (248 to 386)	192·1 (156·5 to 243·6)	2·51 (2·05 to 3·19)
Murcia	1830	66·8	3550 (3000 to 3970)	129·7 (109·5 to 145·2)	1·94 (1·64 to 2·18)
Navarre	1290	108·0	2250 (1980 to 2440)	188·3 (165·7 to 204·0)	1·74 (1·53 to 1·89)
Valencian Community	8120	87·9	14 800 (13 300 to 16 000)	160·2 (144·6 to 173·5)	1·82 (1·64 to 1·97)
Sweden	15 300	77·2	18 100 (16 900 to 19 500)	91·2 (85·2 to 98·1)	1·18 (1·10 to 1·27)
Switzerland	12 000	72·0	15 500 (14 000 to 17 000)	93·1 (83·9 to 101·8)	1·29 (1·16 to 1·42)
UK	173 000	130·1	169 000 (163 000 to 174 000)	126·8 (122·3 to 130·9)	0·97 (0·94 to 1·01)
England	147 000	131·1	142 000 (137 000 to 145 000)	125·8 (122·1 to 128·7)	0·96 (0·93 to 0·98)
Northern Ireland	4010	107·3	4930 (3800 to 6170)	131·8 (101·6 to 165·0)	1·23 (0·95 to 1·54)
Scotland	12 500	117·3	13 900 (12 300 to 15 400)	130·6 (115·7 to 145·1)	1·11 (0·99 to 1·24)
Wales	9180	149·5	8320 (7480 to 9050)	135·5 (121·9 to 147·5)	0·91 (0·82 to 0·99)
Latin America and the Caribbean	**1 520 000**	**134·7**	**2 860 000 (2 680 000 to 3 070 000)**	**254·0 (237·6 to 272·2)**	**1·89 (1·76 to 2·02)**
Andean Latin America	**257 000**	**211·2**	**622 000 (580 000 to 669 000)**	**511·9 (477·8 to 550·5)**	**2·42 (2·26 to 2·61)**
Bolivia	19 700	89·8	161 000 (130 000 to 193 000)	734·9 (594·1 to 879·2)	8·18 (6·61 to 9·79)
Ecuador	34 100	101·5	112 000 (106 000 to 117 000)	333·4 (315·1 to 348·0)	3·28 (3·10 to 3·43)
Peru	203 000	307·2	349 000 (328 000 to 367 000)	528·6 (497·5 to 556·4)	1·72 (1·62 to 1·81)
Caribbean	**26 800**	**31·5**	**103 000 (68 100 to 140 000)**	**120·7 (80·1 to 164·3)**	**3·83 (2·54 to 5·22)**
Antigua and Barbuda	119	71·8	43 (–89 to 249)	26·1 (–53·9 to 150·2)	0·36 (–0·75 to 2·09)
The Bahamas	717	100·3	1060 (547 to 1440)	147·6 (76·4 to 200·9)	1·47 (0·76 to 2·00)
Barbados	260	47·3	553 (319 to 789)	100·7 (58·1 to 143·6)	2·13 (1·23 to 3·03)
Belize	602	77·6	982 (540 to 1330)	126·5 (69·6 to 172·0)	1·63 (0·90 to 2·22)
Bermuda	110	94·1	145 (84 to 213)	123·9 (72·1 to 182·3)	1·32 (0·77 to 1·94)
Cuba	8320	39·6	26 600 (15 000 to 46 800)	126·8 (71·5 to 223·0)	3·20 (1·80 to 5·63)
Dominica	47	38·2	149 (83 to 224)	120·6 (67·3 to 182·3)	3·16 (1·76 to 4·78)
Dominican Republic	4250	20·6	20 800 (10 400 to 29 100)	100·7 (50·3 to 141·0)	4·89 (2·45 to 6·85)

(Table continues on next page)

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Grenada	200	106·3	255 (132 to 392)	135·7 (70·2 to 208·3)	1·28 (0·66 to 1·96)
Guyana	1050	76·7	2690 (1390 to 3930)	196·0 (101·3 to 286·7)	2·55 (1·32 to 3·74)
Haiti	766	3·3	27 900 (14 100 to 42 200)	118·3 (59·7 to 178·9)	36·38 (18·36 to 55·04)
Jamaica	2470	47·5	6460 (3680 to 8720)	124·1 (70·6 to 167·5)	2·61 (1·49 to 3·53)
Puerto Rico	3300	54·0	6000 (5040 to 6950)	98·0 (82·3 to 113·5)	1·82 (1·53 to 2·10)
Saint Kitts and Nevis	28	26·2	30 (–50 to 74)	28·6 (–46·9 to 69·1)	1·09 (–1·79 to 2·63)
Saint Lucia	295	89·8	501 (286 to 710)	152·3 (87·1 to 216·0)	1·70 (0·97 to 2·41)
Saint Vincent and the Grenadines	81	38·2	234 (121 to 361)	110·6 (57·3 to 170·5)	2·89 (1·50 to 4·46)
Suriname	1190	109·0	2590 (1370 to 3790)	237·2 (125·7 to 346·9)	2·18 (1·15 to 3·18)
Trinidad and Tobago	2870	111·1	5130 (2640 to 7830)	198·8 (102·2 to 303·5)	1·79 (0·92 to 2·73)
Virgin Islands	89	47·4	526 (301 to 837)	280·3 (160·1 to 445·5)	5·91 (3·38 to 9·40)
Central Latin America	**599 000**	**124·1**	**1 320 000 (1 240 000 to 1 430 000)**	**274·4 (256·6 to 296·4)**	**2·21 (2·07 to 2·39)**
Colombia	130 000	145·9	179 000 (171 000 to 187 000)	201·2 (191·5 to 209·4)	1·38 (1·31 to 1·44)
Costa Rica	7350	82·8	6220 (5450 to 7310)	70·0 (61·4 to 82·4)	0·85 (0·74 to 0·99)
El Salvador	3820	32·2	26 900 (21 000 to 32 800)	226·8 (177·1 to 276·4)	7·04 (5·49 to 8·57)
Guatemala	16 400	56·4	51 100 (43 200 to 59 200)	175·7 (148·6 to 203·2)	3·11 (2·63 to 3·60)
Honduras	10 400	56·0	55 400 (46 900 to 67 100)	297·1 (251·7 to 360·0)	5·31 (4·50 to 6·43)
Mexico	418 000	170·2	798 000 (741 000 to 867 000)	325·1 (301·6 to 353·3)	1·91 (1·77 to 2·08)
Aguascalientes	4470	161·5	7070 (6420 to 7650)	255·8 (232·2 to 276·6)	1·58 (1·44 to 1·71)
Baja California	14 100	193·1	24 700 (21 600 to 27 400)	337·0 (295·4 to 374·0)	1·75 (1·53 to 1·94)
Baja California Sur	3060	198·3	3740 (3330 to 4220)	242·2 (216·3 to 273·4)	1·22 (1·09 to 1·38)
Campeche	3250	181·9	4940 (4430 to 5540)	276·0 (247·6 to 309·4)	1·52 (1·36 to 1·70)
Chiapas	4730	43·1	23 100 (20 500 to 25 800)	210·9 (187·0 to 235·0)	4·90 (4·34 to 5·46)
Chihuahua	11 800	162·8	26 600 (23 300 to 29 500)	367·7 (321·9 to 407·8)	2·26 (1·98 to 2·51)
Coahuila	11 200	182·7	21 600 (19 400 to 23 600)	352·7 (317·2 to 386·3)	1·93 (1·74 to 2·11)
Colima	2480	175·4	2540 (2220 to 2870)	179·3 (157·1 to 202·4)	1·02 (0·90 to 1·15)
Durango	4960	139·6	8610 (7490 to 9630)	242·3 (210·7 to 271·1)	1·74 (1·51 to 1·94)
Guanajuato	16 600	138·7	32 900 (30 900 to 35 200)	274·6 (258·1 to 294·1)	1·98 (1·86 to 2·12)
Guerrero	9610	139·5	15 900 (14 500 to 17 500)	230·4 (210·7 to 254·7)	1·65 (1·51 to 1·83)
Hidalgo	10 000	164·4	16 200 (14 900 to 17 300)	265·5 (244·9 to 284·1)	1·62 (1·49 to 1·73)
Jalisco	23 200	142·9	34 200 (31 000 to 38 000)	210·5 (190·6 to 233·8)	1·47 (1·33 to 1·64)
México	73 900	220·6	145 000 (134 000 to 156 000)	433·6 (398·9 to 466·3)	1·97 (1·81 to 2·11)
Mexico City	61 300	339·9	104 000 (95 400 to 112 000)	576·9 (528·6 to 620·9)	1·70 (1·56 to 1·83)
Michoacán de Ocampo	10 600	115·6	20 200 (18 600 to 22 000)	219·0 (202·4 to 238·4)	1·90 (1·75 to 2·06)
Morelos	7070	184·9	11 200 (9930 to 12 300)	291·6 (259·5 to 321·9)	1·58 (1·40 to 1·74)
Nayarit	3150	131·4	4170 (3780 to 4610)	173·8 (157·4 to 192·0)	1·32 (1·20 to 1·46)
Nuevo León	19 900	177·1	32 800 (30 700 to 35 500)	292·3 (273·6 to 315·8)	1·65 (1·55 to 1·78)
Oaxaca	8290	102·4	17 600 (16 200 to 19 700)	217·8 (199·6 to 243·7)	2·13 (1·95 to 2·38)
Puebla	20 600	160·9	51 100 (48 200 to 55 200)	399·7 (376·7 to 431·5)	2·48 (2·34 to 2·68)
Querétaro	7000	151·7	10 300 (9380 to 11 300)	224·0 (203·2 to 244·0)	1·48 (1·34 to 1·61)
Quintana Roo	5240	143·5	8840 (7720 to 10 300)	241·7 (211·3 to 281·1)	1·68 (1·47 to 1·96)
San Luis Potosí	8190	150·0	16 900 (15 700 to 18 000)	308·9 (287·8 to 330·1)	2·06 (1·92 to 2·20)
Sinaloa	10 200	173·9	17 900 (15 900 to 19 900)	303·9 (270·2 to 337·7)	1·75 (1·55 to 1·94)

(Table continues on next page)

regions having similarly high rates, particularly Lebanon, Armenia, Tunisia, Libya, several regions in Italy, and several states in southern USA (figure 2, table). Rates varied substantially in western Europe; some countries had rates nearly as high as the locations listed previously, while others, such as Iceland, Norway, Ireland, and Cyprus, had some of the lowest rates in the world, at less than 50 deaths per 100 000. Mortality rates varied across north Africa and the Middle East, with high rates in Lebanon (416·2 deaths [347·4–515·5] per 100 000), Tunisia (324·2 [265·4–376·4] per 100 000), Libya (292·1 [232·2–358·8] per 100 000), and Iraq (280·1 [216·7–362·5] per 100 000). Low excess mortality rates were estimated across sub-Saharan Africa, with the notable exception of four nations in southern sub-Saharan Africa: Eswatini (634·9 [491·8–775·4] per 100 000), Lesotho (562·9 [460·8–691·4] per 100 000), Botswana (399·5 [329·1–482·1] per 100 000), and Namibia (395·6 [340·2–448·8] per 100 000). In south Asia, some states in India had excess mortality rates due to COVID-19 similar to those of some high-income countries in the northern hemisphere.

In terms of cumulative number of excess deaths due to the COVID-19 pandemic from Jan 1, 2020, to Dec 31, 2021,

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Sonora	11 300	198·3	19 300 (17 200 to 21 500)	340·6 (303·3 to 377·9)	1·72 (1·53 to 1·91)
Tabasco	7330	158·0	16 000 (14 400 to 18 100)	344·7 (309·8 to 390·8)	2·18 (1·96 to 2·47)
Tamaulipas	9280	136·3	21 800 (19 700 to 23 700)	320·1 (288·7 to 347·2)	2·35 (2·12 to 2·55)
Tlaxcala	3640	140·1	13 400 (12 400 to 14 700)	517·2 (476·3 to 567·0)	3·69 (3·40 to 4·05)
Veracruz de Ignacio de la Llave	20 800	133·2	44 300 (41 400 to 47 800)	284·4 (266·0 to 306·5)	2·14 (2·00 to 2·30)
Yucatán	6070	135·1	11 300 (10 200 to 12 500)	252·1 (227·6 to 279·1)	1·87 (1·68 to 2·07)
Zacatecas	4610	146·8	9780 (9040 to 10 400)	311·4 (288·1 to 332·8)	2·12 (1·96 to 2·27)
Nicaragua	223	1·8	33 400 (31 300 to 36 100)	274·4 (256·6 to 296·4)	149·99 (140·28 to 162·04)
Panama	7430	96·2	10 200 (8840 to 11 300)	131·5 (114·4 to 145·8)	1·37 (1·19 to 1·52)
Venezuela	5430	9·1	164 000 (153 000 to 177 000)	274·4 (256·6 to 296·4)	30·17 (28·21 to 32·59)
Tropical Latin America	**636 000**	**145·1**	**815 000 (751 000 to 870 000)**	**186·0 (171·5 to 198·5)**	**1·28 (1·18 to 1·37)**
Brazil	619 000	146·0	792 000 (730 000 to 847 000)	186·9 (172·2 to 199·8)	1·28 (1·18 to 1·37)
Acre	1850	101·3	2470 (2040 to 2860)	135·0 (111·4 to 156·3)	1·33 (1·10 to 1·54)
Alagoas	6380	85·8	7270 (6050 to 8390)	97·8 (81·3 to 112·8)	1·14 (0·95 to 1·31)
Amapá	2020	125·8	3370 (2860 to 3820)	209·5 (178·1 to 237·7)	1·67 (1·42 to 1·89)
Amazonas	13 800	167·2	20 400 (18 500 to 23 000)	246·1 (223·9 to 278·1)	1·47 (1·34 to 1·66)
Bahia	27 500	87·4	45 700 (41 900 to 48 500)	145·1 (132·9 to 154·2)	1·66 (1·52 to 1·77)
Ceará	24 800	124·3	50 900 (45 900 to 57 500)	255·1 (230·2 to 288·0)	2·05 (1·85 to 2·32)
Federal District	11 100	183·4	10 900 (9700 to 12 000)	180·8 (160·2 to 198·5)	0·99 (0·87 to 1·08)
Espírito Santo	13 300	171·6	17 400 (15 100 to 20 000)	224·3 (194·1 to 258·1)	1·31 (1·13 to 1·50)
Goiás	24 700	186·2	29 700 (27 800 to 31 300)	223·9 (209·5 to 236·4)	1·20 (1·13 to 1·27)
Maranhão	10 400	64·3	32 900 (29 600 to 45 800)	204·2 (183·3 to 284·1)	3·17 (2·85 to 4·41)
Mato Grosso	13 800	200·2	16 100 (14 800 to 17 100)	233·7 (214·7 to 248·0)	1·17 (1·07 to 1·24)
Mato Grosso do Sul	9730	176·1	9800 (8720 to 10 700)	177·4 (157·9 to 194·0)	1·01 (0·90 to 1·10)
Minas Gerais	56 700	133·7	74 200 (69 000 to 78 800)	175·1 (162·9 to 185·8)	1·31 (1·22 to 1·39)
Pará	17 100	96·7	25 500 (23 000 to 27 400)	144·0 (130·3 to 155·0)	1·49 (1·35 to 1·60)
Paraíba	9600	111·8	9230 (8420 to 10 200)	107·6 (98·1 to 118·9)	0·96 (0·88 to 1·06)
Paraná	40 900	184·6	43 000 (40 200 to 45 600)	194·3 (181·3 to 205·7)	1·05 (0·98 to 1·11)
Pernambuco	20 400	103·4	32 200 (29 600 to 34 400)	163·0 (149·7 to 174·1)	1·58 (1·45 to 1·68)
Piauí	7280	103·3	10 100 (8910 to 11 100)	143·7 (126·6 to 158·2)	1·39 (1·23 to 1·53)
Rio de Janeiro	69 500	197·9	80 200 (74 300 to 85 300)	228·4 (211·8 to 242·9)	1·15 (1·07 to 1·23)
Rio Grande do Norte	7570	103·0	8920 (7870 to 9810)	121·4 (107·1 to 133·5)	1·18 (1·04 to 1·30)

(Table continues on next page)

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Rio Grande do Sul	36 400	170·3	36 400 (33 900 to 39 200)	170·2 (158·4 to 183·2)	1·00 (0·93 to 1·08)
Rondônia	6730	190·6	9510 (8650 to 10 200)	269·0 (244·7 to 289·4)	1·41 (1·28 to 1·52)
Roraima	2080	180·7	2110 (1910 to 2370)	183·9 (166·2 to 206·0)	1·02 (0·92 to 1·14)
Santa Catarina	20 200	146·8	20 200 (18 600 to 21 600)	147·0 (135·4 to 157·3)	1·00 (0·92 to 1·07)
São Paulo	155 000	172·8	182 000 (169 000 to 193 000)	202·9 (188·0 to 215·3)	1·17 (1·09 to 1·25)
Sergipe	6060	126·3	5900 (5020 to 6690)	123·1 (104·7 to 139·6)	0·97 (0·83 to 1·11)
Tocantins	3940	121·6	5480 (4880 to 6040)	169·2 (150·7 to 186·6)	1·39 (1·24 to 1·54)
Paraguay	16 600	117·7	22 500 (21 600 to 23 300)	159·2 (153·1 to 165·3)	1·35 (1·30 to 1·40)
North Africa and the Middle East	**374 000**	**31·2**	**1 730 000 (1 570 000 to 1 990 000)**	**144·7 (131·0 to 165·9)**	**4·64 (4·20 to 5·32)**
North Africa and the Middle East	**374 000**	**31·2**	**1 730 000 (1 570 000 to 1 990 000)**	**144·7 (131·0 to 165·9)**	**4·64 (4·20 to 5·32)**
Afghanistan	7360	8·1	192 000 (142 000 to 242 000)	211·9 (157·4 to 267·1)	26·06 (19·36 to 32·86)
Algeria	6280	7·5	54 400 (41 600 to 65 500)	65·1 (49·8 to 78·4)	8·67 (6·63 to 10·43)
Bahrain	1390	48·0	3920 (3060 to 4780)	134·7 (105·4 to 164·4)	2·81 (2·20 to 3·43)
Egypt	21 800	10·9	265 000 (248 000 to 278 000)	133·3 (124·9 to 140·0)	12·19 (11·42 to 12·80)
Iran	132 000	77·1	274 000 (231 000 to 335 000)	160·5 (135·2 to 196·4)	2·08 (1·75 to 2·55)
Iraq	24 200	36·9	183 000 (142 000 to 237 000)	280·1 (216·7 to 362·5)	7·59 (5·87 to 9·82)
Jordan	12 700	53·5	27 000 (21 300 to 33 200)	114·4 (90·2 to 140·5)	2·14 (1·69 to 2·63)
Kuwait	2470	28·5	3560 (2670 to 4300)	41·1 (30·9 to 49·6)	1·44 (1·08 to 1·74)
Lebanon	9120	105·0	36 100 (30 200 to 44 800)	416·2 (347·4 to 515·5)	3·96 (3·31 to 4·91)
Libya	5710	45·4	36 700 (29 200 to 45 100)	292·1 (232·2 to 358·8)	6·43 (5·11 to 7·90)
Morocco	14 800	21·6	157 000 (126 000 to 203 000)	228·3 (182·9 to 294·9)	10·56 (8·46 to 13·64)
Oman	4120	47·5	12 300 (11 500 to 12 900)	141·5 (133·0 to 148·8)	2·98 (2·80 to 3·13)
Palestine	4660	48·9	12 600 (10 600 to 15 300)	132·2 (111·3 to 160·5)	2·70 (2·28 to 3·28)
Qatar	618	10·7	1560 (1170 to 1800)	27·0 (20·3 to 31·3)	2·52 (1·89 to 2·92)
Saudi Arabia	8880	12·5	32 900 (21 100 to 41 600)	46·4 (29·9 to 58·8)	3·70 (2·38 to 4·69)
Sudan	3330	4·3	83 600 (59 900 to 100 000	108·5 (77·8 to 130·4)	25·12 (18·00 to 30·17)
Syria	2900	6·6	27 100 (17 200 to 35 800)	61·7 (39·1 to 81·4)	9·36 (5·94 to 12·36)
Tunisia	25 600	114·4	72 500 (59 300 to 84 100)	324·2 (265·4 to 376·4)	2·83 (2·32 to 3·29)
Turkey	82 400	52·9	185 000 (160 000 to 217 000)	118·6 (103·1 to 139·2)	2·24 (1·95 to 2·63)
United Arab Emirates	2160	21·1	9340 (6500 to 11 800)	91·3 (63·5 to 115·6)	4·32 (3·01 to 5·47)
Yemen	1980	3·3	65 600 (37 800 to 97 600)	108·0 (62·2 to 160·9)	33·04 (19·03 to 49·21)
South Asia	**558 000**	**16·0**	**5 270 000 (4 710 000 to 5 700 000)**	**151·7 (135·5 to 163·9)**	**9·46 (8·45 to 10·22)**
South Asia	**558 000**	**16·0**	**5 270 000 (4 710 000 to 5 700 000)**	**151·7 (135·5 to 163·9)**	**9·46 (8·45 to 10·22)**
Bangladesh	28 100	9·2	413 000 (347 000 to 504 000)	134·7 (113·2 to 164·3)	14·72 (12·36 to 17·94)
Bhutan	3	0·2	108 (45 to 160)	7·4 (3·1 to 10·9)	36·06 (15·14 to 53·25)
India	489 000	18·3	4 070 000 (3 710 000 to 4 360 000)	152·5 (138·6 to 163·3)	8·33 (7·58 to 8·92)
Andhra Pradesh	14 500	14·1	194 000 (170 000 to 211 000)	189·2 (165·6 to 206·3)	13·38 (11·71 to 14·59)
Arunachal Pradesh	282	8·9	1790 (968 to 2400)	56·4 (30·5 to 75·6)	6·34 (3·43 to 8·51)
Assam	6160	9·1	119 000 (96 200 to 137 000)	176·6 (142·1 to 202·8)	19·38 (15·60 to 22·26)
Bihar	12 100	5·2	323 000 (257 000 to 388 000)	137·7 (109·7 to 165·5)	26·68 (21·27 to 32·07)
Chhattisgarh	13 600	22·3	150 000 (132 000 to 167 000)	246·7 (215·9 to 274·2)	11·05 (9·67 to 12·28)
Delhi	25 100	65·6	61 300 (41 600 to 77 100)	160·2 (108·8 to 201·5)	2·44 (1·66 to 3·07)
Goa	3520	124·6	3400 (1550 to 4960)	120·2 (54·8 to 175·6)	0·96 (0·44 to 1·41)
Gujarat	10 100	7·7	131 000 (103 000 to 149 000)	99·2 (78·2 to 113·3)	12·91 (10·18 to 14·76)
Haryana	10 100	18·1	132 000 (116 000 to 146 000)	236·4 (207·3 to 262·2)	13·09 (11·48 to 14·52)

(Table continues on next page)

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Himachal Pradesh	3860	27·1	33 600 (26 500 to 39 200)	235·9 (186·1 to 275·3)	8·71 (6·87 to 10·17)
Jammu & Kashmir and Ladakh	4750	17·7	41 600 (29 400 to 48 300)	155·4 (109·9 to 180·6)	8·76 (6·19 to 10·18)
Jharkhand	5140	7·1	82 700 (61 300 to 99 600)	115·0 (85·2 to 138·4)	16·08 (11·92 to 19·37)
Karnataka	38 300	28·7	284 000 (223 000 to 327 000)	212·9 (166·9 to 245·0)	7·41 (5·81 to 8·52)
Kerala	58 500	84·3	114 000 (90 700 to 133 000)	165·1 (130·7 to 191·4)	1·96 (1·55 to 2·27)
Madhya Pradesh	10 500	6·2	223 000 (188 000 to 253 000)	132·2 (111·2 to 149·7)	21·20 (17·83 to 24·00)
Maharashtra	142 000	59·6	616 000 (484 000 to 736 000)	259·5 (203·7 to 309·8)	4·36 (3·42 to 5·20)
Manipur	2000	29·8	17 700 (13 900 to 21 300)	263·8 (207·6 to 317·1)	8·85 (6·96 to 10·64)
Meghalaya	1480	23·1	8910 (6620 to 11 100)	138·9 (103·1 to 173·1)	6·00 (4·46 to 7·48)
Mizoram	543	22·9	2950 (2020 to 3700)	124·3 (85·1 to 156·2)	5·43 (3·71 to 6·82)
Nagaland	711	22·7	5370 (3430 to 7380)	171·0 (109·2 to 235·1)	7·55 (4·82 to 10·38)
Odisha	8510	9·5	130 000 (108 000 to 148 000)	145·4 (120·5 to 165·5)	15·24 (12·63 to 17·35)
Punjab	16 600	28·0	135 000 (98 600 to 154 000)	227·1 (166·1 to 259·1)	8·10 (5·93 to 9·25)
Rajasthan	8960	5·7	135 000 (97 600 to 162 000)	85·9 (62·1 to 102·8)	15·07 (10·88 to 18·03)
Sikkim	409	34·5	992 (641 to 1260)	83·6 (54·1 to 106·5)	2·42 (1·57 to 3·09)
Tamil Nadu	36 800	24·0	260 000 (199 000 to 301 000)	169·8 (130·3 to 196·7)	7·06 (5·42 to 8·18)
Telangana	4030	5·2	55 400 (43 300 to 65 400)	71·9 (56·2 to 84·9)	13·75 (10·74 to 16·24)
Tripura	826	11·0	9260 (6780 to 10 500)	123·5 (90·5 to 140·5)	11·21 (8·21 to 12·75)
Uttar Pradesh	22 900	4·8	517 000 (418 000 to 602 000)	108·2 (87·4 to 125·8)	22·58 (18·24 to 26·27)
Uttarakhand	7420	32·5	65 000 (51 200 to 75 700)	284·6 (224·1 to 331·5)	8·77 (6·90 to 10·21)
West Bengal	19 800	10·5	220 000 (132 000 to 254 000)	116·7 (70·2 to 134·9)	11·14 (6·70 to 12·87)
Nepal	11 600	19·1	123 000 (107 000 to 142 000)	202·5 (175·9 to 232·7)	10·61 (9·22 to 12·20)
Pakistan	28 900	6·6	664 000 (498 000 to 847 000)	152·6 (114·3 to 194·7)	22·99 (17·22 to 29·32)
Azad Jammu & Kashmir	746	9·8	12 900 (10 200 to 16 600)	170·3 (134·3 to 218·2)	17·35 (13·68 to 22·22)
Balochistan	364	1·4	18 100 (10 500 to 26 500)	67·8 (39·5 to 99·3)	49·64 (28·94 to 72·74)
Gilgit-Baltistan	186	5·3	5120 (3470 to 6820)	146·8 (99·5 to 195·3)	27·53 (18·67 to 36·65)
Islamabad Capital Territory	967	22·8	3790 (2960 to 4600)	89·2 (69·7 to 108·2)	3·92 (3·07 to 4·75)
Khyber Pakhtunkhwa	5930	8·0	186 000 (118 000 to 262 000)	252·8 (159·4 to 355·4)	31·44 (19·83 to 44·21)
Punjab	13 100	5·9	313 000 (230 000 to 403 000)	141·1 (103·5 to 181·4)	23·98 (17·59 to 30·82)
Sindh	7640	7·8	125 000 (96 700 to 159 000)	127·7 (99·2 to 162·9)	16·30 (12·66 to 20·78)
Southeast Asia, east Asia, and Oceania	**329 000**	**7·5**	**1 250 000 (1 060 000 to 1 500 000)**	**28·6 (24·2 to 34·3)**	**3·79 (3·22 to 4·55)**
East Asia	**5760**	**0·2**	**15 500 (4320 to 27 900)**	**0·5 (0·1 to 0·9)**	**2·69 (0·75 to 4·85)**
China	4820	0·2	17 900 (7540 to 30 100)	0·6 (0·3 to 1·0)	3·71 (1·56 to 6·25)
Hubei	4510	4·0	10 600 (5710 to 15 500)	9·4 (5·1 to 13·7)	2·34 (1·27 to 3·42)
All other provinces	311	0·0	7330 (1630 to 14 100)	0·3 (0·1 to 0·5)	23·57 (5·25 to 45·30)
North Korea	86	0·2	318 (134 to 536)	0·6 (0·3 to 1·0)	3·71 (1·56 to 6·25)
Taiwan (province of China)	850	1·8	−2720 (−4460 to −736)	−5·9 (−9·6 to −1·6)	−3·20 (−5·25 to −0·87)
Oceania	**1570**	**7·3**	**17 500 (11 900 to 24 700)**	**81·3 (55·4 to 115·1)**	**11·11 (7·58 to 15·73)**
Fiji	698	41·1	1480 (1030 to 1930)	87·1 (61·0 to 113·6)	2·12 (1·48 to 2·76)
Guam	270	86·3	333 (292 to 382)	106·6 (93·5 to 122·3)	1·23 (1·08 to 1·42)
Northern Mariana Islands	13	17·2	31 (18 to 44)	41·0 (23·7 to 57·4)	2·39 (1·38 to 3·35)

(Table continues on next page)

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Papua New Guinea	590	3·1	15 600 (10 400 to 22 200)	82·0 (54·9 to 116·8)	26·43 (17·69 to 37·68)
Vanuatu	1	0·3	35 (10 to 72)	9·4 (2·7 to 19·2)	34·98 (10·18 to 71·57)
Southeast Asia	**322 000**	**24·0**	**1 210 000 (1 030 000 to 1 460 000)**	**90·8 (77·0 to 109·0)**	**3·78 (3·20 to 4·54)**
Cambodia	3010	9·0	17 500 (12 700 to 23 700)	52·5 (38·2 to 71·1)	5·80 (4·22 to 7·85)
Indonesia	144 000	27·5	736 000 (594 000 to 955 000)	140·7 (113·6 to 182·5)	5·11 (4·12 to 6·63)
Laos	372	2·8	4640 (3180 to 6190)	34·7 (23·8 to 46·3)	12·47 (8·56 to 16·65)
Malaysia	31 500	53·3	48 100 (40 300 to 58 200)	81·4 (68·2 to 98·5)	1·53 (1·28 to 1·85)
Maldives	262	27·3	296 (231 to 372)	30·8 (24·0 to 38·7)	1·13 (0·88 to 1·42)
Mauritius	762	32·5	659 (331 to 987)	28·2 (14·1 to 42·2)	0·87 (0·43 to 1·30)
Myanmar	19 300	19·2	101 000 (71 800 to 140 000)	100·9 (71·7 to 139·7)	5·25 (3·73 to 7·26)
Philippines	53 000	23·8	184 000 (175 000 to 197 000)	82·9 (78·8 to 88·7)	3·48 (3·31 to 3·72)
Seychelles	134	69·1	116 (98 to 144)	60·0 (50·7 to 74·0)	0·87 (0·73 to 1·07)
Sri Lanka	15 000	34·3	12 900 (7670 to 18 100)	29·5 (17·6 to 41·4)	0·86 (0·51 to 1·21)
Thailand	21 700	15·3	35 200 (26 600 to 42 200)	24·9 (18·7 to 29·8)	1·62 (1·22 to 1·94)
Timor-Leste	122	4·8	1300 (976 to 1610)	51·1 (38·4 to 63·3)	10·65 (8·00 to 13·19)
Vietnam	32 400	16·6	72 300 (39 600 to 111 000)	37·0 (20·3 to 57·1)	2·23 (1·22 to 3·44)
Sub-Saharan Africa	**150 000**	**7·2**	**2 130 000 (1 730 000 to 2 820 000)**	**101·6 (82·4 to 134·5)**	**14·20 (11·51 to 18·79)**
Central sub-Saharan Africa	**3910**	**1·5**	**195 000 (142 000 to 273 000)**	**76·8 (55·7 to 107·5)**	**50·00 (36·26 to 70·00)**
Angola	1770	3·0	64 000 (46 000 to 88 900)	107·3 (77·2 to 149·0)	36·17 (26·01 to 50·20)
Central African Republic	101	0·9	14 100 (8980 to 21 600)	118·4 (75·5 to 181·6)	139·24 (88·86 to 213·67)
Congo (Brazzaville)	367	3·7	11 700 (9320 to 15 000)	117·2 (93·3 to 150·4)	31·91 (25·39 to 40·95)
DR Congo	1200	0·7	98 700 (66 400 to 151 000)	59·2 (39·8 to 90·4)	81·94 (55·08 to 125·13)
Equatorial Guinea	175	6·3	2770 (2090 to 3620)	99·9 (75·5 to 130·8)	15·82 (11·95 to 20·71)
Gabon	288	8·6	3980 (3240 to 4770)	119·0 (96·7 to 142·5)	13·83 (11·25 to 16·57)
Eastern sub-Saharan Africa	**28 800**	**3·6**	**1 010 000 (780 000 to 1 440 000)**	**127·1 (98·5 to 181·5)**	**35·00 (27·11 to 49·97)**
Burundi	34	0·2	4310 (2730 to 6350)	19·8 (12·5 to 29·1)	126·85 (80·33 to 186·68)
Comoros	157	12·4	1480 (1090 to 1850)	117·2 (86·1 to 146·6)	9·42 (6·92 to 11·79)
Djibouti	189	8·1	3850 (2940 to 4840)	164·3 (125·7 to 206·8)	20·36 (15·57 to 25·63)
Eritrea	76	0·5	7210 (5130 to 10 300)	51·0 (36·3 to 72·9)	94·90 (67·52 to 135·68)
Ethiopia	6940	3·5	208 000 (150 000 to 313 000)	104·6 (75·4 to 157·5)	30·00 (21·63 to 45·19)
Kenya	5380	5·7	171 000 (127 000 to 266 000)	181·2 (135·3 to 281·8)	31·75 (23·70 to 49·38)
Madagascar	1030	2·0	65 100 (49 000 to 94 000)	125·4 (94·3 to 180·9)	63·44 (47·67 to 91·51)
Malawi	2360	6·8	54 900 (45 400 to 68 900)	158·9 (131·4 to 199·4)	23·24 (19·22 to 29·16)
Mozambique	2010	3·6	78 100 (54 100 to 109 000)	139·2 (96·4 to 193·8)	38·91 (26·95 to 54·17)
Rwanda	1350	5·5	21 900 (17 500 to 27 500)	89·8 (71·4 to 112·6)	16·26 (12·93 to 20·38)
Somalia	1330	2·6	89 000 (45 800 to 153 000)	172·1 (88·6 to 295·8)	66·78 (34·37 to 114·77)
South Sudan	135	0·6	14 700 (8460 to 24 000)	66·1 (37·9 to 107·6)	109·08 (62·64 to 177·57)
Zambia	3730	10·5	81 300 (59 100 to 115 000)	228·2 (165·9 to 322·8)	21·77 (15·83 to 30·79)
Southern sub-Saharan Africa	**104 000**	**71·6**	**449 000 (418 000 to 483 000)**	**308·6 (287·3 to 331·6)**	**4·31 (4·01 to 4·63)**
Botswana	2440	56·8	17 200 (14 200 to 20 700)	399·5 (329·1 to 482·1)	7·03 (5·79 to 8·48)
Eswatini	1300	60·9	13 600 (10 500 to 16 600)	634·9 (491·8 to 775·4)	10·42 (8·07 to 12·73)
Lesotho	665	21·0	17 800 (14 600 to 21 900)	562·9 (460·8 to 691·4)	26·82 (21·96 to 32·94)
Namibia	3630	79·8	18 000 (15 500 to 20 400)	395·6 (340·2 to 448·8)	4·95 (4·26 to 5·62)
South Africa	91 100	88·6	302 000 (287 000 to 332 000)	293·2 (279·0 to 322·8)	3·31 (3·15 to 3·64)
Zimbabwe	5000	17·6	80 900 (64 000 to 101 000)	283·6 (224·7 to 352·7)	16·16 (12·80 to 20·09)

(Table continues on next page)

	Reported COVID-19 deaths	Reported COVID-19 mortality rate (per 100 000)	Estimated excess deaths	Estimated excess mortality rate (per 100 000)	Ratio between excess mortality rate and reported COVID-19 mortality rate
(Continued from previous page)					
Western sub-Saharan Africa	**13 200**	**1·5**	**480 000 (343 000 to 650 000)**	**53·0 (37·9 to 71·8)**	**36·37 (25·98 to 49·26)**
Benin	161	0·7	8250 (5560 to 11 500)	33·6 (22·7 to 46·7)	51·23 (34·56 to 71·17)
Burkina Faso	318	0·8	21 400 (14 200 to 31 800)	51·0 (33·8 to 75·9)	67·18 (44·53 to 99·91)
Cape Verde	352	34·4	659 (505 to 790)	64·5 (49·4 to 77·3)	1·87 (1·44 to 2·24)
Cameroon	1850	3·1	41 300 (30 800 to 53 600)	70·3 (52·4 to 91·2)	22·32 (16·63 to 28·94)
Chad	181	0·6	15 200 (8570 to 23 500)	47·0 (26·5 to 72·7)	83·87 (47·34 to 129·85)
Côte d'Ivoire	714	1·3	33 900 (24 600 to 47 100)	63·4 (45·9 to 88·0)	47·50 (34·43 to 66·00)
The Gambia	343	7·8	6340 (5230 to 7840)	144·9 (119·6 to 179·2)	18·48 (15·25 to 22·85)
Ghana	1300	2·1	35 900 (28 100 to 44 700)	58·3 (45·6 to 72·5)	27·75 (21·71 to 34·51)
Guinea	391	1·6	26 700 (18 500 to 38 900)	111·0 (77·0 to 161·8)	68·23 (47·35 to 99·49)
Guinea-Bissau	149	4·0	4350 (3310 to 5560)	116·4 (88·8 to 148·9)	29·17 (22·25 to 37·29)
Liberia	287	3·3	7970 (6310 to 10 700)	90·6 (71·7 to 121·5)	27·77 (21·97 to 37·24)
Mali	660	1·5	33 500 (22 100 to 47 500)	76·1 (50·3 to 107·8)	50·75 (33·55 to 71·95)
Mauritania	866	10·9	7990 (5680 to 10 500)	100·5 (71·5 to 131·7)	9·22 (6·56 to 12·09)
Niger	275	0·6	18 100 (10 300 to 27 700)	39·5 (22·4 to 60·3)	65·86 (37·38 to 100·67)
Nigeria	3030	0·7	163 000 (93 500 to 238 000)	37·8 (21·7 to 55·3)	53·66 (30·85 to 78·54)
São Tomé and Príncipe	57	14·8	235 (157 to 303)	61·1 (40·8 to 78·6)	4·13 (2·76 to 5·32)
Senegal	1890	6·4	38 600 (31 900 to 50 000)	130·1 (107·6 to 168·5)	20·46 (16·92 to 26·51)
Sierra Leone	123	0·8	7570 (4980 to 10 300)	47·3 (31·2 to 64·5)	61·54 (40·52 to 83·92)
Togo	248	1·6	9030 (6920 to 12 000)	58·0 (44·5 to 77·2)	36·42 (27·91 to 48·49)
Tanzania	737	0·7	132 000 (102 000 to 188 000)	127·1 (98·5 to 181·5)	178·81 (138·54 to 255·32)
Uganda	3290	4·2	73 500 (55 900 to 95 400)	93·5 (71·1 to 121·4)	22·31 (16·97 to 28·96)

Data in parentheses are 95% uncertainty intervals.

Table: **Number of reported COVID-19 deaths and excess deaths due to the pandemic, reported and excess mortality rates, and the ratio of excess to reported mortality, 2020–21, globally and for GBD super-regions, regions, countries and territories, and select subnational locations**

the highest numbers of deaths were estimated in India (4·07 million [95% UI 3·71–4·36]) and the USA (1·13 million [1·08–1·18]; figure 3, table). Five more countries had cumulative excess deaths exceeding 500 000 over this period: Russia (1·07 million [1·06–1·08]), Mexico (798 000 [741 000–867 000]), Brazil (792 000 [730 000–847 000]), Indonesia (736 000 [594 000–955 000]), and Pakistan (664 000 [498 000–847 000]). These seven countries accounted for more than half of the global excess deaths due to COVID-19 over the 24-month period. Among these countries, the excess mortality rate was highest in Russia (374·6 deaths [369·7–378·4] per 100 000) and Mexico (325·1 [301·6–353·3]), and was similar in Brazil (186·9 [172·2–199·8]) and the USA (179·3 [170·7–187·5]). An additional six countries individually had more than 250 000 excess deaths estimated during this period: Bangladesh (413 000 [347 000–504 000]), Peru (349 000 [328 000–367 000]), South Africa (302 000 [287 000–332 000]), Iran (274 000 [231 000–335 000]), Egypt (265 000 [248 000–278 000]), and Italy (259 000 [242 000–276 000]). These high-burden countries are distributed across all GBD regions of the world, reinforcing the evidence for the truly global nature of the pandemic. At the regional level, the number of excess deaths due to the COVID-19 pandemic was largest in the regions of south Asia, north Africa and the Middle East, and eastern Europe.

We also computed the ratio of excess mortality rate to reported COVID-19 mortality rate as a measurement of undercounting of the true mortality impact of the pandemic. There were wide variations in the ratio across and within regions (figure 4; table). In high-income North America, the ratios were comparatively low, ranging from –0·05 to 4·41 between states in the USA, and from 1·05 to 5·59 between provinces in Canada. The ratio was 2·21 (95% UI 2·07–2·39) for central Latin America, with higher ratios in some countries including El Salvador (7·04 [5·49–8·57]) and lower ratios in others such as Costa Rica (0·85 [0·74–0·99]). Within Mexico, ratios were higher than 2·0 in ten states and ranged from 1·02 (0·90–1·15) in Colima to 4·90 (4·34–5·46) in Chiapas. In almost all national and subnational locations in southern and tropical Latin America, the ratios were lower than 2 and for some locations lower

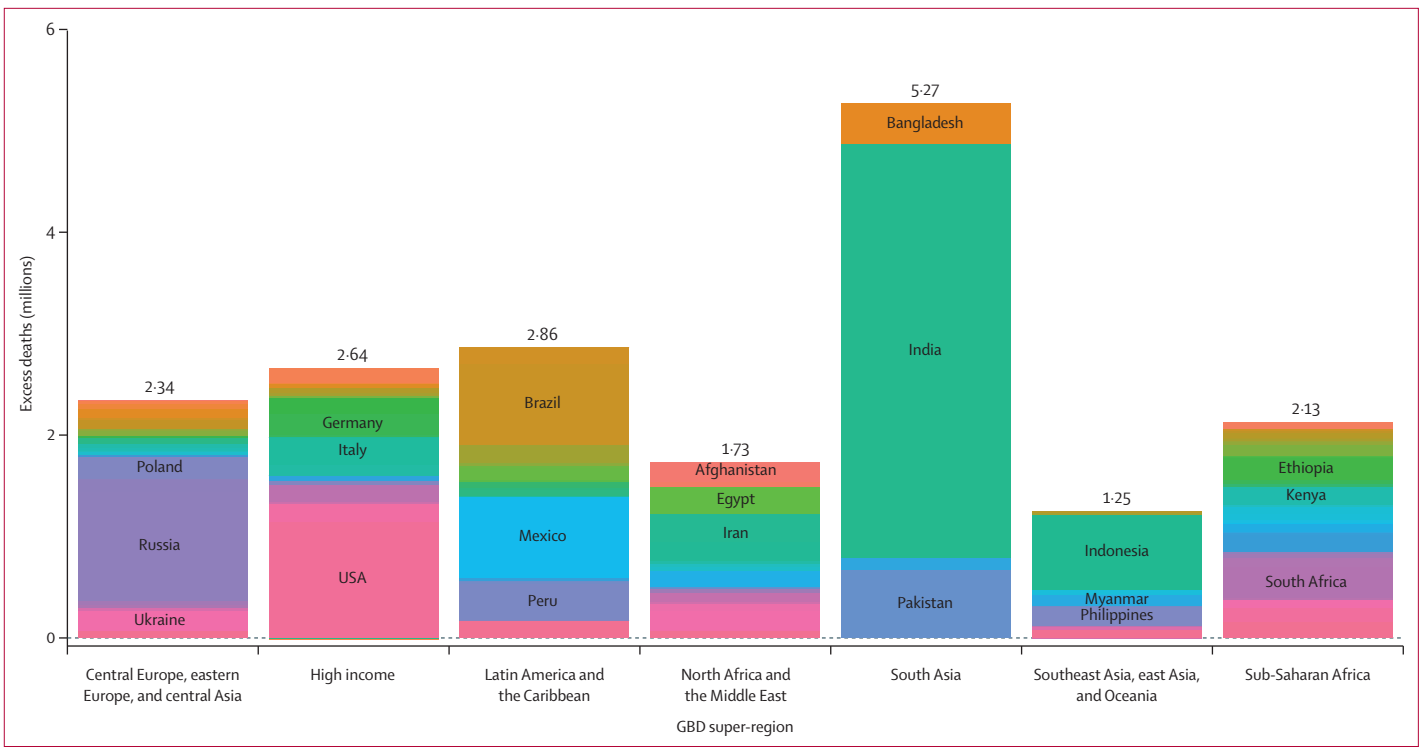


Figure 3: **Stacked bar chart of regional distribution of excess deaths for 2020–21**
The distribution of excess deaths by GBD super-region for the cumulative period. Countries labelled on each stacked bar are the three countries with the highest estimated excess deaths within the GBD super-region. GBD=Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors Study.

than 1, with the only exceptions being the states of Maranhão and Ceará in Brazil, where the ratios of excess mortality rate to reported COVID-19 mortality rate were 3·17 (2·85–4·41) and 2·05 (1·85–2·32), respectively. In north Africa and the Middle East, the ratios were higher than 10 in Morocco (10·56 [8·46–13·64]), Egypt (12·19 [11·42–12·80]), Sudan (25·12 [18·00–30·17]), Afghanistan (26·06 [19·36–32·86]), and Yemen (33·04 [19·03–49·21]). In sub-Saharan Africa, ratios were generally high, with a median ratio of 29·59 (IQR 46·15). At the overall country level, the ratio ranged from –17·10 (–26·06 to –8·84) in New Zealand to 139·24 (88·86–213·67) in the Central African Republic. For South Africa, which was the only nation in sub-Saharan Africa where direct estimates of excess mortality based on vital registration data were possible, the ratio was 3·31 (3·15–3·64). In south Asia, national-level ratios ranged from 8·33 (7·58–8·92) in India to 36·06 (15·14–53·25) in Bhutan. The most extreme ratios in the region were found in the states and provinces of India and Pakistan, ranging from 0·96 (0·44–1·41) in Goa, India to 49·64 (28·94–72·74) in Balochistan, Pakistan.

Based largely on empirical excess mortality observed in 12 Indian states, including during the surge in COVID-19 cases between April and July, 2021, we found that at the national level, India had an estimated 152·5 excess deaths (95% UI 138·6–163·3) per 100 000 of the population over the study period. This was much higher than its reported COVID-19 mortality rate of 18·3 per 100 000 over the same period. Heterogeneity in excess mortality among the 30 states of India was extremely high. From Jan 1, 2020, to Dec 31, 2021, eight Indian states had excess mortality rates higher than 200 per 100 000, a level only exceeded by 50 other countries in the world. These states were Uttarakhand, Manipur, Maharashtra, Chhattisgarh, Haryana, Himachal Pradesh, Punjab, and Karnataka. Conversely, Arunachal Pradesh, Telangana, Sikkim, Rajasthan, Gujarat, Uttar Pradesh, Jharkhand, West Bengal, and Goa had excess mortality rates that were lower than the global average of 120·6 per 100 000 (although 95% UIs overlap). Similarly, subnational heterogeneity was evident in the excess death counts. Seven states in India had excess deaths higher than 200 000 as of Dec 31, 2021. These were West Bengal (220 000 [132 000–254 000]), Madhya Pradesh (223 000 [188 000–253 000]), Tamil Nadu (260 000 [199 000–301 000]), Karnataka (284 000 [223 000–327 000]), Bihar (323 000 [257 000–388 000]), Uttar Pradesh (517 000 [418 000–602 000]), and Maharashtra (616 000 [484 000–736 000]). Although the excess mortality rates due to the COVID-19 pandemic among Indian states are not the highest in the world, because of India's large population, the country accounted for 22·3% (20·3–23·9) of global excess deaths as of Dec 31, 2021 (data not shown). Bihar, Uttar Pradesh, and Maharashtra had excess deaths higher than South Africa

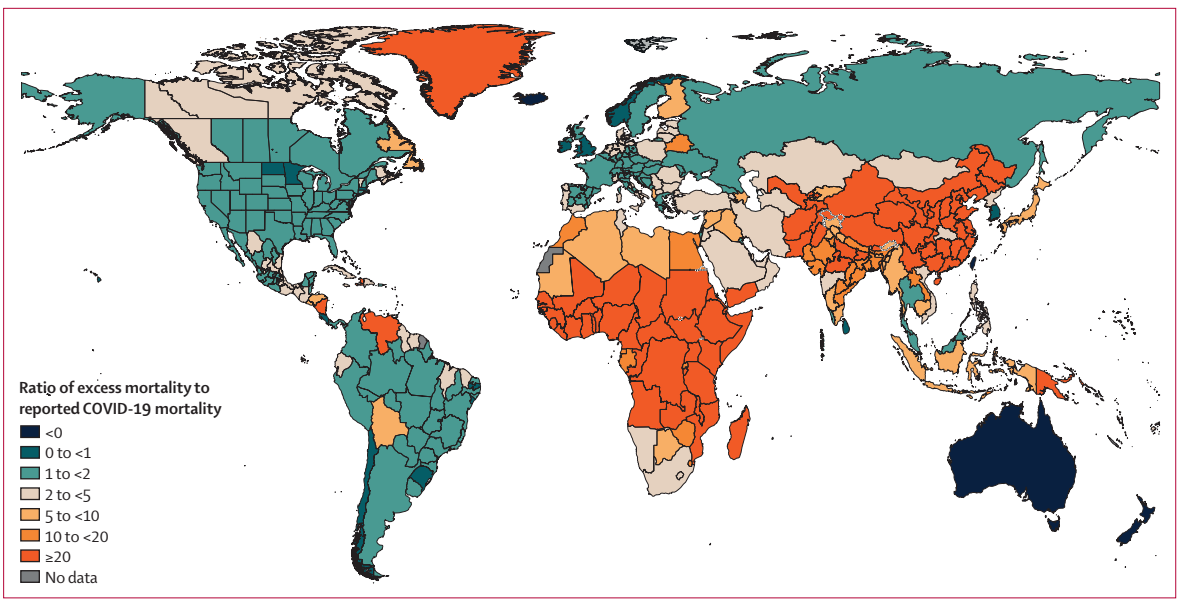


Figure 4: **Global distribution of the ratio between estimated excess mortality rate due to the COVID-19 pandemic and reported COVID-19 mortality rate, for the cumulative period 2020–21**

(302 000 [287 000–332 000]), with South Africa ranking tenth among all countries.

Discussion

Understanding the true mortality impact of the COVID-19 pandemic is crucial for public health decision making. Our analysis suggests that 18·2 million (95% UI 17·1–19·6) people died globally because of the COVID-19 pandemic (as measured by excess mortality) between the beginning of the pandemic (Jan 1, 2020) and the end of Dec 2021, which is 3·07-times (2·88–3·30) higher than the reported number of COVID-19-related deaths. Our findings indicate that the full impact of the pandemic has been much greater than what is suggested by official statistics. The highest COVID-19 excess mortality rates were observed in Andean Latin America, eastern Europe, and central Europe, with high mortality rates in many high-income northern hemisphere countries and similarly high rates in nearly all of Latin America. Comparatively low excess mortality rates were seen in east Asia, Australia, and high-income Asia Pacific. The April–August 2021 surge in south Asia brought cumulative excess mortality rates from the COVID-19 pandemic across that region up to or above the levels that were observed in some high-income countries. The cumulative global excess deaths from the pandemic makes COVID-19 potentially one of the leading global causes of death during the period of the pandemic, given the rates and trends in other causes of deaths before the pandemic.[22]

The magnitude of disease burden might have changed for many causes of death during the pandemic period due to both direct effects of lockdowns and the resulting economic turmoil. To correctly divide excess deaths into those directly due to SARS-CoV-2 infection and those associated with changes in other diseases and injuries, multiple drivers of change in mortality since the onset of the pandemic need to be considered. Unfortunately, to date only 36 countries have released 2020 cause of death data with detailed stratification by cause, to our knowledge. Although studies on specific populations in particular locations have been reported, we found insufficient statistical evidence to estimate these other changes in causes of death in a robust manner. Findings are mixed among the available evidence for alternative drivers of mortality that might have served to either increase or decrease excess mortality during the pandemic period. Some excess mortality might be attributable to reductions in health-care use across a number of causes;[14,15,24,25] however, the effect of reduced health-care use on health outcomes is difficult to prove. Many mechanisms have been proposed, including reduced vaccination rates[26] and reduced births in hospitals.[27,28] However, demonstrated increases in cause-specific mortality from reduced health-care use do not have a generalised pattern in the countries with data released to date; the effect of changes in health-care use on excess mortality might also be greater in later years, rather than in 2020 or 2021. Even hypothesised decreases in injury-related deaths might be in doubt, as the US National Traffic and Safety Board has reported that road traffic deaths increased in 2020 in many US states despite decreases in transport mobility.[29] There is convincing evidence that rates of anxiety and depression increased during the pandemic period, which might lead to increases in deaths from suicide;[30,31] however, to date, evidence of increased suicide mortality is scarce apart from in Japan, where reported suicide deaths increased

during the pandemic.[32] Conversely, opioid deaths have increased in some US states and decreased in others compared with expected levels.[33–36] Deaths from some chronic conditions such as ischaemic heart disease or chronic respiratory disease decreased in particular months of 2020,[25] most notably in May and June in Europe; these decreases might have occurred because frail individuals who died from COVID-19 earlier in the year might otherwise have died from these chronic conditions. Supporting evidence for reductions in chronic conditions (particularly respiratory conditions) includes reductions in air pollution in the months of March and April in 2020,[37] but with the possible exception of India,[38] aggregated concentrations of air pollution during the entire pandemic period up to Dec 31, 2021 were only slightly lower than prepandemic concentrations. The most compelling evidence to date of a change in cause-specific mortality in the pandemic period is the decrease, especially in the Northern Hemisphere, in flu and respiratory syncytial virus (RSV) deaths seen in the months of January to March, 2021; decreases in cases of 80% or more have been reported to WHO. Given the scarce and inconsistent evidence of the effect the COVID-19 pandemic on cause-specific deaths, and the extremely scarce high-quality data on causes of death during the pandemic, our excess mortality estimates reflect the full impact of the pandemic on mortality around the world (after correcting for known biases), not just the deaths directly attributable to SARS-CoV-2 infection. As cause of death data for detailed causes are made available for 2020 for more countries in the future, we will be able to delineate the fraction of excess deaths due to SARS-CoV-2 infection versus indirect effects of the pandemic and responses to it. Separating the total number of deaths due to SARS-CoV-2 infection from excess mortality due to the pandemic will also be crucial for accurately estimating the infection–fatality ratio in every location, since that ratio requires the total number of deaths directly due to infection as an input.

Nonetheless, of the 12·3 million more excess deaths versus reported COVID-19 deaths, a substantial fraction of these will probably be shown to be from SARS-CoV-2 infection. This fraction, however, is likely to vary by location. For instance, in some high-income countries like Belgium and Sweden, which have used audits to investigate potential COVID-19-related deaths and have taken an inclusive approach to statistical reporting (available on the European Statistical Recovery Dashboard),[39] the ratio between excess deaths and reported COVID-19 deaths is close to 1. This outcome suggests that in some locations, the net change in mortality rates across other diseases and injuries during the pandemic period has been minimal. Conversely, audited cause of death data from both Russia and Mexico indicate that a substantial proportion of excess deaths could not be attributed to SARS-CoV-2 infection in these locations. Although these and other findings suggest that a higher fraction of excess deaths are likely due to SARS-CoV-2 infection in high-income countries than elsewhere, sufficient evidence on this topic is too sparse to make any conclusion for all countries. As increased data on the pandemic period are eventually made available, more sophisticated analyses will be possible to dissect the effects of different drivers in different locations.

The highest ratios of excess deaths to reported COVID-19 deaths were observed in parts of central Asia and most countries in sub-Saharan Africa (excluding southern sub-Saharan Africa). These high ratios are unlikely to be fully explained by dramatic increases in other causes of death during the pandemic and must at least partly be related to a paucity in extensive testing, medical practices, or state guidance on what should count as a death from COVID-19. Behavioural data, available in our online tool, suggest that in comparison with high-income countries including Canada, many states in the USA, and some countries in western Europe, mask use across these regions was generally much lower throughout the pandemic; mobility, measured via cell phone application use, was much higher; and many fewer social distancing mandates were put in place. Furthermore, our variable selection analysis found that in addition to pandemic-related indicators such as IDR and mobility, background population health-related metrics such as HAQ Index, crude death rate, and inpatient admission rates are also predictive of excess mortality due to the COVID-19 pandemic. These factors might explain the large and under-reported COVID-19 epidemics in sub-Saharan Africa and central Asia, but more data are needed to fully understand the patterns in these regions. More attention should be given to locations like these, where dramatically low IDRs and rates of reported COVID-19 deaths have masked the true severity of the pandemic.

Weekly reporting of all-cause deaths has proven to be extremely useful in understanding the mortality impacts of the COVID-19 pandemic. Many countries have made a concerted effort to report data from vital registration in a much timelier manner than normal. Our analysis found that the lag between occurrence and registration of death varied substantially between countries, even between high-income countries with robust vital registration systems. Although such lags in reporting documented here show there are limitations to this rapid reporting in some countries such as the USA, these data have substantial value for epidemiological surveillance. Governments should try to use digital reporting of cause of death data and rapid release of the data to the public health community. If more countries invested in timely reporting, we would not only be able to track the effects of this pandemic and future pandemics, but we could more rapidly evaluate the effect of behavioural changes, such as social distancing, on mortality rates of other diseases and injuries.

For the **online tool** see http://covid19.healthdata.org

For the **Centers for Disease Control and Prevention weekly US influenza surveillance report** see https://www.cdc.gov/flu/weekly/index.html

At the global level, our excess mortality estimates are very similar to those reported by *The Economist*, the only other source of COVID-19 excess mortality at a global scale for a similar time period. For a majority of the countries and territories covered by both analyses (104 of 187), the uncertainty intervals from this study and those from *The Economist* overlap, meaning no statistically significant difference between them. However, there are dramatic differences in the estimated excess mortality counts between the two studies for many countries (appendix p 50). The relative difference between the estimates from each study, defined as the ratio between excess deaths from *The Economist* study over those from our study minus 1, ranges from −382·7% (Vanuatu) to 2282·3% (China). In terms of absolute relative difference, at least a 25% difference is observed in 129 of 187 countries. Some 23 countries have absolute relative differences between the two studies of higher than 100%. For the 121 countries and territories for which both studies predict more than 5000 excess deaths, the estimates from *The Economist* tend to be lower than in this study. Although the global total produced by *The Economist* was similar at 18·0 million (95% UI 10·9–24·4) excess deaths, which is about 212 000 deaths fewer than the estimate derived in this study, country contributions to the totals varied. *The Economist* estimated 192 000 fewer excess deaths for Mexico, 140 000 for the USA, and 140 000 for Peru, and 1·07 million additional excess deaths for India, 409 000 for China, and 193 000 for Sudan. For sub-Saharan Africa, the absolute relative differences range from 0·6% in Gabon to 310·7% in Burundi. The absolute relative difference is at least 50% among 21 out of 46 countries in the region.

This study has a number of limitations. First, different modelling strategies, although closely related, were used for the estimation of excess mortality due to COVID-19 depending on the availability of time series data on all-cause mortality before and during the pandemic. For countries without reporting of all-cause mortality by week or month, we used a statistical model to predict the COVID-19 excess mortality rate. Direct measurement would be preferable to modelled excess mortality estimates not based on all-cause mortality data, which are usually more robust, from the locations themselves. Second, we excluded from the assessment of excess mortality the most recent weeks and months in 2021 because of the evidence that late registration can take 20 weeks or longer to catch up. These exclusions help make our assessment closer to the true impact of COVID-19 for the period when data were kept in the analysis, improving the predictions made based on these input data for the entire modelled period. However, there is subjectivity to the exact limit on the intervals to be excluded because many countries have not provided weekly reports to formally evaluate late registration timing. Third, we estimated cumulative COVID-19 excess mortality rate, rather than estimating temporal excess mortality rate by week or month. This was intentional, as we found considerable lags in the reporting of COVID-19 death data compared with more precise data from vital statistics after allowing time for reporting of the day of death. In some cases, either all-cause mortality or COVID-19 mortality is tabulated by time of registration, rather than time of occurrence. The disconnect between timing of these two data streams leads to unrealistic values when COVID-19 mortality rate, a key covariate in predicting excess mortality rate, is used to predict time-detailed excess mortality rate. Simple simulation studies that we conducted (not shown) showed that even 1–2-week differences in reporting lags between the sources could lead to large swings in the weekly ratios between excess mortality and reported COVID-19 mortality. For this reason, we believe that analysing the cumulative excess mortality is much more robust. Fourth, as studies from a few selected countries including the Netherlands and Sweden have suggested,[40] we suspect most of the excess mortality during the pandemic is from COVID-19. However, sufficient empirical evidence is absent in most countries. Given the high amount of heterogeneity in epidemiological profiles among countries, it is prudent not to make such strong assumptions before more research on this topic is done. Fifth, although our variable selection process produced 15 covariates that we included in our final model, inclusion of other variables might have improved our model predictions. Sixth, strict lockdown and mediation interventions can lead to negative excess mortality during the pandemic (ie, expected mortality is higher than observed all-cause mortality during the pandemic). We estimated that several countries, including Australia and New Zealand, have had negative excess mortality during the pandemic. This observation is probably due to decreases in mortality from diseases and injuries for which exposure to related risks has been reduced during the pandemic. In our prediction model for locations without time-detailed all-cause mortality before and during the pandemic, we did not attempt to predict negative excess mortality rates, as such evidence is not strong enough from a small number of locations to extrapolate to the whole world. Future studies are warranted to examine the effect of lockdown on changes in specific causes of death. Related to this decision not to predict negative excess mortality, our excess mortality estimates for the provinces in China were driven by covariates only. Although we recognise that similar, if not stricter, lockdown practices have been implemented in China compared with those we have seen in countries such as Australia and New Zealand, there is an absence of empirical information on vital registration data to make proper excess mortality estimates with the models we have developed. As more information becomes available in the near future, further improvements to our estimates are warranted. Seventh, various drivers

For ***The Economist* COVID-19 excess death estimates** see https://www.economist.com/graphic-detail/coronavirus-excess-deaths-tracker

are responsible for the changes in all-cause and cause-specific mortality in a population. Therefore, in estimating excess mortality due to COVID-19, the roles of confounders of changes in mortality during the pandemic should be resolved. We excluded mortality spikes in selected summer weeks in Europe that coincided with a heatwave, when the pandemic was at its lowest point in terms of transmission. However, scarcity of empirical evidence on other confounders and the information on cause-specific mortality that is associated with such confounders prevented us from further and more detailed data analysis. As the body of evidence grows in the future on both potential confounders and cause-specific mortality, such information should be incorporated into future iterations of the analysis presented in this study. Eighth, our excess mortality estimates are based on all-age mortality data, male and female data combined, from vital registration systems, and therefore cannot be disaggregated by age or sex. COVID-19 disproportionally affects older and fragile populations, and we should expect varying age patterns of excess mortality based on a population's demographic and epidemiological profiles. Unfortunately, weekly and monthly vital registration data by age and sex for 2020 and 2021 are currently too sparse (and tend to be in broad age groups when available) to robustly model excess mortality by age and sex, or to use to build models that predict this age pattern across countries with acceptable out-of-sample predictive validity. We intend to evaluate age-specific and sex-specific excess mortality in future iterations of this analysis when data disaggregated by age and sex become more widely available. Finally, the development and deployment of SARS-COV-2 vaccines have considerably lowered mortality rates among people who contract the virus and among the general population. As a result, we expect trends in excess mortality due to COVID-19 to change over time as the coverage of vaccination increases among populations and as new variants emerge. There will be great value in continuing to estimate excess mortality over time as these and other factors shift.

The full magnitude of the COVID-19 pandemic has been much greater in 2020 and 2021 than is indicated by reported deaths due to COVID-19, with COVID-19 potentially being a leading cause of mortality in 2020 and 2021. Further research and increased availability of cause of death data will be crucial for distinguishing the proportion of excess mortality that was directly caused by SARS-CoV-2 infection. Finding ways to strengthen death reporting systems and mitigate political barriers to accurate reporting will be important for tracking and monitoring the continuation of the existing COVID-19 pandemic and future pandemic events.

COVID-19 Excess Mortality Collaborators

Haidong Wang, Katherine R Paulson, Spencer A Pease, Stefanie Watson, Haley Comfort, Peng Zheng, Aleksandr Y Aravkin, Catherine Bisignano, Ryan M Barber, Tahiya Alam, John E Fuller, Erin A May, Darwin Phan Jones, Meghan E Frisch, Cristiana Abbafati, Christopher Adolph, Adrien Allorant, Joanne O Amlag, Bree Bang-Jensen, Gregory J Bertolacci, Sabina S Bloom, Austin Carter, Emma Castro, Suman Chakrabarti, Jhilik Chattopadhyay, Rebecca M Cogen, James K Collins, Kimberly Cooperrider, Xiaochen Dai, William James Dangel, Farah Daoud, Carolyn Dapper, Amanda Deen, Bruce B Duncan, Megan Erickson, Samuel B Ewald, Tatiana Fedosseeva, Alize J Ferrari, Joseph Jon Frostad, Nancy Fullman, John Gallagher, Amiran Gamkrelidze, Gaorui Guo, Jiawei He, Monika Helak, Nathaniel J Henry, Erin N Hulland, Bethany M Huntley, Maia Kereselidze, Alice Lazzar-Atwood, Kate E LeGrand, Akiaja Lindstrom, Emily Linebarger, Paulo A Lotufo, Rafael Lozano, Beatrice Magistro, Deborah Carvalho Malta, Johan Månsson, Ana M Mantilla Herrera, Fatima Marinho, Alemnesh H Mirkuzie, Awoke Temesgen Misganaw, Lorenzo Monasta, Paulami Naik, Shuhei Nomura, Edward G O'Brien, James Kevin O'Halloran, Latera Tesfaye Olana, Samuel M Ostroff, Louise Penberthy, Robert C Reiner Jr, Grace Reinke, Antonio Luiz P Ribeiro, Damian Francesco Santomauro, Maria Inês Schmidt, David H Shaw, Brittney S Sheena, Aleksei Sholokhov, Natia Skhvitaridze, Reed J D Sorensen, Emma Elizabeth Spurlock, Ruri Syailendrawati, Roman Topor-Madry, Christopher E Troeger, Rebecca Walcott, Ally Walker, Charles Shey Wiysonge, Nahom Alemseged Worku, Bethany Zigler, David M Pigott, Mohsen Naghavi, Ali H Mokdad, Stephen S Lim, Simon I Hay, Emmanuela Gakidou, Christopher J L Murray.

Affiliations

Institute for Health Metrics and Evaluation (H Wang PhD, K R Paulson MPH, S A Pease BS, S Watson MS, H Comfort MPH, Prof P Zheng PhD, A Y Aravkin PhD, C Bisignano MPH, R M Barber BS, T Alam MPH, J E Fuller MIS, E A May BIE, D P Jones BS, M E Frisch BA, A Allorant PhD, J O Amlag MPH, B Bang-Jensen MA, G J Bertolacci BS, S S Bloom BA, A Carter MPH, E Castro MS, S Chakrabarti MA, J Chattopadhyay MS, R M Cogen BA, J K Collins BS, K Cooperrider BA, X Dai PhD, W J Dangel MEd, F Daoud BS, C Dapper MA, A Deen MPH, M Erickson MA, S B Ewald MS, T Fedosseeva MSc, A J Ferrari PhD, J J Frostad MPH, N Fullman MPH, J Gallagher MPA, G Guo MPH, J He MSc, M Helak BA, E N Hulland MPH, B M Huntley BA, A Lazzar-Atwood BSc, K E LeGrand MPH, E Linebarger BA, Prof R Lozano MD, J Månsson MS, P Naik MSPH, E G O'Brien MSc, J K O'Halloran MS, S M Ostroff PhD, L Penberthy MS, R C Reiner Jr PhD, G Reinke MA, D F Santomauro PhD, D H Shaw MSc, B S Sheena BS, A Sholokhov MSc, R J D Sorensen MPH, E E Spurlock MPH, R Syailendrawati MA, C E Troeger MPH, A Walker MA, B Zigler MPH, D M Pigott PhD, Prof M Naghavi PhD, A H Mokdad PhD, Prof S S Lim PhD, Prof S I Hay DSc, Prof E Gakidou PhD, Prof C J L Murray DPhil), Department of Health Metrics Sciences, School of Medicine (H Wang PhD, Prof P Zheng PhD, A Y Aravkin PhD, X Dai PhD, Prof R Lozano MD, A T Misganaw PhD, R C Reiner Jr PhD, D M Pigott PhD, Prof M Naghavi PhD, A H Mokdad PhD, Prof S S Lim PhD, Prof S I Hay DSc, Prof E Gakidou PhD, Prof C J L Murray DPhil), Department of Applied Mathematics (A Y Aravkin PhD), Department of Political Science (Prof C Adolph PhD), Center for Statistics and the Social Sciences (Prof C Adolph PhD), Department of Global Health (S Chakrabarti MA, E N Hulland MPH, R J D Sorensen MPH), Henry M Jackson School of International Studies (S M Ostroff PhD), Evans School of Public Policy & Governance (R Walcott MPH), University of Washington, Seattle, WA, USA; Department of Juridical and Economic Studies (C Abbafati PhD), La Sapienza University, Rome, Italy; Postgraduate Program in Epidemiology (Prof B B Duncan MD, Prof M I Schmidt PhD), Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil; School of Public Health (A J Ferrari PhD, A Lindstrom MEpi, A M Mantilla Herrera PhD, D F Santomauro PhD), The University of Queensland, Brisbane, QLD, Australia; Medical Statistics Department (N Skhvitaridze MBA), National Center for Disease Control and Public Health (Prof A Gamkrelidze PhD, M Kereselidze PhD), Tbilisi, Georgia; Nuffield Department of Clinical Medicine (N J Henry BS), University of Oxford, Oxford, UK; School of Public Health (A Lindstrom MEpi), West Moreton Hospital Health Services (A M Mantilla Herrera PhD), Policy and Epidemiology Group

(D F Santomauro PhD), Queensland Centre for Mental Health Research, Wacol, QLD, Australia; Department of Medicine (Prof P A Lotufo DrPH), University of Sao Paulo, Sao Paulo, Brazil; Munk School of Global Affairs and Public Policy (B Magistro PhD), University of Toronto, Toronto, ON, Canada; Department of Maternal and Child Nursing and Public Health (Prof D C Malta PhD), Department of Public Health (F Marinho PhD), Department of Internal Medicine (Prof A P Ribeiro MD), Centre of Telehealth (Prof A P Ribeiro MD), Federal University of Minas Gerais, Belo Horizonte, Brazil; Department of Public Health (F Marinho PhD), Vital Strategies, São Paulo, Brazil; National Data Management Center for Health (A H Mirkuzie PhD, A T Misganaw PhD, N A Worku MSc), Ethiopian Public Health Institute, Addis Ababa, Ethiopia; Center for International Health (A H Mirkuzie PhD), University of Bergen, Bergen, Norway; Clinical Epidemiology and Public Health Research Unit (L Monasta DSc), Burlo Garofolo Institute for Maternal and Child Health, Trieste, Italy; Department of Health Policy and Management (S Nomura PhD), Keio University, Tokyo, Japan; Department of Global Health Policy (S Nomura PhD), University of Tokyo, Tokyo, Japan; School of Electrical and Computer Engineering (L T Olana BSc), Addis Ababa University, Addis Ababa, Ethiopia; School of Health Sciences (N Skhvitaridze MBA), University of Georgia, Tbilisi, Georgia; Department of Social and Behavioral Sciences (E E Spurlock MPH), Yale University, New Haven, CT, USA; Institute of Public Health (R Topor-Madry PhD), Jagiellonian University Medical College, Kraków, Poland; Agency for Health Technology Assessment and Tariff System (R Topor-Madry PhD), Warsaw, Poland; Cochrane South Africa (Prof C S Wiysonge MD), South African Medical Research Council, Cape Town, South Africa; School of Public Health and Family Medicine (Prof C S Wiysonge MD), University of Cape Town, Cape Town, South Africa.

Contributors

Please see the appendix (pp 45–46) for more detailed information about individual author contributions to the research, divided into the following categories: managing the estimation or publication process; writing the first draft of the manuscript; primary responsibility for applying analytical methods to produce estimates; primary responsibility for seeking, cataloguing, extracting, or cleaning data; designing or coding figures and tables; providing data or critical feedback on data sources; development of methods or computational machinery; providing critical feedback on methods or results; drafting the manuscript or revising it critically for important intellectual content; and managing the overall research enterprise. Members of the core research team for this topic area had full access to the underlying data used to generate estimates presented in this paper. All other authors had access to, and reviewed, estimates as part of the research evaluation process.

Declaration of interests

C Adolph reports support for the present manuscript from the Benificus Foundation for collection of data on state-level social distancing policies in the USA. X Dai reports support for the present manuscript from paid salary through employment at the Institute for Health Metrics and Evaluation and the University of Washington. N Fullman reports funding support from WHO as a consultant from June to September, 2019, and Gates Ventures since June, 2020, all outside the submitted work. S Nomura reports support for the present manuscript from a Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology of Japan grant. D M Pigott reports support for the present manuscript from the Bill & Melinda Gates Foundation. D M Pigott also reports grants or contracts from the Bill & Melinda Gates Foundation, outside the submitted work. All other authors declare no competing interests.

Data sharing

The data sources used in these analyses are available to download on the Global Health Data Exchange website. Reported COVID-19 death data sources are also listed by location and institution in the appendix (pp 8–37).

Acknowledgments

Funding was provided by the Bill & Melinda Gates Foundation, J Stanton, T Gillespie, and J and E Nordstrom. A J Ferrari is supported by a National Health and Medical Research Council Early Career Fellowship grant (APP1121516) and is employed by the Queensland Centre for Mental Health Research which receives core funding from the Queensland Department of Health. S Nomura would like to acknowledge the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology of Japan. R C Reiner Jr was partially supported by the National Science Foundation (award number FAIN: 2031096). A L P Ribeiro was partially supported by the Brazilian National Council for Scientific and Technological Development (grant numbers 310679/2016–8 and 465518/2014–1), by the Minas Gerais State Agency for Research and Development (grant numbers PPM-00428–17 and RED-00081–16), and Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (grant number 88887.507149/2020–00). D F Santomauro is employed by the Queensland Centre for Mental Health Research which receives core funding from the Queensland Department of Health. C S Wiysonge's work is supported by the South African Medical Research Council.

Editorial note: the *Lancet* Group takes a neutral position with respect to territorial claims in published maps.

References

1 Friedman J, Liu P, Troeger CE, et al. Predictive performance of international COVID-19 mortality forecasting models. *Nat Commun* 2021; **12:** 2609.

2 Li Y, Fang F, He M. Factors associated with nursing homes' late participation in COVID-19 reporting. *J Am Geriatr Soc* 2020; **68:** 2468–69.

3 Li R, Pei S, Chen B, et al. Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science* 2020; **368:** 489–93.

4 Lau H, Khosrawipour T, Kocbach P, Ichii H, Bania J, Khosrawipour V. Evaluating the massive underreporting and undertesting of COVID-19 cases in multiple global epicenters. *Pulmonology* 2021; **27:** 110–15.

5 Kupek E. How many more? Under-reporting of the COVID-19 deaths in Brazil in 2020. *Trop Med Int Health* 2021; **26:** 1019–28.

6 Biswas RK, Afiaz A, Huq S. Underreporting COVID-19: the curious case of the Indian subcontinent. *Epidemiol Infect* 2020; **148:** e207.

7 WHO. The true death toll of COVID-19: estimating global excess mortality. May, 2021. https://www.who.int/data/stories/the-true-death-toll-of-covid-19-estimating-global-excess-mortality (accessed June 29, 2021).

8 Kontis V, Bennett JE, Rashid T, et al. Magnitude, demographics and dynamics of the effect of the first wave of the COVID-19 pandemic on all-cause mortality in 21 industrialized countries. *Nat Med* 2020; **26:** 1919–28.

9 Kobak D. Excess mortality reveals Covid's true toll in Russia. *Significance* 2021; **18:** 16–19.

10 Stokes AC, Lundberg DJ, Elo IT, Hempstead K, Bor J, Preston SH. COVID-19 and excess mortality in the United States: a county-level analysis. *PLoS Med* 2021; **18:** e1003571.

11 Mungmunpuntipantip R, Wiwanitkit V. The COVID-19 pandemic and traffic accidents. *S Afr Med J* 2021; **111:** 13227.

12 Rozenfeld M, Peleg K, Givon A, et al. COVID-19 changed the injury patterns of hospitalized patients. *Prehosp Disaster Med* 2021; **36:** 251–59.

13 Salottolo K, Caiafa R, Mueller J, et al. Multicenter study of US trauma centers examining the effect of the COVID-19 pandemic on injury causes, diagnoses and procedures. *Trauma Surg Acute Care Open* 2021; **6:** e000655.

14 Zubiri L, Rosovsky RP, Mooradian MJ, et al. Temporal trends in inpatient oncology census before and during the COVID-19 pandemic and rates of nosocomial COVID-19 among patients with cancer at a large academic center. *Oncologist* 2021; **26:** e1427–33.

15 Folino AF, Zorzi A, Cernetti C, et al. Impact of COVID-19 epidemic on coronary care unit accesses for acute coronary syndrome in Veneto region, Italy. *Am Heart J* 2020; **226:** 26–28.

16 Fullman N, Yearwood J, Abay SM, et al. Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2018; **391:** 2236–71.

17 Stevens GA, Alkema L, Black RE, et al. Guidelines for Accurate and Transparent Health Estimates Reporting: the GATHER statement. *Lancet* 2016; **388:** e19–23.

For the **Global Health Data Exchange** see http://ghdx.healthdata.org/record/ihme-data/covid_19_excess_mortality

18 Karlinsky A, Kobak D. Tracking excess mortality across countries during the COVID-19 pandemic with the World Mortality Dataset. *eLife* 2021; **10:** e69336.

19 Burkart KG, Brauer M, Aravkin AY, et al. Estimating the cause-specific relative risks of non-optimal temperature on daily mortality: a two-part modelling approach applied to the Global Burden of Disease Study. *Lancet* 2021; **398:** 685–97.

20 Robine J-M, Cheung SLK, Le Roy S, et al. Death toll exceeded 70 000 in Europe during the summer of 2003. *C R Biol* 2008; **331:** 171–78.

21 Shaposhnikov D, Revich B, Bellander T, et al. Mortality related to air pollution with the Moscow heat wave and wildfire of 2010. *Epidemiology* 2014; **25:** 359–64.

22 Vos T, Lim SS, Abbafati C, et al. Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet* 2020; **396:** 1204–22.

23 Centers for Disease Control and Prevention. Science brief: evidence used to update the list of underlying medical conditions associated with higher risk for severe COVID-19. Oct 14, 2021. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/science/science-briefs/underlying-evidence-table.html (accessed Oct 29, 2021).

24 Dinmohamed AG, Visser O, Verhoeven RHA, et al. Fewer cancer diagnoses during the COVID-19 epidemic in the Netherlands. *Lancet Oncol* 2020; **21:** 750–51.

25 Schwarz V, Mahfoud F, Lauder L, et al. Decline of emergency admissions for cardiovascular and cerebrovascular events after the outbreak of COVID-19. *Clin Res Cardiol* 2020; **109:** 1500–06.

26 Causey K, Fullman N, Sorensen RJD, et al. Estimating global and regional disruptions to routine childhood vaccine coverage during the COVID-19 pandemic in 2020: a modelling study. *Lancet* 2021; **398:** 522–34.

27 Ezenwa BN, Fajolu IB, Nabwera H, Wang D, Ezeaka CV, Allen S. Impact of COVID-19 lockdown measures on institutional delivery, neonatal admissions and prematurity: a reflection from Lagos, Nigeria. *BMJ Paediatr Open* 2021; **5:** e001029.

28 Goldenberg RL, McClure EM. Have coronavirus disease 2019 (COVID-19) community lockdowns reduced preterm birth rates? *Obstet Gynecol* 2021; **137:** 399–402.

29 National Safety Council. Preliminary semiannual estimates. 2021. https://injuryfacts.nsc.org/motor-vehicle/overview/preliminary-estimates/ (accessed June 29, 2021).

30 Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry* 2020; **7:** 468–71.

31 John A, Pirkis J, Gunnell D, Appleby L, Morrissey J. Trends in suicide during the covid-19 pandemic. *BMJ* 2020; **371:** m4352.

32 Sakamoto H, Ishikane M, Ghaznavi C, Ueda P. Assessment of suicide in Japan during the COVID-19 pandemic *vs* previous years. *JAMA Netw Open* 2021; **4:** e2037378.

33 Baumgartner JC, Radley DC. The spike in drug overdose deaths during the COVID-19 pandemic and policy options to move forward. March 25, 2021. The Commonwealth Fund. https://www.commonwealthfund.org/blog/2021/spike-drug-overdose-deaths-during-covid-19-pandemic-and-policy-options-move-forward (accessed June 20, 2021).

34 Rosenbaum J, Lucas N, Zandrow G, et al. Impact of a shelter-in-place order during the COVID-19 pandemic on the incidence of opioid overdoses. *Am J Emerg Med* 2021; **41:** 51–54.

35 Currie JM, Schnell MK, Schwandt H, Zhang J. Trends in drug overdose mortality in Ohio during the first 7 months of the COVID-19 pandemic. *JAMA Netw Open* 2021; **4:** e217112.

36 Centers for Disease Control and Prevention Health Alert Network. Increase in fatal drug overdoses across the United States driven by synthetic opioids before and during the COVID-19 pandemic. Dec 17, 2020. https://emergency.cdc.gov/han/2020/han00438.asp (accessed June 29, 2021).

37 Bourzac K. COVID-19 lockdowns had strange effects on air pollution across the globe. Sept 25, 2020. https://cen.acs.org/environment/atmospheric-chemistry/COVID-19-lockdowns-had-strange-effects-on-air-pollution-across-the-globe/98/i37 (accessed June 20, 2021).

38 Gautam AS, Dilwaliya NK, Srivastava A, et al. Temporary reduction in air pollution due to anthropogenic activity switch-off during COVID-19 lockdown in northern parts of India. *Environ Dev Sustain* 2020; **23:** 1–24.

39 Government of Belgium. COVID-19 mortality. July 19, 2021. https://www.healthybelgium.be/en/health-status/covid-19-crisis/covid-19-mortality (accessed June 29, 2021).

40 Statistics Bureau of the Netherlands. 3·9 thousand people died from COVID-19 in December 2020. April 7, 2021. https://www.cbs.nl/nl-nl/nieuws/2021/14/3–9-duizend-mensen-overleden-aan-covid-19-in-december-2020 (accessed June 14, 2021).

Allegato 5

Documentazione Azienda Zero
(3 agosto 2021)

Azienda Zero - Prot. n. 0024606/2020 - E - 23/10/2020
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 23 OTT. 2020 Protocollo N° 452661 Class: G.300.01.1 Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: trasmissione aggiornamento Piano di Sanità Pubblica *"Emergenza COVID-19 – Fase 3. Piano di Sanità Pubblica - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione (DGR 344/2020, DGR 1104/2020 e smi)".*

Alla c.a.
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori Servizi Sociali
Direttori Distretti Socio Sanitari
Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi Igiene e Sanità Pubblica
Referenti Profilassi vaccinale e Malattie infettive
Aziende ULSS del Veneto

Direttori Generali
Direttori Sanitari
Azienda Ospedale Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Istituto Oncologico Veneto

OO.SS. FIMMG e FIMP Veneto

e p.c.

Assessore a Sanità e Servizi Sociali
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Direttore Generale Azienda Zero
Direttore Direzione Servizi Sociali
Direttore Direzione Programmazione - LEA
Direttore UO Cure Primarie

LORO SEDI

Si trasmette il documento in oggetto, già approvato dal Comitato Tecnico Scientifico e da Delibera di Giunta Regionale in data 21.10.2020, in attesa di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto (BUR). In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dell'aumento della circolazione virale a livello nazionale e regionale, oltre alle necessarie misure di mitigazione della diffusione del virus a livello comunitario, si è ritenuto comunque di rafforzare gli interventi finalizzati al contenimento e alla repressione dei focolai, con priorità verso i contesti familiari, scolastici, ospedalieri, lavorativi e nelle Strutture residenziali.

Il presente Piano dispone con urgenza di rafforzare i Dipartimenti di Prevenzione da un punto di vista organizzativo e di personale, anche in attuazione di quanto indicato nel "*Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione*" di cui alla DGR n. 782 del 16.06.2020. Il recente aumento dei nuovi casi positivi su base giornaliera

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

determina un costante incremento del carico di lavoro richiesto al personale dei suddetti Dipartimenti, impegnato senza sosta e a pieno ritmo fin dalle prime fasi dell'epidemia. Le Aziende ULSS dovranno, sulla base dell'organizzazione locale, supportare le attività del Dipartimento di Prevenzione e delle "*Centrali Operative di Contact Tracing*" con personale aggiuntivo afferente anche ad altri servizi aziendali, in modo da garantire ai suddetti Dipartimenti di riorientare le attività al proprio interno a garanzia della presa in carico dei positivi e del rintraccio dei contatti per un'efficace gestione dell'emergenza. La numerosità del personale dedicato a tali attività dovrà sempre essere commisurata al carico di lavoro, allo scenario epidemiologico e in numero tale da garantire il rapporto di 1:10.000 abitanti come previsto dai documenti internazionali, nazionali e regionali di riferimento.

Le attività di screening previste dalla DGR 1104/2020 vengono, inoltre, rimodulate con l'aggiornamento della frequenza di testing e l'estensione dell'offerta a nuovi gruppi target di popolazione. In particolare, è stata incrementata ad otto giorni la frequenza dello screening per gli operatori sanitari ospedalieri e territoriali coinvolti principalmente nell'assistenza di pazienti COVID-19 (Malattie infettive, Terapia intensiva, USCA, PS, ecc.) e per gli operatori sanitari delle strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti. È stato introdotto, inoltre, il test per i visitatori degli ospiti delle suddette strutture, che dovrà essere effettuato in tutti i casi in cui la visita si svolge all'interno del nucleo di degenza e in tutti i casi in cui non sia possibile garantire, durante la visita, il rispetto delle norme di prevenzione e protezione attualmente vigenti (es. distanziamento, utilizzo di adeguati dispositivi di protezione individuale, ecc.).

Inoltre, al fine garantire uno screening periodico rapido e frequente che possa, in particolare per i contesti più fragili, garantire un possibile filtro tempestivo per SARS-CoV-2, la Regione del Veneto ha valutato l'opportunità di impiegare il test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2. La scelta di tale test consente di garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica, sulla base di quanto indicato dai principali organismi internazionali (OMS, ECDC, CDC e della Circolare del Ministero della Salute n. 31400 del 29.09.2020) e in accordo con quanto indicato dalla Nota tecnica ad interim del Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità "*Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica*" aggiornata al 16.10.2020).

A tale riguardo, in ogni Azienda ULSS potranno essere organizzati "punti di accesso territoriali" per la somministrazione dei test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2, sedi dedicate attive 7gg/7 h24 che vedano la presenza di equipe di Medici di Continuità Assistenziale, Medici delle USCA, personale infermieristico e/o altro personale per l'accoglienza e la gestione dei pazienti o, alternativamente, studi della Medicina Generale e Pediatria di Libera Scelta e spazi alternativi organizzati valorizzando la collaborazione con le amministrazioni locali, al fine di ampliare ulteriormente l'offerta di tali test e di consentire una diagnosi tempestiva di COVID-19.

Con l'occasione si porgono distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Responsabile dell'istruttoria:
Dott. Michele Tonon/BS
Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Piano di Sanità Pubblica

Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione

(DGR 344/2020, DGR 1104/2020 e successive modifiche ed integrazioni)

OTTOBRE 2020

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SOMMARIO

1. PREMESSA **3**

2. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA **3**

3. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE **3**

3.1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica 5

3.2 Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro 6

3.3 Attività di promozione della salute 6

3.4 Attività certificative e medico legali 7

3.5 Attività da remoto e a distanza 7

4. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI DI SCREENING PER SARS-COV-2 **7**

4.1 Test di screening per la ricerca di sars-cov-2 7

4.2 Popolazione target 8

4.3 Registrazione e tracciabilità dei dati 11

5. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI TEST ANTIGENICI RAPIDI **11**

5.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali 12

5.1.1 Sedi h24 7gg/7 12

5.1.2 Sedi di Continuità Assistenziale potenziate 12

5.1.3 Studi della medicina generale o spazi alternativi organizzati 12

5.2 Indicazioni operative 13

5.3 Attuazione e Monitoraggio 13

1. PREMESSA

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dei risultati delle attività di screening fin qui condotte, che evidenziano un aumento della circolazione di SARS-CoV-2 in specifici contesti, si ritiene di aggiornare il Piano di Sanità Pubblica della Regione del Veneto.

Il Piano, nella sua realizzazione, sarà attuato sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS.

Le indicazioni contenute nel presente documento integrano le indicazioni fornite dagli altri documenti regionali per i seguenti ambiti:

- gestione dei casi sospetti e confermati e attività di contact tracing - *"EMERGENZA COVID-19 - Procedura regionale Nuovo Coronavirus SARS-CoV-2",*
- gestione dei casi sospetti, confermati e dei contatti in ambito scolastico - *"EMERGENZA COVID-19 - Protocollo operativo per la gestione dei contatti di caso confermato di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia",*
- "*Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 – COVID-19",*
- *"EMERGENZA COVID-19 - Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale"* e successive note integrative.

2. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

Mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19, intercettando ed isolando tutti i possibili nuovi casi o focolai. La strategia prevede di **rafforzare l'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria** e/o di importazione di casi dall'estero, e le conseguenti azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio soprattutto dei **focolai familiari, scolastici, ospedalieri e delle Strutture residenziali**.

3. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Le attività di *contact tracing* rivestono un ruolo cardine nella strategia di Sanità Pubblica di prevenzione e contenimento del contagio della Regione del Veneto. Il recente aumento dei nuovi casi positivi su base giornaliera determina un costante incremento del carico di lavoro richiesto al personale dei Dipartimenti di Prevenzione, impegnato senza sosta e a pieno ritmo, fin dalle prime fasi dell'epidemia, per far fronte all'emergenza sanitaria. Anche nell'attuale scenario epidemiologico, l'obiettivo di Sanità Pubblica da porre in essere con assoluta urgenza, è quello di interrompere tutte le possibili catene di trasmissione del virus responsabile di COVID-19.

Al fine di garantire l'efficienza, la sostenibilità e la tempestività delle attività di presa in carico dei positivi, di rintraccio dei contatti, di sorveglianza, prevenzione e controllo dell'epidemia in corso, è necessario che le Aziende ULSS rafforzino i Dipartimenti di Prevenzione da un punto di vista organizzativo e di personale, in modo da garantire ai suddetti Dipartimenti di riorientare le attività

al proprio interno a supporto della gestione dell'emergenza, in conformità con quanto indicato nel "Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione" previsto con DGR n. 782 del 16.06.2020[1].

In particolare dovranno essere garantite le attività di inchiesta epidemiologica e di rintraccio di tutti i contatti istituendo delle **"Centrali Operative di Contact Tracing"** dedicate. Le attività di *contact tracing* dovranno essere **coordinate dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, individuando un medico specialista in Igiene come referente,** e garantite da personale afferente ai diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione con il supporto, in caso di bisogno, del personale di altri servizi aziendali. Tali attività potranno essere garantite, per i diversi ambiti di competenza, da medici, assistenti sanitari e infermieri ma anche tecnici della prevenzione, medici in formazione, studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, personale amministrativo, etc. Per quanto riguarda gli operatori che non hanno esperienza di conduzione delle indagini epidemiologiche deve essere garantito dal Sisp una rapida formazione "sul campo".

Si ribadisce l'importanza, sulla base dell'organizzazione locale e in accordo con la Direzione Aziendale, di supportare le attività del Dipartimento di Prevenzione e delle **Centrali Operative di Contact Tracing con personale aggiuntivo afferente anche ad altri servizi dell'Azienda ULSS.** L'articolazione organizzativa sarà valutata da ogni singola Azienda in funzione delle specifiche esigenze e realtà territoriale. La numerosità del personale dedicato a tali attività dovrà essere commisurata al carico di lavoro e allo scenario epidemiologico e in numero tale da **garantire il rapporto di 1:10.000 abitanti** come previsto dai documenti internazionali[2], nazionali[3] e regionali[4] di riferimento.

Si evidenzia di seguito la tabella, riportata nella DGR. 782 del 16.06.2020 "Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione", relative alle dotazione organiche dei GORR per le attività relative alle gestione dell'emergenza, attivabili anche su base modulare con particolare riferimento alle indispensabili attività di inchiesta epidemiologica da garantire da parte delle "*Centrali Operative di Contact Tracing*".

---

[1] *DGR n. 782 del 16 giugno 2020 "Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria"*

[2] *ECDC Technical Report - Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities for COVID-19 cases in the EU/EEA - 2 marzo 2020.*

[3] *Decreto del Ministero della Salute del 30.04.2020 - "Adozione dei Criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'Allegato 10 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020".*

[4] *DGR n. 782 del 16 giugno 2020 - Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.*

	Popolazione assistita > 18 anni	Dotazione organica del GORR attivabile su base modulare in corso di emergenza n. Operatori Sanitari
ULSS 1	174.027	17
ULSS 2	736.992	73
ULSS 3	531.290	53
ULSS 4	193.445	19
ULSS 5	205.667	20
ULSS 6	785.758	78
ULSS 7	304.700	30
ULSS 8	412.681	41
ULSS 9	770.841	77
Regione Veneto	**4.115.401**	**411**

3.1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Si dà indicazione di differire tutte le chiamate vaccinali rivolte ai 12enni e 14enni, fino a prossima comunicazione che sarà legata all'andamento dello scenario epidemiologico. Inoltre, andranno differite tutte le attività vaccinali non urgenti a richiesta dell'utenza.

Si raccomanda inoltre di rivedere l'organizzazione Aziendale delle sedi vaccinali territoriali prevedendo un accorpamento delle stesse, con particolare attenzione alle sedi vaccinali minori e periferiche al fine di ottimizzare l'impegno orario e l'organizzazione delle attività, riducendo il tempo legato agli spostamenti del personale e la relativa presenza di personale su più sedi, fornendo anche in questo modo supporto alla gestione dell'emergenza COVID-19.

Per le attività di **relative allo screening oncologico,** allo stato attuale non vi sono indicazioni alla sospensione delle attività di primo livello, e si ribadisce la necessità di garantire in tempi congrui le prestazioni di secondo livello. E' importante che le aziende attivino il portale screening, promuovendone l'uso nella popolazione, perchè tale strumento informatico, oltre ad agevolare le utenti, può ridurre il carico degli operatori delle segreteria di screening e potenzialmente rendere più efficiente la gestione delle sedute disponibili per screening mammografico e screening della cervice uterina. Per quanto inerente lo screening del colon retto, si raccomanda di avviare, dal 1 novembre, il progetto della Farmacie dei Servizi, poichè le farmacie possono rappresentare un utile supporto a tale screening. Si invitano, inoltre, le Aziende a monitorare periodicamente i tassi di adesione della popolazione invitata ai programmi di screening oncologici.

3.2 Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Considerata l'accelerazione nell'evoluzione dell'epidemia, con aumento progressivo del numero di casi ed evidenze di criticità nei servizi territoriali, si forniscono le seguenti indicazioni al fine di promuovere l'adozione di comportamenti omogenei da parte dei Servizi interessati:

- Incrementare l'attività di supporto e assistenza alle attività economiche e produttive, mediante informazione e diffusione di indirizzi operativi, privilegiando, rispetto ad accessi presso le singole aziende, attività di coinvolgimento simultaneo di più aziende con attività a distanza.
- Mantenere l'attività di supporto alle altre strutture del Dipartimento di Prevenzione, sia mediante la condivisione delle informazioni relative alle aziende e al tessuto produttivo del territorio di competenza, sia collaborando ad attività trasversali per una maggiore copertura delle attività economiche del territorio ed anche nelle attività di contact tracing sulla base delle risorse disponibili.
- Garantire le prestazioni urgenti o indifferibili (es. interventi a seguito di segnalazione del SUEM 118 per infortuni sul lavoro; richiesta dell'Autorità Giudiziaria o di Forze dell'Ordine; interventi a seguito di segnalazione per situazioni lavorative ritenute di pericolo grave e imminente; atti non ripetibili nell'ambito di attività di indagine giudiziaria; altre attività per le quali sono previsti termini di carattere perentorio).

Per le attività certificative e formative, si rimanda alle indicazioni di cui ai punti **4.4** e **4.5**.

3.3 Attività di promozione della salute

Le attività di promozione della salute, anche in considerazione di quanto affermato dall'OMS, che nel futuro prossimo prevede un aumento delle patologie croniche non trasmissibili, dovuto proprio agli stili di vita assunti dalla popolazione durante l'emergenza, vanno mantenute nei limiti delle possibilità connesse alla gestione dell'emergenza. Si evidenzia inoltre che obesità, ipertensione, sedentarietà, consumo di tabacco sono fortemente correlati non solo all'insorgenza e aggravarsi di malattie croniche, ma, come hanno evidenziato i dati relativi all'epidemia di Covid-19, anche alle complicanze di patologie infettive. Pertanto i Servizi di prevenzione MCNT, programmi di Screening sono tenuti con le proprie équipe a:

a) sensibilizzare su quanto sopra gli operatori sanitari
b) prestare particolare attenzione alle fasce d'età maggiormente penalizzate durante la fase 1 Covid-19, dal punto di vista del benessere psico-fisico, quali infanzia, adolescenza, malati cronici e anziani, veicolando strumenti di comunicazione e informazione rivolti sia alla popolazione scolastica che ai gruppi target.

Tali azioni di possono essere attuate tramite gli strumenti già disponibili (alcuni esempi: Programma delle attività congiunte - Strumenti didattici multimediali; Video per la promozione della prescrizione dell'esercizio fisico; FAD specifiche).

Per quanto concerne la medicina di iniziativa, dovranno essere mantenute le attività già in essere, per quanto possibile in base alla disponibilità di risorse.

3.4 Attività certificative e medico legali

Si dà indicazione a differire tutte le attività certificative che non rivestono carattere di urgenza e non rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Dovranno continuare ad essere garantite le attività previste nei LEA, incluse commissioni patenti provinciali e commissioni invalidi che, dove possibile, possono essere espletate agli atti attraverso la valutazione documentale da parte delle commissioni preposte, anche in considerazione di evitare gli affollamenti degli spazi comuni, riducendo allo stesso tempo gli spostamenti e gli accessi alle strutture di persone con particolari fragilità.

Le Aziende ULSS, in considerazione dei nuovi carichi di lavoro previsti per i Dipartimenti di Prevenzione, dovranno coinvolgere nelle attività di medicina necroscopica altro personale medico afferente ad altri servizi aziendali, a supporto del personale medico dei Dipartimenti di Prevenzione.

3.5 Attività da remoto e a distanza

Si evidenzia, inoltre, che tutti i Dipartimenti di Prevenzione dovranno garantire lo svolgimento in sicurezza in modalità da remoto o a distanza, con l'ausilio di supporti tecnologici quali videoconferenza, di tutte le attività che possono essere svolte con tale modalità, siano esse incontri interni e riunioni o attività rivolte all'utenza esterna. A titolo di esempio dovranno essere considerate tali modalità per i colloqui pre-vaccinali con i genitori, colloqui informativi e attività strutturata di formazione/divulgazione con l'utenza in genere. Per tutte le attività di follow-up andrà valutata sempre la possibilità di esecuzione da remoto e la consultazione esami non in presenza del paziente.

4. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI DI SCREENING PER SARS-COV-2

4.1 Test di screening per la ricerca di sars-cov-2

Preso atto dello sviluppo di nuove metodiche di test in grado di fornire una risposta rapida, con il vantaggio di poter essere processati non solo in laboratorio ma anche nel cosiddetto "punto di cura" ("*point of care*"), la Regione del Veneto ha valutato l'opportunità di impiegare il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* nelle attività del presente Piano di Sanità Pubblica.

La scelta di tale test consente di garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica[5], sulla base di quanto indicato dai principali organismi internazionali (OMS, ECDC, CDC, Circolare del Ministero della Salute n.31400 del 29.09.2020 e Nota tecnica ad interim del Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità "*Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica*" aggiornata al 16.10.2020) e al fine garantire uno screening periodico, rapido e frequente che possa, in particolare per i contesti più fragili, garantire un possibile filtro per SARS-CoV-2. Nella tabella sotto riportata, dove non specificato diversamente, il test di riferimento è il test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2.

[5] *Documento "EMERGENZA COVID-19 - Indicazioni operative per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2" versione del 05.10.2020, trasmesso con nota della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare, Veterinaria prot. 422973 del 5.10.2020*

4.2 Popolazione target

Le attività di screening previste dalla DGR 1104/2020 (che aggiornava la DGR 344/2020) saranno rimodulate, come di seguito specificato, oltre alle categorie prevalentemente sanitarie si aggiungono gruppi target di popolazione. In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, ci si riserva la possibilità di rimodulare l'offerta in relazione alle future evoluzioni dello stesso.

PROSPETTO RIASSUNTIVO SCREENING PER SARS-CoV-2 NELLA REGIONE DEL VENETO		
CATEGORIA	**GRUPPO TARGET**	**TEMPISTICHE ED INDICAZIONI**
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Operatori Sanitari ospedalieri e territoriali coinvolti principalmente nell'assistenza di pazienti Covid 19 (Mal. infettive, ter.Intensiva, USCA, PS, etc.)	**ogni 8 giorni**
	Operatori Sanitari ospedalieri e territoriali	**ogni 20 giorni**
	MMG, PLS, MCA	**ogni 20 giorni**
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 20 giorni**
	Pazienti in previsione di ricovero programmato	**entro le 48 ore precedenti il ricovero (Test di biologia molecolare)**
	Soggetti autorizzati a prestare assistenza continuativa in ambito ospedaliero a pazienti non autonomi e assistenza al momento del parto	**all'inizio dell'attività di assistenza (Test di biologia molecolare e/o test antigenico rapido)** con eventuale ripetizione da valutare dalla struttura ospedaliera *NB: la scelta della tipologia di test è effettuata in funzione del tipo di assistenza e della tempistica (elezione/urgenza)*
ALTRI OPERATORI A SUPPORTO SANITARIO	Farmacisti	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS*
	Volontari dei servizi a supporto delle attività sanitarie (es. volontari e soccorritori delle varie Associazioni)	**ogni 20 giorni**
	Personale sanitario INPS e INAIL	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dai Servizi stessi con eventuale supporto delle Aziende ULSS*
	Operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa di persone affette da disabilità sensoriali, psichiche	**ogni 20 giorni**

	ed intellettive	
STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE PER ANZIANI E/O NON AUTOSUFFICIENTI	Operatori sanitari	**ogni 8 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Ospiti	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Visitatori (da intendersi per i visitatori che accedono al nucleo di degenza e laddove non sia possibile il rigoroso rispetto delle misure previste per la prevenzione del contagio)	**ogni 7 giorni** (è preferibile che i visitatori siano sempre gli stessi, al fine di garantirne il monitoraggio). *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
DONATORI	Donatori di sangue ed emocomponenti	All'atto della donazione *NB: Nel rispetto dei protocolli definiti dagli organi competenti*
CENTRI DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI	Ospiti ed Operatori	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale
RIENTRI DALL'ESTERO	Operatori che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti (es. badanti)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
	Operatori sanitari che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
	Operatori sanitari che prestano servizio presso strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Soggetti rientranti da trasferta di lavoro all'estero < 5gg (esonerati dall'obbligo di quarantena ai sensi delle normative vigenti)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
AZIENDE PRODUTTIVE	Lavoratori rientranti nel progetto specifico *Back to Veneto* (DGR 601/2020)	**ogni 30 giorni**, o comunque nel rispetto del protocollo sanitario disposto dal Medico Competente (test sierologico e/o

		test antigenico) *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalle Aziende partecipanti*
SERVIZI ESSENZIALI*	Lavoratori dei Servizi pubblici essenziali a maggior contatto con il pubblico	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale (test sierologico qualitativo con successiva conferma con test di biologia molecolare per i casi positivi) *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dai Servizi stessi*
ALTRO	Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale

**Per tali categorie si rimanda alle indicazioni operative specifiche sotto riportate.*

Particolare attenzione va posta nel caso di **operatori sanitari** che prestano servizio presso strutture ospedaliere, extraospedaliere (hospice, URT, ospedali di comunità) e strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti e che hanno **transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti**. A tal proposito, si raccomanda agli operatori sanitari che soggiornano all'estero di comunicare suddetto soggiorno alla loro Azienda di riferimento in modo che possa essere opportunamente organizzato lo screening con tampone antigenico.

Inoltre, si ribadisce quanto già riportato con la DGR 1104/2020 circa la necessità di porre particolare attenzione a quelle categorie di viaggiatori che fanno ingresso in Italia e per le quali non è previsto o risulta di più difficile attuazione il rispetto sia dell'obbligo di segnalazione al Dipartimento di Prevenzione, previsto dal DPCM 11 giugno 2020 e successivi aggiornamenti ai fini dell'isolamento fiduciario e della sorveglianza, sia delle misure igienico-sanitarie e di distanziamento sociale volte al contrasto della diffusione virale, in considerazione delle specifiche condizioni lavorative, abitative e sociali (es. promiscuità abitativa, marginalità sociale, lavoratori stagionali, lavoratori impegnati in attività di assistenza di soggetti anziani e/o fragili, possibili barriere di accesso all'assistenza sanitaria, ecc.). Tale approccio da attuare in stretta collaborazione tra i diversi attori coinvolti che, a vario titolo, possono favorire l'applicazione delle presenti raccomandazioni. Un ruolo fondamentale in tale strategia è svolto dal Datore di Lavoro, che dovrà favorire e raccomandare il rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, anche in considerazione della tutela della salute degli altri dipendenti.

Oltre al funzionamento delle strutture sanitarie, tra le attività da garantire in caso di pandemia, riveste un ruolo cruciale l'attività svolta dal **personale appartenente ai servizi pubblici essenziali** a tutela della sicurezza della popolazione (es. Forze dell'Ordine, Guardia di Finanza, Polizia Locale, Protezione Civile, Vigili del Fuoco). Al fine di monitorare, all'interno di tali categorie, i lavoratori a particolare rischio (individuati in base alle valutazioni effettuate da parte di ciascun servizio essenziale), le Aziende ULSS, a seguito di richiesta, mettono a disposizione i test sierologici, condividendo le modalità di ritiro con i rispettivi Medici Competenti o altro personale appartenente ai rispettivi servizi sanitari interni, che poi provvederanno alla successiva somministrazione e

registrazione dell'esito di tali test nei sistemi informativi messi a disposizione a livello regionale secondo le modalità previste al punto 4.2.
Si raccomanda che tutti gli operatori coinvolti nell'esecuzione del Test, nel rispetto delle procedure aziendali, indossino i Dispositivi di Protezione individuale previsti. Sarà previsto un adeguato supporto formativo per l'esecuzione dei test e la registrazione degli esiti.

L'Azienda ULSS, in funzione della particolare situazione epidemiologica locale, anche in considerazione di eventuali focolai identificati in **specifici gruppi di popolazione**, potrà avviare ulteriori indagini, definendo la tipologia di test utilizzato e la relativa frequenza, comunicando l'estensione delle attività di screening alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto e provvedendo a garantire per tutti i test effettuati, in accordo con Azienda Zero, la registrazione sui sistemi informativi regionali anche del dato della specifica categoria target di popolazione individuata e sottoposta a screening.

4.3 Registrazione e tracciabilità dei dati

Per tutti i test effettuati **deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato (esito, motivazione e categoria)**. A tale scopo, per tutti i dati relativi alle attività di screening delle categorie sopra elencate, oltre che per quelli relativi alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19, dovranno essere alimentati tempestivamente gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, per il successivo inserimento nel *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Azienda Zero provvederà ad aggiornare le specifiche procedure per consentire la registrazione dei dati da parte delle Aziende ULSS (e degli altri attori coinvolti), con particolare riferimento alla registrazione, per i test effettuati, dell'informazione relativa alla motivazione di esecuzione del test e l'eventuale categoria target di popolazione sottoposta a screening.

Si raccomanda alle Aziende ULSS e a tutti gli attori coinvolti (es. medici competenti aziendali) la completezza della registrazione di tutti i dati con le modalità definite da Azienda Zero per alimentare il *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Qualsiasi laboratorio regionale del SSR, ed i laboratori privati accreditati autorizzati ad effettuare tali prestazioni, devono garantire la tracciabilità dei test. Le modalità e i relativi flussi, se non già in essere, andranno concordati tempestivamente dagli stessi laboratori con l'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero.

5. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI TEST ANTIGENICI RAPIDI

In accordo quanto previsto dalla Nota tecnica ad interim del Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità "T*est di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica*", aggiornata al 16 ottobre 2020, in ragione della semplicità di esecuzione e della previsione di un uso diffuso del test antigenico rapido, è "*ipotizzabile attuare un coinvolgimento della rete dei pediatri di libera*

scelta e del medico di medicina generale per l'uso nei diversi contesti organizzativi, incluso quello delle indagini di comunità".
In ogni Azienda ULSS al fine di consentire una diagnosi tempestiva di COVID-19, di ampliare ulteriormente l'offerta di *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* e di coinvolgere opportunamente la Medicina territoriale potranno essere organizzati **Punti di accesso territoriali.**

5.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali

L'esecuzione presso i Punti di accesso territoriali è destinata a persone:

1. con sintomatologia compatibile con COVID (caso sospetto);
2. a persone identificate come contatto stretto di un caso confermato.

L'accesso ai Punti è possibile solo con **mascherina chirurgica e dopo aver effettuato accurata igiene delle mani**.
I Punti di accesso territoriale individuati dalle ULSS secondo un Piano di Attuazione sono quelli di seguito riportati.

5.1.1 Sedi h24 7gg/7

Si tratta di sedi dedicate alla somministrazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, attive 7gg/7 h24, che vedano la presenza di équipe di Medici di Continuità Assistenziale, medici e personale USCA, personale infermieristico e tecnico e/o altro personale per l'accoglienza e la gestione dei pazienti. Per ogni Azienda Ulss deve essere presente almeno un punto Covid 19 h24.

L'accesso è libero, potendo prevedere anche alcune fasce orarie su prenotazione; l'esecuzione del tampone rapido è **eseguita previa prescrizione del Medico curante o su indicazione del Medico presente.**

5.1.2 Sedi di Continuità Assistenziale <u>potenziate</u>

Per ampliare ulteriormente l'accessibilità dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* e sfruttare la capillarità di offerta delle attuali 105 sedi di Continuità Assistenziale le stesse potranno essere rafforzate attraverso il potenziamento con personale USCA, al fine di garantire l'esecuzione del *Test*. L'esecuzione dei Test sarà offerta anche attraverso l'individuazione di fasce orarie e/o percorsi dedicati.

5.1.3 Studi della medicina generale o spazi alternativi organizzati

Al fine di potenziare la presa in carico degli assistiti da parte dei Medici di medicina generale vengono messi a disposizione degli stessi i *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* che potranno essere utilizzati a loro discrezione durante l'attività ambulatoriale o domiciliare a favore della popolazione assistita, in particolare con lo scopo di favorire la diagnosi differenziale.

Saranno da privilegiare le forme organizzate di medici convenzionati, in particolare le Medicine di gruppo e le Medicine di gruppo integrate, fondate su una organizzazione dell'accesso e dotate di personale infermieristico.

L'effettuazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* potrà essere gestita anche con modalità drive-in presso gli studi dei Medici curanti stessi. Alternativamente potranno essere utilizzati gli spazi ad oggi già organizzati per la somministrazione delle vaccinazioni antinfluenzali. Valorizzando la collaborazione delle amministrazioni locali, anche attraverso accordi con ANCI, detti spazi potranno anche rappresentare punti screening per popolazione-target.

Visto l'impegno concomitante anche sul versante delle vaccinazioni antinfluenzali, per suddetta attività potranno essere riconosciute fino ad un massimo di 3 ore aggiuntive/settimana di presenza infermieristica (riconosciute secondo indennità infermieristica prevista da ACN); il riconoscimento dell'indennità di cui sopra sarà erogato a seguito della valutazione dell'effettiva documentata presenza infermieristica e dell'attività svolta e registrata sull'apposito applicativo regionale. Detto riconoscimento sarà limitato alla durata dell'emergenza COVID.

5.2 Indicazioni operative

L'esecuzione del *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* ed il suo esito dovranno essere tempestivamente registrati sul Portale Regionale o negli applicativi dedicati.

Gli operatori che eseguono il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, nel rispetto delle procedure aziendali, dovranno indossare i Dispositivi di Protezione Individuale previsti (FFP2, camice/grembiule monouso, guanti, occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera). Specifica formazione sull'esecuzione del Test dovrà essere prevista dalle Aziende ULSS.

Per l'esecuzione del tampone rapido non è necessaria una sanificazione straordinaria dell'ambiente, bensì l'applicazione delle normali procedure di sanificazione degli ambienti sanitari previsti durante la pandemia da SARS-CoV-2. Negli ambienti dove è eseguita la procedura deve essere assicurata adeguata ventilazione. Secondo quanto previsto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 in generale le aree pubbliche in cui un caso COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.
A completamento si precisa che l'introduzione del tampone nella provetta contenente il liquido precedentemente dispensato inattiva completamente il virus.

5.3 Attuazione e Monitoraggio

Ogni Azienda ULSS è tenuta a redigere un Piano di attuazione dei Punti di Accesso Territoriale che preveda la localizzazione dei punti, le fasce orarie, le modalità di accesso e le tempistiche di attivazione, che dovrà essere trasmesso alla Unità Organizzativa Cure Primarie e Strutture Socio-sanitarie territoriali.

Azienda Zero - Prot. n. 0023935/2020 - E - 15/10/2020
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 15 OTT. 2020 Protocollo N° 439570 Class: G.900.01.1 Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: COVID-19 – Aggiornamento registrazione decessi per COVID-19 nell' applicativo regionale SIAVr

Alla c.a.

Direttori Generali
Direttori Sanitari
Aziende ULSS
Azienda Ospedale Università di Padova
Azienda Ospedaliera Integrata di Verona
IRCCS IOV

Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Aziende ULSS

Presidenti AIOP/ARIS

E, p.c. Assessore a Sanità e Servizi Sociali

Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Direttore Generale Azienda Zero

LORO SEDI

Con nota prot n. 338085 del 28.08.2020 questa Direzione ha richiesto al Ministero della Salute e all'Istituto Superiore di Sanità chiarimenti relativamente al corretto monitoraggio di soggetti deceduti con negativizzazione virologica per SARS-CoV-2.

Con nota prot n. 372543 del 16.09.2020, sono pervenute le indicazioni del Ministero della Salute e ISS, allegate alla presente, comprensive dei riferimenti al *Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020, "COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte"* (a cura del gruppo di Lavoro ISS-ISTAT-INAIL), che si invita a diffondere ai medici che compilano le schede di morte.

Stante quanto contenuto nella suddetta nota ministeriale, si richiede, di dare indicazioni affinché venga registrata nel sistema informativo regionali SIAVr, l'informazione relativa al decesso dei soggetti positivi per SARS-COV-2 per i quali il medico ritenga opportuno indicare l'infezione da COVID-19 nella parte I della Scheda di morte "sequenza di condizioni morbose o traumatismi/avvelenamenti che ha condotto a morte", indipendentemente dallo stato di attuale positività o di negativizzazione virologica.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

L'informazione deve essere inserita per i deceduti in ambito ospedaliero nella sezione "ricoveri", mentre per i deceduti nel territorio nella "scheda di rilevazione" compilando il campo: data decesso COVID.

Non è più indicato registrare il decesso dei soggetti ove l'infezione COVID-19 sia stata riportata nella parte II della scheda di morte, tra gli "altri stati morbosi rilevanti".

Si raccomanda, pertanto, di attivare idonei flussi di comunicazione relativamente ai decessi dei soggetti con positività per SARS-CoV-2, affinché i referenti aziendali per l'aggiornamento dei dati nell'applicativo SIAVr ricevano tempestivamente le informazioni necessarie, contenute nelle schede di morte, sia in caso di decessi avvenuti in regime di ricovero, che in decessi avvenuti nel territorio.

Per quanto relativo l'invio a ISS delle copie delle cartelle cliniche e delle schede ISTAT, restano valide le indicazioni già fornite con nota prot n. 112502 del 10.03.20 e nota prot n. 122473 del 16.03.2020, in quanto si ritiene opportuno, allo stato attuale, inviare a ISS tutti i decessi, per eventuale approfondimenti e/o rivalutazione della possibile correlazione con l'infezione COVID-19 .

Distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
IL DIRETTORE
Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Direttore: Dr.ssa Francesca Russo/EN
Segreteria: Tel. 041-2791352-1353

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Regione del Veneto-A.O.O Giunta Regionale n.prot. 372543 data 16/09/2020, pagina 1 di 1

Ministero della Salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

Alla c.a.
Dott. Michele Brichese
Direttore prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
Regione Veneto

Dott. ssa Manuela Lanzarin
Assessore regionale sanità e servizi sociali
Regione Veneto

Dott. Domenico Mantoan
Direttoe generale area sanità e sociale
Regione Veneto

OGGETTO: Regione Veneto: richiesta chiarimento per corretto monitoraggio soggetti deceduti con negativizzazione virologica. (Prot. E-1853 del 01/09/2020).

In riferimento alla richiesta in oggetto si specifica che relativamente al flusso della sorveglianza integrata Covid-19, l'ISS suggerisce di seguire le indicazioni di

- ECDC contenute nel documento *SURVEILLANCE DEFINITIONS FOR COVID-19. High-risk exposure/close contact* (https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/surveillance-definitions#:~:text=Deaths%20due%20to%20COVID%2D19&text=A%20COVID%2D19%20death%20is,disease%20(e.g.%2C%20trauma).)
- OMS contenute nel documento *INTERNATIONAL GUIDELINES FOR CERTIFICATION AND CLASSIFICATION (CODING) OF COVID-19 AS CAUSE OF DEATH. Based on ICD International Statistical Classification of Diseases* (https://www.who.int/classifications/icd/Guidelines_Cause_of_Death_COVID-19.pdf?ua=1

Tali indicazioni si concentrano, in particolare negli individui con negativizzazione virologica (cioè due tamponi negativi a distanza di almeno 24 ore), sulla plausibilità clinica che l'infezione possa essere associata al decesso ed espresse dall'insieme delle cause riportate dal medico compilatore nella scheda di morte.
A tal proposito l'ISS ha definito con ISTAT i criteri che definiscono un decesso dovuto a COVID-19 e le relative indicazioni sulla corretta certificazione delle cause di morte (https://www.istat.it/it/files//2020/06/Rapporto-ISS-Istat-cause-di-morte-COVID-19-49_2020.pdf).
La segnalazione di decesso associato a COVID-19 deve quindi essere basata sulla valutazione clinica del medico che compila la scheda di morte. Quindi la negativizzazione virologica di per sé non è il solo criterio da utilizzare per stabilire la plausibilità clinica di una morte associata a COVID-19.
Cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
PREVENZIONE SANITARIA
MINISTERO DELLA SALUTE

IL PRESIDENTE
ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'

Azienda Zero - Prot. n. 0006627/2020 - E - 19/03/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 10 MAR. 2020 Protocollo N° 112502 Class: 4.920.041 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: Invio quotidiano a ISS dati decessi positivi COVID-19: cartelle cliniche e schede ISTAT

Alla c.a.

Direttori Generali
Direttori Sanitari
Aziende ULSS
Azienda Ospedaliera di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Istituto Oncologico Veneto

E p.c.

Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi Igiene e Sanità Pubblica
Aziende ULSS

In riferimento ai compiti assegnati all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dall'Ordinanza del Capo della protezione civile n. 640 del 27/2/2020 e in base alle indicazioni emanate dal Ministero della Salute con circolare prot.0005889-25/02/2020-DGPRE-DGPRE-P avente ad oggetto "*Richiamo in ordine a indicazioni fornite con la circolare del 22 febbraio 2020*", la certificazione di decesso a causa di COVID-19 dovrà essere accompagnata da parere dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

A tale scopo, l'Istituto Superiore di Sanità ha richiesto che le cartelle cliniche e le schede di morte ISTAT dei pazienti deceduti positivi COVID-19, dovranno essere inviate tempestivamente, e comunque non oltre le 48 ore dal decesso, attraverso il sito Sorveglianza Covid-19 dell'ISS (http://covid-19.iss.it).

Per informazioni contattare l'email decessicovid-19@iss.it o contattare il numero di riferimento per l'assistenza: 06 49903000.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Responsabile dell'istruttoria: dr. Michele Tonon/EV
Segreteria Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

Azienda Zero - Prot. n. 0006627/2020 - E - 19/03/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 16 MAR. 2020 Protocollo N° 122473 Class: 4.920.04.1 Prat. Fasc. Allegati N° 2

Oggetto: Integrazione nota del 10.3.2020 prot. 112502 avente per oggetto "Invio quotidiano a ISS dati decessi positivi COVID-19: cartelle cliniche e schede ISTAT" e comunicazioni codici per la codifica della SDO casi di Covid-19

Alla c.a.

Direttori Generali
Direttori Sanitari
Aziende ULSS
Azienda Ospedaliera di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Istituto Oncologico Veneto

Presidenti
AIOP
ARIS

E, p.c. Assessore a Salute e Servizi Sociali

Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria - LEA

Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi Igiene e Sanità Pubblica
Aziende ULSS

LORO SEDI

Ad integrazione della nota già inviata con prot. 112502 in data 10.3.2020 si trasmettono le nuove modalità, comunicate dall'Istituto Superiore di Sanità, per l'invio della cartella clinica e della scheda di morte ISTAT dei pazienti deceduti positivi per COVID-19.

Facendo seguito alla nota della Direzione Protezione civile prot. n. COVID/0013465 del 13/03/2020, allegata alla presente, relativa alla acquisizione da parte dell' Istituto Superiore di Sanità delle cartelle cliniche e delle schede di morte dei pazienti riportati come deceduti con virus Covid-19, si rappresenta l'urgenza di provvedere, con ogni sollecitudine, all'invio da parte dei nosocomi di copia in formato elettronico pdf delle cartelle cliniche e delle schede di morte di tutti i predetti pazienti deceduti.

La documentazione dovrà essere inviata tempestivamente, e comunque non oltre le 48 ore da ogni nuovo decesso, attraverso il portale attivato appositamente dall'ISS e raggiungibile all'indirizzo https://w3.iss.it/site/covid19. Ogni struttura dovrà accreditarsi e riceverà credenziali per l'accesso. Per informazioni contattare direttamente l'ISS tramite email (decessicovid-19@iss.it) o telefonicamente al numero di riferimento per l'assistenza (tel. 06 49903000). In allegato il manuale con le istruzioni. Si invitano le Aziende

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ULSS a trasmettere tali modalità anche alle strutture di ricovero private accreditate che rientrano nell'assistenza per pazienti COVID-19.

Ad ogni buon fine, si rappresenta che l'art. 5 dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 630 del 03/02/2020 prevede specifiche deroghe alla vigente normativa sulla protezione dei dati personali che contemplano anche la fattispecie di cui trattasi.

Si riportano le principali indicazioni per la compilazione delle schede SDO. Di seguito l'elenco dei codici utilizzabili nei casi di COVID-19:

- 079.82 - SARS - coronavirus associato (senza polmonite),
- 480.3 - polmonite da SARS - coronavirus associato,
- 480.8 - polmonite da altri virus,
- 518.81 - insufficienza respiratoria acuta,
- 518.83 - insufficienza respiratoria cronica,
- 518.84 - insufficienza respiratoria acuta e cronica.

Si specifica che il cod. 079.82 va inserito nello codifiche della SDO, tranne nel caso ove sia presente il cod. 480.3. I codici dell'insufficienza respiratoria devono essere posti in Diagnosi Principale (DP) mentre in Diagnosi Secondaria (DS) dovranno essere indicate le patologie che hanno determinato l'insufficienza respiratoria e/o le patologie concomitanti (nell'insufficienza respiratoria è implicita l'asma e varie forme di BPCO per cui non è previsto il loro inserimento in DS).

I codici della serie V01 se usati in diagnosi principale generano DGR 467 (Altri fattori che influenzano lo stato di salute eccetto urgenze) o altri DGR ad alto rischio di inappropriatezza; pertanto si prevede l'eventuale utilizzo solo per diagnosi secondaria:

- V01.82 - contatto con o esposizione a coronavirus associato a SARS,
- V01.79 - contatto con o esposizione ad altre malattie virali.

La terapia ventilatoria non invasiva è codificata con i codici della categoria "93.9_ Terapia respiratoria" e invasiva è codificata con i codici della categoria "96.7_ Altra ventilazione meccanica continua", entrambi secondo i criteri in uso in base ai parametri emogasanalitici.

Con l'occasione si comunica che il Ministero sta predisponendo un nuovo codice specifico da inserire in DP nel caso di pazienti ricoverati con positività al COVID-19 ma asintomatici o paucisintomatici; anche in questo caso in DS saranno codificate le patologie concomitanti.

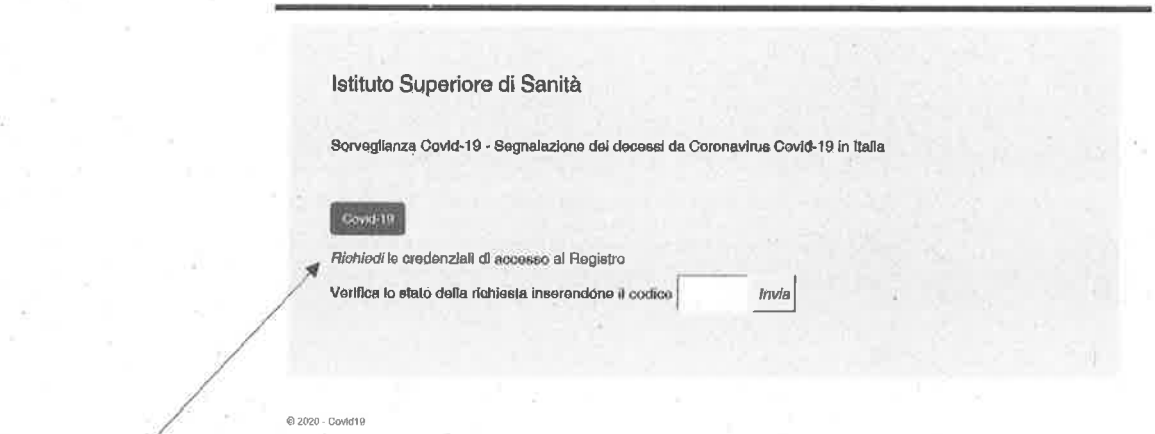
Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa Francesca Russo

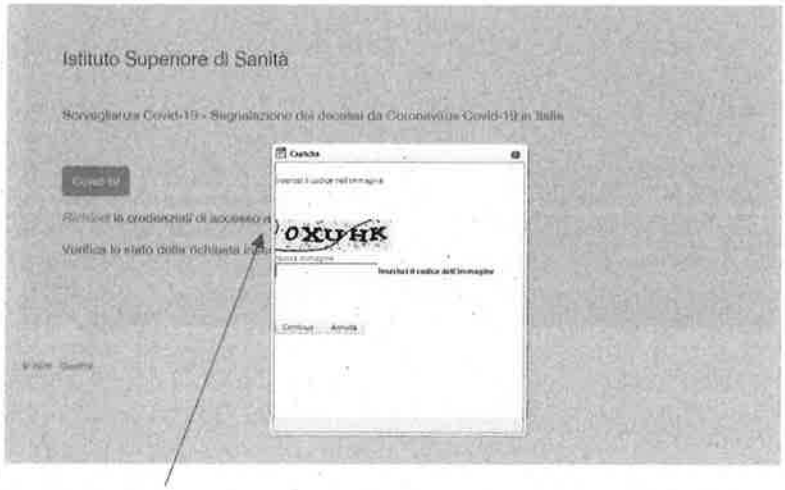
Responsabile dell'istruttoria: dr. Michele Tonon
Segreteria Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

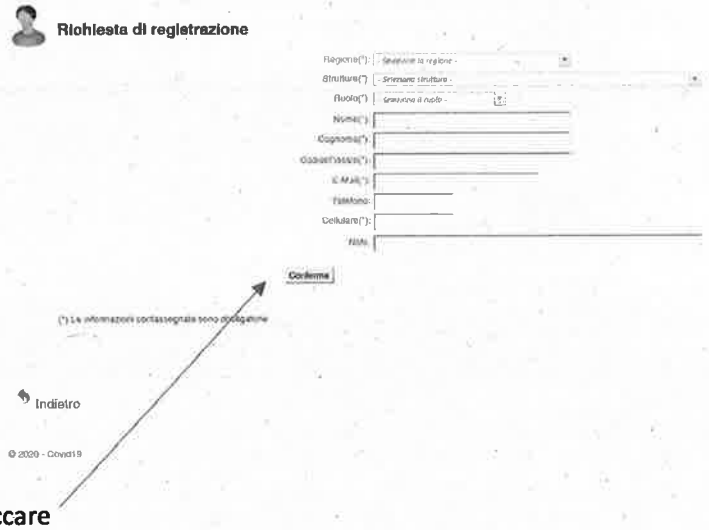
Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*



Cliccare su



Inserire il codice Captcha che appare



Inserire i dati richiesti e cliccare

VERIFICARE L'ESATTEZZA DELLA EMAIL

Attendere la email di risposta da:

covid19@iss.it

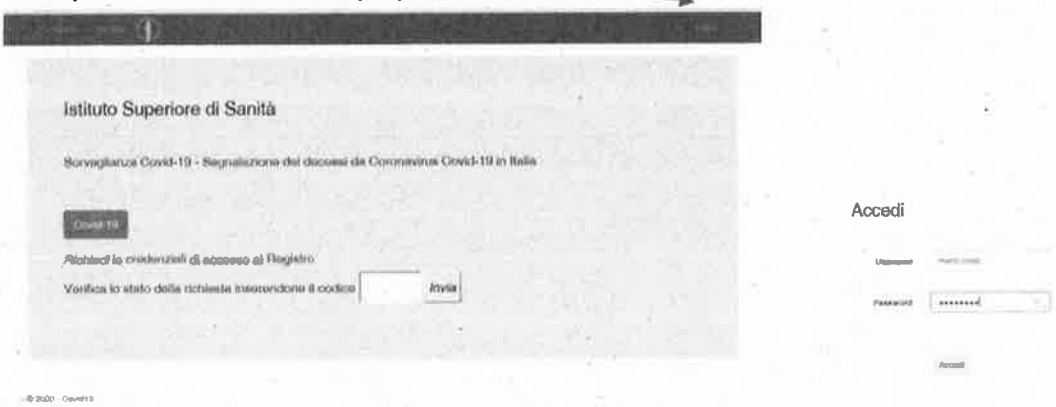
Progetto Covid19

Richiesta nuovo account di accesso al Registro

Richiesta N.: 1GAAEH
Regione: xxxxxx
Struttura: xxxxxx
Ruolo: Operatore
Cognome: Rossi
Username: mario.rossi
Password: xxxx

E' stato inserito il nuovo account come da lei richiesto. Il suo Username e la sua password sono riportati nel corpo della mail.

Ora è possibile accedere con le proprie credenziali



Per inserire le schede cliccare "aggiungi"

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

DPC
Prot. U. n. 13465 del 13 marzo 2020

Mod. 9

MODULARIO
P.C.M. - P.C. - 9

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

Presidenza del Consiglio dei Ministri
DIPARTIMENTO PROTEZIONE CIVILE
Prot n° COVID/0013465
del 13/03/2020
------- USCITA -------

Prot. N° .....
Risposta al Foglio del .....
N° .....

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province Autonome
(indirizzi in allegato)

p.c. al Garante per la protezione dei dati personali

OGGETTO: acquisizione da parte dell'Istituto Superiore di Sanità delle cartelle cliniche e delle schede di morte dei pazienti riportati come deceduti con virus Covid-19.

L'Istituto Superiore di Sanità, in virtù di quanto disposto con Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020, ha rappresentato la necessità di compiere approfondite ricerche inerenti le cause di morte dei pazienti riportati come deceduti con virus Covid-19. A tal fine si rappresenta l'urgenza di provvedere, con ogni sollecitudine, all'invio da parte dei nosocomi di copia in formato elettronico pdf delle cartelle cliniche e delle schede di morte di tutti i predetti pazienti deceduti. Tale invio può essere effettato all'indirizzo e-mail decessicovid-19@iss.it (punto di contatto: Prof. Onder tel. 0649904231)

Ad ogni buon fine, si rappresenta che l'art. 5 della predetta OCDPC n.630 del 3.02.2020 prevede specifiche deroghe alla vigente normativa sulla protezione dei dati personali che contemplano anche la fattispecie di che trattasi.

IL CAPO DEL DIPARTIMENTO
COORDINATORE DEGLI INTERVENTI
ex OCDPC N. 630/2020
Angelo Borrelli

IL COORDINATORE DEL
COMITATO TECNICO SCIENTIFICO
Agostino Miozzo

Visualizzazione da documento digitale archiviato nel sistema di gestione documentale del Dipartimento della Protezione Civile - Stampabile e archiviabile per le esigenze correnti ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005, art. 43 c.3.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Visualizzazione da documento digitale archiviato nel sistema di gestione documentale del Dipartimento della Protezione Civile - Stampabile e archiviabile per le esigenze correnti ai sensi del D.Lgs. n. 82/2005, art. 43 c.3.

ALLEGATO INDIRIZZI

Regione Abruzzo	**presidenza@pec.regione.abruzzo.it**
Regione Basilicata	**presidente.giunta@cert.regione.basilicata.it**
Regione Calabria	**presidente@pec.regione.calabria.it**
Regione Campania	**presidente@pec.regione.campania.it**
Regione Emilia - Romagna	**segreteriapresidente@postacert.regione.emilia-romagna.it**
Regione Friuli Venezia Giulia	**regione.friuliveneziagiulia@certregione.fvg.it**
Regione Lazio	**protocollo@regione.lazio.legalmail.it**
Regione Liguria	**presidente@regione.liguria.it**
Regione Lombardia	**presidenza@pec.regione.lombardia.it**
Regione Marche	**regione.marche.protocollogiunta@emarche.it**
Regione Molise	**regionemolise@cert.regione.molise.it**
Regione Piemonte	**gabinettopresidenza-giunta@cert.regione.piemonte.it**
Regione Puglia	**presidente.regione@pec.rupar.puglia.it**
Regione Autonoma della Sardegna	**presidenza@pec.regione.sardegna.it**
Regione Sicilia	**presidente@certmail.regione.sicilia.it**
Regione Toscana	**regionetoscana@postacert.toscana.it**
Regione Umbria	**regione.giunta@postacert.umbria.it**
Regione Valle d'Aosta	**gabinetto_presidenza@pec.regione.vda.it**
Regione Veneto	**dir.presidente@pec.regione.veneto.it**
Provincia Autonoma di Bolzano	**Praesidium.presidenza@pec.prov.bz.it**
Provincia Autonoma di Trento	**presidente@pec.provincia.tn.it**
Garante per la protezione dei dati personali	**protocollo@pec.gpdp.it**

Azienda Zero - Prot. n. 0013786/2020 - E - 18/06/2020
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023-REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
X legislatura

Proposta n. 1111 / 2020

PUNTO fs / 1 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 16/06/2020

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 782 / DGR del 16/06/2020

OGGETTO:
Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.

a8492f64

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Assente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elisa De Berti	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
Segretario verbalizzante	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

MANUELA LANZARIN

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

X Legislatura

OGGETTO: Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all’economia, nonché di politiche sociali connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19”. Attuazione delle misure in materia sanitaria.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente provvedimento vengono programmate le azioni regionali attuative delle misure in materia sanitaria connesse all’emergenza epidemiologica da COVID-19 previste dal decreto-legge n. 34/2020 denominato “Decreto Rilancio”.

Il relatore riferisce quanto segue.

Con delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 è stato dichiarato, per sei mesi - sulla base della dichiarazione di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità del 30 gennaio 2020 - lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili.

Molti sono gli atti che si sono susseguiti in materia, sia a livello nazionale (decreti-legge, decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri, ordinanze del Ministero della Salute, ordinanze del Capo Dipartimento della Protezione Civile) che regionale, che hanno disposto una riorganizzazione dell’assistenza sanitaria finalizzata a fronteggiare l’emergenza COVID-19.

In campo sanitario, la Fase 1, legata alla gestione dell’emergenza e in considerazione del probabile evolversi del rischio epidemiologico, è stata caratterizzata dalla predisposizione di interventi finalizzati a riorientare l’offerta di servizi sanitari e sociosanitari per contrastare la crescita dell’infezione sul territorio regionale. Il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, si colloca in tale fase del contesto emergenziale, e prevede diverse misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale finalizzate a contenere gli effetti negativi dell’emergenza epidemiologica COVID-19.

La Fase 1 ha visto l’adozione di misure finalizzate a potenziare il servizio sanitario nazionale sia a livello ospedaliero che territoriale, sia, parallelamente a tale potenziamento, con riguardo alle risorse umane, garantendo ai servizi sanitari regionali un reclutamento straordinario di risorse professionali mediche e sanitarie, indispensabili per garantire i livelli essenziali di assistenza. Caratteristiche di questa fase sono stati gli interventi di distanziamento sociale, la sorveglianza attiva degli operatori e della popolazione, il potenziamento della gestione domiciliare dei casi positivi, l’incremento dei servizi di degenza soprattutto intensiva, il reperimento e la distribuzione dei dispositivi di protezione individuale, l’adozione degli schemi terapeutici e farmacologici che presentano evidenze cliniche, l’attivazione di flussi informativi tempestivi e dedicati al sistema delle decisioni, la gestione coordinata delle comunicazioni.

A livello regionale, in relazione all’emergenza in atto e alle indicazioni ministeriali, con deliberazione n. 344 del 17 marzo 2020 è stato approvato il “Piano Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica”. Il Piano ha l’obiettivo primario ed urgente di interrompere la catena di trasmissione del virus attraverso un’importante riorganizzazione delle attività dei dipartimenti di prevenzione delle aziende ulss per favorire la ricerca puntuale e sistematica di tutti i casi confermati, intensificare le conseguenti inchieste epidemiologiche ed intervenire con le disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena, in linea con le indicazioni ministeriali.

8e4cbcdf

Allo stesso tempo, il 15 marzo 2020 è stato elaborato e approvato dall'Unità di Crisi istituita con Decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020 il Piano di Emergenza COVID-19 del Veneto, preparando l'intero sistema sanitario all'ipotesi di maggior pressione possibile. E' stato disposto, nella fase iniziale, un incremento dell'offerta di posti letto aggiuntivi, potenziando la capacità degli ospedali Hub e attrezzando ulteriori posti letto di area intensiva e semintensiva respiratoria, ritenendo di fondamentale importanza la presenza di questi ultimi al fine di consentire la corretta selezione dei pazienti da destinare all'assistenza intensiva e di malattie infettive.

Inoltre, è stata rimodulata l'offerta ospedaliera prevedendo l'individuazione di ospedali interamente dedicati all'esclusiva gestione di pazienti COVID-19.

Di seguito, e in considerazione dell'efficacia ed efficienza delle azioni intraprese con tale Piano, è stata approvata la deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020, di approvazione del Piano emergenziale ospedaliero, per definire la risposta ad eventi epidemici, garantendo la disponibilità di posti letto con contestuale potenziamento degli stessi.

Nella gestione dell'emergenza, ha assunto e assume a tutt'oggi una grande importanza l'assistenza domiciliare per tutti i casi che non necessitano di ricovero, al fine di non aggravare inappropriatamente i pronto soccorsi nella gestione delle emergenze ed urgenze. In tale ambito, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) sono di rilevanza strategica per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19.

Ancora, in considerazione della situazione sanitaria e nell'ottica dell'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza, al fine di limitare il rischio di contagio oltre che di offrire un supporto ai servizi di assistenza primaria per monitoraggio, cura, riabilitazione e prevenzione secondaria nei confronti di persone fragili o affette da patologie croniche, con deliberazione n. 568 del 5 maggio 2020, è stata riconosciuta agli enti del servizio sanitario regionale la possibilità di erogare servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina, secondo le Linee di indirizzo nazionali di cui all'Intesa della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e province autonome sancita in data 20 febbraio 2014 (repertorio atti n.16/CSR).

Sono state altresì implementate azioni sui sistemi informativi per gestire l'emergenza COVID-19, al fine di soddisfare i bisogni conoscitivi che permettano ai soggetti attori di governare l'epidemia avendo i dati necessari a disposizione.

Parallelamente alle azioni di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale messe in campo e all'evolversi dell'emergenza sanitaria, le aziende e gli enti del servizio sanitario nazionale sono stati autorizzati ad incrementare le dotazioni del personale sanitario.

Infine, con riferimento al settore farmaceutico, sono state adottate misure di riorganizzazione del sistema di prescrizione e distribuzione dei farmaci e dell'assistenza integrativa al fine di ridurre quanto più possibile i contatti tra le persone e gli accessi alle strutture ospedaliere.

La Fase 2, contraddistinta da un progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, è orientata alla progressiva normalizzazione degli interventi e coincide con la ripresa dell'attività sanitaria ordinaria e programmata. Caratteristiche di questa fase sono il progressivo riassorbimento della capacità produttiva attivata, il potenziamento degli screening sulla popolazione e la sorveglianza attiva, il mantenimento di sistemi di protezione individuale e collettiva. Parallelamente, sono adottate misure di rafforzamento strutturale delle strutture sanitarie operanti sul territorio al fine di rendere i servizi di prevenzione e di

8e4cbcdf

assistenza pronti ad individuare, circoscrivere e gestire eventuali recrudescenze epidemiche (isolamento dei casi e dei contatti stretti), nonché misure di implementazione dell'assistenza domiciliare.

In tal senso, è stato emanato il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 denominato "Decreto Rilancio", che si pone in linea di continuità con quanto disposto dal decreto-legge 18/2020 e con le azioni regionali finora intraprese e con il quale, sempre per quanto riguarda la materia della salute - comprensiva quindi della prevenzione, dell'assistenza, della cura dei cittadini siano essi minori o adulti, portatori di una o più patologie, persone/anziani non autosufficienti, portatori di disabilità psichica, ed altro – sono state dettate le disposizioni il cui ambito di applicazione soggettivo sono i ministeri interessati, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano e gli enti del servizio sanitario nazionale.

In particolare, si evidenziano di seguito gli articoli del decreto-legge che prevedono le misure che regioni, province autonome ed enti del servizio sanitario nazionale dovranno o, nei casi di disposizioni autorizzative come per esempio quelle riguardanti l'incremento di spesa per il personale, potranno implementare.

L'articolo 1 detta le disposizioni in materia di riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-CoV-2, soprattutto in questa fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, per l'anno 2020 le regioni e le province autonome sono chiamate ad adottare piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. L'obiettivo è quello di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, di monitoraggio e sorveglianza della circolazione del virus, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario.
I predetti piani assistenziali sono recepiti nei programmi operativi regionali per la gestione dell'emergenza COVID-19 previsti dall'articolo 18, comma 1, del decreto-legge 18/2020 e devono contenere specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale, indirizzate a un costante monitoraggio e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento.
Le regioni devono inoltre organizzare le attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali.

Inoltre lo stesso articolo prevede:

- l'incremento delle azioni terapeutiche ed assistenziali a livello domiciliare, sia per l'assistenza connessa all'emergenza epidemiologica sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o quarantenati nonché per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità;
- il rafforzamento dei servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità;
- la garanzia di una più ampia funzionalità delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), con il coinvolgimento anche dei medici specialisti ambulatoriali interni;
- la possibilità per aziende ed enti del servizio sanitario nazionale di conferire incarichi di lavoro autonomo a professionisti del profilo di assistente sociale a supporto delle USCA;
- l'attivazione di centrali operative regionali con funzione di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza -urgenza, anche mediante sistemi informativi e di telemedicina;
- la possibilità dell'incremento della spesa di personale anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente.

L’articolo 2 detta disposizioni di riordino della rete ospedaliera in emergenza COVID-19.

In particolare, le regioni e le province autonome, al fine di rafforzare strutturalmente il servizio sanitario nazionale in ambito ospedaliero, tramite apposito piano di riorganizzazione volto a fronteggiare adeguatamente le emergenze pandemiche, come quella da COVID-19 in corso, garantiscono l'incremento di attività in regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure, rendendo strutturale la risposta all'aumento significativo della domanda di assistenza in relazione alle successive fasi di gestione della situazione epidemiologica correlata al virus SARS-CoV-2, ai suoi esiti e a eventuali accrescimenti improvvisi della curva epidemica.
La disposizione prevede per ciascuna regione e provincia autonoma un incremento strutturale dei posti letto di terapia intensiva determinando una dotazione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.
I piani di riorganizzazione sono approvati dal Ministero della Salute secondo la metodologia di cui al comma 8 del medesimo articolo e sono recepiti nei programmi operativi di cui all’articolo 18, comma 1, del decreto-legge 18/2020.

Ulteriori disposizioni inoltre prevedono:

- la programmazione da parte di regioni e province autonome di una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50 per cento dei posti letto di cui al presente comma, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva;
- la disponibilità, fino al 31 dicembre 2020 e per un periodo massimo di 4 mesi dalla data di attivazione, di 300 posti letto di terapia intensiva, suddivisi in 4 strutture movimentabili, ciascuna delle quali dotata di 75 posti letto, da allocare in aree attrezzabili preventivamente individuate da parte di ciascuna regione e provincia autonoma;
- il consolidamento strutturale della separazione dei percorsi nelle strutture ospedaliere che prevedano unità assistenziali in regime di ricovero per pazienti affetti da COVID-19, la ristrutturazione dei Pronto Soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi, in attesa di diagnosi;
- l’implementazione dei mezzi di trasporto dei servizi di emergenza ed urgenza;
- la remunerazione delle prestazioni correlate alle particolari condizioni di lavoro del personale dipendente delle aziende ed enti del servizio sanitario nazionale;
- l’incremento di spesa per il personale in conseguenza del potenziamento delle terapie intensive e sub intensive nonché della rete di emergenza territoriale - entro un limite massimo - anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia;
- la possibilità del Commissario Straordinario per l’attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell’emergenza COVID-19 di delegare l'esercizio dei poteri a lui attribuiti per l’attuazione del piano di riorganizzazione a ciascun Presidente di regione o di provincia autonoma che agisce conseguentemente in qualità di commissario delegato;
- procedure semplificate per la realizzazione di opere edilizie strettamente necessarie a perseguire le finalità connesse alle disposizioni dell’articolo in questione.

L’articolo 3 disciplina gli incarichi individuali a tempo determinato che, ai sensi dell'articolo 2-ter del decreto legge 18/2020, le aziende ed enti del servizio sanitario nazionale possono conferire al personale delle professioni sanitarie e agli operatori socio-sanitari, prevedendo tra i soggetti destinatari anche i medici specializzandi iscritti regolarmente all'ultimo e penultimo anno di corso della scuola di specializzazione per la durata di 6 mesi.

8e4cbcdf

L’articolo 4 detta le misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19.

Per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020, la disposizione, integrando e completando quanto proposto con l’articolo 32 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23, riconosce alle strutture private una specifica funzione assistenziale, in deroga ai vincoli e limiti previsti dalla normativa vigente, per i maggiori costi correlati all’allestimento dei reparti e alla gestione dell’emergenza COVID-19, e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID-19. La disciplina viene estesa anche alle strutture pubbliche che concorrono al potenziamento delle rete emergenziale COVID-19, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l’anno 2020.
Le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario sopra indicati sono stabilite con decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, previa Intesa con la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.

L’articolo 5 prevede un incremento delle borse di studio degli specializzandi attraverso un’ulteriore spesa di 105 milioni di euro per ciascuno degli anni 2020 e 2021 e di 109,2 milioni di euro per ciascuno degli anni 2022, 2023 e 2024.

L’articolo 8 proroga la validità delle ricette limitative dei farmaci classificati in fascia A per:

- i pazienti già in trattamento con medicinali classificati in fascia A soggetti a prescrizione medica limitativa ripetibile e non ripetibile (RRL e RNRL), di cui agli articoli 91 e 93 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, non sottoposti a Piano Terapeutico o Registro di monitoraggio AIFA, nei casi in cui sia prevista dalla regione o dalla provincia autonoma competente una modalità di erogazione attraverso la distribuzione per conto (DPC);
- i pazienti già in trattamento con i medicinali di cui al punto che precede, con ricetta scaduta e non utilizzata.

Lo stesso articolo detta inoltre disposizioni relative alla validità delle nuove prescrizioni da parte del centro o dello specialista dei medicinali di cui al comma 1 e definisce le condizioni per le quali non si applica la proroga automatica.

L’articolo 9 dispone la proroga piani terapeutici che includono la fornitura di ausili, dispositivi monouso e altri dispositivi protesici, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, per incontinenza, stomie e alimentazione speciale, laringectomizzati, per la prevenzione e trattamento delle lesioni cutanee, per patologie respiratorie e altri prodotti correlati a qualsivoglia ospedalizzazione a domicilio, in scadenza durante lo stato di emergenza deliberato dal Consiglio dei Ministri in data 31 gennaio 2020. Prevede, altresì, che le regioni e le province autonome adottino procedure accelerate ai fini delle prime autorizzazioni dei nuovi piani terapeutici.

L’articolo 11 introduce misure urgenti in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE), modificando parzialmente quanto disposto dall'articolo 12 del decreto legge 18 ottobre 2012, n. 179, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 dicembre 2012, n. 221.

L’insieme delle nuove disposizioni introdotte riguardano i seguenti ambiti:

8e4cbcdf

- l'estensione dei contenuti del FSE, che comprende anche le prestazioni erogate al di fuori del servizio sanitario nazionale;
- l'alimentazione e l'accesso anche da parte degli esercenti le professioni sanitarie;
- l'alimentazione del FSE anche su iniziativa dell'assistito con i dati medici in suo possesso;
- una nuova disciplina del consenso, che riguarda solo la consultazione dei dati e documenti presenti nel FSE;
- l'istituzione dell'Anagrafe nazionale dei consensi, dell'Indice nazionale dei documenti dei FSE, la realizzazione del Portale Nazionale FSE;
- l'implementazione delle informazioni contenute nel Sistema Tessera Sanitaria disponibile sul FSE.

L'articolo 12 delinea un'accelerazione nella trasmissione al Sistema Tessera Sanitaria dei dati relativi all'avviso di decesso, alla denuncia della causa di morte, all'attestazione di nascita, alla dichiarazione di nascita da parte delle strutture sanitarie, dei medici, dei medici necroscopi o altri sanitari delegati.

Alla luce di quanto finora esposto, con il presente provvedimento si propone di approvare, quali adempimenti previsti dal decreto-legge n. 34/2020 in materia sanitaria, i seguenti documenti, parti integranti del presente atto:

- Piano di potenziamento dell'assistenza territoriale, di cui all'**Allegato A;**
- Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione di cui all'**Allegato B**;
- Sorveglianza strutture residenziali per non autosufficienti di cui all'**Allegato C**;
- Determinazione del fabbisogno, acquisizione di risorse umane e incentivi al personale di cui all'**Allegato D**;
- Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui all'**Allegato E**;
- Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19 di cui all'**Allegato F**;
- Assistenza Farmaceutica di cui all'**Allegato G**;
- Attuazione degli articoli 11 e 12 decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 di cui all'**Allegato H**;
- Sistema informativo COVID-19 di cui all'**Allegato I** .

Si rappresenta infine che il decreto-legge 34/2020 ha provveduto alla definizione degli incrementi del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato, al fine di dare concreta attuazione alle disposizioni in esso contenute.

In particolare, l'Allegato A al decreto-legge medesimo assegna al Veneto, per l'anno 2020, l'importo di euro 100.447.241 per l'attuazione dell'articolo 1 (commi 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, e 9). L'Allegato B, relativo alla spesa per il personale territoriale, assegna al Veneto, per l'anno 2020, l'importo di euro 72.032.652 e a decorrere dall'anno 2021 l'importo di euro 77.903.228. l'Allegato D, per le norme relative all'assistenza ospedaliera, assegna al Veneto, per l'anno 2020 l'importo di euro 101.544.271.

Tutto ciò premesso si propone, infine, di incaricare le Direzioni afferenti all'Area Sanità e Sociale dell'esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento per le parti di rispettiva competenza.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente

8e4cbcdf

legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020;
Visto il decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27;
Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34;
Visto il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023;
Vista la deliberazione n. 344 del 17 marzo 2020;
Vista la deliberazione n. 552 del 5 maggio 2020;
Vista la deliberazione n. 568 del 5 maggio 2020;
Visto l’articolo 2, comma 2, della legge regionale 31 dicembre 2012, n. 54;

DELIBERA

1. di approvare le disposizioni ed i principi contenuti in premessa, non richiamati espressamente nel presente dispositivo;
2. di approvare i documenti **Allegati A, B, C, D, E, F, G, H, I** che costituiscono parte integrante del presente provvedimento;
3. di disporre che il presente provvedimento si intende sostitutivo di precedenti indicazioni temporali di attuazione dei posti letto;
4. di dare atto che quanto previsto dal presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;
5. di informare la Quinta Commissione consiliare del presente provvedimento;
6. di incaricare le Direzioni afferenti all'Area Sanità e Sociale dell'esecuzione di quanto disposto con il presente provvedimento per le parti di rispettiva competenza;
7. di pubblicare la presente deliberazione sul Bollettino Ufficiale della Regione.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
f.to - Avv. Mario Caramel -

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023.REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

DECRETO RILANCIO - D.L. n. 34 del 19/5/2020

PIANO DI POTENZIAMENTO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE

Art. 1 – Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

- Implementare ***l'assistenza domiciliare*** per garantire la presa in carico delle persone fragili e non autosufficienti, nonché affette da COVID-19, potenziando anche il servizio di assistenza infermieristica sul territorio.
- Garantire una più ampia funzionalità delle ***Unità Speciali di Continuità Assistenziale*** di cui all'articolo 4-bis del D.L. n. 18 del 17/03/2020.
- Garantire il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, avvalendosi di ***centrali operative*** con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.
- Attivare una funzione di ***coordinamento e comunicazione unitaria***, anche telefonica, a servizio dei MMG, PLS, MCA e loro aggregazioni, il SISP e servizi territoriali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio assicurando un coordinamento unitario.
- Sviluppare la figura dell'***infermiere di famiglia o di comunità***.

Potenziamento dell'assistenza domiciliare (Art. 1, commi 3 e 4)

Programmazione regionale: elementi principali

La Regione Veneto da anni promuove uno sviluppo pianificato ed omogeneo delle cure domiciliari su tutto il territorio regionale, attraverso un'organizzazione che garantisca la continuità dell'assistenza, consolidando le esperienze di ammissione e dimissione protetta con il pieno coinvolgimento del medico di famiglia, valorizzando il ruolo dell'infermiere quale figura di collegamento e facilitatore organizzativo, responsabilizzando e coinvolgendo la famiglia/caregivers nell'attuazione del Progetto Assistenziale Individualizzato.

La riorganizzazione avviata dal 2017 (DGR n. 1075/2017) ha posto come obiettivi strategici:

1. la presenza di personale infermieristico 7 giorni su 7, nella fascia oraria compresa tra le ore 07:00 e le ore 21:00, con una pianificazione degli accessi domiciliari sviluppata nell'arco dell'intera settimana;
2. la contattabilità del personale infermieristico per la ricezione delle richieste assistenziali dei pazienti già in carico al servizio stesso ed eventuale attivazione degli infermieri dell'area di competenza, 7 giorni su 7, dalle ore 07:00 alle ore 21:00;
3. l'individuazione di un unico numero telefonico di riferimento a livello di Azienda ULSS per

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

favorire e semplificare la contattabilità degli operatori dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) da parte del paziente, della sua famiglia, del Medico di Medicina Generale, del Medico di Continuità Assistenziale e dei diversi professionisti coinvolti nella presa in carico;

4. l'integrazione funzionale con i Medici di Medicina Generale e con i Medici di Continuità Assistenziale, pianificando le attività infermieristiche domiciliari in modo che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento un'unica équipe ADI;
5. la garanzia della continuità dell'assistenza in modo che i Medici di Continuità Assistenziale ricevano, con modalità conformi alle disposizioni in tema di tutela della privacy, la lista aggiornata e le informazioni utili sui pazienti afferenti al territorio di propria competenza e già in carico al servizio ADI;
6. la definizione e formalizzazione di procedure organizzativo/assistenziali aziendali relativamente:
   - all'inserimento e affiancamento del nuovo personale nell'equipe ADI;
   - all'attivazione della presa in carico del paziente ADI;
   - alla definizione del Piano Assistenziale Integrato;
   - alla gestione dei problemi di salute e dei bisogni assistenziali della persona;
   - alla formazione all'educazione terapeutica e addestramento della famiglia/caregiver;
   - alla valutazione periodica dell'appropriatezza della presa in carico dei pazienti, con valutazione degli esiti in termini di efficacia/efficienza degli interventi.

Stato dell'arte

Tabella 1 *- Caratteristiche dell'Assistenza Domiciliare Integrata, per Azienda ULSS*

Cure domiciliari	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9
% Copertura oraria (presenza) *Standard previsto: (7/7 gg dalle 7:00 alle 21:00)*	**93%**	**100%**	**93%**	**100%**	**100%**	**79%**	**100%**	**67%**	**80%**
% Attività ADI da internalizzare *(ossia esternalizzazione presente)*	Dist. 1: 82% Dist. 2: 0%	Dist. 1: 43% Dist. 2: 41% Dist. 3: 0% Dist. 4: 0%	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**	**0%**	Dist. 1: 64% Dist. 2: 50% Dist. 3: 0% Dist. 4: 69%
Cartella ADI Unica aziendale	SI	SI	Dist. 1: NO Dist. 2: NO Dist. 3: SI Dist. 4: NO	SI	SI	SI	SI	Dist. 1 NO Dist. 2: SI	SI
Cartella ADI informatizzata	NO	SI	NO	SI	NO	SI	Dist. 1: NO Dist. 2: SI	NO	NO

Dati dichiarati dalle Aziende ULSS al 31/12/2019 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Elementi di sviluppo: disposizioni

- Le Aziende ULSS provvedono al completamento del processo di internalizzazione dell'attività delle cure domiciliari, quale obiettivo strategico regionale.
- I Distretti provvedono ad implementare le attività di Assistenza Domiciliare Integrata, o equivalenti, per i pazienti in isolamento per COVID-19 anche ospitati presso le Residenze Sanitarie Assistite, oltre che per i soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti e, in generale, per le situazioni di fragilità.
- Dovranno essere messi a disposizione adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le Residenze Sanitarie Assistite, quali apparecchiature per il monitoraggio della saturimetria, anche attraverso le App di telefonia mobile, al fine di garantire un costante monitoraggio della saturazione di ossigeno dell'emoglobina. Dovrà, altresì, essere garantita adeguata attrezzatura diagnostica (termometro a distanza, misuratore di P.A., ecografi ed ECG portatili) ed ogni altro presidio medico necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza.
- L'attività infermieristica domiciliare dovrà integrarsi funzionalmente all'attività delle U.S.C.A. come descritto a seguito nel modello di presa in carico della cronicità previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- Sul territorio regionale, nell'ambito dello sviluppo dell'informatizzazione, si prevede il completamento della realizzazione della cartella del paziente ADI unica e informatizzata.

Le Cure domiciliari afferiscono alla Unità Operativa Cure primarie del Distretto.

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Unità Speciali di Continuità Assistenziale (Art. 1, comma 6)

Programmazione regionale: elementi principali

Nella fase di gestione COVID-19 le U.S.C.A. garantiscono l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresi la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio.

Il concetto di gestione domiciliare si intende esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) o strutture di ricovero intermedie, pertanto le U.S.C.A potranno fungere da supporto anche nella gestione dell'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle RSA/Ospedali di Comunità, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio.

Dimensione e composizione delle U.S.C.A

Sono attivate preferibilmente presso sedi di Continuità Assistenziale già esistenti, con un bacino di riferimento indicativamente di 50.000 abitanti, attive sette giorni su sette, dalle ore 8:00 alle ore 20:00. Nell'ottica di favorire l'integrazione e la funzionalità operativa con i Medici di Medicina Generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS) ed assicurare un riferimento continuativo ai pazienti, si conviene di suddividere il bacino in sotto ambiti di circa 8.500 assistiti in modo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'U.S.C.A. In questo modo ogni U.S.C.A. potrà fare riferimento ad un gruppo indicativo composto da 5-8 MMG.

In conformità alla normativa vigente, possono far parte dell'U.S.C.A:

- i medici titolari e i sostituti di Continuità Assistenziale;
- i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale regionale;
- i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza.

Nelle attività dell'U.S.C.A. possono essere coinvolti i medici di Specialistica Ambulatoriale Interna.

Presa in carico pazienti sospetti/confermati COVID-19

I MMG, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'U.S.C.A (di proprio riferimento) che opera per valutazioni dei soggetti con sintomatologia che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19 o che sono COVID-19. Al momento dell'attivazione il MMG fornirà al medico dell'U.S.C.A. tutte le necessarie informazioni cliniche e anamnestiche del paziente.

Gestione visite domiciliari

Per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 è necessario che i medici dell'U.S.C.A lavorino in stretta integrazione con i MMG afferenti alla stessa al fine di assicurare la necessaria continuità dell'assistenza. Pertanto, ciascuna Unità Operativa di Cure Primarie è tenuta ad

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

individuare esattamente l'afferenza di ciascun MMG ad una unica U.S.C.A., prevedendo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'U.S.C.A.

L'attività domiciliare dei medici dell'U.S.C.A. verrà effettuata con accesso congiunto con un infermiere delle Cure Domiciliari del Distretto o della Medicina di Gruppo Integrata qualora insista nel bacino di riferimento. L'accesso congiunto è da preferirsi in quanto permette il supporto e la supervisione per le manovre di vestizione/svestizione dei DPI e l'immediata esecuzione di eventuale attività infermieristica necessaria.

Il medico dell'U.S.C.A. potrà, prima di effettuare l'intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento.

Spetterà al medico dell'U.S.C.A., adeguatamente formato, decidere, in base alle richieste ricevute e a quelle eventualmente rimaste inevase nei giorni precedenti quali priorità assegnare all'attività.

Al termine di ogni visita domiciliare, il medico dell'U.S.C.A. dovrà compilare apposita modulistica (meglio se informatizzata) con cui comunicare al MMG l'esito dell'intervento effettuato.

Durante la visita domiciliare è possibile utilizzare un dispositivo elettronico per effettuare una videochiamata con il MMG, qualora ritenuto necessario.

Il medico dell'U.S.C.A., in base al quadro clinico evidenziato ed in accordo con il MMG, potrà disporre la permanenza al domicilio con supporto terapeutico o il ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche, con attivazione del 118.

Analoghe modalità organizzative dovranno essere implementate per i pazienti COVID-19 all'interno di RSA o strutture di ricovero intermedie.

Sedi e dotazioni

I medici dell'U.S.C.A. per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di ricettari del SSN, inoltre i medici e tutto il personale delle U.S.C.A. devono essere dotati di idonei dispositivi di protezione individuale come previsti dalle procedure regionali. È, pertanto, compito delle Aziende ULSS provvedere alla fornitura di un numero adeguato di kit DPI e al rifornimento delle scorte che devono essere disponibili ad ogni inizio turno.

Le Aziende ULSS provvederanno a garantire adeguata attrezzatura diagnostica ed ogni altro presidio medico necessario per gli interventi.

Le Aziende ULSS individuano i locali preposti ad accogliere le U.S.C.A., con almeno un ambiente dedicato alla vestizione/svestizione e un altro ambiente da utilizzarsi come ufficio per attività di documentazione-postazione per comunicazione informatica e per lo stazionamento.

Le sedi devono, altresì, essere dotate dei corretti sistemi di smaltimento di rifiuti, nonché essere garantite accurate opere di pulizia delle superfici ambientali con acqua e detergente seguita dall'applicazione di disinfettanti comunemente usati a livello ospedaliero.

Le Aziende ULSS garantiscono ai medici operanti nelle U.S.C.A. i mezzi idonei per gli spostamenti nell'espletamento dell'incarico prevedendo la sanificazione accurata dell'auto con opportuni disinfettanti dopo ogni intervento.

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Stato dell'arte

Tabella 2 *- N. USCA programmate e N. USCA attivate (e relativi medici) per Azienda ULSS*

USCA	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV
N. USCA programmate	**4**	**16**	**12**	**4**	**4**	**20**	**8**	**10**	**19**	**97**
N. USCA attivate	**2**	**4**	**12**	**3**	**1**	**11**	**4**	**3**	**11**	**51**
%	*50%*	*25%*	*100%*	*75%*	*25%*	*55%*	*50%*	*30%*	*58%*	*53%*
Fabbisogno medici USCA	**32**	**128**	**78**	**9**	**27**	**118**	**50**	**76**	**101**	**619**
N. medici USCA incaricati	**5**	**22**	**26**	**8**	**4**	**98**	**15**	**20**	**30**	**228**
%	*16%*	*17%*	*33%*	*89%*	*15%*	*83%*	*30%*	*26%*	*30%*	*37%*
N. pazienti in carico	**294**	**114**	**45**	**6**	**0**	**9**	**173**	**438**	**279**	**1.358**
di cui n. pazienti in carico in RSA	***157***	***41***	***26***	***0***	***0***	***0***	***54***	***51***	***38***	***367***

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Elementi di sviluppo: disposizioni

- Fino al 31/12/2020 si estende l'attività delle U.S.C.A. anche ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che a seguito dell'emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione. Le attività dell'U.S.C.A. dovranno, pertanto, integrarsi funzionalmente con l'attività infermieristica domiciliare, come descritto a seguito nel modello di presa in carico della cronicità previsto dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- Inoltre l'attività delle U.S.C.A. potrà essere integrata coinvolgendo anche i medici Specialisti Ambulatoriali Interni nell'ottica di costituire i team multiprofessionali previsti dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018.
- A supporto dell'attività delle U.S.C.A., ai fini di favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, le Aziende ULSS possono conferire (in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165) fino al 31 dicembre 2020, incarichi di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, a professionisti del **profilo di assistente sociale**, regolarmente iscritti all'albo professionale, **secondo uno standard non superiore ad un assistente sociale ogni due U.S.C.A. per un monte ore settimanale massimo di 24 ore**.
- **L'U.S.C.A. afferisce all'UOC Cure primarie del Distretto di competenza, pertanto, ogni Distretto provvederà, per il tramite della UOC Cure primarie, a trasmettere alla Regione una relazione ed apposita rendicontazione trimestrale dell'attività di ciascuna U.S.C.A., comprensiva del numero di pazienti presi in carico e delle attività svolte**

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- A supporto delle attività dei MMG/PLS e delle U.S.C.A, valutate le singole condizioni relazionali, abitative e sociali, qualora le medesime non risultino idonee a garantire l'isolamento, i Distretti in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione, dovranno adottare specifici protocolli con i servizi sociali delle Amministrazioni comunali e le Associazioni di volontariato, al fine di definire tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver.

Le U.S.C.A. afferiscono alla Unità Operativa Cure primarie del Distretto.

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Centrali operative (Art. 1, comma 8)

Programmazione regionale: elementi principali

La Centrale Operativa Territoriale (COT) garantisce e coordina la presa in carico, da parte dell'Azienda ULSS, dei pazienti "fragili", intercettando i bisogni di cure e/o di assistenza, garantendo la continuità mediante l'interazione con l'Ospedale, con le strutture di ricovero intermedie (Hospice, Ospedale di Comunità, Unità Riabilitativa Territoriale), con le strutture residenziali, con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, con i Medici di Continuità Assistenziale, con le equipe delle cure domiciliari e delle cure palliative, con la Centrale Operativa del Suem 118.

La COT riveste un ruolo importante in questo contesto in quanto conosce le risorse, i servizi, la loro interrelazione, i processi, le modalità di attuazione e il monitoraggio e, pertanto, interviene nelle situazioni di varianza artificiale, rendendo operativi i percorsi. Peraltro la valenza della tracciabilità degli interventi si esplica non solo nel sapere chi fa che cosa all'interno del processo in un determinato momento, ma anche nel garantire trasparenza alle azioni svolte sul e con l'assistito.

Nello specifico le funzioni fondamentali assegnate alla COT sono (DGR n. 1075/2017):

- raccogliere i bisogni espressi/inespressi, di carattere sanitario/sociale/socio-sanitario, indipendentemente dal setting assistenziale e trasmettere le informazioni utili a garantire le transizioni protette;
- mappare costantemente le risorse della rete assistenziale;
- coordinare le transizioni protette (intra ed extra Azienda ULSS), per le quali non esistono già percorsi strutturati, con la possibilità di entrare provvisoriamente in modo operativo nel processo, facilitandone una definizione condivisa;
- garantire la tracciabilità dei percorsi attivati sui pazienti segnalati, offrendo trasparenza e supporto nella gestione delle criticità di processo ai soggetti della rete;
- facilitare la definizione/revisione di PDTA/procedure/modalità operative aziendali, anche alla luce delle criticità riscontrate nel corso del monitoraggio dei percorsi attivi.

Ne discende che gli interventi tipici della COT sono:

- coordinare la transizione (dimissione) dei pazienti ricoverati in ospedale verso il trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale o domiciliare protetto;
- coordinare la presa in carico dei pazienti in assistenza domiciliare e le eventuali transizioni verso altri luoghi di cura o altri livelli assistenziali;
- coordinare la transizione (ammissione/dimissione) dei pazienti ricoverati presso le strutture di ricovero intermedie e sorvegliarne la presa in carico.

Nell'emergenza COVID-19 ha rappresentato il nodo di rete che ha consentito l'integrazione tra le varie strutture aziendali, facilitando la connessione dei vari processi, elemento strategico per la coordinazione oltre che per la tracciabilità dei vari processi.

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Stato dell'arte

Tabella 3 *- N. COT e relative caratteristiche, per Azienda ULSS*

COT	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9
N. COT Attive	**2**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**	**1**
Orario attività n. ore/sett.li	**Belluno:** ***Lun – ven*** *7.30 – 16.30* **Feltre:** ***Lun – ven*** *7-19,* ***Sabato*** *8-13*	***lun - ven*** *8 – 16*	***Lun – ven*** *8-16* ***Sabato*** *8-14*	***Lun – Dom*** *7-20* ***domenica in pronta disponibilità***	***lun-ven*** *8-17*	***Lun – sab*** *7.30-19.30*	***Lun - ven*** *8-18*	***Lnu – ven*** *8 -16*	***Lun – ven*** *8-19* ***Sabato*** *8-13*
Aumento orario attività a supporto emergenza COVID-19	**SI**	**NO**	**SI**	**SI**	**SI**	**NO**	**SI**	**NO**	**SI**
Funzione a supporto emergenza COVID-19	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**

Rilevazione al 25/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Elementi di sviluppo: disposizioni

- Si conferma il ruolo di coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, svolto dalle COT quale raccordo con tutti i servizi, anche mediante l'utilizzo di strumenti informativi. Più precisamente **la COT deve costituire il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione.**
- La COT dovrà essere unica per ogni Azienda ULSS, fermo restando la possibilità di organizzarla in sub-articolazioni, e **dovrà essere coordinata da un Coordinatore infermieristico**.
- L'orario di attività della COT dovrà essere di norma analoga alla copertura oraria assicurata per l'ADI infermieristica, ossia dalle ore 7:00 alle pre 21:00 per 7 giorni su 7. Conseguentemente la dotazione organica andrà commisurata all'orario di funzionamento ed alla complessità dell'attività volta.
- La COT dovrà essere in grado di fornire il necessario supporto informativo sia ai MMG/PLS che ai diversi operatori del sistema, fornendo risposte direttamente o indirizzando le richieste al servizio di competenza, avendo cura di assicurarsi che le stesse vengano compiutamente evase.
- Nello specifico, con riferimento all'emergenza COVID-19, le attività garantite dalla COT possono riguardare:

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- verifica dell'esecuzione del tampone a pazienti dimessi verso RSA/strutture intermedie e verso il proprio domicilio, verificando che l'esito sia stato comunicato al MMG/PLS, all'ADI e/o ai vari servizi coinvolti nella presa in carico (es. cure palliative, ecc.);
- verifica dell'esecuzione dei tamponi prima dell'ingresso nelle strutture residenziali o comunque prima delle transizioni rilevanti;
- garanzia di informazione strutturata con avviso di dimissione da area COVID-19 al MMG e ai servizi territoriali di competenza (es. ADI, cure palliative, ecc.);
- supporto alla gestione delle dimissioni/ammissioni o trasferimenti di pazienti COVID-19 verso i Centri COVID-19, ricevendo le richieste di trasferimento, organizzando gli accessi e i trasferimenti, registrando gli ingressi in entrata e uscita;
- garanzia di comunicazione ai soggetti coinvolti nella presa in carico dell'elenco aggiornato dei soggetti positivi e dei soggetti in quarantena;
- supporto alla programmazione dei tamponi a domicilio, negli ambulatori dedicati e in tutte le strutture (sia per ospiti che per dipendenti del SSN);
- supporto nella presa in carico dei problemi socio-sanitari dei pazienti in quarantena attivando i servizi a supporto (es. consegna pasti e farmaci a domicilio, tramite la protezione civile, la croce rossa, ecc.);
- supporto all'attività programmatoria delle U.S.C.A. anche per la gestione dei tamponi nelle varie dimensioni aziendali (domicilio, strutture residenziali, strutture intermedie, ecc.);
- garanzia della tracciabilità dei percorsi dei pazienti per cui il MMG ha attivato l'U.S.C.A.;
- supporto informativo per utenti, MMG/PLS, servizi territoriali e reparti ospedalieri al fine di indirizzare la richiesta al servizio di competenza, ed assicurarsi della sua presa in carico.

La COT afferisce al Direttore sanitario dell'Azienda ULSS.

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Potenziamento del Sistema Cure primarie (Art. 1, comma 5)

Programmazione regionale: elementi principali

La Regione Veneto ha colto la sfida di sviluppare le Cure primarie riconoscendo nel medico di famiglia la figura di riferimento per il paziente in ogni fase del percorso di cura, rappresentando il "*contatto*" più immediato e frequente per l'assistito e costituendo il setting assistenziale che meglio si presta all'individuazione ed alla presa in carico del paziente cronico.

Con L.R. n. 23/2012 e smi di approvazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2012-2016, si è dato avvio alla riorganizzazione delle Cure primarie attraverso la diffusione sul territorio regionale delle Medicine di Gruppo Integrate, con lo scopo di garantire agli assistiti:

- una maggiore accessibilità, assicurando la copertura h12;
- una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei Piani Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA) definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali;
- il rispetto di obiettivi di governance finalizzati alla sostenibilità del Servizio Sanitario Regionale (SSR).

Con DGR n. 751/2015 è stato recepito il modello di assistenza territoriale che prevedeva l'istituzione di Medicine di Gruppo Integrate, quali team multiprofessionali che:

- operano in una sede di riferimento (assicurando presenza medica, infermieristica ed amministrativa nelle 12 ore, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 dal lunedì al venerdì), salvaguardando la capillarità di ambulatori periferici in particolari zone geografiche o di difficoltà assistenziale;
- assicurano una presa in carico effettiva della cronicità sulla scorta dei PDTA definiti a livello regionale e contestualizzati nelle singole realtà aziendali;
- assumono la responsabilità verso la salute della Comunità, affrontando i determinanti di malattia e collaborando con gli attori locali.

Se la figura del collaboratore amministrativo è necessaria per organizzare le attività della Medicina di Gruppo Integrata, risulta fondamentale valorizzare il ruolo degli infermieri, con lo sviluppo ed il potenziamento di competenze che permettano di diventare un riferimento nell'ambito della gestione della cronicità e delle iniziative di promozione di stili di vita sani.

In coerenza con il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con la L.R. n. 48/2018, ha confermato che "*…la prevenzione della malattia e il trattamento della sua cronicizzazione sono le vocazioni prioritarie della rete dei servizi territoriali e l'assistenza primaria costituisce il "contatto" più immediato e frequente per l'assistito, rappresentando perciò il setting assistenziale che meglio si presta all'individuazione ed alla presa in carico della cronicità semplice. Per questo motivo le Medicine di Gruppo e i team multiprofessionali dell'Assistenza primaria, diversamente organizzati e dimensionati a seconda delle caratteristiche del territorio ove sono collocati, rappresentano il punto di riferimento per le comunità e si impegnano a:*

- *riconoscere i malati cronici;*
- *inserirli in percorsi di presa in carico integrata;*

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- *sviluppare un modello di gestione dell'assistenza da parte di un team.*

Per fare questo sono richiesti:

- *la valorizzazione del rapporto di fiducia tra medico e paziente;*
- *un elevato livello di integrazione dell'assistenza primaria nel sistema;*
- *lo sviluppo del lavoro per percorsi assistenziali con applicazione dei PDTA;*
- *una forte crescita e valorizzazione del ruolo degli infermieri nell'assistenza primaria;*
- *la dimostrazione del contributo al raggiungimento degli standard di sostenibilità del Sistema"*.

Nello specifico la L.R. n. 48/2018 prevede team multiprofessionali di assistenza primaria nelle seguenti differenti accezioni:

1. forme di aggregazione che coinvolgono medici convenzionati con il SSN, opportunamente organizzate e dimensionate con riferimento alle specifiche caratteristiche del contesto;
2. team di assistenza primaria che coinvolgono medici dipendenti del SSN nella gestione dell'assistenza medico-generica, anche in conformità a quanto stabilito dalla Legge n. 833/1978;
3. team di assistenza primaria la cui gestione è affidata ad un soggetto privato accreditato con riferimento ad uno specifico bacino di riferimento.

Inoltre si prevede: *"Le aziende sanitarie attivano e/o adeguano medicine di gruppo con compiti aggiuntivi legati all'accessibilità, alla presa in carico della cronicità, all'assistenza domiciliare, dimensionate rispetto alla popolazione residente, con risorse aggiuntive e con attività monitorate secondo indicatori di struttura, processo e esito concordati a livello regionale"*.

Alla luce di ciò, con successiva DGR n. 476/2019 sono stati approvati i Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo ex ACN della medicina generale del 23 marzo 2005 e smi a valere per il biennio 2019-2020, favorendo l'aggregazione da parte dei MMG. A completamento del biennio, con l'attuazione di detti Piani, più del 60% dei MMG lavorerà in una forma associativa evoluta (il 40% in Medicina di Gruppo ed il 22% in Medicina di Gruppo Integrate).

Rientrano nel finanziamento previsto dalla **DGR n. 476/2019** i costi derivanti dal riconoscimento dell'indennità di collaboratore di studio e di personale infermieristico per le Medicine in Rete e Medicine di Gruppo.

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Stato dell'arte

Tabella 4 - N. MMG per forma associativa

Forme associative	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV	%
Medico Singolo	3	65	29	28	31	95	13	95	74	**433**	*14%*
Associazione semplice	0	29	0	8	25	16	0	9	26	**113**	*4%*
Rete dei medici	85	143	73	37	20	155	64	21	124	**722**	*24%*
Forme Miste	0	13	0	0	0	40	0	0	13	**66**	*2%*
Medicina di Gruppo	14	195	187	51	44	137	49	123	251	**1051**	*35%*
UTAP/ MGI Sperimentale	0	5	0	0	0	0	12	0	0	**17**	*1%*
Medicina di Gruppo Integrata	30	73	104	15	42	137	93	62	83	**639**	*21%*
TOTALE	**132**	**523**	**393**	**139**	**162**	**580**	**231**	**310**	**571**	**3.041**	*100%*

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Tabella 5 - *N. MMG per forma associativa con personale infermieristico*

Forma associativa -MMG -	N. MMG	N. MMG CON P.I.	di cui MMG con P.I. *(per tipologia di contratto)*		
			Indennità da ACN	*Personale dip. az.le*	*Terzo settore*
Medico Singolo	**433**	**2**	*2*	*0*	*0*
Associazione semplice	**113**	**0**	*0*	*0*	*0*
Rete dei medici	**722**	**14**	*14*	*0*	*0*
Forme Miste	**66**	**7**	*7*	*0*	*0*
Medicina di Gruppo	**1.051**	**315**	*275*	*21*	*19*
UTAP/ MGI Sperimentale	**17**	**3**	*3*	*0*	*0*
Medicina di Gruppo Integrata	**639**	**405**	*164*	*23*	*218*
Totale	**3.041**	**746**	*465*	*44*	*237*

Rilevazione al 19/05/2020 - Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella 6 - N. Medicine di Gruppo Integrate attive

MGI	ULSS 1	ULSS 2	ULSS 3	ULSS 4	ULSS 5	ULSS 6	ULSS 7	ULSS 8	ULSS 9	TOTALE RV
N. MGI ATTIVE	**4**	**9**	**14**	**2**	**5**	**14**	**11**	**8**	**9**	**76**
N. MMG	30	73	104	15	42	137	93	62	83	**639**
N. ASSISTITI	41.113	111.786	149.685	23.060	60.232	199.720	127.657	90.087	122.482	**935.822**
% assistiti con MMG in MGI	***23%***	***15%***	***28%***	***12%***	***29%***	***25%***	***40%***	***21%***	***15%***	**22%**

Rilevazione al 19/05/2020- Elaborazione a cura di U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Elementi di sviluppo: disposizioni

Il modello regionale di presa in carico della cronicità e della multimorbidità si fonda sul concetto di intensità di cura e di assistenza, mutuandolo dall'ambito ospedaliero, per sottolineare la gradualità nell'erogazione dell'assistenza correlata al bisogno.

A partire dalla stratificazione (Figura 1), vengono distinti due livelli di complessità:

1. la **cronicità "semplice",** che viene appropriatamente presa in carico dai team multiprofessionali dell'Assistenza primaria;
2. la **cronicità "complessa ed avanzata"**, che richiede team multiprofessionali "specialistici".

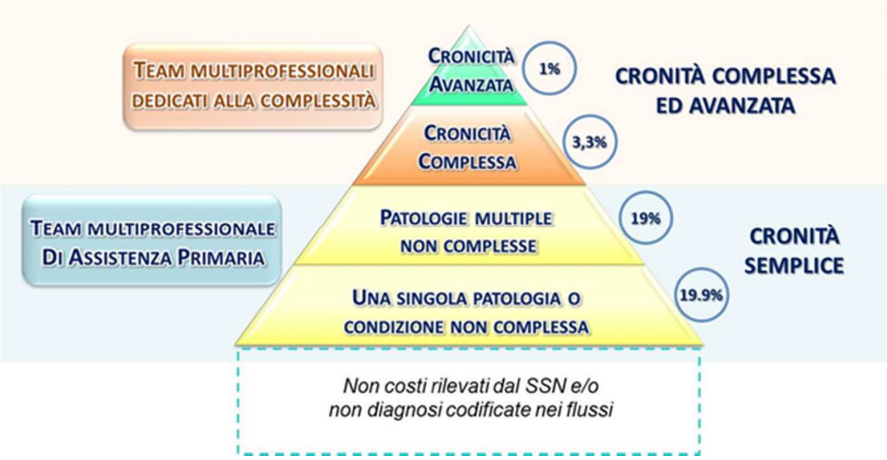


Figura 1 –Presa in carico della cronicità per intensità di cura e di assistenza: profili di popolazione e percentuale sulla popolazione del Veneto

Pertanto, con riferimento ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti, che anche a seguito dell'emergenza COVID-19, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione, il modello organizzativo regionale prevede un lavoro fondato su team multiprofessionali, che vedranno la partecipazione dei MMG, degli specialisti territoriali, degli infermieri, degli assistenti

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sociali, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

Costituiscono componenti fondamentali del modello organizzativo:

1. ***i MMG*** afferenti alle diverse tipologie di forme associative, dalle più semplice alle più evolute e organizzate come le Medicine di Gruppo Integrate;
2. ***i Medici di Continuità Assistenziale***, estendendo l'utilizzo dei contratti diurni come previsti dall'ACN a supporto della gestione della cronicità;
3. ***le U.S.C.A.,*** operando a supporto dell'attività del MMG ed in stretta connessione per la gestione anche della cronicità fino al 31/12/2020. Nello specifico le U.S.C.A. dovranno essere programmate in modo che i MMG afferenti ad una stessa forma associativa (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento sempre la medesima U.S.C.A.
4. ***l'infermiere di famiglia*** che svolge attività sia presso gli ambulatori distrettuali (talora sede di U.S.C.A.) sia presso il domicilio dei pazienti non già presi in carico dall'ADI; l'infermiere di famiglia non è quindi l'infermiere dell'equipe ADI.

   Dipendente gerarchicamente dalla UOC Cure primarie del Distretto di afferenza.

   Posto che: "*…l'Infermiere di famiglia è il professionista che aiuta gli individui ad adattarsi alla malattia e alla disabilità cronica trascorrendo buona parte del suo tempo a lavorare a domicilio della persona assistita e della sua famiglia, conoscendone il contesto anche relazionale della comunità di inserimento…*", si ritiene declinare l'attività nei seguenti ambiti:

   - *l'infermiere di famiglia* collabora alla gestione dell'ambulatorio della cronicità con riferimento alle attività infermieristiche previste dai PDTA, ivi comprese la rilevazione di parametri, le verifiche di follow up, il front office sanitario;
   - *l'infermiere di famiglia* garantisce prestazioni infermieristiche di consulenza e di educazione sanitaria e terapeutica con adozione di interventi di counselling, di supporto motivazionale e di rinforzo al paziente (o gruppi) e alla famiglia, allo scopo di sviluppare abilità di autocura e di fiducia nella gestione della malattia, provvedendo al monitoraggio dell'aderenza terapeutica ed alla segnalazione di anomalie al MMG;
   - *l'infermiere di famiglia* effettua visite domiciliari su disposizione del MMG a pazienti non già in carico alle equipe infermieristiche di Cure domiciliari dell'Azienda ULSS;
   - *l'infermiere di famiglia* contribuisce al monitoraggio del grado di stabilità clinica/assistenziale ed alla valutazione delle alterazioni sintomatiche delle condizioni di salute in caso di malattia, acuta o cronica, che possono indicare un aggravamento o la comparsa di complicanze, in integrazione con gli altri professionisti coinvolti nel team;
   - *l'infermiere di famiglia* svolge un'attività di mappatura delle risorse del territorio per il mantenimento di stili di vita sani, progettando ed attivando iniziative di promozione della salute rivolte alla comunità che favoriscano la partecipazione attiva, avvalendosi anche della collaborazione delle associazioni di volontariato;
   - *l'infermiere di famiglia* contribuisce a garantire la continuità dell'assistenza attraverso l'integrazione dei servizi distrettuali, ospedalieri, dei Dipartimenti di prevenzione, lavorando in sinergia con i MMG e gli altri professionisti del team, anche partecipando alle

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Unità di Valutazione Multidimensionali dei Distretti.

La presenza dell'infermiere di famiglia è prevista secondo uno standard non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti.

Tutte le attività sopra elencate sono a supporto dei servizi offerti dalle cure primarie, delle U.S.C.A. ma anche sono svolte in integrazione funzionale con i MMG, specie laddove non siano presenti già dei team di assistenza primaria organizzatiti (come le Medicine di Gruppo Integrate). Laddove siano attive forme associative evolute dei MMG, le attività sopra descritte in capo all'infermiere di famiglia del Distretto possono essere svolte dall'infermiere delle forme associative. Laddove, invece, non vi siano forme associative evolute dei MMG, l'infermiere di famiglia afferente al Distretto potrà svolgere, previo accordo con i MMG stessi, l'attività anche presso gli studi dei MMG che operano non in forma aggregata.

5. ***le equipe multiprofessionali dell'ADI***. Nello specifico le attività infermieristiche domiciliari dovranno essere pianificate in modo che gli assistiti afferenti ad una stessa forma associativa della medicina generale (sia essa medicina di Rete, di Gruppo o Medicina di Gruppo Integrata) abbiano come riferimento sempre la medesima équipe ADI.
6. i ***medici specialisti ambulatoriali interni***, attivati a seconda della tipologia di bisogno, potranno agire sia presso le sedi distrettuali, che presso il domicilio del paziente, che presso le strutture residenziali e le strutture di ricovero intermedie.
7. il ***Dipartimento funzionale di Riabilitazione Ospedale-Territorio*** dovrà essere coinvolto a seconda della tipologia di bisogno, garantendo la propria consulenza anche a domicilio o presso le strutture residenziali qualora necessario.
8. ***gli assistenti sociali*** al fine di favorire la valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali, **secondo uno standard non superiore ad un assistente sociale ogni due U.S.C.A. per un monte ore settimanale massimo di 24 ore**.
9. ***gli operatori del Dipartimento di Prevenzione***, qualora si rilevassero necessità di gestioni legate all'emergenza COVID-19 ma anche attività correlate alla salute della comunità (prevenzione, gestione malattie infettive, ecc.).
10. i ***servizi sociali delle Amministrazioni comunali e le Associazioni di volontariato*** al fine di definire tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver.

Per migliorare e potenziare l'assistenza al domicilio o presso le strutture residenziali, i team multiprofessionali dovranno potersi avvalere di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le RSA, di adeguata attrezzatura diagnostica (termometro a distanza, misuratore di P.A., Ecografi ed ECG portatili) ed ogni altro presidio medico necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza.

Per facilitare l'integrazione multiprofessionale sarà anche favorito l'impiego della telemedicina, non solo per il monitoraggio dei pazienti ma anche per la diagnostica, e la promozione del teleconsulto tra MMG e specialisti dell'Azienda ULSS di afferenza, anche tramite video-consultazione, promuovendo il collegamento del paziente previo appuntamento.

In particolare la presa in carico dell'apice della piramide richiede che questi team multiprofessionali

bf5a9448

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

garantiscano il coordinamento dei diversi nodi della rete nell'attuazione dei Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) o Piani Integrati di cura, condivisi dal team stesso e dal paziente, coinvolgendo anche la rete ospedaliera quale parte integrante delle transizioni protette, con importante funzione consulenziale nella definizione del Piano stesso e di supporto alla domiciliarizzazione. Il Piano Assistenziale Individuale costituirà parte integrante del Fascicolo Sanitario Elettronico e, quindi, sarà consultabile da tutti gli attori della filiera assistenziale.

A livello di sistema, **il Fasciolo Sanitario Elettronico rappresenta elemento portante per garantire la continuità dell'assistenza tra tutta la filiera assistenziale**.

Nell'ambito del Distretto sarà individuato un team di coordinamento/riferimento che coadiuvi i MMG/PLS per definire il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio. Le transizioni dovranno, comunque, essere monitorate dalla COT.

In via generale, l**a COT viene a costituire il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione.**

I Team multiprofessionali sopradescritti afferiscono al Distretto.

bf5a9448

PROTOCOLLO 0.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PIANO DI POTENZIAMENTO DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

Premessa

Decreto- legge 19 Maggio 2020 n, 34. Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19.

Art. 1 Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale

1.Per l'anno 2020, al fine di rafforzare l'offerta sanitaria e sociosanitaria territoriale, necessaria a fronteggiare l'emergenza epidemiologica conseguente alla diffusione del virus SARS-Cov-2 soprattutto in una fase di progressivo allentamento delle misure di distanziamento sociale, con l'obiettivo di implementare e rafforzare un solido sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2, dei casi confermati e dei loro contatti al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario, le regioni e le province autonome adottano piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. ***I piani di assistenza territoriale contengono specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità speciali di continuità assistenziale, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento****.*

(...)

5. Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì ***dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati COVID-19****, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie.*

POTENZIAMENTO DELL'ASSETTO ORGANIZZATIVO PER LA GESTIONE DELLE EMERGENZE DI SALUTE PUBBLICA

Organizzazione Regionale per le emergenze

La Sanità Pubblica Regionale ha predisposto, negli anni, una serie di atti per garantire una risposta articolata ed organizzata alle "Emergenze Sanitarie di natura infettiva e non infettiva".

La Regione del Veneto, con atto siglato il 13 aprile 2007, ha aderito al Progetto "Sostegno alle funzioni di Interfaccia tra le regioni e le province autonome e il Centro nazionale per la Prevenzione ed il controllo malattie" CCM, documento approvato dalla Conferenza degli assessori regionali alla sanità nella seduta del 18-06-2006. Il "Centro per il controllo delle malattie regionale" (CCMR) è stato istituito con **DGR n. 4181 del 30/12/2008,** quale organismo che si pone in relazione funzionale con la Direzione Prevenzione della Regione e si interfaccia con il Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie a livello nazionale.

Con **D.G.R. n. 2315 del 28 luglio 2009** è stato definito il Coordinamento Regionale per la prevenzione e il controllo delle Malattie (CCMR) che, tra l'altro, assicura:

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

"*il supporto tecnico-scientifico alle strutture regionali deputate alla gestione delle emergenze di sanità pubblica, con particolare riferimento alle emergenze infettive, ai fenomeni epidemici e pandemici e al bioterrorismo*".

Con **D.D.R. n. 20 del 30/04/2009**, era stata formalizzata l'istituzione di una **task force regionale per la definizione di un protocollo per la gestione dei casi sospetti di influenza H1N1.**

Le funzioni del CCMR sono state inserite nelle funzioni di Azienda Zero, come previsto dall'articolo 2, comma 2, lettera f) Legge 19/2016, quali "Strutture e attività a supporto della programmazione" dell'allegato A) alla legge regionale 29 giugno 2012, n. 23 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016."

Funzioni del Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è l'articolazione dell'Azienda ULSS che garantisce la tutela della salute collettiva e l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza ricompresi nel livello "Prevenzione Collettiva e Sanità Pubblica", come definiti dal DPCM del 12.01.2017, tra i quali in tema di emergenza figurano:

- interventi per il controllo della diffusione di malattie infettive e diffusive (LEA A2),
- predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva (LEA A5),
- gestione delle emergenze da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici, radiologici) (LEA B14),
- interventi intersettoriali per la salute nei luoghi di lavoro (LEA C2).

Nell'attuale emergenza epidemica da SARS-CoV-2 i Dipartimenti di Prevenzione hanno dovuto far fronte ad un notevole aggravio di lavoro per assicurare le attività di indagine epidemiologica, *contact tracing*, sorveglianza attiva dei casi in isolamento domiciliare e dei loro contatti, esecuzione di test di screening e diagnostici in collaborazione con l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). E' stata garantita assistenza e consulenza ad altre articolazioni del Servizio Sanitario Regionale (ad esempio i Distretti e i Presidi Ospedalieri) e altri Enti pubblici (es. Comuni), nonché il controllo e l'assistenza sul rispetto delle misure igienico-sanitarie in strutture pubbliche e private.

Durante il periodo emergenziale sono state attivate mediamente 680 persone di diversi profili professionali, per lo più afferenti ad articolazioni aziendali diverse dal Dipartimento di Prevenzione e assegnate al Dipartimento solo per la fase emergenziale. In questa rilevazione non è considerato il personale impegnato nell'esecuzione a livello territoriale dei test diagnostici (test sierologici qualitativi e test di biologia molecolare) e il personale coinvolto nelle attività di controllo e assistenza sulle misure adottate dalle imprese.

Tale riorganizzazione è stata possibile a seguito della sospensione e di un riorientamento, per il periodo emergenziale, di molte attività dei servizi del Dipartimento di Prevenzione che, in quanto comprese nei Livelli Essenziali di Assistenza, dovranno essere recuperati nei prossimi mesi. Si rende pertanto necessario garantire una progressiva ripresa delle altre attività assicurando nel contempo la continuità delle azioni funzionali al controllo e alla gestione dell'emergenza in corso, anche in previsione di possibili future recrudescenze epidemiche. Pertanto, il piano di potenziamento del Dipartimento di Prevenzione deve partire dalla definizione degli standard minimi di personale, la cui approvazione è in itinere con provvedimenti ad hoc.

La situazione emergenziale ha evidenziato la necessità di rafforzare l'offerta territoriale, con l'obiettivo di consolidare il sistema di sorveglianza della circolazione di SARS-CoV-2 e la presa in carico precoce dei casi. A tal fine, il Decreto Legge n. 34 del 19.05.2020 (cosiddetto "Decreto rilancio

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Italia") ha introdotto disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale, prevedendo tra l'altro che le Regioni e le Province autonome adottino piani di potenziamento e riorganizzazione della rete assistenziale. I piani di assistenza territoriale contengono misure di identificazione e gestione dei contatti, di organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva effettuata a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e medici di continuità assistenziale nonché con le Unità Speciali di Continuità Assistenziale, indirizzate a un monitoraggio costante e a un tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento.
Per quanto riguarda specificamente le **attività di indagine epidemiologica, rintraccio e sorveglianza dei contatti ed esecuzione di test**, il Decreto del Ministero della Salute del 30.04.2020 prevede uno standard di risorse umane dedicate o dedicabili pari ad almeno **1 persona ogni 10.000 abitanti**, in linea con le indicazioni dello European Centre for Disease Control (ECDC) [1].

Organizzazione delle Aziende ULSS per le emergenze
La Regione del Veneto, con **D.G.R. n. 443/2012** ha istituito tale organizzazione definendo l'attivazione per ogni Azienda ULSS di un Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP) ed un Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR).
La composizione del CESP e del GORR sono stati aggiornati, su richiesta della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria in data 27.1.2020[2] allo scopo di predisporre tutte le misure per fronteggiare l'infezione da coronavirus.
Il **Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP)** è istituito dal Direttore Generale e composto da:

- Direttore Sanitario (coordinatore)
- Direttore Dipartimento di Prevenzione
- Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica
- Direttore Servizio Igiene Alimenti e Nutrizione
- Punto di contatto
- Direttore del presidio ospedaliero
- Direttore della funzione territoriale
- Direttore dello Spisal
- Direttore del Servizio Veterinario se coinvolto
- Responsabile del Servizio infermieristico
- Direttore del Servizio Farmaceutico.

Fanno parte del comitato e partecipano, quando la situazione lo richieda, un referente Arpav, un referente IZS, il Direttore del Laboratorio di riferimento. Il CESP è convocato dal Direttore Sanitario o per delega dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.
All'atto dell'attivazione dell'allarme di emergenza il CESP è limitato a pochi componenti (Comitato ristretto), in particolare sarà costituito da Direttore Sanitario, Direttore Dipartimento di Prevenzione, Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Punto di contatto e Direttore del presidio ospedaliero e ha il compito di valutare alla luce delle prime evidenze che l'evento costituisca un'emergenza di

[1] *ECDC Technical Report - Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities for COVID-19 cases in the EU/EEA - 2 marzo 2020.*
[2] *Nota del Direttore della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria del 27.01.2020 prot. n. 40049.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sanità pubblica, quali componenti e quali unità operative attivare e decide le prime misure da intraprendere e la definizione delle fasi operative. In considerazione dell'emergenza il Direttore Sanitario può disporre il trasferimento in via di urgenza di personale da un ambito territoriale all'altro secondo necessità.

Il **Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR)** è attivato dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione, in accordo con quanto deciso del CESP. Il GORR, che assolve a funzioni di "*epidemic intelligence*", è costituito da personale del Dipartimento di Prevenzione e si occupa della gestione dell'emergenza di sanità pubblica con capacità di attivazione elevata: raccolta di informazioni sugli eventi rilevati attraverso i sistemi di sorveglianza correnti e valutazione del loro potenziale patologico, comunicazioni di informazioni e coordinazione delle informazioni pervenute dagli attori coinvolti, allerta del personale della rete prevenzione, rifornimento del materiale ed attrezzature necessarie. Il funzionamento del GORR è disciplinato da un **Regolamento** che dovrà essere proposto al CESP dal Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

L'emergenza COVID-19 ha fatto emergere la necessità di integrare l'attuale assetto organizzativo rafforzando i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS al fine di poter rispondere in maniera più pronta e strutturata a future emergenze, rivedendo il ruolo e la composizione dei GORR al fine di consentire la mobilitazione rapide, a moduli e organizzata per ambiti territoriali definiti in funzione della complessità dell'emergenza. Ogni Azienda ULSS dovrà quindi provvedere all'identificazione di **un GORR per ogni Distretto Socio Sanitario che sarà di riferimento per il relativo ambito territoriale**. Ogni GORR dovrà, in fase di non emergenza, essere costituito da:

- punto di contatto
- n. 1 medico igienista del SISP
- n. 1 medico dello SPISAL
- n. 1 medico veterinario e/o del SIAN
- n. 3 assistenti sanitari (AS),
- n. 1 tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro (TP),
- n. 1 infermiere (INF).

Il **punto di contatto, unico per tutta l'ULSS e identificato nel Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica**, avrà funzione di connessione con il CESP e di coordinamento tra i diversi GORR aziendali. Il punto di contatto sarà uno dei componenti medici igienisti del SISP di uno dei GORR; per le Aziende con un singolo GORR il punto di contatto coincide con il componente medico igienista del SISP.

Al momento dell'attivazione del GORR sarà coinvolto, su indicazione del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, solamente il medico del servizio maggiormente coinvolto dalla tipologia di emergenza; tale medico svolgerà **funzione di coordinamento delle attività** del singolo GORR.

edcfc1ed

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella- Numero di GORR per ogni Azienda ULSS e loro composizione

	Pop. totale	n. GORR in rapporto al n. dei Distretti	n. punti di contatto	n. medici *	n. AS	n. TP	n. INF
ULSS 1	202.950	2	1	9	9	3	3
ULSS 2	887.806	4	1	12	12	4	4
ULSS 3	624.770	4	1	12	12	4	4
ULSS 4	228.568	1	1	3	3	1	1
ULSS 5	237.385	2	1	6	6	2	2
ULSS 6	935.460	5	1	15	15	5	5
ULSS 7	366.429	2	1	6	6	2	2
ULSS 8	495.989	2	1	6	6	2	2
ULSS 9	926.497	4	1	12	12	4	4
Regione	**4.905.854**	**26**	**9**	**81**	**81**	**27**	**27**

** Include n. 1 medico del igienista del SISP, n. 1 medico dello SPISAL e n. 1 medico veterinario e/o del SIAN*

Tale organizzazione deve agire nel pieno delle sue potenzialità senza pregiudicare, per quanto possibile, la continuità delle ordinarie attività istituzionali di cui il Dipartimento di Prevenzione è responsabile in applicazione dei LEA. Il conseguimento di tale obiettivo passa necessariamente attraverso un potenziamento delle dotazioni organiche dei Dipartimenti di Prevenzione, nell'ambito del più ampio programma di interventi per il potenziamento dell'assistenza territoriale previsti dal D.L. n. 34 del 19.05.2020.

L'**attivazione dei GORR** dovrà avvenire su base **modulare e progressiva**, partendo dalla base standard sopra definita e ampliandolo in funzione del tipo e della complessità dell'emergenza, considerando la numerosità e la tipologia di profili professionali del personale necessario per farvi fronte. Al di fuori delle situazioni di emergenza, i componenti del GORR concorreranno alle ordinarie attività istituzionali del Dipartimento di Prevenzione, nell'ambito del proprio Servizio di assegnazione. Tutti componenti dei GORR dovranno essere **identificati nominalmente**, e costantemente aggiornati, con atto formale del Direttore del Dipartimento di Prevenzione e dovranno poter essere mobilitati immediatamente per fronteggiare eventuali emergenze, nei limiti delle rispettive competenze e professionalità. La composizione dei GORR sarà trasversale ai diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione e avrà un carattere multidisciplinare e multiprofessionale, per garantire una risposta competente e coordinata a qualunque tipo di emergenza di sanità pubblica.

edcfc1ed

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

	Popolazione assistita > 18 anni	**Dotazione organica del GORR attivabile su base modulare in corso di emergenza n. Operatori Sanitari**
ULSS 1	174.027	17
ULSS 2	736.992	73
ULSS 3	531.290	53
ULSS 4	193.445	19
ULSS 5	205.667	20
ULSS 6	785.758	78
ULSS 7	304.700	30
ULSS 8	412.681	41
ULSS 9	770.841	77
Regione Veneto	**4.115.401**	**411**

La composizione complessiva del personale attivabile per il GORR su base modulare, dovrà mantenere i rapporti già sopra descritti tra le diverse figure professionali. Dovrà essere valutato anche l'inserimento di ulteriori figure tecniche come statistici, chimici, biologi, entomologi, agronomi, ingegneri gestionali inseriti nelle Unità Operative facenti parte dell'organizzazione del Dipartimento, secondo quanto stabilito dalla Legge 19/2016.

Nell'ambito del modello organizzativo del Dipartimento di Prevenzione per la gestione delle emergenze concorrono le diverse Unità Operative. In particolare va garantita una stretta connessione con la presenza nel GORR del personale afferente alle UO di "Epidemiologia" e "Salute e Ambiente", che dovranno essere costituite con una dotazione minima come da tabella seguente (D.G.R. n. 1306 del 16 agosto 2017; LEGGE REGIONALE n. 48 del 28 dicembre 2018 - Piano socio sanitario regionale 2019-2023).

edcfc1ed

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella- Dotazione organica minima U.O. Epidemiologia e U.O. Salute e Ambiente

Epidemiologia	Salute e Ambiente
n. 1 medico specialista in igiene	n. 1 medico specialista in igiene
n. 1 assistente sanitario	n. 1 assistente sanitario
n. 1 statistico	n. 1 tecnico della prevenzione
	n. 1 chimico
	n. 1 ingegnere gestionale

Il GORR dovrà avere le competenze necessarie per svolgere un'ampia gamma di attività funzionali alla gestione e controllo delle emergenze di salute pubblica, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo:

- indagini epidemiologiche nell'ambito delle malattie trasmissibili e attività di *contact tracing*;
- sorveglianza attiva dei casi e dei contatti di casi di malattie trasmissibili a fini di salute pubblica,
- effettuazione di esami di screening e diagnostici, funzionali al contenimento e gestione di malattie trasmissibili e altre emergenze di salute pubblica;
- adozione di provvedimenti in merito all'isolamento e alla quarantena di casi e contatti;
- coordinamento aziendale, in connessione con Azienda Zero, per la raccolta e l'invio tempestivo e puntuale dei flussi informativi previsti dalla Regione per il monitoraggio dell'emergenza;
- elaborazione di dati e analisi epidemiologiche;
- collegamento funzionale con le altre strutture e servizi dell'Azienda sanitaria coinvolte nella gestione dell'emergenza (es. Distretti, Presidi Ospedalieri). In particolare per garantire un collegamento funzionale con le componenti del Distretto di afferenza territoriale, ivi compresi i MMG e PLS, dovrà essere garantito il coinvolgimento del direttore di Distretto di afferenza, avvalendosi anche della COT quale punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Territorio e Dipartimento di Prevenzione assistenza tecnico-specialistica nei confronti di altri servizi aziendali, Enti pubblici e imprese private ai fini della definizione e del monitoraggio di misure igienico-sanitarie per la mitigazione dei rischi nel contesto emergenziale;
- attività di controllo e assistenza sul rispetto, l'efficacia e la sicurezza delle misure igienico-sanitarie di prevenzione e mitigazione nel contesto emergenziale (inclusi gli interventi di disinfezione e disinfestazione);
- promozione e supporto all'organizzazione delle campagne vaccinali specifiche per l'emergenza;
- attività di campionamento di matrici varie (es. alimentari, ambientali, ecc.).

L'impatto delle emergenze di sanità pubblica sulla popolazione è fortemente influenzato dalle condizioni di salute della popolazione stessa. Pertanto le attività di gestione dell'emergenza, dovrà essere fortemente integrata, in particolare nei periodi inter-emergenziali, con le attività di **promozione della salute e contrasto alle malattie cronico-degenerative**.

edcfc1ed

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Per questo motivo dovrà essere garantito il coinvolgimento dei Dipartimenti di Prevenzione nei team multi professionali per la gestione della cronicità e fragilità come previsto dal modello organizzativo nella L.R. n. 48/2018.

La **formazione** rappresenta una delle principali risorse utilizzabili nelle strategie di prevenzione. La conoscenza diffusa ed approfondita degli scenari di rischio, delle procedure organizzative e dei comportamenti più idonei da adottare in emergenza, può infatti migliorare i livelli di vigilanza, ridurre i tempi di risposta, rinforzare i comportamenti più efficaci per contrastare le minacce e limitare gli effetti degli eventi lesivi. Pertanto, tutto il personale afferente al GORR, con particolare riferimento alla personale afferente al modulo di prima attivazione, dovrà seguire percorsi formativi specifici e trasversali finalizzati a rafforzare ed uniformare le conoscenze e le competenze, considerando comunque i diversi ruoli e profili professionali, diffondere e consolidare strategie efficaci a fronteggiare dei pericoli attivando una collaborazione costante tra tutti i componenti della GORR. Ogni azione di formazione deve necessariamente includere modi efficaci di comunicare, decidere, valutare, gestire gli eventi e far conoscere procedure comuni all'interno dei differenti scenari ipotizzati. La formazione sarà prevalentemente rivolta alle emergenze di natura infettiva ma dovrà garantire un programma di conoscenze anche attinenti ad emergenze di altra natura (rischio chimico, rischio radiologico, catastrofi naturali, ecc). Tale programma assume finalità non secondaria di creazione di una rete di conoscenze formali ed informali utili per l'eventuale gestione degli eventi citati.

edcfc1ed

SORVEGLIANZA STRUTTURE RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI

Premessa
Decreto Rilancio - D.L. n. 34 del 19 Maggio 2020 Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19
Art. 1 Disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale
Comma 1
"(….) Le regioni e le province autonome organizzano inoltre le **attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali**, anche garantendo la collaborazione e la consulenza di medici specialisti in relazione alle esigenze di salute delle persone assistite, con le risorse umane strumentali e finanziarie disponibili a *legislazione vigente."*

SORVEGLIANZA STRUTTURE RESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI

L'attività di attività di sorveglianza attiva e di monitoraggio presso le residenze sanitarie assistite e le altre strutture residenziali vengono articolate in tre livelli:

1° Livello – Sorveglianza ordinaria

Il livello di prevenzione e protezione in favore dei residenti e degli operatori delle strutture residenziali per non autosufficienti ivi comprese le condizioni organizzative e il coordinamento delle funzioni cliniche è previsto tra i requisiti organizzativi specifici prescritti per l'accreditamento delle unità di offerta dei "Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti", con la presenza di una figura direzionale con profilo sanitario, denominata "Direttore sanitario di Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti".
Tale figura assume la responsabilità e il compito di curare, sia nelle singole unità di offerta sia nei Centri di servizi, ogni aspetto igienico organizzativo in ambito sanitario, a garanzia del sistema delle unità di offerta presenti nel "Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti".
Il Direttore sanitario svolge ogni attività di indirizzo, gestione e vigilanza ritenuta necessaria al governo del sistema igienico sanitario e di tutela della salute e igiene pubblica all'interno del Centro, in autonomia e avvalendosi delle risorse necessarie, in coerenza con gli indirizzi della Regione, dell'Azienda ULSS e con le più recenti indicazioni tecnico scientifiche dettate dagli organismi preposti nei settori di intervento.

L'individuazione di tale figura è di competenza del legale rappresentante del "Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti"; la nomina deve essere conferita a soggetto che sia in possesso dei seguenti requisiti:
- laurea in medicina e chirurgia,
- iscrizione all'Albo dell'Ordine dei medici chirurghi,
- una specializzazione tra le seguenti: Igiene e Medicina Preventiva, Medicina del Lavoro, Medicina Legale, Statistica sanitaria e Biometria, Medicina di comunità e delle cure primarie o nelle altre aree di prevenzione e sanità pubblica, oppure (in alternativa alla specializzazione) 10

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

anni di esperienza in una delle seguenti discipline dell'area della prevenzione e sanità pubblica: Igiene, Epidemiologia e Sanità Pubblica, Igiene degli Alimenti e della Nutrizione, Medicina del Lavoro e Sicurezza degli Ambienti di Lavoro, Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, Organizzazione dei Servizi Sanitari di base.

Il Direttore sanitario del Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti è in rapporto di servizio con il Centro di servizi; tale rapporto è regolato sulla base di accordi o contratti stipulati dal Centro di Servizi con il Direttore sanitario. L'atto istitutivo e regolativo di detto rapporto (accordo o contratto) deve essere trasmesso dal Centro di Servizi all'Azienda ULSS competente.

Data la natura dell'incarico il "Direttore sanitario di Centro di servizi per persone anziane non autosufficienti" costituisce riferimento nei confronti dell'Azienda Ulss nei termini seguenti:

- in relazione con il Direttore Sanitario dell'Azienda Ulss territorialmente competente per gli aspetti di prevenzione ed igiene;
- di riferimento del Direttore dei Servizi socio sanitari e delle strutture di cui si avvale, ivi compreso il medico coordinatore - ai sensi della DGR n. 1231/2018 - dell'Azienda Ulss territorialmente competente.

Considerate le funzioni assegnate alla figura del Direttore sanitario del Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti per tale ruolo si prevede uno standard orario minimo settimanale che può variare a seconda delle classi dimensionali (incluse tra gli estremi da "fino a 30 pl" a "oltre 601 pl"), con un minimo di ore settimanali da 3 ore a 34 ore, da svolgersi presso uno o più "Centri di Servizi per persone anziane non autosufficienti".
La proposta di introduzione del requisito organizzativo specifico di accreditamento che prevede la presenza della figura del "Direttore Sanitario del Centro di Servizi per persone anziane non autosufficienti", è stata oggetto di parere favorevole espresso dall'Organismo tecnico consultivo regionale di cui all'art. 18, comma 4 della L.R. n. 22/2002, nella seduta del 6 maggio 2020 (convocato con nota prot. reg. 174671/20).

<u>2° Livello – Sorveglianza con epidemia in atto</u>

Si intende mantenere la strategia organizzativa di cui alla nota prot. n. 141750 del 1 Aprile 2020, che ha previsto la costituzione di un team multidisciplinare costituito da personale del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP), dell'Unità Operativa di Cure Primarie e dei Servizi Sociali al fine di giungere alla definizione di un "Piano di Sanità Pubblica" specifico per queste strutture che riguardi l'isolamento dei pazienti, la gestione dei DPI e la gestione del personale, da attuare a cura del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari.
Per la valutazione del rischio è necessario disporre di:

- Dati di prevalenza di positivi al COVID-19, distinti per operatori e ospiti, tali dati per quanto riguarda gli operatori si possono avere attraverso l'incrocio con il flusso informativo ad hoc;
- Dati sulla disponibilità di DPI al momento presente e dall'inizio dell'epidemia COVID-19, con eventuale valutazione degli acquisti;
- Dati sulle competenze sanitarie del personale presente o che si occupa degli ospiti (occorre acquisire l'organigramma) e Piano Formativo dei Dipendenti, questi devono essere forniti dal Direttore della struttura residenziale;

c8d85fba

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

La "Valutazione del rischio" verrà redatta dal Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e dall'U.O. Cure Primarie e presentata ai Direttori dei Servizi Socio-Sanitari per definire le indicazioni che devono essere contenute nel Piano di Sanità Pubblica. Le azioni potranno anche prevedere l'intervento delle USCA e/o di Team di medici specialisti o altre azioni specifiche. Azione indispensabile sarà il controllo dell'adempimento delle indicazioni fornite ad ogni singolo Centro di Servizi.

3° Livello – Sorveglianza in situazione di particolare criticità dell'epidemia

E' previsto un piano straordinario d'azione per la gestione di situazioni di contagio all'interno dei Centri di Servizi aventi carattere di urgenza ed emergenza e non efficacemente affrontabili in autonomia dalle singole strutture, con le misure di contenimento e isolamento da esse già previste anche nel quadro delle precedenti indicazioni regionali.
Tale Piano si pone a complemento del Piano di Sanità Pubblica specifico per i Centri di Servizi di cui alla nota regionale prot. n. 138002/2020, prevedendo, anche ai sensi del comma 2, art. 1 del DL n. 34/2020, la messa a disposizione dell'intero servizio sanitario regionale (SSR) di una rete potenziale di strutture residenziali da destinare temporaneamente in via esclusiva all'accoglimento e all'assistenza di pazienti affetti da COVID-19 provenienti principalmente dai Centri di Servizi, la cui attivazione è subordinata ad apposita valutazione tecnica, secondo le modalità di seguito indicate e riferita alle singole situazioni locali. Così procedendo si creeranno le condizioni per la razionalizzazione delle risorse umane ed economiche dedicate alla cura dei soggetti contagiati, permettendo, nel contempo, un graduale ritorno alla normalità nelle strutture nelle quali la situazione lo consenta.
A tale scopo, considerata la speciale esigenza di coordinamento operativo tra gli uffici regionali e i vari enti presenti sul territorio, quali la Direzione Protezione Civile, le Direzioni dell'Area Sanità e Sociale, in particolare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria e la Direzione Servizi Sociali, Azienda Zero, le Aziende ULSS, le unità speciali di continuità assistenziale (USCA), i Prefetti, le amministrazioni provinciali e comunali e i Centri di Servizi accreditate e altri eventuali, si procede ad incaricare delle funzioni di Sovrintendente Sanitario Provinciale per l'emergenza COVID-19 nel settore degli anziani non autosufficienti, uno dei Direttori Sanitari delle strutture del relativo ambito.
I Sovrintendenti avranno il compito di monitorare, a livello provinciale, la situazione dei contagi COVID-19 nei Centri di Servizi, concorrendo all'attuazione del Piano di Sanità Pubblica di cui alla nota regionale prot. n. 138002/2020 per la gestione dei soggetti risultati positivi in coordinamento con gli uffici e gli enti testé richiamati.
Come già descritto, l'individuazione di specifiche strutture residenziali da destinare esclusivamente all'assistenza ai casi positivi all'infezione da SARS-CoV-2 costituisce il fattore strategico del Piano nel duplice obiettivo, da un lato, di garantire a questi pazienti un livello assistenziale speciale e maggiormente appropriato rispetto alle esigenze sanitarie implicate dalla patologia COVID-19, e dall'altro di liberare le rimanenti strutture residenziali, le quali potranno così gradualmente tornare alla normalità, nel rispetto, comunque, delle precauzioni necessarie ad ostacolare una nuova diffusione al loro interno della malattia.
Considerato che tali strutture si troveranno ad assistere in prevalenza persone anziane non autosufficienti, il cui stato di salute risulta di solito determinato dalla presenza contemporanea della patologia COVID-19 e di altre patologie croniche preesistenti al contagio, si ritiene appropriato

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

assumere per esse lo standard organizzativo-funzionale stabilito per i Centri di Servizi residenziali per non autosufficienti con maggior bisogno assistenziale (requisito CS-PNA-M-au-1.1 di cui all'Allegato A alla D.G.R. n. 84 del 16 Gennaio 2007) potenziato nella componente sanitaria. A tal fine l'Azienda ULSS di riferimento provvederà a garantire, con oneri a proprio carico a valere sulle risorse di seguito specificate, la presenza di personale infermieristico aggiuntivo rispetto a quanto previsto dal predetto standard nella seguente misura:

- 1 infermiere professionale ogni 20 ospiti presenti in media nell'anno.

Il servizio infermieristico dovrà essere, comunque, garantito nell'arco delle 24 ore, con la presenza notturna in sede di almeno 3 infermieri ogni 120 ospiti.

In relazione all'utilità e opportunità di disporre con continuità nel tempo di tali presidi, in un ottica di razionalizzazione e ottimizzazione dei parametri di appropriatezza dell'intero sistema assistenziale regionale, vi è la necessità di garantirne la sostenibilità economica in modo indipendente dai livelli di saturazione dei posti letto, valorizzando l'elemento di disponibilità ed il correlato vincolo di destinazione, prevedendo allo scopo il seguente meccanismo di finanziamento e i relativi importi:

- quota giornaliera di rilievo sanitario pari ad € 58,00 a carico delle aziende ULSS di riferimento;
- quota alberghiera a carico dell'ospite, o di chi è tenuto al pagamento, da determinarsi a cura dell'ente gestore in misura congrua con il mantenimento della quota alberghiera corrisposta alla struttura di provenienza;
- nell'eventualità in cui i posti letto vincolati alla destinazione COVID-19 risultassero temporaneamente non occupati, le Aziende ULSS provvedono a riconoscere all'ente gestore il pagamento degli stessi fino a concorrenza di una quota di saturazione teorica complessiva della struttura COVID-19 pari al 90%, applicando una tariffa giornaliera onnicomprensiva di € 116,00.

La nomina agli incarichi di Sovrintendente Sanitario Provinciale verrà effettuata dal Direttore dell'Area Sanità e Sociale, in relazione all'effettiva esigenza dettata dall'evolversi della situazione epidemiologica in atto in ciascuna provincia e potrà essere valutata, in relazione alla casistica emergente, la possibilità di attribuire ad un Sovrintendente già nominato l'interim su altri ambiti provinciali.

Le strutture residenziali da destinare esclusivamente all'accoglimento e all'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19, vincolandole a tale destinazione per un periodo di sei mesi, eventualmente prorogabile in relazione all'evoluzione epidemiologica, decorrente dall'effettiva attivazione formalizzata dal Sovrintendente Sanitario Provinciale di riferimento territoriale in dipendenza delle specifiche situazioni di contagio, verranno individuate sentite le Associazioni di categoria URIPA e UNEBA ed acquisita la disponibilità degli enti gestori interessati.

I Sovrintendenti Sanitari Provinciali per l'emergenza COVID-19 nel settore degli anziani non autosufficienti concorrono all'attuazione del Piano di Sanità Pubblica di cui alla nota regionale prot. n. 138002/2020 nei termini suindicati e per l'esercizio della loro funzione potranno avvalersi dei mezzi e del personale che l'Azienda ULSS sede del capoluogo di provincia provvederà a mettere a disposizione. I predetti Sovrintendenti Sanitari Provinciali si rapporteranno direttamente con il Direttore dell'Area Sanità e Sociale ai fini del monitoraggio delle singole situazioni locali, dell'attivazione delle strutture residenziali e di rendicontazione dei risultati di volta in volta raggiunti.

In via del tutto eccezionale e ad integrazione della rete di strutture da destinare esclusivamente all'accoglimento e all'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19, qualora ne ravvisasse la necessità, il Sovrintendente Sanitario Provinciale, sentiti il Direttore dell'Area Sanità e Sociale della Regione

c8d85fba

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

del Veneto ed il Dipartimento di Prevenzione potrà chiedere al Prefetto, per tramite del Dipartimento della protezione civile territorialmente competente, di disporre la requisizione in uso di strutture alberghiere, ovvero di altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità da destinare a Strutture residenziali per anziani non autosufficienti affetti da COVID-19, così come previsto al comma 7 dell'art. 6 del DL n. 18 del 17 Marzo 2020 convertito con modificazioni dalla legge n. 27 del 24 Aprile 2020.

c8d85fba

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023.REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Determinazione del Fabbisogno, acquisizione di risorse umane e incentivi al personale

Con nota Prot. n. 106965 datata 5 Marzo 2020, è stato trasmesso al Ministero della Salute un primo fabbisogno di Medici, Infermieri e Operatori Socio Sanitari, legati alla prima fase di incremento dei letti in Terapia Intensiva e Semintensiva, come richiesto dal Ministero stesso con Circolare 1 Marzo 2020. Come specificato nella nota di trasmissione il fabbisogno di personale medico riguardava principalmente le specialità di anestesia e Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore e Malattie Infettive e Tropicali, in relazione ai posti letto di Terapia sub Intensiva. Il fabbisogno di professionisti per i soli letti aggiuntivi di terapia intensiva e semintensiva, ad elevata intensità di cura dedicati ai pazienti Covid, dichiarato nella prima fase dell'emergenza è stato pari a 180 medici, 414 infermieri e 204 operatori socio sanitari. L'evolversi dell'emergenza sanitaria ha evidenziato l'esigenza di far fronte a nuovi fabbisogni di personale in ragione delle mutate esigenze organizzativo-gestionali e dell'evolversi delle caratteristiche cliniche della patologia.

Inizialmente, al fine di fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, la Regione del Veneto, per il tramite dell'Area Sanità e Sociale, ha adottato misure specifiche in materia di personale già a decorrere dal mese di febbraio, prevedendo un incremento della dotazione di personale per le aree maggiormente interessate dall'emergenza sanitaria. In primo luogo, le aziende sono state autorizzate ad effettuare assunzioni a tempo indeterminato in deroga ai tetti di spesa fissati per il costo del personale ed alle previsioni dei Piani Triennali di fabbisogno di personale formulati ed approvati dalla Regione Veneto prima dell'emergenza.

Successivamente, nel mese di marzo, in sede di disamina dei piani trimestrali di assunzione del personale presentati dalle Aziende ed Enti del SSR per il I trimestre 2020, è stata autorizzata l'assunzione di altro personale appartenente sia al Comparto che all'Area della Dirigenza Sanitaria, ugualmente in deroga ai tetti di spesa fissati per il costo del personale ed alle previsioni dei Piani Triennali di fabbisogno di personale.

Le aziende hanno, in seguito, rappresentato principalmente fabbisogni derivanti dalle necessità di adeguare i servizi presenti sul territorio, al fine di potenziare le attività a domicilio e di prevenzione, che sono state principalmente autorizzate nella seduta crite di Maggio 2020.

Ulteriori autorizzazioni all'assunzione di personale per l'emergenza COVID-19 sono state rilasciate anche successivamente alle sedute di disamina dei Piani trimestrali presentati dalle Aziende con riferimento al I e al II trimestre 2020, in ragione dell'eccezionalità della situazione, addivenendo ad un totale complessivo delle unità di personale dipendente autorizzate pari a 1.677.

Azienda	MEDICO	FARMACISTA	BIOLOGO	INFERMIERE	OSTETRICA/O	TECNICO LABORATORIO	TECNICO RADIOLOGIA	TECNICO PREVENZIONE	ASSISTENTE SANITARIO	OSS	OPERATORE TECNICO	FISIOTERAPISTA	COLLAB. TECNICO PROF.	ASSISTENTE TECNICO	TOTALE
501 - Rovigo	3	0	0	64	0	2	2	0	24	31	0	0	2	0	128
502 - Marca Trevigiana	20	0	3	62	0	10	2	0	10	89	0	0	0	0	196
503 - Scaligera	8	0	3	107	0	12	0	1	14	55	5	0	1	1	207
504 - Veneto Orientale	3	0	0	69	0	6	0	6	10	51	1	0	0	0	146
505 - Polesana	5	0	3	65	0	12	0	0	10	38	0	0	0	0	133
506 - Padova	3	0	0	81	0	5	0	0	21	41	0	4	0	0	155
507 - Euganea	2	0	4	39	0	6	0	1	15	24	0	0	0	0	91
508 - Veneziana	10	0	0	122	3	5	3	0	10	21	0	0	0	0	174
509 - Scaligera	2	0	0	34	0	6	5	0	8	24	0	0	0	0	79
501 - AO di Padova	12	0	0	85	0	9	0	0	1	66	0	0	0	0	173
502 - AOUI di Verona	51	1	2	96	0	7	0	0	0	35	0	1	0	0	193
502 - IOV	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
TOTALE	119	1	15	826	3	88	12	8	123	475	6	5	3	1	1.677

Contestualmente all'adozione di specifiche disposizioni adottate dal Legislatore con DL 2 marzo 2020 n. 9 e con DPCM 1 marzo 2020 è stata comunicata alle Aziende la possibilità di stipulare contratti di lavoro autonomo a personale medico ed infermieristico collocato in quiescenza, alle condizioni previste dalla suddetta normativa.

Inoltre, a seguito del DL 9 marzo 2020 n. 14, con Circolare n. 116609 del 11 Marzo 2020, la Regione del Veneto ha autorizzato le Aziende alla stipula di contratti di lavoro autonomo per le finalità e alle condizioni

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

indicate dall'art. 1 del medesimo decreto, per il reclutamento di personale medico, ivi compresi i medici iscritti all'ultimo e penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, nonché di tutto il rimanente personale sanitario, qualora non risultino presenti presso Azienda Zero o presso l'Azienda interessata valide graduatorie di concorso pubblico o avviso pubblico.

Con L 24.04.2020 n. 27, fra le altre misure, è stato abrogato il DL 9 marzo 2020 n. 14. L'art. 2 bis del DL 18/2020 ha tuttavia riproposto in larga parte i contenuti dell'art. 1 del DL citato in relazione al conferimento di incarichi di lavoro autonomo a personale sanitario. A seguito di tale provvedimento normativo la Regione ne ha reso noto i principali contenuti con nota prot. n. 177934 del 05.05.2020.

Al fine di supportare le Aziende nel reclutamento di personale con incarico di lavoro autonomo, Azienda Zero ha predisposto avvisi pubblici di manifestazione di interesse a partire dalla data del 11 marzo a maggio 2020 per la formazione di elenchi di medici, medici specializzandi iscritti all'ultimo e penultimo anno di corso delle scuole di specializzazione, medici collocati in quiescenza, e personale sanitario diverso da medico.

Azienda Zero, ricevute le manifestazioni di interesse, provvedeva ad inoltrarle alle Aziende, le quali potevano contattare i professionisti e stipulare contratti di lavoro. Azienda Zero ha raccolto complessivamente un numero di 998 manifestazioni di interesse come di seguito rappresentato.

	PROFILO	TOTALE MANIFESTAZONI MESE MARZO	TOTALE MANIFESTAZONI MESE APRILE	TOTALE MANIFESTAZONI MESE MAGGIO	TOTALE
MEDICI	Laureati Abilitati	257	143	7	407
	Pensionati	99	16	0	115
	Specialisti	223	43	8	274
	Specializzandi	175	39	3	217
	TOTALE	754	241	18	1013
	Di cui Anestesisti	*63*	*17*	*0*	*80*
SANIT.	Biologi	30	33	10	73
	Farmacisti	0	10	1	11
	TOTALE	30	43	11	84
COMPARTO SANITARIO	Assistenti Sanitari	30	8	1	39
	Infermieri	502	85	12	599
	Tecnici di Laboratorio	68	11	10	89
	Tecnici di Radiologia	139	23	2	164
	Tecnici della Prevenzione	65	36	4	105
	Tecnico fisiopat. cardiocirc.	1	0	1	2
	TOTALE	805	163	30	998
	Autisti di ambulanza segnalati	*22*	*16*	*4*	*42*

A fronte delle autorizzazioni rilasciate e delle manifestazioni di interesse raccolte e distribuite alle Aziende, la Regione monitora quotidianamente le acquisizioni di personale effettuate dalla data del 18 marzo. Alla data del 1 giugno il totale delle unità acquisite per l'emergenza COVID-19 risulta:

cef1f5ab

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Azienda	T. Ind.	T. Det.	Rapp. Lib. Prof/co.co.co.	Rapp. con pers. in quiescen.	Pers. trattenuto in servizio ex art. 12 D.L. 18/2020	Altro	TOTALE
501 - Dolomiti	21	1	20	7	2	0	51
502 - Marca Trevigiana	99	48	36	4	0	0	187
503 - Serenissima	79	2	69	13	2	2	167
504 - Veneto Orientale	52	3	4	8	0	2	69
505- Polesana	4	28	18	4	1	5	60
506 - Euganea	12	20	40	6	0	0	78
507 - Pedemontana	13	5	39	12	0	0	69
508 - Berica	46	6	11	2	0	0	65
509 - Scaligera	40	3	31	18	0	0	92
901 - AO di Padova	107	5	26	1	0	0	139
912 - AOUI di Verona	95	5	52	2	0	0	154
952 - IOV	0	0	20	2	0	0	22
TOTALE	568	126	366	79	5	9	1.153

Stima di impatto economico

a) Personale Dipendente

Azienda	MEDICO	FARMACISTA	BIOLOGO	INFERMIERE	OSTETRICA/O	TECNICO LABORATORIO	TECNICO RADIOLOGIA	TECNICO PREVENZIONE	ASSISTENTE SANITARIO	OSS	OPERATORE TECNICO	FISIOTERAPISTA	COLLAB. TECNICO PROF.	ASSISTENTE TECNICO	TOTALE
501 - Dolomiti	€ 167.671,68	€ -	€ -	€ 1.548.177,98	€ -	€ 58.797,76	€ 58.797,76	€ -	€ 424.981,79	€ 559.595,26	€ -	€ -	€ 48.546,71	€ -	€ 2.872.486,17
502 - Marca Trevigiana	€ 1.117.889,52	€ -	€ 147.695,18	€ 1.548.177,98	€ -	€ 215.558,59	€ 48.658,21	€ -	€ 178.125,85	€ 1.483.883,51	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.520.675,75
503 - Serenissima	€ 447.125,75	€ -	€ 148.888,65	€ 2.566.915,97	€ -	€ 293.988,79	€ -	€ 27.887,15	€ 249.941,93	€ 991.899,41	€ 112.786,29	€ -	€ 78.275,35	€ 16.667,88	€ 4.644.518,26
504 - Veneto Orientale	€ 167.671,68	€ -	€ -	€ 1.677.619,97	€ -	€ 157.195,95	€ -	€ 155.855,65	€ 191.022,15	€ 979.996,61	€ 72.541,76	€ -	€ -	€ -	€ 3.311.648,98
505- Polesana	€ 778.457,53	€ -	€ 147.695,18	€ 1.429.271,59	€ -	€ 248.989,82	€ -	€ -	€ 183.298,75	€ 618.945,25	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 3.987.563,82
506 - Euganea	€ 167.671,68	€ -	€ -	€ 1.765.763,72	€ -	€ 111.795,87	€ -	€ -	€ 587.418,88	€ 682.426,79	€ -	€ 75.859,68	€ -	€ -	€ 3.188.884,58
507 - Pedemontana	€ 111.780,95	€ -	€ 289.251,89	€ 851.480,85	€ -	€ 121.914,62	€ -	€ 27.887,15	€ 262.459,85	€ 580.889,57	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.964.745,88
508 - Berica	€ 642.748,56	€ -	€ -	€ 2.655.889,26	€ 68.828,86	€ 181.595,52	€ 68.957,51	€ -	€ 187.456,45	€ 592.787,16	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.182.171,17
509 - Scaligera	€ 111.780,95	€ -	€ -	€ 838.954,12	€ -	€ 152.595,28	€ 126.994,68	€ -	€ 155.582,56	€ 452.586,15	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 1.787.711,22
901 - AO di Padova	€ 712.685,44	€ -	€ -	€ 1.996.925,28	€ -	€ 215.558,59	€ -	€ -	€ 28.828,49	€ 1.214.884,87	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 4.157.787,67
912 - AOUI di Verona	€ 5.451.256,77	€ 49.251,85	€ 98.467,86	€ 2.285.828,56	€ -	€ 162.557,83	€ -	€ -	€ -	€ 678.574,88	€ -	€ 75.949,68	€ -	€ -	€ 8.741.776,68
952 - IOV	€ -	€ -	€ -	€ 48.546,71	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ -	€ 48.546,71
TOTALE	€ 7.377.541,49	€ 49.251,85	€ 782.881,88	€ 18.575.458,78	€ 68.828,86	€ 1.767.767,88	€ 579.387,67	€ 189.849,51	€ 2.228.317,51	€ 8.487.328,26	€ 185.347,55	€ 151.809,36	€ 68.828,86	€ 16.667,88	€ 40.881.203,78

Per la valorizzazione dei costi relativi al personale dipendente da assumere nell'ambito del piano di autorizzazioni della Regione relativo all'emergenza epidemiologica COVID-19, è stato calcolato un costo medio per profilo.

Tale costo medio è stato calcolato utilizzando la sommatoria degli importi indicati nelle tabelle di spesa del personale del conto annuale 2018, in particolare Tabella 12 relativa agli oneri annui per voci retributive a carattere stipendiale corrisposte al personale in servizio e Tabella 13 relativa alle Indennità e compensi accessori corrisposti al personale in servizio rispetto al personale, rispetto al personale in servizio al 31 dicembre 2018.

I costi sono stati calcolati considerando come decorrenza delle assunzioni il mese di marzo per le autorizzazioni del I trimestre anno 2020 e il mese di maggio per le autorizzazioni riferite al II trimestre anno 2020.

b) Personale non Dipendente

cef1f5ab

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Azienda	TOTALE	
501 - Dolomiti	€	835.000,00
502 - Marca Trevigiana	€	1.127.100,00
503 - Serenissima	€	2.402.055,00
504 - Veneto Orientale	€	416.700,00
505- Polesana	€	522.634,00
506 - Euganea	€	1.488.960,00
507 - Pedemontana	€	1.725.553,00
508 - Berica	€	560.560,00
509 - Scaligera	€	990.115,00
901 - AO di Padova	€	857.322,00
912 - AOUI di Verona	€	2.134.080,00
952 - IOV	€	679.680,00
TOTALE	€	13.739.759,00

Rapp. Lib. Prof./co.co.co.
Rapp. con pers. in quiescen.
Pers. trattenuto in servizio ex art. 12 D.L. 18/2020
Pers. con titolo conseg. estero ex art. 13 D.L. 18/2020
Altro

I costi relativi a tutte le fattispecie relative alla non dipendenza sono stati valorizzati in base agli incarichi conferiti alla data del 1° giugno e di quelli che le Aziende presumono di conferire fino al termine dell'emergenza tenendo conto dell'effettiva prestazione da rendere.

In merito alla gestione dell'emergenza sono stati adottati dall'Area Sanità e Sociale Circolari volte a fornire alle aziende del SSR indicazioni operative relativamente al trattamento giuridico - economico del personale in servizio (Prot. n 105574 del 05/03/2020 e Prot. n. 106965 del 05/03/2020) così come disposto dalla legislazione emergenziale.

Con nota del 13 marzo 2020, prot.n. 120472 è stata disposta la sospensione dell'attività chirurgica programmata, per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria, e le altre attività programmate, ad eccezione delle urgenze indifferibili.

Parte del personale assegnato a dette attività è stato assegnato temporaneamente ad attività direttamente o indirettamente collegate con le esigenze dettate dell'emergenza COVID-19.

Il valore economico di tali costi non è quantificabile, nemmeno nelle sue componenti incrementali: a titolo esemplificativo, non è possibile addivenire a una valutazione dell'importo degli straordinari dedicati alle attività Covid, né tantomeno delle indennità relative.

Le nuove immissioni di personale derivanti dalle autorizzazioni rilasciate per il piano emergenza sono state necessarie anche per sopperire l'elevato tasso di assenza del personale contagiato durante l'emergenza.

La dotazione di personale al 31.5.2020 è riportata nello schema che segue, a confronto con quella al 31.12.2019.

cef1f5ab

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Data	31/12/2019
Macro profilo	F.T.E.
Dirigenza medica	8.358,43
Dirigenza veterinaria	376,73
Dirigenza sanitaria	985,19
Dirigenza ruoli PTA	318,63
Personale infermieristico/ostetrico	23.794,38
Personale della prevenzione	1.106,05
Personale della riabilitazione	2.060,83
Personale tecnico sanitario	3.260,59
Altro personale ruolo sanitario	127,86
OSS/OTAA	8.338,16
Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	3.957,46
Personale ruolo amministrativo professionale	5.717,15
Totale complessivo	**58.401,46**

Data	31/05/2020
Macroprofilo	F.T.E.
Dirigenza medica	8.367,22
Dirigenza veterinaria	386,31
Dirigenza sanitaria	988,36
Dirigenza ruoli PTA	320,63
Personale infermieristico/ostetrico	24.377,52
Personale della prevenzione	1.104,15
Personale della riabilitazione	2.081,51
Personale tecnico sanitario	3.302,84
Altro personale ruolo sanitario	139,03
OSS/OTAA	8.871,89
Altro personale ruolo tecnico (esclusi OSS/OTAA)	3.877,58
Personale ruolo amministrativo professionale	5.636,55
Totale complessivo	**59.453,58**

Fabbisogno di personale per il potenziamento delle terapie intensive e sub intensive

Il DECRETO-LEGGE 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.” prevede all’art. 2 il riordino della rete ospedaliera. In particolare, il comma 1, mira a rafforzare strutturalmente il Servizio Sanitario Nazionale in ambito ospedaliero attraverso un piano di riorganizzazione volto a fronteggiare le emergenze pandemiche, attraverso il potenziamento delle Terapie Intensive, fino a determinare una dotazione strutturale per Regione pari a 0,14 posti letto per mille abitanti.

Per l’attivazione dei letti di Terapia Intensiva occorre determinare il relativo fabbisogno di personale, ai fini della stima del costo relativo. Ai fini della determinazione del fabbisogno di professionisti si ritiene di imputare un criterio “standard” sulla base dell’intensità assistenziale e delle necessità organizzative minime dell’unità operative di riferimento. Ipotizzato che, nelle Terapie Intensive debba essere garantita la presenza di un medico ogni 8 letti, di un infermiere ogni due letti e di un operatore socio sanitario ogni 8 letti, e che nel rispetto del criterio organizzativo, debba essere garantita la presenza minima per moduli assistenziali, a livello regionale risultano necessari 294 medici, 786 infermieri e 294 operatori socio sanitari. Considerati questi valori di fabbisogno, si stima che il costo del personale relativo al potenziamento dei posti letto di terapia intensiva sia pari a circa 56 milioni di euro su base annua. Si riporta, in seguito, prospetto riassuntivo dei fabbisogni di personale derivanti da potenziamento delle terapie intensive[1].

[1] . Ai fini della stima dei costi, il costo medio è stato calcolato utilizzando la sommatoria degli importi indicati nelle tabelle di spesa del personale del conto annuale 2018, in particolare Tabella 12 relativa agli oneri annui per voci retributive a carattere stipendiale corrisposte al personale in servizio e Tabella 13 relativa alle Indennità e compensi accessori corrisposti al personale in servizio rispetto al personale, rispetto al personale in servizio al 31 dicembre 2018.

cef1f5ab

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	18	1.512.000,00 €	60	1.860.000,00 €	18	432.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	18	1.512.000,00 €	66	2.046.000,00 €	18	432.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	12	1.008.000,00 €	30	930.000,00 €	12	288.000,00 €

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	24	744.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	0	- €	0	- €	0	- €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	0	- €	0	- €	0	- €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	12	1.008.000,00 €	30	930.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	12	1.008.000,00 €	30	930.000,00 €	12	288.000,00 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	12	1.008.000,00 €	48	1.488.000,00 €	12	288.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	6	504.000,00 €	24	744.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	6	504.000,00 €	18	558.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	18	1.512.000,00 €	60	1.860.000,00 €	18	432.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	0	- €	0	- €	0	- €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	12	1.008.000,00 €	42	1.302.000,00 €	12	288.000,00 €

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	PED	Azienda Ospedale Università di Padova	OSPED	Azienda Ospedale Università di Padova	6	504.000,00 €	6	186.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	UAL	Azienda Ospedale Università di Padova	ATTUAL	Azienda Ospedale Università di Padova	24	2.016.000,00 €	90	2.790.000,00 €	24	576.000,00 €
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	24	2.016.000,00 €	90	2.790.000,00 €	24	576.000,00 €
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	6	504.000,00 €	24	744.000,00 €	6	144.000,00 €

cef1f5ab

DATI ANAGRAFICI						PERSONALE DIPENDENTE - TERAPIE INTENSIVE					
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR ALTRO PERSONALE	COSTO ALTRO PERSONALE
050	VENETO	952	Istituto Oncologico Veneto	050952	IOV	0	- €	0	- €	0	- €
050	VENETO	952	Istituto Oncologico Veneto	050952	IOV	6	504.000,00 €	12	372.000,00 €	6	144.000,00 €
050	VENETO	509	05002200. CASA DI CURA PEDERZOLI	050022	CASA DI CURA PEDERZOLI	0	- €	0	- €	0	- €
050	VENETO	509	05001700. OSPEDALE S. CUORE - D. CALABRIA	050017	OSPEDALE SACRO CUORE DON CALABRIA	0	- €	0	- €	0	- €

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Parte di questo fabbisogno è stato soddisfatto in fase emergenziale, facendo ricorso prevalentemente a contratti a tempo parziale o a incarichi di lavoro autonomo. Si rappresenta, inoltre, che in fase emergenziale il fabbisogno dei reparti intensivi è stato soddisfatto anche e soprattutto con ricorso a professionisti provenienti da altri reparti e non necessariamente con nuove assunzioni.

Il medesimo art. 2, comma 2, ha come obiettivo la riqualificazione dei posti letto di semi intensiva, mediante adeguamento e ristrutturazione di posti letto di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure che, in caso di pandemia, potrebbero essere convertiti fino al 50% in posti letto di terapia intensiva.

Con riferimento a quanto previsto all'art. 2 comma 2 del DL 34/2020: *"2. Le regioni e le province autonome programmano una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva, con relativa dotazione impiantistica idonea a supportare le apparecchiature di ausilio alla ventilazione, mediante adeguamento e ristrutturazione di unita' di area medica, prevedendo che tali postazioni siano fruibili sia in regime ordinario, sia in regime di trattamento infettivologico ad alta intensità di cure. In relazione all'andamento della curva pandemica, per almeno il 50%dei posti letto di cui al presente comma, si prevede la possibilità di immediata conversione in posti letti di terapia intensiva, mediante integrazione delle singole postazioni con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio. Al funzionamento dei predetti posti letto, a decorrere dal 2021, si provvede con le risorse umane programmate a legislazione vigente."*

In relazione all'attivazione dei posti letto di semi intensiva risulta alquanto problematico stimare il relativo fabbisogno di personale in quanto i posti letto dovranno essere resi disponibili da conversione di posti letto di area medica già esistenti. Ne consegue che anche il relativo fabbisogno di personale dovrà essere stimato al netto del personale già in servizio presso i reparti eventualmente convertiti in caso di emergenza.

cef1f5ab

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Fabbisogno di personale per il potenziamento dei servizi territoriali

Con riferimento al potenziamento della rete territoriale e al necessario conseguente adeguamento della dotazione di infermieri di famiglia, per la Regione Veneto si stima un fabbisogno pari a circa 441 unità. Tale fabbisogno è stato determinato sulla base del criterio 8 unità infermieristiche per ogni 50.000 abitanti. Sulla base di questo criterio si stima un costo annuo aggiuntivo per personale infermieristico pari a circa 13,6 milioni di euro. Il dettaglio dei fabbisogni per aziende è riportato nella tabella che segue.

CODICE AZIENDA	AZIENDA	Distretti	Popolazione assistita MMG	Parametro - 8 INF/50.000 ab (*)	N. INF presso MMG	Tot. Fabbisogno Infermieri	Stima costo
501	Dolomiti	2	177.043	28	11	17	527.000,00 €
502	Marca Trevigiana	4	765.570	122	30	92	2.852.000,00 €
503	Serenissima	4	540.843	87	36	50	1.550.000,00 €
504	Veneto Orientale	1	198.187	32	4	27	837.000,00 €
505	Polesana	2	209.599	34	18	15	465.000,00 €
506	Euganea	5	796.800	127	56	72	2.232.000,00 €
507	Pedemontana	2	315.823	51	31	19	589.000,00 €
508	Berica	2	429.306	69	19	49	1.519.000,00 €
509	Scaligera	4	801.246	128	29	100	3.100.000,00 €

Fabbisogno di personale per il potenziamento dei servizi di emergenza territoriale

Il comma 5 dell'art 2 del DL 34/2020 autorizza le regioni a implementare i mezzi di trasporto dedicati ai trasferimento secondari per i pazienti COVID-19, per le dimissioni protette e per i trasporti intraospedalieri e per pazienti non affetti da COVID-19. A tal fine viene prevista la possibilità di assumere personale dipendente medico, infermieristico e operatori tecnici.

Nella tabella che segue si definisce il fabbisogno di personale per rendere pienamente operativa la rete di emergenza territoriale e garantire il trasporto intraospedaliero con personale strutturato come previsto dalla circolare del Ministero della Salute prot n. 11254 del 29 maggio 2020 "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19".

cef1f5ab

DATI ANAGRAFICI				PERSONALE DIPENDENTE - MEZZI DI SOCCORSO (AMBULANZE)							
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	NR PERSONALE MEDICO	COSTO PERSONALE MEDICO	NR PERSONALE INFERMIERISTICO	COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO	NR PERSONALE OTA/OSS	COSTO PERSONALE OTA/OSS	NR PERSONALE AUTISTA-BARELLIERE	COSTO PERSONALE AUTISTA-BARELLIERE
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)
50	VENETO	501	Dolomiti	4	336.000,00 €	5	155.000,00 €		- €	5	120.000,00 €
50	VENETO	502	Marca Trevigiana	4	336.000,00 €	9	279.000,00 €	3	72.000,00 €	6	144.000,00 €
50	VENETO	503	Serenissima	4	336.000,00 €	9	279.000,00 €	3	72.000,00 €	6	144.000,00 €
50	VENETO	505	Polesana	5	420.000,00 €	6	186.000,00 €		- €	6	144.000,00 €
50	VENETO	508	Berica	5	420.000,00 €	9	279.000,00 €		- €	6	144.000,00 €
50	VENETO	901	Azienda Ospedaliera Padova	4	336.000,00 €	10	310.000,00 €		- €	6	144.000,00 €
50	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Verona	5	420.000,00 €	15	465.000,00 €		- €	6	144.000,00 €

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Trattamento accessorio del personale in servizio

L'emergenza epidemiologica in atto da Covid-19 ha determinato nella Regione del Veneto una generalizzata riorganizzazione delle attività in ambito socio-sanitario, sia ospedaliere che territoriali, che si è tradotta, da un lato nell'incremento dei posti letto delle unità operative di terapia intensiva, sub intensiva e malattie infettive, e dall'altro nella riconversione di interi ospedali o di reparti che sono stati dedicati ad accogliere in via esclusiva pazienti affetti da contagio, nonché nella riorganizzazione dell'assistenza territoriale e delle modalità di erogazione dei servizi del dipartimento di prevenzione.

Tale riorganizzazione ha comportato, di conseguenza, anche una revisione delle modalità di lavoro con un incremento molto rilevante sia dell'attività lavorativa del personale sia del numero delle unità di lavoratori quotidianamente impegnati a fornire le prestazioni necessarie a fronteggiare tale emergenza. Le aziende hanno, infatti, provveduto all'assunzione di nuovo personale, sia dipendente che non dipendente, a rivedere l'organizzazione delle attività e ad effettuare i necessari trasferimenti di personale verso gli ambiti che più lo richiedevano.

Ciò ha determinato un notevole impatto sulle condizioni di lavoro di tutti gli operatori, in particolare di quelli impegnati nei reparti di assistenza ai pazienti Covid-19.

La situazione emergenziale ed assolutamente eccezionale, ha imposto alla Regione e alle Organizzazioni Sindacali una riflessione per determinare quali risorse e strumenti poter mettere in campo per sostenere lo sforzo fatto dal personale del Servizio Sanitario Regionale, riconoscendo che lo stesso ha sempre dimostrato grande impegno, responsabilità, disponibilità e dedizione al lavoro.

I benefici economici che sono stati previsti sono finanziati in parte con risorse stanziate dallo Stato e attribuite alle Regioni, in particolare dall'art. 1 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito nella legge 24 aprile 2020, n. 27, come integrato e modificato dall'art. 2 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34, in parte con risorse messe a disposizione dalla Regione, così come consentito dal medesimo decreto legge (art. 2, comma 6, lett. b).

Per la Regione del Veneto la somma complessivamente disponibile ammonta ad euro 60.932.640, che vanno ad incrementare prioritariamente i fondi contrattuali per le condizioni di lavoro della dirigenza dell'Area Sanità e il fondo condizioni di lavoro ed incarichi del personale del Comparto e, per la restante parte, i relativi fondi incentivanti.

L'incremento dei fondi è in deroga, oltre che all'articolo 23, comma 2, del D.Lgs. 25 maggio 2017, n. 75.

L'importo complessivamente disponibile è stato ripartito tra le aree del comparto e della dirigenza e tra le aziende Ulss ed ospedaliere del SSR, alle quali sono state state fornite specifiche linee di indirizzo regionali per l'attuazione di quanto previsto nei rispettivi verbali di confronto sindacale approvati con le deliberazioni n. 646 del e n. 22 Maggio 2020 e n. 715 del 04 Giugno 2020.

Con le risorse previste nell'accordo regionale è stato possibile riconoscere l'indennità di terapia sub intensiva al personale del ruolo sanitario e agli operatori socio-sanitari che prestano servizio presso le unità operative che saranno specificatamente qualificate come "sub intensive" ed estendere l'erogazione dell'indennità di Malattie Infettive ai reparti prevalentemente dedicati a pazienti Covid.

cef1f5ab

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

La Regione ha ritenuto, inoltre, di adeguare il sistema retributivo accessorio della premialità legata alla performance rimodulando gli obiettivi e integrandoli con progetti specifici legati all'emergenza sanitaria. Pertanto potrà essere individuata, previo passaggio in contrattazione integrativa, una particolare maggiorazione della retribuzione di risultato e della produttività da destinare al personale dirigenziale e non dirigenziale, del ruolo sanitario e non, impegnato nelle attività correlate all'emergenza, eventualmente da graduare in relazione all'intensità dell'impegno profuso.

cef1f5ab

PROTOCOLLO:I.0004236.15-03-2023.REPERTORIO:Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PIANO DI RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA IN EMERGENZA COVID-19

Relazione sintetica

Programmazione regionale: elementi principali

In attuazione del Piano Socio Sanitario Regionale 2019 – 2023 con DGR n. 614 del 14 maggio 2019 sono state approvate le schede di dotazione delle strutture ospedaliere e delle strutture sanitarie di cure intermedie delle aziende sanitarie del Veneto.

Per ogni singola struttura ospedaliera le schede, definiscono tra gli altri aspetti la dotazione di posti letto per singola specialità e il ruolo dell'ospedale nella rete regionale.
Con riferimento ai posti letto definiti per ognuna delle discipline interessate dalla patologia COVID- 19 (Terapia intensiva, malattie infettive, pneumologia) la distribuzione dei posti letto prima dell'emergenza viene di seguito riassunta:

	TERAPIA INTENSIVA	**PNEUMOLOGIA**	**MALATTIE INFETTIVE**
	Numero di posti letto	Numero di posti letto	Numero di posti letto
Dgr 614/2019 Schede Ospedaliere	559*	281	144*
Posti letto attivati a febbraio 2020 (flussi ministeriali)	494	233 (di cui 85 presso hub)	165

**Ai quali si aggiungono i posti letto per pazienti extraregione*

Rispetto al bacino di utenza per specialità e al conseguente numero di strutture complesse previsto dal DM 70/2015, l'allegato E della DGR 614/2019 evidenzia come alcuni aspetti siano stati adeguati al modello organizzativo ospedaliero regionale.

In ragione del modello organizzativo regionale adottato, nella dotazione ospedaliera della Regione del Veneto erano presenti, già prima dell'emergenza COVID-19:

- una unità complessa di malattie infettive per ciascuna provincia;
- una diffusione capillare delle pneumologie nell'ottica dell'integrazione ospedale territorio;
- una specifica unità di svezzamento dalla ventilazione meccanica presso l'UO di Fisiopatologia respiratoria nell'Azienda Ospedale Università di Padova;
- una unità complessa di anestesia presso gli ospedali con pronto soccorso;
- un istituto di ricerca a carattere scientifico nella disciplina Malattie infettive e tropicali all´Ospedale Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar (VR).

E' inoltre definito un parametro di riferimento per aree funzionali omogenee e in particolare per l'area delle terapie intensive da un minimo di 0,1 posti letto/1000 abitanti fino a un massimo di 0,2 posti letto/1000 abitanti.

91496bca

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Stato dell'arte

In relazione all'emergenza COVID-19 e alle indicazioni ministeriali della circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020 relative all'aumento di posti letto di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive è stato approvato, il 15 marzo 2020, dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020, il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19 del Veneto, finalizzato ad assicurare che l'intero sistema ospedaliero fosse in grado di affrontare l'ipotesi di maggior pressione possibile.

In attuazione a tale piano sono stati attivati in Veneto 825 posti letto di terapia intensiva e 383 posti letto di pneumologia semi intensiva.

Considerata l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese con tale piano, è stata approvata il 5 maggio 2020 la DGR n. 552/2020 "Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" che permette di definire la risposta del sistema ospedaliero in caso di emergenza.

Il potenziamento della disponibilità posti letto di tale piano emergenziale ha previsto la strutturazione di 840 posti letto di terapia intensiva così ripartiti:

- 559 sono i posti letto programmati dalle schede di dotazione ospedaliera;
- 191 sono posti letto aggiuntivi, attivati secondo le linee guida predisposte dal Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza;
- 90 sono i posti letto ricavabili dalla riconversione di sale operatorie in caso di emergenza.

Considerate le necessità assistenziali evidenziate nel periodo di fase 1 dell'emergenza sono stati inoltre previsti 663 posti letto di pneumologia semi intensiva di cui 382 posti letto ricavabili riconvertendoli da altre discipline.

La DGR n. 552/2020 prevede inoltre che in tutti i Pronto Soccorso devono essere previsti specifici percorsi di pre-triage tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi a malattie infettive al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute.

Elementi di sviluppo: disposizioni

L'art 2 del D.L. n. 34/20 prevede che le regioni predispongano un piano di riorganizzazione ospedaliera per l'emergenza e la circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29/05/2020 definisce, nel dettaglio, per la Regione Veneto l'aumento di 211 posti letto di terapia intensiva e 343 di semi intensiva.

Tali indicazioni, quindi, integrano il più ampio piano emergenziale definito dalla DGR n. 552/20.

Sia da quanto accaduto in fase emergenziale, sia dalle considerazioni metodologiche effettuate per la definizione del piano della DGR n. 552/20, si individuano 3 tipologie di strutture ospedaliere per l'accoglienza di pazienti COVID-19 all'interno del percorso di cura delle acuzie.

Viene di seguito descritta per ciascuna tipologia la finalità specifica degli interventi da avviare per determinare le condizioni che possano permettere la migliore risposta a eventuali altri eventi emergenziali.

- Ospedale Hub e di riferimento provinciale con presenza di reparti di pneumologia e malattie infettive.
    - Interventi finalizzati a creare le condizioni per non sospendere l'attività di elezione e permettere la continuità soprattutto per le cure indifferibili e per potenziare il trasporto intraospedaliero e il servizio di emergenza urgenza.
- Ospedali spoke con posti letto di terapia intensiva e personale con specifiche competenze intensivologiche:

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- Interventi finalizzati a creare le condizioni per il potenziamento della capillarità territoriale dell'offerta di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva;
- Interventi finalizzati a migliorare la separazione dei percorsi dedicati a pazienti COVID-19 in pronto soccorso;
- Interventi finalizzati al rafforzamento della dotazione di apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio.

- Ospedali dedicati alla patologia (Covid Hospital)
  - Interventi finalizzati a creare le condizioni per stabilizzare e completare l'attrezzamento dei posti letto aggiuntivi attrezzati in fase emergenziale.

Piano di riorganizzazione

Dotazione di posti letto

Incremento posti letto di terapia intensiva (comma 1 art. 2 DL 34/2020)

Il DL 34/2020 prevede di incrementare i posti letto di terapia intensiva determinando una dotazione di 0,14 posti letto per 1000 abitanti.

Per la Regione del Veneto tale parametro corrisponde quindi a una dotazione strutturale di 705 posti letto per fronteggiare le emergenze pandemiche.

Coerentemente con quanto indicato nella circolare del Ministero della Salute "Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" del 29 maggio 2020, l'identificazione dei posti letto di terapia per la fase emergenziale, ha seguito i seguenti criteri:

- Accelerare l'attuazione di quanto previsto della programmazione regionale;
- Identificare negli ospedali hub con presenza di reparti di malattie infettive e pneumologia una numerosità di posti letto che garantisca la prima risposta in caso di nuova ondata dell'epidemia;
- Rendere adeguati e/o ampliare gli spazi preferibilmente attigui alle attuali terapie intensive, utilizzati nella fase emergenziale in modo da garantire un ampiamento di posti letto territorialmente diffuso;
- Attrezzare adeguatamente gli spazi per i posti letto di terapia intensiva negli ospedali individuati come Covid Hospital.

L'identificazione dei 211 posti letto aggiuntivi, , sono stati puntualmente identificati nella "Tabella 2 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 " allegata al presente piano.

Durante la fase emergenziale sono state fornite in comodato d'uso gratuito dal Commissario per l'emergenza la strumentazione per attrezzare i posti letto di terapia intensiva; rimane quindi da definire se tali attrezzature sono da considerarsi di proprietà della Regione del Veneto o se la Regione dovrà provvedere all'acquisto. A seguito di questa considerazione i valori riportati nel Piano di riorganizzazione ospedaliera per l'allestimento della aree della terapia intensiva possono inevitabilmente modificarsi.

L'attivazione dei posti letto aggiuntivi di terapia intensiva comporta la realizzazione di lavori di adeguamento edile e impiantistico nelle aree individuate a tale scopo. Nella scheda seguente si riportano le principali caratteristiche strutturali, impiantistiche e la dotazione delle attrezzature che dovranno essere garantite.

91496bca

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

TERAPIA INTENSIVA	
REQUISITI MINIMI STRUTTURALI	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Degenze con una superficie di 15 mq per posto letto	
Zona filtro degenti	
Zona filtro personale addetto	
Spogliatoio	Zona per indossare/togliere DPI
Locale medici	
Locale lavoro infermiere	
Locale per i pazienti infetti dotato di zona filtro	
Servizi igienici per il personale	
Deposito strumentazione e materiale pulito	
Deposito materiale sporco	
Vuotatoio con adeguata ventilazione	
Locale preparazione farmaci	
Locale bonifica /decontaminazione	
Bagno assistito	
Locale Tisaneria	
REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Temperatura interna	20-24 °C
Umidità relativa	40-60 %
Ricambi aria	min 6 vol/h (preferibile 10-15 vol/h) + filtri assoluti H14 + aspirazione separata
Prese ossigeno con doppi circuiti separati	min. 3 prese, pressione d'esercizio di 4-5 atm, costante con un flusso di 60 l/min per ciascuna presa
Aria medicale con doppie linee con doppi circuiti separati	min. 3 prese, pressione d'esercizio di 4-5 atm, costante con un flusso di 60 l/min per ciascuna presa
Impianto aspirazione con doppi circuiti separati	min. 2 prese, garantire quando tutte le prese sono in funzione una pressione minima di aspirazione di 500 mm Hg (40 l/min costanti) per ciascuna presa
Presa Evacuazione Ossido Nitrico tipo Attiva	La presa di evacuazione è necessaria qualora la terapia intensiva debba dotarsi di sistemi di erogazione dello stesso gas
Prese elettriche	15 per posto letto
Prese elettriche a pensile	min. 8 per P.L.
Prese TD	min. 4 per PL il RAC dati deve essere anch'esso alimentato da IT-M.
Impianto segnalazione esaurimento gas medicali del reparto	
Impianti speciali antincendio rilevazione incendi ed EVAC	
Impianto chiamata infermieri	
Impianto monitoraggio/ controllo dinamico della portata dei gas medicali O2-AC con contabilizzatore del flusso parziale e totale del reparto	
Almeno il 50% degli ambienti devono essere in pressione negativa	Da valutarsi in caso di realizzazione per COVID
Impianto elettrico tipo IT-M locali di gruppo 2 ai sensi della CEI 64-8	

TERAPIA INTENSIVA	
ATTREZZATURA PER POSTO LETTO	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Strutture pensili/travi testa letto a muro dove alloggiare prese gas, elettriche e supporto alle apparecchiature	
Letto per rianimazione elettrico	Con sistemi di articolazione (trendelenburg, anti trendelenburg, zona testa, ginocchia e piedi), dotato di sistema antidecubito e tavolino a comparsa sulla pediera, porta bombola di ossigeno (per gli spostamenti), e almeno 3 aste porta flebo
Materasso	A fluttuazione dinamica già compreso con il letto
Ventilatore automatico da rianimazione	Dotato delle più avanzate modalità ventilatorie invasiva e non invasiva/reclutamento. Dotato di avanzati sistemi di svezzamento toraco polmonari e diaframmatici. Monitoraggi avanzati della funzionalità respiratoria. Elevata autonomia delle batterie intercambiabili anche durante l'utilizzo. Completo di sistema di umidificazione.
Monitor multiparametrico	Monitor multiparametrico (misurazione parametri vitali) In particolare pressione arteriosa invasiva e non invasiva, saturimetro, temperatura, EtCO2. EtCO2 è un parametro che può essere presente anche nei ventilatori • il monitor fisso nel posto letto del paziente può avere in dotazione un monitor base integrato più piccolo utile per gli spostamenti del paziente (es: Philips MX800 con X2)
Centrale di monitoraggio	
Apparecchiatura erogazione ossido nitrico	La presa di evacuazione è necessaria qualora la terapia intensiva debba dotarsi di sistemi di erogazione dello stesso gas
Pompe peristaltiche a siringa (in totem)	Almeno 5 x paziente
Pompe peristaltiche per enterale	1 x paziente
Pompe parenterale	2 x paziente
Auxiliary Manual Breathing Unit (Ambu)	2 x paziente
URM(Unità respiratoria manuale)	
Posizionatori per la pronazione del paziente (accessorio)	
Scalitica per posto letto	
Maschere per ossigeno	
Sistema di aspirazione bronchiale	
Sistema di aspirazione	
1 tavolino servitore	
Paravento medicale (divisorio)	
generatore CPAP (e relativo circuito)	
Circuito NIV	
Apparecchio per ossigeno terapia ad alti flussi/ rotametri completi di umidificatore per circa il 40/50% dei posti letto	
Carrello per medicazioni/emergenze (1 per posto letto)	
Supporto per i presidi di utilizzo frequente ed immediato per ventilatore e sistema di aspirazione	
ATTREZZATURA PER UNITA' DI TERAPIA INTENSIVA	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Portatile di radiologia per RX toracici	
2 defibrillatori capaci di erogare fino a 360J	
2 elettrocardiografi 12 derivazioni diagnostici	
1 eco, completo anche di funzioni cardio	
1 massaggiatore cardiaco automatico	
1-2 sistemi per emodinamica in continuo	
1-2 sistemi per monitoraggio emoglobina in continuo/sistema bilaterale di profondità anestesia	
Videolaringoscopio per intubazioni difficili	

91496bca

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Riqualificazione posti letto di area semi –intensiva (comma 2 art. 2 DL 34/2020)

Il Dl 34/2020 prevede di riqualificare, per la Regione del Veneto 343 posti letto semi intensivi mediante adeguamento e ristrutturazione di unità di area medica.

I posti letto devono essere dotati di impiantistica idonea a supportare apparecchiature di ausilio alla ventilazione.

Inoltre il 50% di tali posti letto deve essere potenzialmente e immediatamente riconvertibile in posti letto di terapia intensiva e per essere riconvertiti i posti letto devono essere integrati con la necessaria strumentazione di ventilazione e monitoraggio.

L'identificazione dei posti letto di terapia semi intensiva per la fase emergenziale ha seguito le seguenti linee di indirizzo:

- Individuare puntualmente i posti letto di pneumologia per casi complessi di insufficienza respiratoria a elevato carico assistenziale individuati nell'allegato B della DGR n. 552/20;
- Prevedere la dotazione di strumentazione di ventilazione non invasiva nelle pneumologie degli ospedali hub;
- Identificare, in un numero diffuso di ospedali, una percentuale di posti letto di area medica funzionali anche alla gestione del percorso di pazienti in urgenza;
- Attrezzare adeguatamente i posti letto di terapia semi intensiva negli ospedali individuati come Covid Hospital.

L'identificazione dei 343 posti letto aggiuntivi previsti sono puntualmente identificati nella "Tabella 2 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata al presente Piano.

Durante la fase emergenziale sono state fornite in comodato d'uso gratuito dal commissario per l'emergenza, le strumentazioni per attrezzare posti letto di semi intensiva, rimane quindi da definire se tali attrezzature sono da considerarsi di proprietà della Regione del Veneto o se la Regione dovrà provvedere all'acquisto. A seguito di questa considerazione i valori riportati nel Piano di riorganizzazione ospedaliera per l'allestimento delle aree di terapia semi intensiva possono inevitabilmente modificarsi**.**

L'attivazione dei posti letto aggiuntivi di terapia semi intensiva, comporta la realizzazione di lavori di adeguamento edile e impiantistico nelle aree individuate a tale scopo.

Inoltre dovrà essere garantita la presenza del cablaggio strutturale per la trasmissione dei dati.

Nella scheda seguente si riportano le principali caratteristiche strutturali, impiantistiche e la dotazione delle attrezzature che dovranno essere garantite per i posti strutturali di terapia semi intensiva.

91496bca

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

TERAPIA SEMINTENSIVA	
REQUISITI MINIMI IMPIANTISTICI	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Temperatura interna	20°÷26° C
Ricambi aria	4 Vol/h
Prese ossigeno con doppi circuiti separati	Minimo 2 prese a 4 atm con flusso costante di 60 l/min per ciascuna presa
Aria medicale con doppi circuiti separati	Minimo 2 prese press esercizio 4/5 atm con flusso costante di 60 l/min per presa
Impianto aspirazione con doppi circuiti separati	Minimo 2 prese, quando tutte le prese sono in funzione bisogna garantire una pressione minima di aspirazione di 500mmHg (40 l/min) costanti per ciascuna presa
Prese elettriche	10 per posto letto
Prese TD (dati)	4 per posto letto
Impianto segnalazione esaurimento gas medicali del reparto	
Impianto monitoraggio/ controllo dinamico della portata dei gas medicali O2-AC con contabilizzatore del flusso parziale e totale del reparto	
Impianti speciali antincendio: Rilevazione ed EVAC	
Impianto di chiamata infermieri	
Impianto elettrico del **gruppo 1** ai sensi della CEI 64-8	
ATTREZZATURA PER POSTO LETTO	
Descrizione	**Ulteriori specifiche**
Strutture pensili/travi testa letto a muro dove alloggiare prese gas, elettriche e supporto alle apparecchiature	
Letto per rianimazione elettrico	Con sistemi di articolazione (trendelenburg, anti trendelenburg, zona testa, ginocchia e piedi), dotato di sistema antidecubito e tavolino a comparsa sulla pediera, porta bombola di ossigeno (per gli spostamenti), e almeno 3 aste porta flebo
Materasso	A fluttuazione dinamnica già compreso con il letto
Ventilatore per rianimazione (1 ogni 2 posti letto circa)	Dotato delle più avanzate modalità ventilatorie invasiva e non invasiva/reclutamento. Dotato di avanzati sistemi di svezzamento toraco polmonari e diaframmatici. Monitoraggi avanzati della funzionalità respiratoria. Elevata autonomia delle batterie intercambiabili anche durante l'utilizzo. Completo di sistema di umidificazione.
Monitor multiparametrico	Monitor multiparametrico (misurazione parametri vitali) In particolare pressione arteriosa invasiva e non invasiva, saturimetro, temperatura, EtCO2. EtCO2 è un parametro che può essere presente anche nei ventilatori • il monitor fisso nel posto letto del paziente può avere in dotazione un monitor base integrato più piccolo utile per gli spostamenti del paziente (es: Philips MX800 con X2).
Centrale di monitoraggio	
Pompe peristaltiche a siringa (in totem)	almeno 5 x paziente
Pompe peristaltiche per enterale	1 x paziente
Pompe parenterale	2 x paziente
Auxiliary Manual Breathing Unit (Ambu)	2 x paziente
Scialitica per posto letto (o in alternativa 1 per unità di degenza)	
Maschere per ossigeno	
Sistema di aspirazione bronchiale	
Sistema di aspirazione	
1 tavolino servitore	

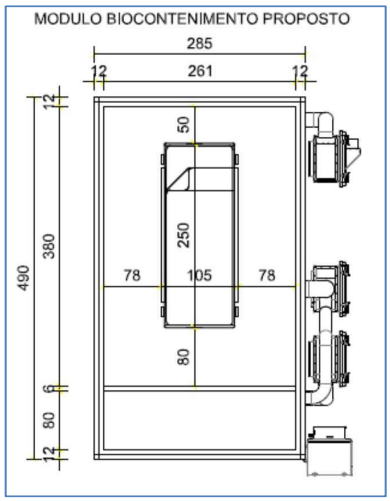
91496bca

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

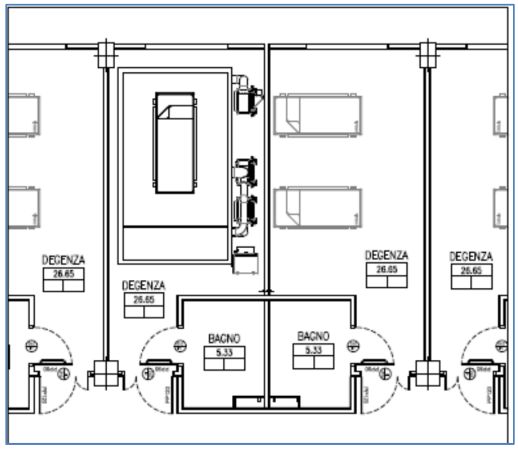
Al fine di adeguare tempestivamente e garantire la riconvertibilità dei posti letto di semi intensiva in terapia intensiva sia dal punto di vista dell'attrezzamento che dal punto di vista strutturale, la Regione del Veneto intende dotare ogni posto letto di un modulo di biocontenimento.

Inoltre, i locali che prevedono l'inserimento del modulo di bio-contenimento dovranno garantire il rispetto delle prescrizioni dettate dalla Norma CEI 64-8/7 Sezione 710 per i locali ad uso medico di Gruppo 2, in modo da assicurare la sicurezza dei pazienti e del personale medico ed essere cablati per il monitoraggio centralizzato.

Lo schema del modulo è sotto riportato:



Esempio di inserimento modulo in stanza di degenza



Strutture movimentabili (comma 3 art. 2 D.L. n. 34/2020)

Il DL n. 34/20 prevede che le regioni individuino un'area attrezzabile per allocare una struttura movimentabile da 75 posti letto di terapia intensiva.

In fase emergenziale è state predisposta un'area per l'allocazione di una struttura da campo presso l'ospedale di Schiavonia per la superficie complessiva di 9.500 metri quadrati

L'area potrà quindi essere utilizzata per il fine del comma 3 art 2 del DL n. 34/20.

Rete emergenza urgenza ospedaliera (comma 4 art. 2 DL n. 34/2020)

Il DL n. 34/20 prevede la ristrutturazione dei pronti soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi.
A tal proposito si ritiene che gli interventi destinati alla ristrutturazione devono poter prevedere nel maggior numero possibile di ospedali:

- aree di pre-triage distinte;
- area di attesa dedicata a sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- ambulatorio per sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
- area dedicata per soggetti in attesa di esito tampone;
- percorso specificatamente individuato per paziente COVID-19;
- accesso diretto e percorsi dedicati di mezzi di soccorso a spazi di attesa sospetti barellati;
- diagnostica radiologica dedicata.

La definizione puntuale degli interventi sono puntualmente identificati nella "Tabella 3 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata.

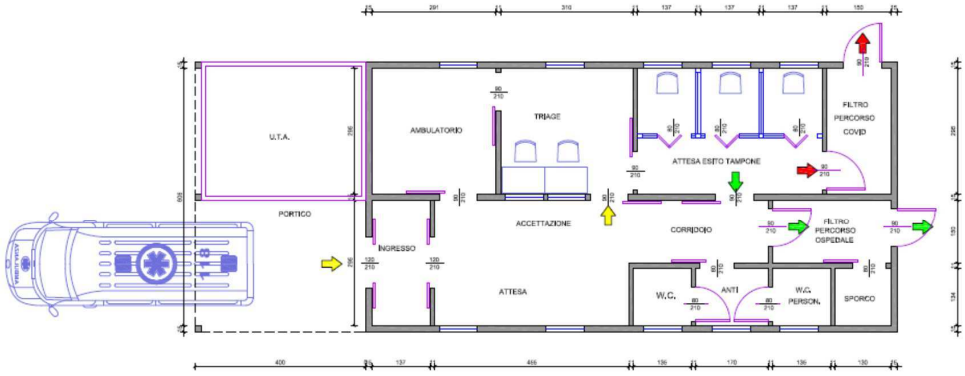
91496bca

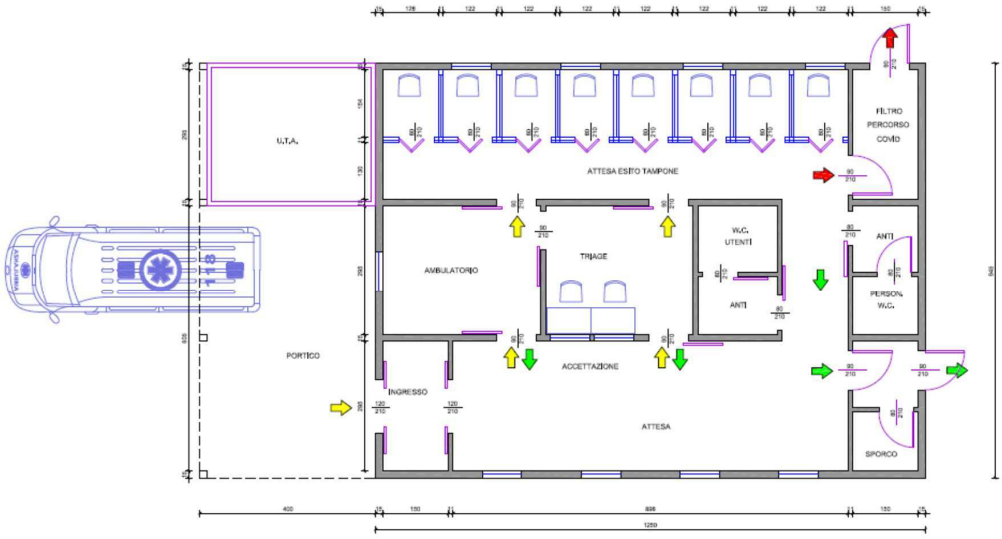
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Per quanto riguarda interventi sui Pronto Soccorso non essendo definibili soluzioni specifiche strutturali che garantiscano una soluzione a breve termine e prevedendo necessità di definire nuovi spazi dedicati in tutti i pronto soccorso, la Regione del Veneto intende adottare tipologie di moduli di pre triage covid in relazione alla tipologia di struttura ospedaliera e di servizio.

Per i moduli da collocare negli ospedali con elevata affluenza nei pronto soccorso, è prevista inoltre la presenza di una tac dedicata.

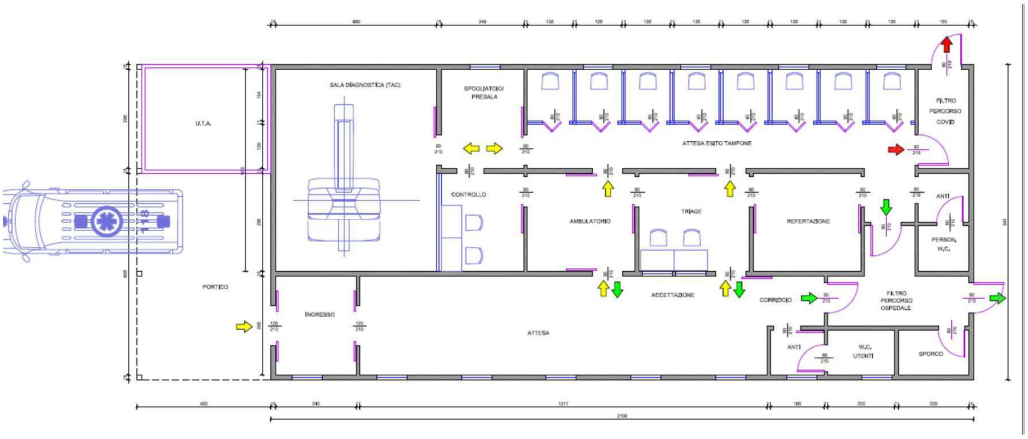
Esempi di schema dei moduli è riportato nelle figure sottostanti:





91496bca

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023



Emergenza territoriale (comma 5 art. 2 DL 34/2020)

Il DL n. 34/2020 prevede interventi che mirano a implementare la rete di emergenza territoriale.
L'identificazione degli interventi ha seguito le seguenti linee di indirizzo:

- potenziare il sistema del soccorso in emergenza urgenza e in particolare il servizio del Suem;
- identificare gli interventi per il potenziamento del trasporto intra ospedaliero.

Le Regione del Veneto, nella analisi del fabbisogno e a seguito di quanto potuto riscontrate nella fase emergenziale, ha riscontrato la necessità di potenziare due SUEM definiti nella "Tabella 3 A delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19" allegata al presente Piano.

TABELLA 2 DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19
TERAPIA INTENTIVA E SEMI-INTENSIVA

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO							QUADRO ECONOMICO					ANALISI COSTI		
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione struttura [Base/ DEA I/ DEA II]	Tipologia Lavori	Posti letto da realizzare [terapia intensiva] NR	Posti letto da realizzare [terapia semi-intensiva] NR	Tipologia di intervento	Adeguamento posti letto esistenti?	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	Importo lavori [€]	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	€/mq [€]	€/p.l. [€]	mq/p.l. [mq]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)= 19+20+21+22	(25)= (23)/(17)	(26)= (23)/(13 o 14)	(27)= (17)/(13 o 14)
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	05050101	OSPEDALE DI BELLUNO	BELLUNO	BELLUNO	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	0	18	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	915	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	853.508,03 €	106.229,51 €	196.306,85 €	108.721,29 €	1.264.765,68 €	1.382,26 €	70.264,76 €	50,83
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	05050104	OSPEDALE DI FELTRE	FELTRE	BELLUNO	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	19	5	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.600	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.116.784,81 €	1.376.885,25 €	486.860,51 €	514.593,24 €	4.495.123,80 €	2.809,45 €	187.296,82 €	66,67
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050201	OSPEDALE DI TREVISO	TREVISO	TREVISO	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	20	30	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	2.000	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.550.332,93 €	1.152.459,02 €	586.576,57 €	508.574,28 €	4.797.942,80 €	2.398,97 €	95.958,86 €	40,00
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050202	OSPEDALE DI ODERZO	ODERZO	TREVISO	PS	*Intervento su struttura esistente*	6	0	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	500	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.127.819,55 €	16.721,31 €	259.398,50 €	116.460,64 €	1.520.400,00 €	3.040,80 €	253.400,00 €	83,33
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	05050205	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	VITTORIO VENETO	TREVISO	PS	*Intervento su struttura esistente*	4	19	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.200	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.803.180,78 €	258.196,72 €	414.731,58 €	237.121,36 €	2.713.230,44 €	2.261,03 €	117.966,54 €	52,17
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050301	OSPEDALE DI MESTRE	MESTRE	VENEZIA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	2	21	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.380	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	995.759,37 €	824.368,85 €	229.024,65 €	280.937,08 €	2.330.089,96 €	1.688,47 €	101.308,26 €	60,00
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050303	OSPEDALE DI DOLO	DOLO	VENEZIA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	9	24	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.800	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.265.830,26 €	1.653.233,61 €	521.140,96 €	590.294,42 €	5.030.499,24 €	2.794,72 €	558.944,36 €	54,55
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	05050304	OSPEDALE DI MIRANO	MIRANO	VENEZIA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	8	0	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	550	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	977.443,61 €	330.819,67 €	224.812,03 €	170.524,69 €	1.703.600,00 €	3.097,45 €	212.950,00 €	68,75
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	05050403	OSPEDALE DI JESOLO	JESOLO	VENEZIA	PS	*Intervento su struttura esistente*	0	18	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.100	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	853.508,03 €	914.245,90 €	196.306,85 €	286.484,90 €	2.250.545,68 €	2.045,95 €	125.030,32 €	61,11
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	05050501	OSPEDALE DI ROVIGO	ROVIGO	ROVIGO	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	1	8	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	700	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	379.336,90 €	427.508,20 €	87.247,49 €	131.985,49 €	1.026.078,08 €	1.465,83 €	1.026.078,08 €	77,78
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	05050502	OSPEDALE DI TRECENTA	TRECENTA	ROVIGO	PS	*Intervento su struttura esistente*	11	14	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.500	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.791.659,13 €	1.008.795,08 €	412.081,60 €	401.100,83 €	3.613.636,64 €	2.409,09 €	328.512,42 €	60,00
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050601	OSPEDALE DI CITTADELLA	CITTADELLA	PADOVA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	14	20	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	2.100	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	3.579.921,20 €	658.524,59 €	823.381,88 €	502.867,53 €	5.564.695,20 €	2.649,85 €	397.478,23 €	61,76
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050602	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	CAMPOSAMPIERO	PADOVA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	15	0	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.000	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.706.766,92 €	856.557,38 €	622.556,39 €	459.119,31 €	4.645.000,00 €	4.645,00 €	309.666,67 €	66,67
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050604	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	PIOVE DI SACCO	PADOVA	PS	*Intervento su struttura esistente*	6	0	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	400	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	1.879.699,25 €	1.086.065,57 €	432.330,83 €	426.904,35 €	3.825.000,00 €	9.562,50 €	637.500,00 €	66,67
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	05050605	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	SCHIAVONIA	PADOVA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	4	18	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	900	Attrrzzature	- €	491.803,28 €	- €	108.196,72 €	600.000,00 €	666,67 €	150.000,00 €	40,91
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	05050701	OSPEDALE DI BASSANO	BASSANO	VICENZA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	4	8	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	600	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	755.276,75 €	158.688,52 €	173.713,65 €	110.439,15 €	1.198.118,08 €	1.996,86 €	299.529,52 €	50,00
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	05050703	OSPEDALE DI SANTORSO	SANTORSO	VICENZA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	1	14	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.050	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	663.839,58 €	443.098,36 €	152.683,10 €	163.865,60 €	1.423.486,64 €	1.355,70 €	1.423.486,64 €	70,00
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	05050801	OSPEDALE DI VICENZA	VICENZA	VICENZA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	17	36	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	2.300	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	4.338.595,01 €	1.901.639,34 €	997.876,85 €	852.220,16 €	8.090.331,36 €	3.517,54 €	475.901,84 €	43,40
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	05050905	OSPEDALE DI VILLAFRANCA	VILLAFRANCA	VERONA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	14	20	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.800	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	3.203.981,35 €	1.068.360,66 €	736.915,71 €	555.437,48 €	5.564.695,20 €	3.091,50 €	397.478,23 €	52,94
050	VENETO	UAL	Azienda Ospedale Università di Padova	050901	Azienda Ospedale Università di Padova		ATTUALE AOU DI PADOVA	PADOVA	PADOVA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	18	28	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	1.800	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	4.711.137,80 €	2.040.081,97 €	1.083.561,70 €	919.931,81 €	8.754.713,28 €	4.863,73 €	486.372,96 €	39,13
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	05091201	AOUI VERONA BORGO TRENTO	VERONA	VERONA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	30	14	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	2.700	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	4.047.298,23 €	891.803,28 €	930.878,59 €	600.926,54 €	6.470.906,64 €	2.396,63 €	215.696,89 €	61,36
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ.OSP.UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	05091202	AOUI DI VERONA BORGO ROMA	VERONA	VERONA	DEA I	*Intervento su struttura esistente*	8	28	*Posti letto aggiuntivi da confermare in fase 2*	si	2.200	Lavori edili, impiantistici e attrezzature	2.831.438,56 €	1.045.573,77 €	651.230,87 €	513.170,09 €	5.041.413,28 €	2.291,55 €	630.176,66 €	61,11
totale												**211**	**343**	**0**	**0**	**30095**		€ 44.433.118,04	€ 18.711.659,84	##########	€ 8.559.876,97	€ 81.924.272,00			

I VALORI DELLE SUPERFICI SARANNO DETERMINATI PIU' PRECISAMENTE IN FASE SUCCESSIVA

TABELLA 3 DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19
PRONTO SOCCORSO

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO			REQUISITI STRUTTURALI, TECNOLOGICI E ORGANIZZATIVI							QUADRO ECONOMICO					ANALISI COSTI
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Codice Azienda sanitaria di cui all'Allegato 1 del DM 70/2015	Tipologia Livelli	Superficie coperta lordo (mq)	Descrizione intervento	una sala di emergenza dedicata	una sala di shock-trauma con CT	ambulatorio di ortopedia con gli	una struttura per maggiori volumi di attività previsti	una struttura per pazienti critici (UTIC, UTIN, UTIP)	spazio dedicato per pre-triage e triage (separato dalla sala d'attesa)	deposito cadaveri/obitorio dedicato	Importo lavori (€)	Importo attrezzature elettromedicali (€)	IVA/ Altro (€)	IVA (€)	Importo complessivo di quadro economico IVA inclusa (€)	Importo sostenuto (applicazione art. 2 comma 14 D.L. n. 34 del 19 maggio 2020)	€ / mq (€)
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)= 22+23+24+25	(27)	(28)= (26)/(13)
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	050501016	OSPEDALE DI BELLUNO	BELLUNO	BELLUNO	SEA I	Intervento su struttura esistente	150	2) Realizzazione di struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnostica radiologica dedicata (TAC).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	220.063,91 €	691.803,28 €	51.876,70 €	130.753,11 €	900.000,00 €		6.000,00 €
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	050501104	OSPEDALE DI FELTRE	FELTRE	BELLUNO	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	050501103	OSPEDALE DI PIEVE DI CADORE	PIEVE DI CADORE	BELLUNO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	501	Azienda Ulss 1 Dolomiti	050501	OSPEDALI ULSS 1 DOLOMITI	050501102	OSPEDALE DI AGORDO	AGORDO	BELLUNO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	050502201	OSPEDALE DI TREVISO	TREVISO	TREVISO	SEA II	Intervento su struttura esistente	200	2) Realizzazione di struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnostica radiologica dedicata (TAC).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	300.751,88 €	691.803,28 €	69.172,93 €	138.271,91 €	1.000.000,00 €		5.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	050502203	OSPEDALE DI ODERZO	ODERZO	TREVISO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	050502204	OSPEDALE DI CONEGLIANO	CONEGLIANO	TREVISO	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	050502017	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	MONTEBELLUNA	TREVISO	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	502	Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana	050502	OSPEDALI DI TREVISO	050502201	OSPEDALI DI VITTORIO VENETO	VITTORIO VENETO	TREVISO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	050503001	OSPEDALE DI MESTRE	MESTRE	VENEZIA	SEA II	Intervento su struttura esistente	200	2) Realizzazione di struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnostica radiologica dedicata (TAC).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	300.751,88 €	691.803,28 €	69.172,93 €	138.271,91 €	1.000.000,00 €		5.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	050503002	OSPEDALE DI VENEZIA	VENEZIA	VENEZIA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	050503003	OSPEDALE DI DOLO	DOLO	VENEZIA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	050503004	OSPEDALE DI MIRANO	MIRANO	VENEZIA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	503	Azienda Ulss 3 Serenissima	050503	OSPEDALI AZIENDA ULSS N. 3 SERENISSIMA	050503016	OSPEDALE DI CHIOGGIA	CHIOGGIA	VENEZIA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	050504001	OSPEDALE DI PORTOGRUARO	PORTOGRUARO	VENEZIA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	050504002	OSPEDALE DI SAN DONA' DI PIAVE	SAN DONA'	VENEZIA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	504	Azienda Ulss 4 Veneto Orientale	050504	OSPEDALI DI SAN DONA'	050504003	OSPEDALE DI JESOLO	JESOLO	VENEZIA	PS	Intervento su struttura esistente	110	2) Realizzazione di struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnostica radiologica dedicata (TAC).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	165.413,53 €	691.803,28 €	38.045,11 €	124.738,07 €	820.000,00 €		7.454,55 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	050505016	OSPEDALE DI ROVIGO	ROVIGO	ROVIGO	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	050505022	OSPEDALE DI TRECENTA	TRECENTA	ROVIGO	PS	Intervento su struttura esistente	110	2) Realizzazione di struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnostica radiologica dedicata (TAC).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	165.413,53 €	691.803,28 €	38.045,11 €	124.738,07 €	820.000,00 €		7.454,55 €
050	VENETO	505	Azienda Ulss 5 Polesana	050505	OSPEDALI DI ROVIGO	050505023	OSPEDALE DI ADRIA	ADRIA	ROVIGO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	050506001	OSPEDALE DI CITTADELLA	CITTADELLA	PADOVA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	050506002	OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	CAMPOSAMPIERO	PADOVA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	050506004	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	PIOVE DI SACCO	PADOVA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	506	Azienda Ulss 6 Euganea	050506	OSPEDALI EUGANEA	050506005	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	SCHIAVONIA	PADOVA	SEA I	Intervento su struttura esistente	150	2) Realizzazione di struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnostica radiologica dedicata (TAC).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	225.563,91 €	691.803,28 €	51.876,70 €	130.753,11 €	900.000,00 €		6.000,00 €
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	050507001	OSPEDALE DI BASSANO	BASSANO	VICENZA	SEA I	Intervento su struttura esistente	150	2) Realizzazione di struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnostica radiologica dedicata (TAC).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	225.563,91 €	691.803,28 €	51.876,70 €	130.753,11 €	900.000,00 €		6.000,00 €
050	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	050507003	OSPEDALE DI SANTORSO	SANTORSO	VICENZA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
051	VENETO	507	Azienda Ulss 7 Pedemontana	050507	OSPEDALI DI BASSANO	050507002	OSPEDALE DI ASIAGO	ASIAGO	VICENZA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	050508001	OSPEDALE DI VICENZA	VICENZA	VICENZA	SEA II	Intervento su struttura esistente	200	3) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnostica radiologica dedicata (TAC) e adeguamento strutturale e tecnologico della centrale SUEM 118.	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	300.751,88 €	691.803,28 €	69.172,93 €	138.271,91 €	1.000.000,00 €		5.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	050508003	OSPEDALE DI ARZIGNANO	ARZIGNANO	VICENZA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	050508005	OSPEDALE DI MONTECCHIO	MONTECCHIO	VICENZA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	050508001	OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA	NOVENTA VICENTINA	VICENZA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	508 - S	OSPEDALI DI VICENZA	050508004	OSPEDALE DI VALDAGNO	VALDAGNO	VICENZA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	050509001	OSPEDALE DI LEGNAGO	LEGNAGO	VERONA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	050509003	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	SAN BONIFACIO	VERONA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	050509005	OSPEDALE DI VILLAFRANCA	VILLAFRANCA	VERONA	SEA I	Intervento su struttura esistente	120	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	180.451,13 €		41.503,76 €	18.045,11 €	240.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	050509002	OSPEDALE DI BOVOLONE	BOVOLONE	VERONA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	509	Azienda Ulss 9 Scaligera	050509	OSPEDALI DI LEGNAGO	050509004	OSPEDALE DI BUSSOLENGO	BUSSOLENGO	VERONA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	901	Azienda Ospedale Università di Padova	050901	Azienda Ospedale Università di Padova		OSPEDALE SANT'ANTONIO	PADOVA	PADOVA	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	901	Azienda Ospedale Università di Padova	050901	Azienda Ospedale Università di Padova		ATTUALE AOU DI PADOVA	PADOVA	PADOVA	SEA II	Intervento su struttura esistente	200	2) Realizzazione di struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnostica radiologica dedicata (TAC).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	300.751,88 €	691.803,28 €	69.172,93 €	138.271,91 €	1.000.000,00 €		5.000,00 €
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ-OSP UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	050912001	AOUI VERONA BORGO TRENTO	VERONA	VERONA	SEA II	Intervento su struttura esistente	200	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	300.751,88 €		69.172,93 €	30.075,19 €	400.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	912	Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	050912	AZ-OSP UNIVERSITARIA INTEGRATA VERONA	050912002	AOUI DI VERONA BORGO ROMA	VERONA	VERONA	PS	Intervento su struttura esistente	80	2) Realizzazione di struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnostica radiologica dedicata (TAC).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	120.300,75 €	691.803,28 €	27.669,17 €	120.226,80 €	760.000,00 €		9.500,00 €
050	VENETO	912	Istituto Oncologico Veneto	050912	IOV	050912201	IOV PADOVA	PADOVA	PADOVA	PS	Intervento su struttura esistente	150	2) Realizzazione di struttura prefabbricata da adibire a pre triage Pronto Soccorso e Fornitura di apparecchiatura diagnostica radiologica dedicata (TAC).	SI	SI	SI	SI	SI	SI	SI	225.563,91 €		51.876,70 €	22.556,39 €	300.000,00 €		2.000,00 €
050	VENETO	912	Istituto Oncologico Veneto	050912	IOV	050912202	IOV sede Castelfranco	CASTELFRANCO	TREVISO	PS	Intervento su struttura esistente	80	1) Realizzazione di strutture prefabbricate da adibire a pre triage Pronto Soccorso	SI	SI	SI	SI	SI	SI	NO	120.300,75 €		27.669,17 €	12.030,08 €	160.000,00 €		2.000,00 €
totale																					7.609.022,54 €	4.918.032,79 €	1.750.075,69 €	1.842.869,67 €	16.120.000,00		

91496bca

TABELLA 3 A DELLE LINEE DI INDIRIZZO ORGANIZZATIVE PER IL POTENZIAMENTO DELLA RETE OSPEDALIERA PER EMERGENZA COVID-19
SUEM

DATI ANAGRAFICI											DESCRIZIONE INTERVENTO			TIPOLOGIA INTEVENTI DI RISTRUTTURAZIONE								QUADRO ECONOMICO						ANALISI COSTI
CODICE REGIONE	REGIONE	CODICE AZIENDA	AZIENDA	CODICE STRUTTURA	DENOMINAZIONE STRUTTURA	CODICE STABILIMENTO	DENOMINAZIONE STABILIMENTO	COMUNE	PROVINCIA	Classificazione struttura [Sede / DEA I / DEA II]	Tipologia Lavori	Superficie complessiva [mq]	Descrizione intervento	aree di pre triage distinte	area di attesa dedicata covid-19	ambulatorio dedicato covid-19	area dedicata per isolarti in attesa di esito tampone	percorso specifico/protetto per pazienti COVID -ve	accesso diretto a percorsi dedicati e mezzi di soccorso spazi di attesa isolati barellati	diagnostica radiologica dedicata	Importo lavori [€]	Importo attrezzature elettromedicali [€]	Altro [€]	IVA	Importo complessivo da quadro economico IVA inclusa [€]	Importo sostenuto *(applicazione art. 2 comma 14 D.L. n. 34 del 19 maggio 2020)*	€/mq [€]
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)= 22+23+24+25	(27)	(28)= (26)/(13)
050	VENETO	508	Azienda Ulss 8 Berica	050508	OSPEDALI DI VICENZA	05050801	OSPEDALE DI VICENZA	VICENZA	VICENZA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	0	*Adeguamento Impiantistico e Strutturale del SUEM 118*	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1.315.789,47 €	- €	302.632	131.578,95 €	1.750.000,00 €		- €
050	VENETO	UAL	Azienda Ospedale Università di Padova	050901	Azienda Ospedale Università di Padova		ATTUALE AOU DI PADOVA	PADOVA	PADOVA	DEA II	*Intervento su struttura esistente*	0	*Adeguamento Impiantistico e Strutturale del SUEM 118*	NO	NO	NO	NO	NO	NO	NO	1.315.789,47 €	- €	302.632	131.578,95 €	1.750.000,00 €		- €
totale													-								2.631.578,95 €			263.157,89 €	3.500.000,00 €		

91496bca

PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Misure urgenti per l'avvio di specifiche funzioni assistenziali per l'emergenza COVID-19

Premessa

L'art. 4 del decreto legge n. 34/2020 dispone quanto segue.

Comma 1: per far fronte all'emergenza epidemiologica COVID-19, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, anche in deroga al limite di spesa di cui all'articolo 45, comma 1-ter, del decreto legge 26 ottobre 2019, n. 124 convertito, con modificazioni, dalla legge 19 dicembre 2019, n. 157, e in deroga all'articolo 8-sexies, comma 1-bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, le regioni, ivi comprese quelle in piano di rientro, e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture inserite nei piani adottati in attuazione dell'articolo 3, comma 1, lettera b), del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18 (incremento della dotazione dei posti letto in terapia intensiva e nelle unità operative di pneumologia e di malattie infettive, isolati e allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio e in conformità alle indicazioni fornite dal Ministro della salute con circolare prot. GAB 2619 in data 29 febbraio 2020), la remunerazione di una specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID 19 secondo le disposizioni dei predetti piani e un incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID. Il riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai predetti piani;

Comma 2: le modalità di determinazione della specifica funzione assistenziale e l'incremento tariffario, di cui al comma 1, sono stabilite con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, in modo da garantire la compatibilità con il finanziamento per il Servizio sanitario nazionale per l'anno 2020 e con le risorse previste per l'attuazione dell'articolo 3, comma 6, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18;

Comma 3: limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, la specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID, come individuati nel decreto di cui al comma 2, sono riconosciuti anche agli enti del Servizio sanitario nazionale di cui all'articolo 19, lettera c), della legge n. 23 giugno 2011, n. 118 (aziende sanitarie locali; aziende ospedaliere; istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale), compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020;

Comma 4: nella vigenza dell'accordo rinegoziato ai sensi del comma 1, gli enti del servizio sanitario nazionale corrispondono agli erogatori privati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni rese ai sensi del presente articolo, fino ad un massimo del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020;

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Comma 5: nelle more dell'adozione del decreto di cui al comma 2, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano possono riconoscere alle strutture private accreditate destinatarie di apposito budget per l'anno 2020 e che vedono altresì una temporanea sospensione delle attività ordinarie in funzione anche di quanto previsto dall'articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori privati, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi e dei contratti di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020.

Vista la premessa si rappresenta quanto segue.

Il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19, approvato il 15 marzo 2020 dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020, ha riconosciuto quali COVID Hospital i seguenti ospedali:

- Azienda Ulss 1 Dolomiti: Ospedale di Belluno (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 2 Marca trevigiana: Ospedale di Vittorio Veneto (struttura pubblica) e Ospedale Classificato San Camillo di Treviso (struttura privata accreditata)
- Azieda Ulss 3 Serenissima: Ospedale di Dolo (struttura pubblica) e Ospedale Classificato Villa Salus di Venezia-Mestre (struttura privata accreditata)
- Azienda Ulss 4 Veneto orientale: Ospedale di Jesolo (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 5 Polesana: Ospedale di Trecenta (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 6 Euganea: Ospedale di Schiavonia (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 7 Pedemontana: Ospedale di Santorso (struttura pubblica)
- Azienda Ulss 9 Scaligera: Ospedale di Villafranca
- Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona: polo Borgo Roma

I citati COVID Hospital hanno, complessivamente, aumentato la dotazione di posti letto pari a n. 206 per terapia intensiva, n. 212 per pneumologia – terapia semi intensiva e n. 1.327 per malattie infettive.
Il Piano, unitamente alla rapida evoluzione della pandemia da SARS-COv-2 nel territorio del Veneto, ha indotto il potenziamento, anche in altri ospedali, sia pubblici che privati accreditati, di posti letto di terapia intensiva, di pneumologia – terapia semi intensiva e di malattie infettive (vedi Piano di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza COVID-19 di cui all'Allegato E alla presente deliberazione).

Per adempiere a quanto previsto dal comma 1, nei confronti degli erogatori ospedalieri privati accreditati, interessati dal potenziamento dei posti letto ospedalieri, così come sopra indicato, si rende necessario, non appena verrà emanato il decreto del Ministro della Salute, di cui al comma 2 dell'art. 4 del D.L. n. 34/2020, addivenire alla rinegoziazione per l'anno 2020 degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, per le finalità emergenziali previste dai predetti piani. Si ricorda che gli accordi contrattuali sono sottoscritti dal Direttore generale dell'Azienda Ulss di ubicazione territoriale dell'erogatore e dal Legale rappresentante dell'erogatore medesimo.

434ddac6

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Inoltre, in attuazione a quanto previsto dai commi 4 e 5 del citato articolo 4, si ritiene di disporre quanto di seguito esposto.

Limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri 31 gennaio 2020, anche in deroga ai tetti di spesa stabiliti dalla Giunta Regionale con la deliberazione n. 597/2017 (tutt'ora vigente per il previsto regime di proroga), agli erogatori ospedalieri privati accreditati - di cui al Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19 approvato il 15 marzo 2020 dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020 - siano riconosciute, per le specialità di terapia intensiva, pneumologia – terapia semi intensiva e malattie infettive, la specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID così come saranno determinati con Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa Intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano.
Tale riconoscimento avviene in sede di rinegoziazione, per l'anno 2020, degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.
Pertanto l'Azienda Ulss di riferimento territoriale, nella vigenza dell'accordo rinegoziato, procede alla corresponsione ai citati erogatori ospedalieri privati accreditati, a titolo di acconto e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori medesimi, un corrispettivo, su base mensile, per le prestazioni rese ai sensi dell'articolo 4 del D.L. n. 34/2020, fino ad un massimo del 90 per cento dei dodicesimi corrisposti o comunque dovuti per l'anno 2020.

Inoltre, nelle more dell'adozione del decreto di cui al comma 2, viene riconosciuto agli erogatori ospedalieri privati accreditati, nei confronti dei quali con la citata deliberazione n. 517/2017 sono stati determinati i tetti di spesa e che hanno altresì avuto la temporanea sospensione delle attività ordinarie in funzione anche di quanto previsto dall'articolo 5-sexies, comma 1, del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, la remunerazione a titolo di acconto, su base mensile, e salvo conguaglio a seguito di apposita rendicontazione da parte degli erogatori medesimi, fino a un massimo del 90 per cento del volume di attività riconosciuto nell'ambito degli accordi contrattuali di cui all'articolo 8-quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 stipulati per il 2020. Spetta all'Azienda Ulss di riferimento territoriale procedere alla corresponsione secondo le modalità sopra indicate.

Quanto sopra riportato relativamente all'attuazione dei commi 4 e 5 si intende modificativo di quanto disposto con deliberazione n. 444 del 7 aprile 2020.

Infine, per quanto riguarda gli Enti pubblici del Servizio Sanitario Regionale, come previsto dal comma 3, limitatamente al periodo dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, vengono riconosciuti la specifica funzione assistenziale per i maggiori costi correlati all'allestimento dei reparti e alla gestione dell'emergenza COVID-19 e l'incremento tariffario per le attività rese a pazienti COVID, come individuati nel decreto di cui al comma 2, compatibilmente con il fabbisogno sanitario riconosciuto per l'anno 2020.

ASSISTENZA FARMACEUTICA

(artt.8, 9 D.L. n.34 del 19.5.2020)

PREMESSA

L'emergenza sanitaria correlata alla diffusione del Coronavirus ha imposto una veloce riorganizzazione del sistema di prescrizione e di distribuzione dei farmaci e dell'assistenza integrativa al fine di ridurre quanto più possibile i contatti tra le persone e gli accessi alle strutture ospedaliere, quando non indispensabili per ragioni cliniche non urgenti e differibili.

A partire infatti dall'entrata in vigore del DL n.14 del 9.3.2020, che all'art. 13, comma1, testualmente stabiliva: "*le regioni e le province autonome possono rimodulare o sospendere le attività di ricovero e ambulatoriali differibili e non urgenti, ivi incluse quelle erogate in regime di libera professione intramuraria*", sono state fornite le prime disposizioni nell'ambito dell'assistenza farmaceutica, aggiornate periodicamente in base all'evolversi rapido della situazione epidemiologica.

A riguardo, si richiamano in particolare le seguenti disposizioni suddivise per ambito di applicazione:

prescrizione/erogazione in modalità dematerializzata

Posto che all'interno dell'infrastruttura del FSEr, nell'intero territorio regionale era già possibile gestire integralmente il processo di prescrizione ed erogazione della ricetta elettronica, anche in assenza di stampa del promemoria, per i farmaci distribuiti in convenzionata presso le farmacie pubbliche e private convenzionate, si è dato ulteriore impulso alla prescrizione dematerializzata, estendendo anche per farmaci distribuiti attraverso la Distribuzione per Conto- DPC-, la dematerializzazione della ricetta, secondo previsioni e modalità definite dall'Ordinanza n. 651 "*Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*." del 19.3.2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Protezione Civile.

Dette disposizioni, ai sensi dell'art. 3 "*Misure emergenziali per la ricetta dematerializzata*" del decreto 25.3.2020 del Ministero dell'Economia e delle Finanze "*Estensione della dematerializzazione delle ricette e dei piani terapeutici e modalità alternative al promemoria cartaceo della ricetta elettronica*" (GU n.86 del 31.3.2020), restano valide fino al perdurare dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19; tale decreto ministeriale entrerà pertanto a regime al termine dell'emergenza.

Da evidenziare a riguardo che ai sensi dell'art. 11 del DL n. 34 del 19.5.2020 è in corso di dematerializzazione anche la ricetta relativa ai farmaci di fascia C non rimborsati dal SSN.

farmaci distribuiti in Distribuzione Diretta

Per tutto il periodo dell'emergenza sanitaria, l'attività di distribuzione diretta dei farmaci dovrà essere limitata a quelli ad esclusiva distribuzione ospedaliera o comunque non inclusi nel vigente Accordo unico regionale DPC/Farmacup, distribuiti ai sensi della L. 405/2001, erogando fino a tre mesi di terapia dopo la dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica. A riguardo, sono state individuate e rimangono valide fino al termine dello stato di emergenza, modalità organizzative utili per la gestione della distribuzione diretta, da applicare e adattare alle diverse strutture in base alla propria organizzazione:

- programmare la consegna dei farmaci concordando con i pazienti, quando possibile, il giorno e l'ora di ritiro dei prodotti, garantendo tutte le misure di sicurezza necessarie;
- erogare fino a 3 mesi di terapia, in base alle necessità dei pazienti, ed alla tipologia di farmaco prescritto;

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- individuare e rendere facilmente accessibile un numero di telefono della farmacia ospedaliera al quale il paziente nonché le strutture territoriali possano rivolgersi per problemi, necessità e per concordare le modalità di ritiro dei farmaci;
- valutare, compatibilmente con l'organizzazione locale e in accordo con la Direzione Sanitaria Aziendale, la possibilità di prevedere la consegna dei farmaci per i pazienti in dimissione, anche presso le sedi di dimissione stesse.

ossigenoterapia domiciliare

Limitatamente alla fase emergenziale, è stato attivato un percorso specifico di ossigenoterapia domiciliare per i pazienti affetti da Covid-19, che prevede il rilascio di una prescrizione transitoria di ossigenoterapia domiciliare della durata massima di 60 giorni, per i pazienti che ne necessitano.

Successivamente, qualora sussista la necessità di proseguire la terapia con ossigeno, il paziente dovrà essere preso in carico dalla Pneumologia di riferimento dell'Azienda ULSS di residenza dell'assistito, nel rispetto del Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) per l'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (ODLT) nel paziente adulto, approvato con Decreto del Direttore Generale Area e Sanità Sociale n.113 del 26.9.2013.

prescrizione ed erogazione dell'Assistenza Integrativa

I piani terapeutici (PT) per l'erogazione dell'Assistenza Integrativa di cui al DPCM 12.1.2017 – art.10, che includono la fornitura di:

- ✓ *dispositivi per i pazienti affetti da malattia diabetica compresi i microinfusori;*
- ✓ *dispositivi monouso (per pazienti con stomie, pazienti tracheostomizzati/laringectomizzati, pazienti con incontinenza urinaria o fecale cronica, per la prevenzione e il trattamento delle lesioni cutanee);*
- ✓ *alimenti ai fini medici speciali alle persone affette da malattie metaboliche congenite e da fibrosi cistica;*
- ✓ *prodotti dietetici a favore delle persone affette da nefropatia cronica;*
- ✓ *preparati addensanti a favore delle persone con grave disfagie;*
- ✓ *alimenti per soggetti celiaci;*

in scadenza nei mesi di marzo, aprile, maggio e giugno 2020 sono stati prorogati di 90 giorni. La possibilità di proroga è stata applicata limitatamente ai pazienti già in terapia, stabili, e per i quali il medico stesso (MMG/Specialista/Centro di riferimento a seconda della patologia) non ritenesse necessaria una modifica della cura.

L'erogazione dei citati prodotti è stata garantita limitando ogni altro percorso autorizzativo ovvero evitando il più possibile l'accesso dei pazienti alle strutture delle Aziende ULSS, che hanno attivato, pertanto, modalità di rilascio di tale autorizzazione per via telematica (via fax, via posta elettronica o via web attraverso sistemi già disponibili, etc) e compatibilmente con l'organizzazione aziendale, favorendo la consegna domiciliare, laddove applicabile.

Considerate altresì le limitazioni dettate dall'emergenza sanitaria di ridotta mobilità interregionale sono state adottate procedure tali da consentire la fornitura delle prestazioni di assistenza integrativa a pazienti residenti fuori dalla Regione del Veneto, momentaneamente presenti sul territorio regionale qualora fossero impossibilitati a rientrare presso il proprio domicilio e ad accedere alla fornitura nella propria regione. Il Servizio Farmaceutico Territoriale competente per il territorio in cui si trovava il paziente (in Veneto) è stata la struttura che ha fatto da *trait d'union* tra il cittadino e la propria Azienda Sanitaria di residenza extraregionale per ottenere le relative autorizzazioni necessarie per l'erogazione della prestazione e per provvedere alla successiva richiesta di compensazione della spesa sostenuta da parte dell'azienda extraregionale.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

In aggiunta, con l'obiettivo di limitare al massimo la circolazione delle persone, la Regione del Veneto, con DGR n.425 del 7.4.2020, ha stipulato un accordo con l'Associazione della Croce Rossa Italiana – Organizzazione di Volontariato, Comitato regionale del Veneto, per la consegna di farmaci o dispositivi medici/ausili al domicilio della popolazione con patologie correlate al virus Covid-19 o con patologie pregresse o comunque impossibilitata al ritiro dei farmaci o dispositivi medici/ausili oggetto di "distribuzione diretta".

Per quanto riguarda il DL n. 34 del 19.5.2020 -c.d. decreto rilancio- (GU Serie Generale n.128 del 19-05-2020 - Suppl. Ordinario n. 21), si dispone quanto segue in relazione alla prescrizione di farmaci di fascia A e di proroga dei piani terapeutici che includono la fornitura di ausili, dispositivi monouso e altri dispositivi protesici.

farmaci soggetti a Piano Terapeutico

Con riferimento ai farmaci soggetti a Piano Terapeutico –PT-, in linea con le disposizioni di AIFA, la validità di tutti i PT già sottoscritti dagli specialisti e in scadenza nei mesi di marzo-aprile-maggio 2020 è stata estesa automaticamente di 90 giorni a partire dalla data di scadenza del PT stesso. Alla luce dell'attuale contesto sanitario e della progressiva ripresa delle attività specialistiche, limitatamente ai casi in cui non fosse ancora possibile seguire i percorsi di ordinario monitoraggio delle terapie soggette a piano terapeutico, la validità di tali piani può essere prorogata fino al 31 agosto.

Tale proroga è applicabile esclusivamente per i pazienti già in terapia, stabili, non già sottoposti a monitoraggio frequente secondo quanto stabilito dal medico specialista, per cui il MMG/PLS non ritiene necessaria una modifica della cura e/o reputi che la visita specialistica prevista in occasione del rinnovo del PT, non sia differibile per ragioni cliniche.

ART. 8 "*PROROGA VALIDITÀ DELLE RICETTE LIMITATIVE DEI FARMACI CLASSIFICATI IN FASCIA A*"

Farmaci soggetti a Ricetta Limitativa senza Piano Terapeutico

Nelle more del perfezionamento del processo di dematerializzazione della prescrizione dei farmaci soggetti a ricetta limitativa di cui agli articoli 91 e 93 del decreto legislativo 24 aprile 2006, n. 219, non sottoposti a Piano Terapeutico o Registro di monitoraggio AIFA, il decreto legge 19.5.2020, n. 34, art.8, fino al perdurare del periodo di emergenza, con l'obiettivo di agevolare il più possibile i pazienti, nonché di limitare l'accesso alle strutture ospedaliere/specialisti per il solo rinnovo delle ricette, ha prolungato la validità della ricetta limitativa da 30 a 60 giorni. Tale estensione si applica ai farmaci classificati in fascia A, inclusi i farmaci del PHT, distribuiti dalle farmacie territoriali pubbliche e private convenzionate sia in DPC (comma 1) che nel canale convenzionale (comma 5). In particolare:

- ✓ per i pazienti già in trattamento, la validità delle ricette è estesa di ulteriori 30 gg;
- ✓ per i pazienti già in trattamento, con ricetta scaduta e non utilizzata, la validità è prorogata per una durata di 60 giorni dalla data di scadenza della ricetta stessa;
- ✓ per le nuove prescrizioni redatte dal centro prescrittore o dallo specialista la validità della ricetta è estesa a una durata massima di 60 giorni per un numero massimo di 6 pezzi per ricetta, necessari a coprire l'intervallo temporale di 60 giorni e tenuto conto del fabbisogno individuale, fatte salve le disposizioni più favorevoli già previste, tra cui quelle per le patologie croniche e per le malattie rare, di cui all'articolo 26 del decreto legge 24 giugno 2014, n. 90, convertito dalla legge 11 agosto 2014, n.114.
  Si specifica tuttavia che per i farmaci distribuiti in DPC, non si applicano le disposizioni di cui all'articolo 26 del suddetto DL n. 90/2014 (ovvero massimo 6 confezioni/ massimo 180 giorni di

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

terapia), come stabilito dalle vigenti Linee di indirizzo regionali (DDR n.133/2019) applicative dell'accordo unico regionale DPC/FarmaCUP.

Eccezioni
La proroga automatica fino a 60 giorni non è da ritenersi valida qualora il paziente presenti un peggioramento della patologia di base o un'intolleranza al trattamento.
A riguardo, l'Azienda sanitaria dovrà attivare un percorso avvalendosi della modalità del Teleconsulto, tale da consentire al medico specialista che ha redatto la prescrizione, di monitorare il paziente per verificare intolleranze e/o necessità di aggiustamenti del dosaggio o una modifica della cura.
Allo stesso modo anche il MMG /PLS, qualora rilevasse fenomeni di intolleranza alla terapia o necessità di revisione della stessa, dovrà prescrivere la necessaria visita specialistica.
Anche la Farmacia può esercitare un ruolo attivo, e qualora il paziente segnali fenomeni di intolleranza alla terapia o un peggioramento della patologia di base, il farmacista indirizzerà prontamente il paziente al medico specialista o al proprio MMG /PLS.

L'estensione della validità della ricetta limitativa senza PT non è da considerarsi automatica anche nel caso in cui il trattamento stesso prevede il monitoraggio di parametri necessari ai fini prescrittivi, sulla base della valutazione clinica da parte dello specialista. In questi casi lo specialista è tenuto a riportare sulla prescrizione la posologia e il numero massimo di confezioni erogabili necessari al paziente fino alla successiva visita programmata e/o accertamento clinico utile ai fini della nuova prescrizione.

Verifica della validità della ricetta in farmacia
Qualora si applichino le condizioni previste per la proroga automatica delle suddette ricette limitative così come accertato dallo specialista/centro prescrittore, il farmacista è tenuto a verificare, prima dell'erogazione del farmaco, la validità della prescrizione.

ART. 9 "*PROROGA PIANI TERAPEUTICI*"

In continuità di quanto già disposto relativamente all'erogazione dell'Assistenza Integrativa di cui al DPCM 12.1.2017 – art.10, i Pianti Terapeutici in scadenza nel mese di luglio 2020 sono prorogati di 90 giorni a partire dalla data di scadenza del PT stesso, fatte salve nuove disposizioni a riguardo.

La possibilità di proroga si applica limitatamente ai pazienti già in terapia, stabili, e per i quali il medico stesso (MMG/Specialista/Centro di riferimento a seconda della patologia) non ritenga necessaria una modifica della cura. Si confermano altresì le medesime modalità di autorizzazione ed erogazione in precedenza impartite con particolare riferimento anche alla consegna domiciliare. Se tale disposizione non potrà essere applicata, sarà necessario adottare tutte le misure/strumenti idonei per garantire il distanziamento e la protezione dell'utenza e del personale di servizio per l'erogazione presso le strutture aziendali. Deve essere previsto un adeguato spazio per l'attesa nel rispetto delle disposizioni vigenti, quali il distanziamento degli utenti, il controllo degli accessi, le protezioni individuali.

Inoltre, alla luce del protrarsi delle limitazioni in merito alla circolazione interregionale, si ritiene utile confermare anche le disposizioni inerenti alla fornitura delle prestazioni di assistenza integrativa ai pazienti residenti fuori dalla Regione del Veneto qualora fossero impossibilitati a rientrare presso il proprio domicilio e ad accedere alla fornitura nella propria regione.

Relativamente alla stesura dei nuovi piani terapeutici inerenti l'erogazione dell'assistenza integrativa suddetta, che necessariamente dovrà avvenire dopo opportuna visita ad opera dello Specialista/Centro di riferimento /MMG-PLS, limitatamente alla durata del periodo emergenziale, le Aziende Sanitarie favoriranno, sulla base del proprio contesto organizzativo, il rilascio dell'autorizzazione alla fornitura dei

9ab8b922

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dispositivi /alimenti prescritti /ausili con tempistiche ridotte rispetto al percorso ordinario attivando modalità di trasmissione per via telematica (via fax, via posta elettronica o via web attraverso sistemi già disponibili, etc) ovvero favorendo lo scambio di documenti fra le strutture sanitarie incaricate per tale attività al fine di evitare il più possibile lo spostamento fisico del paziente stesso.

Relativamente ai piani terapeutici (PT) per **l'erogazione dell'Assistenza Protesica** di cui al DPCM 12.1.2017 – art.17, che includono la fornitura di ausili, protesi e ortesi di cui all'allegato 5 al DPCM stesso e/o elenco 1 del DM 332/99, limitatamente alla durata del periodo emergenziale, in scadenza nei mesi di giugno e luglio 2020 sono prorogati di 90 giorni a partire dalla data di scadenza del PT stesso e fatte salve nuove disposizioni a riguardo, tenuto conto delle seguenti indicazioni:

1- la proroga si applica ai piani riabilitativi assistenziali individuali (PRAI) recanti la prescrizione di protesi, ortesi ed ausili, riferita a pazienti per i quali non sussistono sopravvenute diverse necessità terapeutiche o riabilitative e alle stesse condizioni di erogabilità a carico del SSN, per:

   - rottura o usura del presidio in uso ai sensi dell'art. 18, comma 10, lettera b), del D.P.C.M. 12.01.2017

Con riferimento a tale fattispecie, la struttura dell'Azienda ULSS (di residenza del paziente) competente in materia di assistenza protesica, ricevuta la segnalazione telefonica da parte dell'assistito della rottura o dell'usura del dispositivo protesico, mette in atto tutte le procedure per accertarsi della non riparabilità del dispositivo citato (anche attraverso evidenze fornite dall'assistito stesso con strumenti informatici adeguati - trasmissione foto scannerizzata, foto via telematica, foto via WhatsApp, etc.). Verificato quanto detto ed al fine di riscontrare la permanenza della medesima esigenza terapeutica o riabilitativa, l'assistito sarà contattato dallo specialista responsabile del precedente PRAI che provvederà a comunicare con modalità telematica (via fax, via posta elettronica, via web) alla struttura sanitaria di competenza territoriale dell'assistito, la necessità di fornire un dispositivo protesico uguale a quello rotto o usurato. Il percorso così individuato include in sé di fatto anche la fase di autorizzazione di competenza dell'azienda sanitaria di residenza del paziente;

2- la proroga non si applica ai pazienti che richiedono una prestazione di assistenza protesica che, per particolari necessità terapeutiche o riabilitative o modifiche dello stato psicofisico, necessitano di una nuova valutazione dello specialista competente per disabilità al fine di rilevare il corretto bisogno riabilitativo o di mantenere le autonomie del soggetto stesso nel suo contesto di vita ai sensi dell'art. 18, comma 10, lettera a) del D.P.C.M. 12.01.2017

Relativamente alla stesura dei nuovi PRAI inerenti l'erogazione dell'assistenza protesica da parte dello Specialista e alle fattispecie di cui al punto 2, in deroga ai percorsi vigenti e limitatamente alla durata del periodo emergenziale (fino al 31.07.2020), le Aziende Sanitarie attiveranno modalità di rilascio delle autorizzazioni alla fornitura con tempistiche ridotte rispetto al percorso ordinario favorendone la trasmissione via telematica (via fax, via posta elettronica, via web, etc.) laddove applicabile.

9ab8b922

PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Attuazione degli Articoli 11 e 12 Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34

SOMMARIO

Introduzione 2

Individuazione degli ambiti 2

Elementi per il prospetto di pianificazione 3

Disamina dettagliata delle disposizioni 4

Tempistiche generali 9

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1. Introduzione

Nell'arco piano dell'emergenza COVID-19, il recente il Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19." risulta essere di rilevanza tale da determinare una tempestiva individuazione delle attività da predisporre, raccordare e armonizzare rispetto a quanto disposto precedentemente e in essere nella Regione del Veneto. L'insieme della trattazione, nelle parti di competenza della presente disamina, evidenzia le azioni di accelerazione, rafforzamento ed estensione delle disposizioni in essere, introducendo alcune variazioni rispetto all'approccio tenuto fino a questo momento.

2. Individuazione degli ambiti

L'ambito di competenza richiede un approfondimento degli articoli n. 6, n. 11 e n. 12 acclusi al Titolo 1 del Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34 per contribuire fattivamente allo sviluppo delle disposizioni in essi contenute, tenendo presente gli indirizzi programmatori regionali (PSSSR Regione del Veneto 2019-2023 Allegato A e Deliberazione del Direttore Generale di Azienda Zero n. 622 del 9 dicembre 2019). Ogni articolo prende in considerazione rispettivamente "Deroghe alle riduzioni di spesa per la gestione del settore informatico in ragione dell'emergenza da COVID-19", "Misure urgenti in materia di Fascicolo Sanitario Elettronico" e "Accelerazione dell'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi".

L'articolo n. 6 consente agli enti locali che sottostanno ai commi 610 e 601 della legge di bilancio per il 2020, di disporre, unicamente per l'anno di esercizio corrente, delle risorse finanziarie per la gestione del settore informatico, originariamente in capo al Ministero della Salute, per quanto concerne la spesa e relativi importi.

Per l'attuazione di quanto asserito nell'articolo n. 11 che più esplicitamente si rivolge all'ambito del FSEr, si individuano i seguenti filoni operativi, in alcuni casi enunciati in disposizioni precedenti:

- Inclusione delle prestazioni erogate al di fuori del SSN, anche con informazioni passate (Comma 1, lettere a, c, e e h) con eventuale inclusione anche di documentazione prodotta al di fuori dei confini nazionali (Fascicolo Europeo NCPeH);
- Avvio a regime dell'indicizzazione su INI di tutto ciò che compone il FSEr (Comma 1, lettere b, c e g);
- Rilancio alimentabilità del taccuino (Comma 1, lettera c);
- Inclusione di nuovi operatori (sia Soggetti che esercenti le professioni sanitarie, necessario approfondimento civilistico riforma Gelli-Bianco e successive):
    - alimentano il FSEr (Comma 1, lettera c);
    - accedono al FSEr (Comma 1, lettera e).
- Ulteriori servizi per le Regioni in sussidiarietà (non Regione del Veneto): Codifica, firma remota e conservazione (ulteriori servizi) (Comma 1, lettera f);

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- Comunicazione del consenso/revoca al FSEr per alimentare l'Anagrafe Nazionale dei Consensi basata sugli assistiti presenti in ANA e comprensiva dei dati dei delegati; nuovo modello di consenso (Comma 1, lettere d e g);
- Disponibilità sul FSE tramite sistema TS dei piani terapeutici (Comma 1, lettera h);
- Disponibilità sul FSE tramite sistema TS, per la specialistica, delle ricette, dati relativi alle prestazioni erogate e relativo referto, anche delle prestazioni non erogate a carico del SSN (Comma 1, lettera h);
- Disponibilità sul FSE tramite sistema TS (da alimentazione da parte delle anagafi vaccinali regionali) dei dati relativi alla situazione vaccinale (Comma 1, lettera i);
- Disponibilità sul FSE dei dati relativi alle prenotazioni con le informazioni provenienti dai CUP regionali se ritenuto inerente (Comma 1, lettera i).

Per quanto concerne l'Art. 12 si delinea un'accelerazione nella trasmissione al sistema TS di dati relativi avviso di morte, certificato necroscopico, denuncia causa di morte, attestazione nascita, dichiarazione di nascita, da parte delle strutture sanitarie, i medici, i medici necroscopi o altri sanitari delegati (art.12, comma 1).

3. Elementi per il prospetto di pianificazione

Allo scopo di rendere maggiormente individuabile l'insieme degli aggiornamenti operati dal recente Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34, in particolar modo gli apporti accclusi all'articolo n. 11 sull'articolo n. 12 del Decreto Legge del 18 ottobre 2012 n.179 "Ulteriori misure urgenti per la crescita del paese", si propone di seguito un'elaborazione in cui, al testo precedentemente in vigore, sono evidenziate con sottolineatura le porzioni di testo integrative e vengono barrate le porzioni abrogate. A seguire per completezza sono riportati i testi degli articoli n. 12 e n. 6 del Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34.

Sulla base dell'articolato esaminato, la pianificazione richiede di evidenziare e prendere in considerazione l'insieme delle modifiche che rientrano nelle seguenti tipologie:

- Nuove attività (N);
- Nuove attività ed estese anche ai privati (NP);
- Attività già in essere o previste (attività sanate, ufficializzate) (A);
- Attività già in essere o previste ed estese ai privati (AP).

Per ciascuna attività è possibile che si attendano ulteriori passaggi formali per l'avvio della progettazione (propedeuticità), tra questi si ravvisano a titolo di esempio:

- Decreti Attuativi (DA);
- Pareri del Garante (G);
- Ulteriori disposizioni in emanazione (M);
- Avvii a livello nazionale (LN).

La tipologia di azioni necessarie dovrà ricomprendere le seguenti fasi di attività, calibrate secondo lo stato di ogni servizio e funzionalità richiesta dal Decreto Legge del 19 maggio 2020 n. 34 ed emanazioni successive:

A. Partecipazione attiva ai tavoli, ai diversi livelli in cui operano (tematici, nazionali, gruppi di lavoro, convegni,...)
B. Management secondo gli ambiti di competenza e mandato dei diversi attori coinvolti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

C. Analisi documentale, raffronto con le specifiche in essere, aggiornamento e redazione documentazione
D. Attività di implementazione (da parte dei privati in caso di attività inerente tale estensione) ed eventuale azione regionale per possibili soluzioni secondo le specifiche regionali
E. Predisposizione piattaforma di test, labeling, pre production test
F. Monitoraggio in test, produzione
G. Produzione di report e supporto
H. Aggiornamento e adeguamento infrastruttura (rete, web application,...)
I. Assistenza e supporto in esercizio
J. Attività formative/comunicative (operatori, cittadino,...)

Ogni voce del precedente elenco sarà oggetto di progettazione e confronto con gli attori di competenza e saranno oggetto di monitoraggio key performance indicator (generali, di qualità, di servizio) ove attuabile ed eventualmente secondo ulteriori fattori ritenuti di interesse. Nella trattazione, tutte le attività sopra riportate sono indicate con la dicitura "blocco base".

4. Disamina dettagliata delle disposizioni

In ragione della molteplicità degli aspetti in cui si articola il testo analizzato, ne consegue la seguente analisi dettagliata. In forma tabellare viene proposta una sintesi delle modifiche che possono comportare attività, comprensiva di: "Codice" (assegnato per la presente trattazione), "Testo coordinato", "Tipologia", "Propedeuticità", "Attività e commento" e "Tempistica prevista".

Codice	Modifiche al DL 18/10/2012 n.179 Art. 12 secondo il DL 19/05/2020 n. 34 Art.11 comma 1 [lettera della rispettiva modifica nel recente DL]	Tipologia (N,NP, A,AP)	Propedeuticità (DA, G, M, LN)	Attività e commento	Tempistica prevista
11.1.a	[a] 1. Il fascicolo sanitario elettronico (FSE) e' l'insieme dei dati e documenti digitali di tipo sanitario e sociosanitario generati da eventi clinici presenti e trascorsi, riguardanti l'assistito , riferiti anche alle prestazioni erogate al di fuori del Servizio sanitario nazionale.	AP	/	Estensione alle prestazioni non a carico del SSN in attuazione dell'insieme di regole già previste per il FSE. Risulta necessario disporre un approfondimento in riferimento agli enti autorizzati e agli enti accreditati. Attività necessarie: "Blocco base".	Elevata in ragione del numero dei privati (3 anni)
11.2.b	[b] 2. Il FSE e' istituito dalle regioni e province autonome, conformemente a quanto disposto dai decreti di cui al comma 7 ovvero tramite il Portale nazionale di cui al comma 15-ter, entro il 30 giugno 2015, nel rispetto della normativa vigente in materia di protezione dei dati personali, a fini di:	A	LN	Attività necessarie: attualmente in corso (analisi, test, riscontro degli esiti,...).	Breve-medio termine (6 mesi)
11.3.c	[c] 3. ~~Il FSE e' alimentato in maniera continuativa, senza~~	AP	LN	Integrazione dei dati con il pregresso: attualmente già ricompreso per la	Elevata in ragione del

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

	~~ulteriori oneri per la finanza pubblica, dai soggetti che prendono in cura l'assistito nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali, nonche', su richiesta del cittadino, con i dati medici in possesso dello stesso.~~ Il FSE e' alimentato con i dati degli eventi clinici presenti e trascorsi di cui al comma 1 in maniera continuativa e tempestiva, senza ulteriori oneri per la finanza pubblica, dai soggetti e dagli esercenti le professioni sanitarie che prendono in cura l'assistito sia nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali sia al di fuori degli stessi, nonche', su iniziativa dell'assistito, con i dati medici in possesso dello stesso. Il sistema del FSE aggiorna contestualmente anche l'indice di cui al comma 15-ter.			documentazione pubblicabile. Adeguamento alle nuove specifiche relative alle tipologie documentali definite nell'ambito del Tavolo Tecnico di monitoraggio e indirizzo per l'attuazione del FSE (art. 26 DPCM n.178/2015). Si riepilogano di seguito per completezza: verbali di pronto soccorso, lettere di dimissione, dossier farmaceutico, consenso diniego donazione organi, bilanci di salute, vaccinazioni, certificati medici, esenzioni, prestazioni di protesica nonché taccuino. Per quanto concerne il taccuino, si attende il deliverable nazionale tavolo ex. art. 26 coordinato dal Piemonte con un gruppo interregionale in uscita a breve. Sono state proposte delle osservazioni da parte di Regione del Veneto in merito a standard, codifiche, attività di implementazione da parte dell'interfaccia per il cittadino e ulteriori modalità. Attualmente non è presente la definizione tecnica e procedurale. Estensione alle prestazioni non a carico del SSN. Viene rafforzata l'ufficializzazione dell'indicizzazione sul registro nazionale dei documenti (INI). Attività necessarie: "Blocco base" applicato anche per la parte taccuino e le tipologie documentali indicizzate.	numero dei privati (3 anni)
11.3-bis.d	[d] ~~3-bis. Il FSE puo' essere alimentato esclusivamente sulla base del consenso libero e informato da parte dell'assistito, il quale puo' decidere se e quali dati relativi alla propria salute non devono essere inseriti nel fascicolo medesimo.~~	N	/	La presente modifica richiederà l'adeguamento della gestione del consenso a ogni livello in cui esso è rilevato, revocato, e gestito: distretti, URP, MMG/PLS (tutti gli applicativi) e sistemi Sanità km Zero (Visualizzatore, Fascicolo, App,...). Nell'insieme richiederà un rilevante aggiornamento della documentazione tecnica e nonché di tutti i servizi che invocano sistemi di verifica del consenso. Per quanto concerne l'indicizzazione della documentazione del FSE senza il consenso all'alimentazione, essa è attualmente in corso; sarà necessario porre in essere attività di propagazione massiva su INI (già testata). Attività necessarie: "Blocco base".	Breve-medio termine (6 mesi)
11.4.e	[e] 4. Le finalita' di cui alla lettera	NP	/	Estensione all'utilizzo del FSEr per le	Elevata in

6225e76c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

	a) del comma 2 sono perseguite dai soggetti del Servizio sanitario nazionale e dei servizi socio-sanitari regionali e da tutti gli esercenti le professioni sanitarie che prendono in cura l'assistito secondo le modalita' di accesso da parte di ciascuno dei predetti soggetti e da parte degli esercenti le professioni sanitarie, nonche' nel rispetto delle misure di sicurezza definite ai sensi del comma 7.			finalità indicate (prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione) anche agli esercenti le professioni sanitarie. Attività necessarie: "Blocco base" o rimodulato, applicato anche per la parte di Sanità km Zero Visualizzatore (accesso per i nuovi operatori) e approfondimento civilistico in merito ai nuovi operatori abilitati (esercenti le professioni sanitarie).	ragione del numero dei privati (3 anni)
11.15-ter.3.f	[f] 15-ter 3) per le regioni e province autonome che, entro il 31 marzo 2017, comunicano al Ministero dell'economia e delle finanze e al Ministero della salute di volersi avvalere dell'infrastruttura nazionale ai sensi del comma 15, l'interconnessione dei soggetti di cui al presente articolo per la trasmissione telematica, la codifica e la firma remota dei dati di cui ai decreti attuativi del comma 7, ad esclusione dei dati di cui al comma 15-septies, per la successiva ~~alimentazione e consultazione~~ alimentazione, consultazione e conservazione, di cui all'articolo 44 del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82 del FSE da parte delle medesime regioni e province autonome, secondo le modalita' da stabilire con decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute;	/	/	Aggiornamento tecnico dei servizi concernenti le regioni in sussidiarietà.	Non inerente
11.15-ter.4.g	[g] 15-ter 4-bis) l'istituzione dell'Anagrafe Nazionale dei consensi e relative revoche, da associarsi agli assistiti risultanti in ANA, comprensiva delle informazioni relative all'eventuale soggetto delegato dall'assistito secondo la normativa vigente in materia e nel rispetto delle modalita' e delle misure di sicurezza stabilite, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del presente comma; 4-ter) la realizzazione dell'Indice Nazionale dei documenti dei FSE, da associarsi agli assistiti risultanti in ANA, al fine di assicurare in interoperabilita' le funzioni del FSE, secondo le modalita' e le misure di sicurezza stabilite, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del presente comma; 4-quater) la realizzazione del Portale Nazionale FSE, secondo le modalita' e le misure di sicurezza stabilite, previo parere del	A	G, LN	4-bis: Aggiornamento dell'analisi del modello del consenso (in recepimento dell'abrogazione del consenso all'alimentazione). La comunicazione del consenso alla consultazione verso INI è stata precedentemente attivata secondo le modalità precedenti: è necessario addivenire a un raccordo delle specifiche e interfacciamento, comprensivo delle attività di testing e verifica con l' "Indice Nazionale dei consensi", avvio in produzione. 4-ter Viene rafforzata l'ufficializzazione dell'indicizzazione su INI. 4-quater: Interfacciamento per l'invocazione e richiamo del Portale Nazionale FSE (chiamata di contesto per l'accesso al FSEr testato positivamente e con approfondimenti in corso sul tema dell'accesso aggregato). Attività necessarie: "Blocco base" rimodulato sui rispettivi commi aggiuntivi. Dovranno essere svolti approfondimenti sull'integrazione con ANA).	Breve-medio termine (6 mesi)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

	Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del presente comma, anche attraverso l'interconnessione con i corrispondenti portali delle regioni e province autonome, per consentire, tramite le funzioni dell'Indice Nazionale, l'accesso on line al FSE da parte dell'assistito e degli operatori sanitari autorizzati, secondo modalita' determinate ai sensi del comma 7. Tale accesso e' fornito in modalita' aggregata, secondo quanto disposto dalla Determinazione n. 80 del 2018 dell'Agenzia per l'Italia Digitale.				
11.15septies.h	[h] 15-septies. Il Sistema Tessera sanitaria realizzato in attuazione dell'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n. 269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n. 326, entro il 30 aprile 2017, rende disponibile ai FSE e ai dossier farmaceutici regionali, attraverso l'infrastruttura nazionale di cui al comma 15-ter, i dati risultanti negli archivi del medesimo Sistema Tessera sanitaria relativi alle esenzioni dell'assistito, alle prescrizioni e prestazioni erogate di farmaceutica , comprensivi dei relativi piani terapeutici, e specialistica a carico del Servizio sanitario nazionale, nonche' le ricette e le prestazioni erogate non a carico del SSN, ai certificati di malattia telematici e alle prestazioni di assistenza protesica, termale e integrativa, nonche' i dati di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175, comprensivi dei dati relativi alla prestazione erogata e al relativo referto, secondo le modalita' stabilite, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, dal decreto di cui al punto 3) del comma 15-ter, che individuera' le misure tecniche e organizzative necessarie a garantire la sicurezza del trattamento e i diritti e le liberta' degli interessati,. *[presente punteggiatura di refuso]*	NP	G, LN, M	Estensione alle prestazioni non a carico del SSN. Tale integrazione richiede inoltre l'individuazione delle azioni necessarie per il reperimento e la fruizione di ulteriori dati e documenti dal Sistema Tessera Sanitaria attraverso INI: dei piani terapeutici, ricette e prestazioni non a carico SSN e dati con referto di cui all'articolo 3 del decreto legislativo 21 novembre 2014, n. 175. Approfondimento sui dati resi fruibili una volta rese pubbliche le misure tecniche e organizzative. Attività necessarie: "Blocco base".	Lungo termine (3 anni)
11.15-octies.i	[i] 15-octies. Le specifiche tecniche dei documenti del FSE e del dossier farmaceutico, definiti con i decreti attuativi del comma 7,	N	DA, G, M	Viene normata la pubblicazione dei documenti (FSE e dossier farmaceutico) previo parere del Garante. Attività di predisposizione attività tecniche e organizzative per realizzare	Lungo termine (2 anni)

6225e76c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

	sono pubblicate sul portale del nazionale FSE, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali. 15-nonies. Ai fini dell'alimentazione dei FSE attraverso l'infrastruttura nazionale di cui al comma 15-ter, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, con il decreto di cui al punto 3) del comma 15-ter, sono stabilite le modalita' tecniche con le quali: a) il Sistema Informativo Trapianti del Ministero della salute di cui alla legge 1 aprile 1999, n. 91, rende disponibile ai FSE i dati relativi al consenso o al diniego alla donazione degli organi e tessuti; b) le Anagrafi vaccinali regionali rendono disponibili ai FSE i dati relativi alla situazione vaccinale; c) il Centro Unico di prenotazione di ciascuna regione e provincia autonoma rende disponibili ai FSE i dati relativi alle prenotazioni.			quanto indicato una volta note le misure tecniche. Sarà necessario attivare quattro linee di progetto in base alle componenti coinvolte. Attività necessarie: “Blocco base” per ogni parte.	

Per quanto concerne l’articolo n.12 del DL 19/05/2020 n. 34, viene riportata di seguito l’analisi per stabilire le azioni necessarie.

Codice	DL 19/05/2020 n. 34 Art.12	Tipologia (N,NP, A,AP)	Propedeuticità (DA, G, M, N)	Attività e commento	Tempistica prevista
N12	1. Ai fini dell'accelerazione dell'acquisizione delle informazioni relative alle nascite e ai decessi di cui all'articolo 62, comma 6, lettera c), del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell'amministrazione digitale, le strutture sanitarie, i medici, i medici necroscopi o altri sanitari delegati, inviano al Sistema Tessera Sanitaria del Ministero dell'economia e delle finanze i dati: a) dell'avviso di decesso di cui all'articolo 72, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396; b) del certificato necroscopico di cui all'articolo 74, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396; c) della denuncia della causa di morte di cui all'articolo 1 del regolamento di polizia mortuaria di cui al decreto del Presidente della Repubblica 10 settembre 1990, n. 285; d) dell'attestazione di nascita di cui all'articolo 30, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396; e) della dichiarazione di nascita di cui all'articolo 30, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre	/	G, M	Necessario ulteriore approfondimento con gli interlocutori di riferimento Disamina delle specifiche inerenti (Sistema TS), per valutare eventuali ulteriori integrazioni o implementazione di nuovi sistemi di inserimento dati per utenti coinvolti non ancora integrati	Medio-lungo termine (1 anno)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

	2000, n. 396. 2. La trasmissione dei dati di cui al comma 1 esonera i soggetti interessati all'ulteriore invio ai Comuni di ulteriore attestazione cartacea. 3. Il Sistema Tessera Sanitaria rende immediatamente disponibili, senza registrarli, i dati di cui al comma 1: a) all'Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente (ANPR), per le finalita' di cui all'articolo 62, comma 6, lettera c) del decreto legislativo 7 marzo 2005, n. 82, recante Codice dell'amministrazione digitale; b) tramite Posta elettronica certificata (PEC), ai Comuni non ancora collegati alla ANPR; c) all'ISTAT 4. Con uno o piu' decreti del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute e con il Ministero dell'interno, previo parere del Garante per la protezione dei dati personali, sono definiti i dati di cui al presente articolo e le relative modalita' tecniche di trasmissione. 5. Dall'attuazione del presente articolo non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Le amministrazioni interessate provvedono allo svolgimento delle attivita' del presente articolo con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.				

Tempistiche generali

L'insieme delle nuove disposizioni introdotte dal Decreto Legge DL 19/05/2020 n. 34 possono essere raggruppate opportunamente nei seguenti macro filoni di attività:

1. Estensione alle prestazioni non a carico del SSN
2. Integrazione con il Portale Nazionale, indicizzazione INI e accesso aggregato
3. Alimentazione anche da parte di esercenti le professioni sanitarie e adeguamento alle nuove specifiche su tutti i documenti previsti
4. Adeguamento nella gestione e modello del consenso
5. Accesso da parte di esercenti le professioni sanitarie
6. Adeguamento per il reperimento di nuove tipologie informative dal Sistema TS (piani terapeutici, ricette e prestazioni e referti fuori SSN)
7. Realizzazione del dossier farmaceutico secondo nuove disposizioni
8. Fruizione dei dati relativi al consenso/diniego donazione di organi e tessuti dal Sistema informativo Trapianti
9. Alimentazione del FSE con i dati relativi alla situazione vaccinale (da anagrafe vaccinale regionale)
10. Alimentazione del FSE con i dati relativi alle prenotazioni (da CUP regionale)
11. Art. 12 Invio a TS dati relativi ai decessi e nascite

6225e76c

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Come esaminato nel corso della trattazione, è necessario inquadrare delle tempistiche indicative generali per la programmazione dei lavori previsti per l'adempimento alle disposizioni di cui al presente decreto. Nella tabella seguente si indicano le diverse tempistiche previste e la presenza di propedeuticità che ne possono posticipare il rispettivo avvio.

Macro filone di attività secondo l'articolato	P	2020		2021				2022				2023			
		3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Estensione alle prestazioni non a carico del SSN	P														
Integrazione con il Portale Nazionale, indicizzazione INI e accesso aggregato															
Alimentazione anche da parte di esercenti le professioni sanitarie e adeguamento alle nuove specifiche su tutti i documenti previsti	P														
Adeguamento nella gestione e modello del consenso	P														
Accesso da parte di esercenti le professioni sanitarie	P														
Adeguamento per il reperimento di nuove tipologie informative dal Sistema TS (piani terapeutici, ricette e prestazioni e referti fuori SSN)	P														
Realizzazione del dossier farmaceutico secondo nuove disposizioni	P														
Fruizione dei dati relativi al consenso/diniego donazione di organi e tessuti dal Sistema informativo Trapianti	P														
Alimentazione del FSE con i dati relativi alla situazione vaccinale (da anagrafe vaccinale regionale)	P														
Alimentazione del FSE con i dati relativi alle prenotazioni (da CUP regionale)	P														
Art. 12 Invio a TS dati relativi ai decessi e nascite	P														

6225e76c

PROTOCOLLO:I.0004236:15-03-2023:REPERTORIO:Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sistema informativo COVID- 19

Questo documento sintetizza le principali azioni sui sistemi informativi messe in campo per gestire l'emergenza Covid-19 che devono essere consolidate in attuazione della presente delibera.

Al fine di soddisfare i bisogni informativi dell'unità di crisi e prendere decisioni basate sui dati, sono stati implementati progressivamente e devono essere completati i seguenti moduli software:

1. Il ***sistema di biosorveglianza***: si tratta di una piattaforma che permette di avere uno stato aggiornato in tempo reale dell'evoluzione dell'epidemia, mappare i soggetti contagiati e rilevare la presenza di cluster che richiedono elevata attenzione. La soluzione armonizza, sincronizza, integra e visualizza dati provenienti da fonti diverse.
2. L'applicazione per la ***gestione dei casi confermati***: un software per arricchire le informazioni sui casi positivi sia con dati provenienti dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (derivanti dall'indagine epidemiologica), sia con dati inseriti dalla direzioni mediche di ogni ospedale (per i casi ricoverati).
3. L'applicazione per la ***gestione dei casi in isolamento***: un software utilizzato dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica per gestire i casi sottoposti ad isolamento fiduciario, permette la registrazione quotidiana dei sintomi anche attraverso app, integrato con anagrafe unica regionale, importa i risultati dei test diagnostici, esporta le informazioni cliniche nel software dei casi confermati
4. L'applicazione per effettuare la ***la gestione degli screening per covid-19***: un software (sviluppato a partire dal sistema per la gestione degli screening oncologici) per gestire, anche in mobilità, il processo di effettuazione del prelievo, identificazione dei campioni, integrato con tutti i laboratori analisi e di microbiologia del Veneto, sia per gli esami di microbiologia molecolare, che per esami di sierologia, anche rapidi, assecondando la logica dei laboratori di processazione e refertazione Hub
5. L'app mobile ***Zero Covid Veneto***, applicazione che deve raccogliere su base volontaria i sintomi correlati al covid-19 dei cittadini della Regione del Veneto al fine di garantire una presa in carico precoce dei casi da parte dei MMG e dei SISP ed evitare la nascita di nuovi focolai
6. Dematerializzazione dei farmaci in Distribuzione per Conto e in Fascia C.

Tutti i moduli sopra presentati devono essere implementati e completati al più presto, e in ogni caso non più tardi del 31/08/2020.Nei paragrafi successivi si riporta per ogni modulo una descrizione estesa.

c1158d1b

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Sistema di biosorveglianza

Nella prima fase emergenziale è nata immediatamente l'esigenza di raccogliere velocemente informazioni e rappresentarle in modo efficace, al fine di mettere l'unità di crisi in condizioni di governare l'epidemia e decidere avendo i dati a disposizione.
Si è proceduto ad implementare quindi una piattaforma che permette di avere uno stato aggiornato in tempo reale dell'evoluzione dell'epidemia, mappare i soggetti contagiati e rilevare la presenza di cluster che richiedono elevata attenzione.
La soluzione, ha armonizzato, sincronizzato e integrato dati provenienti da fonti diverse.
L'idea è quella di supportare con i dati le decisioni più opportune circa l'applicazione di norme restrittive sulla mobilità delle persone e di accesso alle aree critiche. La disponibilità delle informazioni permette inoltre di effettuare un'analisi predittiva dell'evoluzione del contagio, individuando le zone dove è più probabile che il Covid-19 si espanda, al fine di poter intervenire velocemente ed isolare sul nascere nuovi casi e nuovi focolai.
Il progetto è stato pensato fin dall'inizio per poter soddisfare il bisogno informativo di diverse tipologie di utenti. La stessa base dati, opportunamente filtrata a seconda del ruolo specifico degli utenti, è utilizzata dall'unità di crisi, dalla task-force, dalle aziende ULSS, dai medici di medicina generale e dai medici competenti delle aziende operanti nei vari settori produttivi.

Le principali funzionalità fornite per i vari ruoli sono:

- **ai membri della task-force / unità di crisi regionale:**
  - una vista sui principali indicatori e un monitoraggio in real time dell'epidemia
  - strumenti per effettuare simulazioni epidemiologiche sui dati reali dell'evoluzione dell'epidemia
  - strumenti per l'identificazione immediata di cluster che richiedono elevata attenzione (residenze per anziani, nuclei familiari positivizzati)
  - una vista georeferenziata dei test effettuati sul territorio, l'esito, l'analisi del contesto familiare, abitativo e lavorativo del soggetto esaminato
  - una mappa georeferenziata dei casi positivi aggregati per incidenza territoriale
  - una vista dedicata agli operatori sanitari per il monitoraggio dello stato di operatività di tutte le strutture regionali.
- **agli operatori delle strutture sanitarie:**
  - una vista sugli indicatori principali dell'evoluzione dell'epidemia nel territorio di riferimento
  - una vista georeferenziata dei test effettuati sul territorio, l'esito, l'analisi del contesto familiare, abitativo e lavorativo del soggetto esaminato
  - una vista dedicata agli operatori sanitari per valutare in tempo reale la forza lavoro a disposizione nelle strutture e quella colpita dal Covid-19

c1158d1b

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

  - un monitoraggio dei cluster a rischio (residenze per anziani, contesti abitativi con molti casi positivi)
- **ai medici di base:**
  - una vista dei loro assistiti con il dettaglio di chi ha effettuato i test di screening (sia molecolari che epidemiologici)
  - uno strumento per applicare i protocolli corretti e approcciarsi in modo sicuro ai pazienti.
- **ai medici competenti del lavoro:**
  - indicatori in tempo reale dei casi Covid positivi nelle aziende seguite
  - una vista dei lavoratori delle aziende da loro assistite, con il dettaglio di chi ha effettuato i test di screening (sia molecolari che epidemiologici)
  - la possibilità di registrare i risultati degli screening effettuati con i test rapidi nel caso siano fatti direttamente dall'azienda
  - uno strumento per applicare i protocolli corretti e approcciarsi in modo sicuro alle attività produttive.

.

Di seguito sono riportate le diverse fonti di dati che dovranno essere utilizzate per garantire gli obiettivi di gestione e contenimento della pandemia:

1. Base dati dei casi in isolamento
2. Anagrafe degli operatori sanitari (per individuare focolai nei reparti)
3. Flusso NSIS denominato FAR (per il controllo dei focolai nelle strutture residenziali)
4. Sistemi LIS delle Aziende Sanitarie e dei laboratori coinvolti nell'emergenza (per ottenere gli esiti dei test di laboratorio sul covid-19)
5. Base dati dei casi confermati
6. Anagrafe degli assistiti (per individuare focolai nelle famiglie, tra vicini e conviventi)
7. Anagrafe dei nuclei familiari (ricavata dai nuclei fiscali della dichiarazione dei redditi, senza utilizzare dati economici, con lo scopo di individuare focolai tra familiari)
8. Sistemi di Veneto Lavoro (con il fine di individuare focolai nelle aziende)
9. Base dati dei sintomi raccolti dalla app "Zero Covid Veneto" per intervenire precocemente sul nascere dei sintomi

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto e le strutture presso le quali sono eseguito i test per covid-19 per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività operative specifiche della task force a supporto dell'Unità di Crisi, e per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Gestione dei casi confermati

Il modulo gestisce tutti i casi che risultano positivi al test di biologia molecolare, importa inoltre l'esito di tutti i test diagnostici erogati dalle strutture sanitarie.
In particolare vengono inserite informazioni registrate dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) o importate dall'applicazione "Gestione dei casi in isolamento" a seguito dell'indagine epidemiologica effettuata sulla singola persona (stato clinico iniziale, domicilio di isolamento, possibili link epidemiologici, etc.). Per i casi ricoverati vengono inserite dalle strutture ospedaliere le informazioni relative all'ingresso e ai successivi trasferimenti (provenienza, data di ricovero e/o trasferimento, area di ricovero, reparto di ricovero, stato clinico, data e modalità di dimissione).
Tutti i dati aggiunti in tale modulo sono poi ritornati al sistema di biosorveglianza per essere rappresentati nei cruscotti di monitoraggio in uso ai diversi attori.
Tale modulo inoltre è la base per l'invio dei dati verso l'Istituto Superiore di Sanità, flusso previsto a livello nazionale.
Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività operative specifiche della task force a supporto dell'Unità di Crisi, e per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Gestione dei casi in isolamento

In considerazione dell'emergenza covid e della necessità di disporre dei dati anagrafici di tutti i potenziali sorvegliati, la Regione del Veneto attraverso i Sistemi informativi di Azienda Zero, ha disposto l'attivazione di un modulo applicativo apposito di Sorveglianza Covid-19 integrato con l'anagrafe unica regionale.

L'implementazione della nuova funzionalità garantisce, a tutte le ULSS del Veneto un monitoraggio efficiente dei pazienti in isolamento fiduciario positivi al test e di tutte le persone entrate in contatto con pazienti positivi, fornendo agli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica un monitoraggio real time per il controllo dei casi presi in carico, comprendendo l'acquisizione tempestiva, dal sistema di biosorveglianza, degli esiti dei test eseguiti ai soggetti in carico. Il software raccoglie le informazioni cliniche dei soggetti in sorveglianza esportando le informazioni al software dei casi confermati. L'applicativo permette la registrazione quotidiana dei sintomi dei soggetti in isolamento sia agli operatori dei Servizi di Igiene e sanità pubblica sia ai MMG e PLS che volontariamente aderiscono all'attività. Fornisce inoltre l'elenco dei soggetti in isolamento per la trasmissione alla Prefettura e ai Comuni per la vigilanza.

Gli assistiti per i quali è già attiva una scheda di sorveglianza sul software regionale, potranno a breve con un'APP trasmettere direttamente alla ULSS di competenza le informazioni richieste sul proprio stato di salute. In pratica giornalmente ogni paziente COVID19 verrà guidato nella registrazione dei propri sintomi, che saranno raccolti ed elaborati in tempo reale sull'applicativo di sorveglianza regionale.

Questo modulo software dovrà progressivamente fornire quindi a tutti gli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica della Regione del Veneto uno strumento altamente avanzato e costantemente aggiornato per il monitoraggio della situazione sanitaria regionale, efficientando il controllo sulla diffusione del virus e le azioni di contenimento in tutte le strutture sanitarie.
Il software potrà essere utilizzato anche dai medici competenti delle aziende sanitarie per la gestione dei casi in isolamento dei dipendenti.
E' stata inoltre predisposta una APP per gli operatori che permette la registrazione dei risultati dei test rapidi somministrati ai soggetti previsti dallo screening territoriale per i destinatari individuati dal piano di sanità pubblica, i risultati vengono esportati verso il software dello screening e verso il sistema di biosorveglianza.

Tutti gli strumenti sopra descritti saranno a supporto del Piano di Sanità pubblica gestito dal Sistema Sanitario Regionale.

c1158d1b

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Gestione degli screening per covid-19

La Regione del Veneto ha deciso di contrastare il virus attraverso un piano di sanità pubblica denominato "Epidemia Covid 19 Interventi Urgenti di Sanità Pubblica" che ha previsto l'impiego massiccio del tampone naso-faringeo e successivamente dei test sierologici, procedendo quindi a screenare tutti i dipendenti del Sistema Sanitario Regionale, MMG, PLS e Farmacisti, operatori delle Strutture per non autosufficienti ecc.

Nell'ambito di questo piano, attraverso l'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, ha disposto quindi l'adeguamento e ampliamento delle funzionalità del Sistema Informativo degli Screening Oncologici alle esigenze dello screening Covid19, per facilitare e rendere più corrette e sicure dal punto di vista informativo le attività degli operatori sanitari e per ottenere una base dati omogenea e standard.

Le principali funzioni dell'applicativo software sono: l'individuazione della persona fisica, tramite integrazione con l'Anagrafe Unica Regionale, ottenendo dati anagrafici corretti e attendibili ed evitando inserimenti manuali; l'individuazione delle categorie di appartenenza dei soggetti sottoposti a screening, la creazione di codici campione e la stampa delle relative etichette con codice a barre da apporre sulle provette dei test, l'invio delle liste di lavoro complete di dati anagrafici associati ai codici campione ai LIS , ottimizzando così strumenti e risorse dei Laboratori di microbiologia e analisi cliniche. Le strutture sanitarie sono così in grado di rispondere tempestivamente alla specifica e urgente richiesta, indipendentemente dall'Azienda che ha in carico il soggetto e da dove viene effettuato il test. L'analisi e la refertazione è affidata ai laboratori tramite i LIS, rendendo superflua la parte di input manuale dei dati. Il software è utilizzato nelle sue funzionalità principali anche nel progetto di indagine relativa alla sieroprevalenza in capo al Ministero della Salute.

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende sanitarie della Regione del Veneto (sia le aziende richiedenti i test, sia i soggetti giuridici che erogano le prestazioni richieste) per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di ricerca, governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende aziende sanitarie, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

App “Zero Covid Veneto”

L’app mobile “Zero Covid Veneto”, dovrà raccogliere su base volontaria i sintomi correlati al covid-19 dei cittadini della Regione del Veneto. Il fine di garantire una presa in carico dei casi, a seconda della gravità dei sintomi, o da parte dei MMG, o da parte dei SISP.

La finalità ultima è quella di agire il più precocemente possibile sull’insorgenza di nuovi casi ed evitare la nascita di nuovi focolai.

L’applicazione non effettuerà contact tracing e non utilizzerà il GPS per localizzare i dispositivi.

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende ULSS della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende ULSS, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dematerializzazione dei farmaci

Sempre nell'ambito della gestione dell'emergenza covid si è proceduto inoltre all'estensione della dematerializzazione della ricetta cartacea anche per farmaci distribuiti attraverso la Distribuzione per Conto, secondo previsioni e modalità definite dall'Ordinanza n. 651 "Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili." del 19.3.2020 della Presidenza del Consiglio dei Ministri Dipartimento della Protezione Civile.
Da evidenziare infine che ai sensi dell'art. 11 del DL n. 34 del 19.5.2020 è in corso di dematerializzazione anche la ricetta relativa ai farmaci di fascia C non rimborsati dal SSN e che in applicazione del presente atto tale nuova modalità di gestione dovrà essere adottata dai prescrittori e nei punti di dispensazione dei farmaci di tutto il territorio regionale.

Si rileva che ai fini privacy, i titolari del trattamento effettuato con tale modulo software sono le aziende sanitarie della Regione del Veneto per le finalità di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, la Regione del Veneto per le attività di governo e monitoraggio. Azienda Zero, in quanto gestore operativo del software (processor) ricopre il ruolo di responsabile del trattamento, sia per conto delle aziende aziende sanitarie, sia per conto della Regione del Veneto.

c1158d1b

Azienda Zero - Prot. n. 0010448/2020 - E - 07/05/2020
PROTOCOLLO.U.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 6 MAG. 2020 Protocollo n. 181132 Class: G.920.04.1 Prat. Fasc. Allegati n. 1

Oggetto: Comunicazione dei soggetti sottoposti a provvedimento di quarantena e isolamento domiciliare fiduciario

Ai
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Aziende Ulss del Veneto

E p.c.

Assessore alla Salute e Servizi Sociali

Direttore Area Sanità e Sociale

Direttore Generale Azienda Zero

LORO SEDI

Si comunica che le Aziende ULSS competenti per territorio dovranno comunicare ai Sig.ri Sindaci di tutti i comuni e ai Sig.ri Prefetti l'elenco dei nominativi, oltre che dei soggetti positivi a COVID-19 come da nota a firma dell'Assessore alla Salute e Servizi Sociali prot. 120756 del 14.3.2020, anche quello di tutti i soggetti sottoposti a disposizioni di contumacia (quarantena o isolamento domiciliare fiduciario).

Potranno essere mantenuti eventuali flussi già in essere, secondo specifiche procedure già concordate.

Si ricorda che nel trattare questi dati personali, vanno rispettate le norme in materia di tutela dei dati personali ed in particolare relative ai dati personali sulla salute di cui all'articolo 9 del Regolamento (UE) 2016/679 (RDGPR) e in conformità al predetto Regolamento e al Codice Privacy come modificato dal D. Lgs. 101/2018

Distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
IL DIRETTORE
Dr.ssa Francesca Russo

Responsabile dell'istruttoria: dr. Michele Tonon
Segreteria: Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

14 MAR. 2020

Data Protocollo N° 120756 Class: Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: Comunicazione dei nominativi dei soggetti positivi al virus COVID -19.

Ai Signori Sindaci
di tutti i Comuni
della Regione Veneto

E p.c.
Ai Sig. Prefetti
della Regione del Veneto

Ai Direttori Generali
Aziende ULSS

LORO SEDI

Egregi Signori Sindaci,

le Aziende ULSS competenti per territorio provvederanno a comunicarVi i nominativi dei soggetti risultati positivi al virus COVID-19, tenuti pertanto all'isolamento domiciliare ai sensi delle disposizioni vigenti sull'emergenza in atto, e dei loro contatti.

Potranno essere mantenuti eventuali flussi già in essere tra Prefetture ed Aziende ULSS, secondo specifiche procedure già concordate.

Si ricorda che nel trattare questi dati personali, vanno rispettate le norme in materia di tutela dei dati personali ed in particolare relative ai dati personali sulla salute di cui all'articolo 9 del Regolamento (UE) 2016/679 (RDGPR) e in conformità al predetto Regolamento e al Codice Privacy come modificato dal D. Lgs. 101/2018.

Distinti saluti.

L'ASSESSORE
Manuela Lanzarin

Assessorato alle Politiche sanitarie, socio-sanitarie e sociali, flussi migratori, diritti umani, Edilizia di culto, edilizia residenziale pubblica. Attuazione programma di governo, Rapporti con Consiglio regionale
Dorsoduro, 3901 – 30123 Venezia – Tel. 041/2792881– Fax 041/2793614
e-mail: assessore.lanzarin@regione.veneto.it

Azienda Zero - Prot. n. 0002063/2020 - E - 31/01/2020
PROTOCOLLO: 0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

DECRETO N. 3 DEL 30/01/2020

OGGETTO: Istituzione di una Task force regionale per la definizione di misure di prevenzione e controllo dell'epidemia di Coronavirus "2019 – nCov", nell'ambito del Gruppo Operativo Risposta Rapida Regionale (GORR) per le emergenze in sanità pubblica.

NOTE PER LA TRASPARENZA:
Con il presente provvedimento si intende istituire una Task force regionale per la definizione delle misure di prevenzione e controllo dell'epidemia di Coronavirus "2019 – nCov", nell'ambito del Gruppo Operativo Risposta Rapida Regionale (GORR) per le emergenze in sanità pubblica.
Il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

IL DIRETTORE
DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA

PREMESSO che le attività di preparazione e risposta ad un evento di emergenza che coinvolge la comunità rappresentano un obiettivo prioritario a tutti i livelli organizzativi, dalla Comunità Europea alle singole comunità locali, con implicazioni particolari nel caso di eventi epidemici.

RITENUTO che la Regione del Veneto è sempre allineata al contesto normativo nazionale ed internazionale e fornisce una qualificata risposta alle esigenze di sanità pubblica, mediante un modello organizzativo strutturato, capace di garantire un rapido e tempestivo intervento presso le Aziende del Servizio Sanitario Regionale (SSR), per controllare la diffusione di agenti ad elevata infettività.

CONSIDERATO, infatti, che in passato la Regione del Veneto con la D.G.R. n. 323 del 13/02/2007 ha recepito il "Piano regionale di risposta per una pandemia influenzale", che definisce l'organizzazione aziendale e la costituzione delle Unità di crisi presso ciascuna Azienda ULSS del Veneto nel caso di pandemia influenzale e che, per far fronte ai casi umani di infezione da virus dell'influenza A/H1N1, la Direzione Prevenzione (oggi Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria) aveva adottato il D.D.R. n. 20 del 30/04/2009, con il quale era stata formalizza l'istituzione di una task force regionale per la definizione di un protocollo per la gestione dei casi sospetti di influenza.

VALUTATA, pertanto, l'importanza di assicurare un approccio sistematico alla gestione delle emergenze, prevalentemente di natura infettiva, mediante la creazione di una rete per la gestione delle stesse a livello territoriale, in grado di operare con continuità per affrontare tempestivamente il rischio di crisi sanitarie, la Regione del Veneto ha aderito ad un Progetto del Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) 2011, avente ad oggetto "Piano per la preparazione e la risposta ad emergenze di sanità pubblica con particolare riferimento alle emergenze infettive "Livello aziendale", approvato con la D.G.R. n. 443 del 20/03/2012, che aveva come obiettivo generale quello di istituire un Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP) ed un Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR); il Piano prevedeva anche un percorso di formazione sul campo e la stesura di procedure operative standardizzate.

VISTO, pertanto, il D.D.R. n. 14 del 05/06/2013 di istituzione del Gruppo Operativo Risposta Rapida Regionale (GORR) per le emergenze in sanità pubblica, con particolare riferimento alle malattie infettive diffusive, con sede presso l'attuale Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, la cui composizione è stata

successivamente aggiornata con il D.D.R. n. 182 del 21/10/2014, per far fronte ai vari scenari di emergenza che si sono presentati sia in ambito internazionale, che in ambito locale.

DATO ATTO che il GORR ha il compito di assicurare:
- una risposta appropriata e tempestiva in caso di minacce di sanità pubblica di dimensione regionale, con particolare riferimento alle malattie infettive;
- le reti di sorveglianza dedicate;
- nel caso degli eventi epidemici, un approccio coordinato di investigazione controllo e comunicazione e infine supportare le Aziende ULSS nelle attività di preparazione, verificando l'applicabilità dei piani e delle procedure operative.

CONSIDERATO che è in atto una nuova emergenza sanitaria a livello internazionale, resa nota dopo che in data 31/12/2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina) ha segnalato un cluster di casi di polmonite da causa sconosciuta, provenienti dalla città di Whan, situata nella provincia di Hubei, in Cina; i casi in questione avevano un collegamento epidemiologico con il mercato di Huanan Seafood, specializzato nella vendita all'ingrosso di pesce e di animali vivi.

CONSIDERATO, inoltre, che nei giorni successivi le autorità cinesi hanno identificato, come agente causale della polmonite, un nuovo tipo di coronavirus, denominato "2019-nCoV", i cui sintomi più comuni sono febbre, tosse secca, mal di gola e difficoltà respiratorie, e che una forma inizialmente lieve può progredire in una forma grave, soprattutto in persone con condizioni cliniche croniche pre-esistenti e nelle persone anziane.

DATO ATTO che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) sta lavorando a diretto contatto con le autorità cinesi e degli altri Paesi che hanno finora registrato i casi di polmonite, per monitorare attentamente la situazione e fornire il supporto necessario.

CONSIDERATO che le autorità cinesi e l'OMS hanno confermato che è stata dimostrata la trasmissione del "2019-nCoV" da persona a persona e che attualmente sono ancora in corso le indagini per valutare l'intera portata dell'epidemia.

VISTA la Circolare ministeriale n. 1997 del 22/01/2020 di attivazione del sistema di sorveglianza dei casi sospetti di infezione da nuovo coronavirus "2019-nCoV", aggiornata con la successiva Circolare ministeriale n. 2302 del 27/01/2020.

CONSIDERATO quanto sopra, nell'ambito del Gruppo Operativo Risposta Rapida Regionale (GORR) per le emergenze in sanità pubblica, con il presente decreto si ritiene di istituire presso la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria una Task force regionale per la definizione delle misure di prevenzione e controllo dell'epidemia di Coronavirus "2019 – nCov", di seguito denominata "Task force regionale 2019 – nCov", che sarà presieduta dal Direttore della suddetta Direzione, e così composta:
- Dr. Paolo Turri, Direttore della Direzione Programmazione sanitaria – LEA – Regione del Veneto;
- Dr.ssa Maria Cristina Ghiotto, Direttore della UO Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali della Direzione Programmazione sanitaria – LEA – Regione del Veneto;
- Dr.ssa Elena Narne, Direttore della UOC Screening e Valutazione Impatto Ambientale (VIS) – Azienda Zero;
- Dr.ssa Gianna Vettore, Direttore del Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU) – Azienda Zero;
- Dr. Paolo Rosi, Direttore della U.O.C. Centrale Operativa SUEM dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana;
- Dr.ssa Evelina Tacconelli, Direttore dell'UOC Malattie Infettive presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona;
- Dott.ssa Annamaria Cattelan, Direttore dell'UOC Malattie Infettive presso l'Azienda Ospedaliera di Padova;
- Dr. Sandro Cinquetti, Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana;
- Dr. Luca Gino Sbrogiò, Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 3 Serenissima;
- Dr. Vittorio Selle, Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 3 Serenissima;
- Dr.ssa Lorena Gottardello, Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 6 Euganea;

- Dr.ssa Maria Teresa Padovan, Direttore f.f. di Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 8 Berica;
- Dr. Vinicio Manfrin, Direttore delle Malattie Infettive Tropicali presso l'Azienda ULSS 8 Berica;
- Dr.ssa Paola Bissoli, Coordinatore Servizio Igiene e Sanità Pubblica presso il SISP dell'Azienda ULSS 8 Berica.

CONSIDERATO che nessun compenso aggiuntivo è previsto per i componenti della "Task force regionale 2019 – nCov", che svolgeranno il loro incarico nell'adempimento delle normali funzioni di servizio, e che ogni modifica relativa alla suddetta Task force verrà adottata con Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria.

VISTE la Circolare ministeriale n. 1997 del 22/01/2020, la Circolare ministeriale n. 2302 del 27/01/2020;
VISTO l'articolo 4 della L.R. n. 1 del 10/01/1997;
VISTO l'articolo 4 della L.R. n. 54 del 31/12/2012;
VISTO l'articolo 2, comma 2 della L.R. n. 54 del 31/12/2012;
VISTE la D.G.R. n. 323 del 13/02/2007, la D.G.R. n. 443 del 20/03/2012;
VISTI il D.D.R. n. 20 del 30/04/2009, il D.D.R. n. 14 del 05/06/2013, il D.D.R. n. 182 del 21/10/2014;

DECRETA

1. di approvare le premesse quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;

2. di istituire presso la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria una Task force regionale per la definizione delle misure di prevenzione e controllo dell'epidemia di Coronavirus "2019 – nCov", denominata "Task force regionale 2019 – nCov", che sarà presieduta dal Direttore della suddetta Direzione, e così composta:
- Dr. Paolo Turri, Direttore della Direzione Programmazione sanitaria – LEA – Regione del Veneto;
- Dr.ssa Maria Cristina Ghiotto, Direttore della UO Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali della Direzione Programmazione sanitaria – LEA – Regione del Veneto;
- Dr.ssa Elena Narne, Direttore della UOC Screening e Valutazione Impatto Ambientale (VIS) – Azienda Zero;
- Dr.ssa Gianna Vettore, Direttore del Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU) – Azienda Zero;
- Dr. Paolo Rosi, Direttore della U.O.C. Centrale Operativa SUEM dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana;
- Dr.ssa Evelina Tacconelli, Direttore dell'UOC Malattie Infettive presso l'Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona;
- Dott.ssa Annamaria Cattelan, Direttore dell'UOC Malattie Infettive presso l'Azienda Ospedaliera di Padova;
- Dr. Sandro Cinquetti, Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana;
- Dr. Luca Gino Sbrogiò, Direttore del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 3 Serenissima;
- Dr. Vittorio Selle, Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 3 Serenissima;
- Dr.ssa Lorena Gottardello, Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 6 Euganea;
- Dr.ssa Maria Teresa Padovan, Direttore f.f. di Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) presso il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS 8 Berica;
- Dr. Vinicio Manfrin, Direttore delle Malattie Infettive Tropicali presso l'Azienda ULSS 8 Berica;
- Dr.ssa Paola Bissoli, Coordinatore Servizio Igiene e Sanità Pubblica presso il SISP dell'Azienda ULSS 8 Berica;

3. di prendere atto che nessun compenso aggiuntivo è previsto per i componenti della "Task force regionale 2019 – nCov", che svolgeranno il loro incarico nell'adempimento delle normali funzioni di servizio, e che ogni modifica relativa alla suddetta Task force verrà adottata con Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria;

4. di dare atto che il presente decreto non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

5. di incaricare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria all'esecuzione del presente atto;

6. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione.

- F.to Dr.ssa Francesca Russo -

Azienda Zero Prot. n. 0007543/2020 E. 30/03/2020
PROTOCOLLO 0000423615-03-2023 REFERENTE Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
ULSS9 SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

Direzione Generale

Prot. n. 54337

Verona, 30 MAR. 2020

Al Direttore
DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE REGIONE VENETO
D.ssa Francesca Russo

Al Direttore UOC Screening e VIS
D.ssa Elena Narne
AZIENDA ZERO

PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
protocollo.azero@pecveneto.it

Mail: screening.vis@azero.veneto.it

OGGETTO: DGR n. 344 del 17.03.2020 "Epidemia COVID – 19 Interventi urgenti di sanità pubblica" – definizione aspetti organizzativi ed avvio attività.

A riscontro della Vs nota prot. 136082 del 27 marzo u.s. – pari oggetto con la presente si comunica il nominativo del Referente Aziendale – coordinatore del piano per questa Azienda Ulss 9 Scaligera.

Dott. Luciano Marchiori – già Direttore Dip. Prevenzione di questa Azienda Ulss 9
mail: lucianomarchiori1951@gmail.com

Distinti saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Pietro Girardi)

Azienda Zero - Prot. n. 0019591/2020 - E - 24/08/2020
PROTOCOLLO U.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 21 AGO. 2020 Protocollo N° 330273 Class: G.PRO.04.1 Prat. Fasc. Allegati N° 3

Oggetto: Trasmissione della DGR n. 1104 del 06/08/2020 - Approvazione del nuovo Piano "*Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening*" e contestuale modifica della DGR n. 344 del 17/03/2020.

Ai
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Aziende ULSS del Veneto
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Azienda Ospedale Università di Padova

Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
Referenti profilassi vaccinale e malattie infettive
Aziende ULSS del Veneto

Direttore UOC Microbiologia e Virologia
Azienda Ospedaliera di Padova
Laboratorio di Riferimento Regionale SARS-CoV-2

Comitato regionale Croce Rossa Italiana

Presidente del Consiglio della Scuola di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Padova

E p.c.
Assessore a Sanità e Servizi Sociali
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Direttore UO Cure Primarie
Direttore Generale Azienda Zero

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dei risultati degli screening fino ad oggi condotti, che evidenziano un aumento della circolazione del virus SARS-CoV-2 in specifici contesti, nonché del Decreto-legge n. 83 del 30/07/2020, con il quale è stato prorogato lo stato di emergenza fino al 15/10/2020, si è ritenuto necessario integrare e modificare il Piano "*Epidemia COVID 19: interventi urgenti di sanità pubblica*", di cui alla DGR n. 344 del 17/03/2020, al fine di monitorare e tenere sotto controllo la circolazione del virus responsabile della diffusione del COVID-19 e di intercettare tutti i possibili nuovi focolai. Pertanto, con la DGR n. 1104 del 06/08/2020 è stato disposto l'aggiornamento delle azioni del suddetto documento mediante l'approvazione di un nuovo Piano, denominato "*Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening*" (**All.1**).

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tra le misure che sono previste nel nuovo Piano sono di particolare rilevanza quelle volte al rafforzamento delle attività di *contact tracing*, alla sorveglianza sanitaria, all'aggiornamento delle indicazioni per lo screening di alcune specifiche categorie target di popolazione, alla prevenzione del rischio di insorgenza di focolai di importazione e allo studio di un sistema di *early warning* da attivare in vista della prossima stagione autunnale. Il nuovo Piano, nella sua realizzazione, sarà attuato dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto, con il supporto, ove possibile, dell'Azienda Ospedale Università di Padova e del Comitato regionale della Croce Rossa Italiana, con il coordinamento della scrivente Direzione. Inoltre, la Scuola di Medicina e i Dipartimenti dell'Università di Padova metteranno a disposizione medici tirocinanti e ove necessario tecnici di laboratorio, allo scopo di supportare le Aziende ULSS nella realizzazione del Piano.

Successivamente all'approvazione del Piano, con l'Ordinanza del Ministro della Salute del 12/08/2020 è stato prescritto il controllo nei confronti di tutti coloro che entrano nel territorio nazionale dopo aver transitato o soggiornato in Grecia, Malta, Spagna e Croazia (**All.2**). Con l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 84 del 13/08/2020 sono stati ulteriormente specificati gli obblighi previsti per alcuni soggetti che rientrano dall'estero e in particolare da determinati Paesi, in ottemperanza a quanto previsto dalle indicazioni nazionale e con quanto approvando dalla DGR 1104 citata in oggetto (**All.3**).

A tale riguardo, si informa che il Ministero della Salute ha di recente segnalato la presenza di un focolaio ad alto rischio di diffusione internazionale presso la città di Adge, Dipartimento dell'Hérault, Regione dell'Occitania, Francia meridionale. Pertanto, si raccomanda l'esecuzione del test di screening a mezzo tampone anche a tutti i soggetti che fanno ingresso o rientro nel territorio nazionale e che hanno soggiornato o transitato negli ultimi 14 giorni in tale area (solo il dipartimento dell'Hérault) e si richiede la massima collaborazione nella segnalazione alla scrivente Direzione di eventuali casi positivi riscontrati. Si precisa che, come previsto dall'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 84 del 13/08/2020, eventuali aggiornamenti dei paesi soggetti a controlli agli ingressi saranno pubblicati sul sito della Regione del Veneto.

In considerazione dell'attuale contesto epidemiologico e alle necessarie azioni di sanità pubblica da adottare, si evidenzia l'importanza di monitorare tutte le attività di screening eseguite e previste dai piani regionali. Per tale ragione si raccomanda la puntuale registrazione di tutte le informazioni richieste (es. tipologia di test, esito, categorie target, Paese di provenienza per gli ingressi dall'estero, ecc.) a garanzie delle necessarie attività di monitoraggio regionali e aziendali previste, anche future. Nei prossimi giorni saranno comunque perfezionate da parte di Azienda Zero le modalità di registrazione e saranno fornite ulteriori precisazioni.

Si coglie l'occasione per ricordare l'importanza della compilazione, da parte dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica al momento dell'indagine epidemiologica da condurre per ogni nuovo caso positivo individuato, della "*prima diaria*" in SIAVR (da compilare per tutti i soggetti inclusi gli ospiti di strutture residenziali per anziani). Tale dato è fondamentale per definire lo stato clinico del paziente (sintomatico o asintomatico) ed è oggetto di valutazione per gli indicatori ministeriali di fase 2.

Da ultimo, si precisa che ai soggetti che fanno ingresso nel territorio nazionale da Paesi esteri, in caso di necessità di certificazione ai fini INPS per l'assenza dal lavoro, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al Medico di Medicina Generale, in cui si dichiara che per motivi di Sanità Pubblica il soggetto è stato posto in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario, come previsto dalla "*Procedura Regionale Nuovo Coronavirus - Fase 3*". In tali ipotesi, il D.L. n. 18 del 17/03/2020, convertito dalla L. n. 27 del 24/04/2020, ha disposto che il periodo di quarantena o permanenza domiciliare fiduciaria del lavoratore dipendente è, nel settore privato, equiparato a malattia, ai fini del trattamento economico previsto dalla normativa di riferimento e non è computabile nel periodo di comporto (art. 26, comma 1) e, per il dipendente pubblico, di cui all'art. 1, comma 2 del D.lgs. n. 165/2001, è equiparato al ricovero ospedaliero e, quindi, non è computato nel periodo di comporto (art. 87, comma 1).

Cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
IL DIRETTORE
Dr.ssa Francesca Russo
IL DIRETTORE VICARIO

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Direttore: Dr.ssa Francesca Russo/MS
Referente dell'istruttoria: dr. Michele Tonon
Segreteria: Tel. 041-2791352-1353

PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica
e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening
(DGR 344/2020 e successive modifiche ed integrazioni)

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

e86d13df

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

PREMESSA

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dei risultati delle attività di screening fin qui condotte, che evidenziano un aumento della circolazione di SARS-CoV-2 in specifici contesti, si propone un aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica. Il seguente aggiornamento evidenzia tre elementi cardine della strategia regionale per la "fase 3": rafforzamento delle attività di *contact tracing* di ricerca della circolazione virale in tutti i contatti a rischio, aggiornamento delle indicazioni sullo screening in alcune categorie di persone, studio di un sistema di *early warning* da attivare in vista della prossima stagione autunnale.

OBIETTIVO GENERALE

Mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19, intercettando ed isolando tutti i possibili nuovi focolai.

STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

1. individuare tutti i possibili casi sospetti, probabili e confermati e disporre le adeguate misure di isolamento domiciliare fiduciario;
2. intercettare tutti i possibili contatti a rischio (*contact tracing*), seguirli in sorveglianza attiva e disporre le misure di quarantena;
3. focalizzare le attività di screening in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria e/o di importazione di casi dall'estero;
4. implementazione di un sistema di allerta precoce (*early warning*) per la ricerca anche di casi asintomatici per monitorare la circolazione virale.

1. INDIVIDUARE E TRACCIARE TUTTI I CASI SOSPETTI E CONFERMATI

La ricerca di tutti i possibili soggetti con sintomi compatibili, o comunque sospetti di COVID-19, deve essere sempre condotta in stretta sinergia tra tutti gli operatori sanitari che pongono il sospetto clinico e il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, che dovrà sempre essere informato anche del caso sospetto. Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ha un ruolo fondamentale nell'avviare le opportune azioni di sanità pubblica in sinergia con gli altri servizi e operatori coinvolti. In accordo con tale strategia e con le indicazioni ministeriali[1] e regionali, tutti i casi sospetti per COVID-19 richiedono l'esecuzione del test diagnostico.

[1] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7922 del 9.03.2020 "COVID-2019. Aggiornamento della definizione di caso" e successive modifiche. Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico: 1) Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse, difficoltà respiratoria) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in aree in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi. 2) Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi. 3) Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) e che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica. Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel Pronto Soccorso ospedaliero, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o Paese è stata segnalata trasmissione locale.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

2. CONTACT TRACING E GESTIONE DEI CONTATTI

Il *contact tracing* rappresenta una misura essenziale di sanità pubblica per contrastare la diffusione dell'epidemia di COVID-19. In linea con quanto esplicitato dalle Circolari Ministeriali e quanto già previsto nella DGR 344 del 17.3.2020, è opportuno, ancor più nello scenario attuale, che le indagini epidemiologiche dei nuovi casi positivi vengano estese, oltre ai contatti stretti (ad alto rischio), anche ad altri contatti sociali/occasionali (anche definiti a rischio basso).

A seguito di ogni caso confermato, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica proseguiranno le attività di indagine epidemiologica tempestiva e puntuale.

- **Contatti stretti (sintomatici e asintomatici**): vengono posti in quarantena e sottoposti a test di biologia molecolare all'inizio della sorveglianza e successivamente ripetuto al termine del periodo di quarantena.
- **Contatti occasionali sintomatici**: vengono posti in quarantena e sottoposti a test di biologia molecolare all'inizio della sorveglianza.
- **Contatti occasionali asintomatici**: l'operatore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica valuta, sulla base del tipo di contatto se raccomandare l'automonitoraggio riprendendo la normale vita di comunità o predisporre la quarantena con eventuale esecuzione del test di biologia molecolare; per i casi posti in isolamento, sulla base della valutazione del rischio, dovrà essere effettuato il test di biologia molecolare la termine della quarantena.

3. SCREENING PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

Le attività di screening previste dalla DGR 344/2020 (e successive modifiche e integrazioni) saranno rimodulate, come di seguito specificato, in considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, riservandosi la possibilità di rimodularne l'offerta in relazione alle future evoluzioni dello stesso.

Il Piano, nella sua realizzazione, sarà attuato dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS e prevede, ove possibile, il supporto dell'Azienda Ospedale Università di Padova unitamente al Comitato regionale della Croce Rossa Italiana, attraverso il coordinamento della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto. La Scuola di Medicina e i Dipartimenti dell'Università di Padova metteranno a disposizione medici tirocinanti e ove necessario tecnici di laboratorio, allo scopo di supportare le Aziende ULSS nella realizzazione del Piano.

La nuova strategia prevede l'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria e/o di importazione di casi dall'estero, e le conseguenti azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio. Si raccomanda l'esecuzione di un s**aggio diagnostico per la ricerca di SARS-CoV-2 (test di biologia molecolare o test diagnostico rapido) o di un test sierologico rapido** con finalità di screening nelle seguenti categorie:

A. pazienti che accedono al Pronto Soccorso, o agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19, nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati;
B. ospiti e operatori a diretto contatto con gli ospiti di strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti, con particolare attenzione nel caso di operatori che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;

C. operatori sanitari impiegati presso le strutture del servizio sanitario regionale, con particolare attenzione nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;
D. personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive;
E. ospiti ed operatori dei centri di accoglienza per migranti;
F. soggetti che fanno ingresso nel territorio della Regione del Veneto e che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero rientranti nelle categorie di seguito elencate:
    a. operatori (es. badanti) che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti;
    b. tutti i lavoratori che si sono recati all'estero per trasferte di lavoro di durata fino a 120 ore (5 giorni), per i quali è prevista un'eccezione all'obbligo di quarantena ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rientro dall'estero;
    c. lavoratori stagionali del settore agricolo;
    d. persone che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) in Romania o Bulgaria e che fanno ingresso nel territorio regionale attraverso trasporto di linea terrestre;
G. gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, su valutazione dell'Azienda ULSS.

Si forniscono di seguito le indicazioni specifiche per le categorie individuate.

A. Pazienti che accedono al Pronto Soccorso, o agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19, nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati.

Tenendo conto delle disposizioni di cui alle *Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 – COVID-19* si raccomanda l'esecuzione del **test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo** per i pazienti che accedono al Pronto Soccorso in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19 nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati (prot. n. 170839 del 28.04.2020).

Come già riportato nel presente documento, al fine di individuare tutti i possibili casi di COVID-19, in accordo con tale strategia e con le indicazioni ministeriali e regionali, tutti i casi sospetti per COVID-19 richiedono l'esecuzione del test diagnostico.

B. Ospiti e operatori a diretto contatto con gli ospiti di strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti, con particolare attenzione nel caso di operatori che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

In relazione alle disposizioni di cui alle *Linee di indirizzo per le Strutture residenziali extra-ospedaliere* trasmesse con nota prot. n. 207292 del 26.05.2020, si conferma l'opportunità di effettuare, prima dell'accoglimento definitivo di un nuovo ospite, un tampone rinofaringeo al momento dell'accesso e a distanza di 14 giorni, dopo un periodo di osservazione in un modulo di accoglienza temporanea.

Per la ripetizione dei test sugli operatori e gli ospiti residenti, si prevede l'esecuzione del **test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo ogni 30 giorni**, fermo restando la possibilità di incrementare tale frequenza in presenza di nuovi casi. Qualora si riscontrasse un caso positivo per SARS-CoV-2 non precedentemente noto all'interno della struttura, dopo aver effettuato un'accurata indagine epidemiologica per identificare rapidamente i focolai e garantire adeguate misure di contenimento, e dopo aver offerto il test ai residenti e agli operatori sanitari coinvolti, si può valutare l'opportunità di anticipare lo screening di tutti gli ospiti ed operatori, e di ripeterlo temporaneamente a cadenza inferiore.
Particolare attenzione va posta nel caso di operatori sanitari che prestano servizio presso strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti. **In questo caso è raccomandata l'effettuazione di un test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo all'arrivo e un secondo a distanza di 5-7 giorni e, comunque, prima della conclusione della quarantena quando prevista.** A tal proposito, si raccomanda agli operatori sanitari che soggiornano all'estero di comunicare suddetto soggiorno alla loro Azienda di riferimento in modo che possa essere opportunamente organizzato lo screening, secondo le modalità sopracitate, al loro rientro nel territorio regionale.

C. Operatori sanitari impiegati presso le strutture del servizio sanitario regionale, con particolare attenzione nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalle motivazioni del soggiorno all'estero.

Si raccomanda di avviare un'attività di screening allargata a seguito del riscontro di un caso positivo di COVID-19 non precedentemente noto all'interno della struttura sanitaria o che ha frequentato un servizio o struttura ambulatoriale. In tale contesto si raccomanda di adottare una strategia di *contact tracing* che consideri tutti gli operatori potenzialmente venuti a contatto con il predetto caso in modo da sottoporli a tampone rinofaringeo (inclusi tutti i contatti occasionali e indipendentemente dall'utilizzo di dispositivi di protezione o dispositivi medici). Tale indagine, a cura della Direzione Sanitaria con il supporto del servizio del Medico Competente o di altro servizio sulla base dell'organizzazione aziendale, potrà essere estesa a seconda delle necessità e sarà compito dei sopracitati servizi stabilire le tempistiche di eventuali test diagnostici aggiuntivi per il personale coinvolto.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Si prevede l'esecuzione del **test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo ogni 30 giorni** agli operatori sanitari delle Unità Operative coinvolte principalmente nell'assistenza di pazienti COVID-19 o nell'assistenza di pazienti con condizione di particolare fragilità, che possano predisporre a forme di malattia complicata quali: terapia intensiva, malattie infettive, geriatria, lungodegenza, USCA, MMG, PLS, medici delle commissioni invalidi (es. medici Inps, medici legali, medici di categoria, ecc.), o altri individuati dalla singola Azienda ULSS. Organizzando l'effettuazione dei test in modo asincrono all'interno delle strutture ospedaliere, si può garantire un continuo monitoraggio dell'eventuale circolazione virale.

Particolare attenzione va posta nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti. **In questo caso è raccomandata l'effettuazione di un test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo all'arrivo e un secondo a distanza di 5-7 giorni e, comunque, prima della conclusione della quarantena quando prevista.** A tal proposito, si raccomanda agli operatori sanitari che soggiornano all'estero di comunicare suddetto soggiorno alla loro Azienda di riferimento in modo che possa essere opportunamente organizzato lo screening, secondo le modalità sopracitate, al loro rientro nel territorio regionale.

D. Personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive.

Con particolare riferimento agli individui affetti da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive, in considerazione dell'oggettiva difficoltà del personale e del disabile al mantenimento di idonei dispositivi di protezione individuale e comunque di mascherine a protezione delle vie respiratorie, nel contesto delle attività assistenziali e tenuto conto della fragilità degli individui assistiti, si raccomanda l'esecuzione di un **tampone rinofaringeo con test di biologia molecolare o test diagnostico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2 ogni 30 giorni per gli operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa.** La periodicità di tale test diagnostico può eventualmente variare a discrezione delle valutazioni dell'Azienda ULSS territorialmente competente.

E. Ospiti e operatori dei centri di accoglienza per migranti.

Alla luce del quadro epidemiologico nazionale ed internazionale che ha evidenziato la presenza di alcuni focolai all'interno dei centri di accoglienza, e in considerazione della maggior facilità di rapida trasmissione virale in questi contesti, in accordo con le raccomandazioni dei maggiori organismi internazionali (OMS, ECDC), appare necessario procedere ad aggiornare gli strumenti messi in atto per contrastare l'epidemia COVID-19 e per prevenire l'insorgenza di nuovi focolai sul territorio regionale.

Pertanto si raccomanda di sottoporre gli ospiti e operatori di tali strutture a **test di biologia molecolare o test diagnostico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2**. L'eventuale ripetizione

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

del test dovrà essere valutata dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica in funzione degli esiti del primo screening e della situazione epidemiologica locale. Si rafforza, altresì, la raccomandazione al rispetto di tutte le misure igienico-sanitarie per il contenimento del rischio di diffusione di SARS-CoV-2 (es. utilizzo corretto della mascherina a protezione delle vie aeree, igiene delle mani, igiene respiratoria, distanziamento interpersonale, automonitoraggio delle condizioni cliniche, ecc.) prevedendo attività specifiche in considerazione della peculiarità di tale contesto.

F. Soggetti che fanno ingresso nel territorio della Regione del Veneto e che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero rientranti nelle categorie di seguito elencate:

- **a.** soggetti **(es. badanti)** che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti;
- **b.** **lavoratori che si sono recati all'estero per trasferte di lavoro di durata fino a 120 ore (5 giorni)**, per i quali è prevista un'eccezione all'obbligo di quarantena ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rientro dall'estero;
- **c.** **lavoratori stagionali del settore agricolo;**
- **d.** **persone** che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) in **Romania o Bulgaria e che fanno ingresso nel territorio regionale attraverso trasporto di linea terrestre.**

Quando sopra specificato trova riscontro nel modificato scenario epidemiologico che evidenzia un'attuale contenuta circolazione virale nel territorio italiano ma, in considerazione delle riaperture dei confini nazionali, risulta necessario aggiornare gli strumenti messi in atto per prevenire l'insorgenza di nuovi focolai di importazione sul territorio regionale, correlati all'arrivo e al rientro in Italia di soggetti potenzialmente infetti. L'attuale scenario epidemiologico internazionale, in continua evoluzione, si caratterizza per l'eterogeneità dei dati di prevalenza e incidenza e delle azioni messe in atto per contrastare la diffusione di SARS-CoV-2 (es. lockdown, disponibilità e utilizzo dei test diagnostici, utilizzo delle mascherine, distanziamento interpersonale, ecc.).

Pertanto, è necessario porre particolare attenzione a quelle categorie di viaggiatori che fanno ingresso in Italia e per le quali non è previsto o risulta di più difficile attuazione il rispetto sia dell'obbligo di segnalazione al Dipartimento di Prevenzione, previsto dal DPCM 11 giugno 2020 ai fini dell'isolamento fiduciario e della sorveglianza, sia delle misure igienico-sanitarie e di distanziamento sociale volte al contrasto della diffusione virale, in considerazione delle specifiche condizioni lavorative, abitative e sociali (es. promiscuità abitativa, marginalità sociale, lavoratori stagionali, lavoratori impegnati in attività di assistenza di soggetti anziani e/o fragili, possibili barriere di accesso all'assistenza sanitaria, ecc.).

Tale approccio, da attuare sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione territorialmente competenti, necessita di una efficace collaborazione tra i diversi attori coinvolti che, a vario titolo, possono favorire l'applicazione delle presenti raccomandazioni. Un ruolo fondamentale in tale strategia è svolto dal Datore di Lavoro, che dovrà favorire e raccomandare il rispetto delle indicazioni fornite nazionali e regionali, anche in

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

considerazione della tutela della salute degli altri dipendenti. In questo contesto risulta fondamentale il ruolo delle parti sociali, sia delle Associazioni datoriali che sindacali, che potranno rafforzare la consapevolezza e la collaborazione dei Datori di Lavoro e dei lavoratori, con particolare riferimento all'obbligo di isolamento fiduciario, di cui al DPCM 11 giugno 2020, prima del rientro al lavoro, secondo il principio che vede la tutela della salute pubblica realizzarsi anche nei luoghi di lavoro a tutela della salute del cittadino-lavoratore. I Servizi di Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro potranno ricercare la predetta collaborazione anche nell'ambito delle attività del Comitato di coordinamento art. 7 DLgs 81/08, individuando peraltro i settori merceologici cui prioritariamente indirizzare attenzione (a titolo di esempio l'agricoltura e la manodopera stagionale proveniente da Paesi ad incidenza elevata di rischio di contagio, la logistica e o altri settori a maggior rischio anche per la presenza contemporanea di più imprese), e raccordando la loro azione con quella dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica.

Si ritiene, infine, opportuno rafforzare le azioni di collaborazione tra i soggetti coinvolti al fine di promuovere il rispetto dell'obbligo di notifica, previsto dal DPCM 11 giugno 2020, ai Dipartimenti di Prevenzione territorialmente competenti.

Pertanto si raccomanda, **nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di rientro dall'estero**, di sottoporre a test di screening:

- **le categorie di cui ai punti a. e b. attraverso test di biologia molecolare o test diagnostico rapido per la ricerca di SARS-CoV-2** all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni e, comunque, prima della conclusione della quarantena quando prevista;
- **le categorie di cui ai punti c. e d. attraverso test sierologico rapido o test diagnostico rapido** all'arrivo e, in caso di positività, tampone rinofaringeo per la ricerca diretta di SARS-CoV-2.

In attesa di refertazione dei saggi diagnostici e di screening, si raccomanda comunque il rispetto delle disposizioni di quarantena quando previste, e di tutte le misure igienico-sanitarie per il contenimento del rischio di diffusione di SARS-CoV-2 (es. utilizzo corretto della mascherina a protezione delle vie aeree, igiene delle mani, igiene respiratoria, distanziamento interpersonale, automonitoraggio delle condizioni cliniche, ecc.).

G. Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, su valutazione dell'Azienda ULSS.

L'Azienda ULSS, in funzione della particolare situazione epidemiologica locale, anche in considerazione di eventuali focolai identificati in specifici gruppi di popolazione, potrà avviare ulteriori indagini, definendo la tipologia di test utilizzato e la relativa frequenza, comunicando l'estensione delle attività di screening alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto e provvedendo a garantire per tutti i test effettuati, in accordo con Azienda Zero, la registrazione sui sistemi informativi regionali anche del dato della specifica categoria target di popolazione individuata e sottoposta a screening.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

4. SISTEMA DI ALLERTA PRECOCE (*EARLY WARNING*)

In previsione di una possibile ripresa della circolazione virale con l'arrivo della stagione autunnale, sarà attivato, al fianco dell'attività di screening, un sistema di **allerta precoce** (*early warning*) attraverso la ricerca e il monitoraggio della circolazione virale in campioni rappresentativi di ulteriori specifici gruppi di popolazione individuati come sentinella.

5. TEST SIEROLOGICI

I test sierologici per SARS-CoV-2 rappresentano "uno strumento importante per stimare la diffusione dell'infezione in una comunità", come ribadito anche nella Circolare Ministeriale prot. n. 16106 del 9.5.2020 "*COVID-19: test di screening e diagnostici*". Alla luce dell'evoluzione del panorama epidemiologico nazionale ed internazionale ed in considerazione della possibile insorgenza di focolai epidemici nel territorio regionale, si raccomanda l'utilizzo di tali test al fine di mantenere una stretta sorveglianza della circolazione virale nelle categorie di cui ai punti c. e d. precedentemente elencati.

Nel caso di un soggetto positivo al suddetto test, come anche ribadito dalla predetta Circolare Ministeriale, è indicata l'esecuzione di un test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo, al fine di escludere l'evenienza di un'infezione in atto.

Le Aziende ULSS potranno decidere di avviare ulteriori indagini epidemiologiche, avvalendosi dei suddetti test, anche su specifiche popolazioni target sentinella, da loro individuate, con finalità di monitoraggio epidemiologico della circolazione virale sul loro territorio. Per tutti i test effettuati dovrà essere garantita la registrazione con specificato il target di popolazione.

6. TAMPONI IN POOL e RICERCA CARICA VIRALE

Al fine di ottimizzare l'efficienza dei test diagnostici con tampone, si suggerisce di valutare l'adozione della metodica del *pooling sample* per i campioni effettuati per screening.

Per poter effettuare valutazioni specifiche sull'infettività dei nuovi positivi, tutti i laboratori del Veneto abilitati all'effettuazione dei test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 dovranno, per ogni nuovo positivo, rilevare ed inviare Azienda ULSS 2 marca trevigiana (UOC Microbiologia, Ospedale di Treviso) i seguenti parametri: i target rilevati, i CT rilevati (cicli nel quale si registra la positività) e un inquadramento sintetico del paziente.

7. TEST DIAGNOSTICI RAPIDI

Sono stati sviluppati e sono in continua evoluzione, test diagnostici rapidi che identificano il virus in soggetti infetti, rilevando la presenza di proteine virali nelle secrezioni respiratorie (tamponi oro-faringei o saliva) attraverso il legame ad anticorpi specifici fissati su un supporto, che determinano la formazione di bande colorate o fluorescenti. Tali test possono fornire una risposta qualitativa in tempi rapidi (pochi minuti) e possono essere eseguiti sia nei laboratori (diminuendo la complessità e i tempi di lavorazione) sia direttamente al "*point of care*". **Allo stato attuale delle conoscenze è comunque raccomandata, in caso di positività degli stessi, l'esecuzione di un test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2**. E' prevedibile che nuovi sviluppi tecnologici basati sulle

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

evidenze scientifiche permetteranno di realizzare test diagnostici rapidi con migliore sensibilità. L'utilizzo di questi test potrà rappresentare un contributo importante nel controllo della trasmissione di SARS-CoV-2 in particolare in presenza di una situazione di trasmissibilità virale sostenuta.

8. SORVEGLIANZA ATTIVA e PASSIVA

Alla luce dell'attuale scenario epidemiologico, l'operatore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, al fine di perseguire un utilizzo più razionale delle risorse a disposizione, porrà i casi sospetti, confermati, i loro contatti così come i soggetti sottoposti a quarantena per i rientri dall'estero in sorveglianza passiva.

L'operatore valuta, altresì, l'opportunità di porre in sorveglianza attiva i casi sospetti, confermati e i loro contatti appartenenti a categorie che, per contesto socio-culturale, potrebbero risultare meno complianti nell'attuazione della sorveglianza passiva nonché a tutti i soggetti a maggior rischio di complicanze (es. anziani, soggetti fragili, soli o non autosufficienti ecc.). Limitatamente a specifici contesti (es. centri di accoglienza), qualora le consuete forme di sorveglianza attiva non siano percorribili da un punto di vista organizzativo, tale attività potrà essere riformulata ad hoc, con l'eventuale assistenza di soggetti terzi portatori di interesse.

9. REGISTRAZIONE DEI DATI

Si ribadisce che per tutti i test effettuati deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato. A tale scopo, per tutti i dati relativi alle attività di screening delle categorie sopra elencate, oltre che per quelli relativi alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19, ciascuna Azienda ULSS provvede ad alimentare tempestivamente gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, per il successivo inserimento nella Sistema di Biosorveglianza.

Azienda Zero provvederà a definire e realizzare specifiche procedure per la registrazione del dato, con particolare riferimento alla registrazione, per tutti i test effettuati, dell'eventuale specifica categoria target di popolazione sottoposta a screening. Si raccomanda alle Aziende ULSS la completezza della registrazione di tutti i dati.

La registrazione dei dati dovrà avvenire in ogni caso nel pieno rispetto della normativa sulla protezione dei dati personali.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

TABELLA 1 - PROSPETTO RIASSUNTIVO SCREENING - REGIONE del VENETO	
TARGET	**"FASE 3" (v. 02)**
OPERATORI SANITARI COINVOLTI PRINCIPALMENTE NELL'ASSISTENZA DI PAZIENTI COVID-19 O NELL'ASSISTENZA DI PAZIENTI FRAGILI O CON PARTICOLARI CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ es. terapia intensiva, malattie infettive, geriatria, lungodegenza, USCA, MMG, PLS, medici delle commissioni invalidi (es. medici Inps, medici legali, medici di categoria, ecc.) o altri individuati dalla singola Azienda Sanitaria	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare) ogni 30 gg** con modalità asincrona Per gli operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti effettuare il test **all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
OSPITI E OPERATORI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI E/O NON AUTOSUFFICIENTI	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare) ogni 30 gg** Per gli operatori sanitari che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti effettuare il test **all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
OPERATORI DIRETTAMENTE COINVOLTI NELL'ASSISTENZA CONTINUATIVA DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ SENSORIALI, PSICHICHE E INTELLETTIVE	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare o test rapido diagnostico) ogni 30 gg**
OSPITI ED OPERATORI DEI CENTRI DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare o test rapido diagnostico),** *eventuali ripetizioni su valutazione del SISP in funzione degli esiti dello screening*
OPERATORI CHE PRESTANO ASSISTENZA DOMICILIARE CONTINUATIVA AD ANZIANI E SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ NON AUTOSUFFICIENTI (es. badanti)	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare o test rapido diagnostico) all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
SOGGETTI RIENTRANTI DA TRASFERTA DI LAVORO ALL'ESTERO < 5gg (esonerati dall'obbligo di quarantena ai sensi delle normative vigenti)	**Tampone rinofaringeo (test di biologia molecolare o test rapido diagnostico) all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
LAVORATORI STAGIONALI DEL SETTORE AGRICOLO CHE ARRIVANO DALL'ESTERO	**Test sierologico rapido o test diagnostico rapido**
SOGGETTI IN INGRESSO IN REGIONE DEL VENETO PER MEZZO DI TRASPORTO DI LINEA TERRESTRE da Bulgaria o Romania o da altri paesi successivamente individuati	**Test sierologico rapido o test diagnostico rapido all'arrivo**
ALTRI GRUPPI TARGET DI POPOLAZIONE CHE RIVESTONO UN PARTICOLARE INTERESSE EPIDEMIOLOGICO LOCALE	**Gruppo target, tipologia di test e frequenza**, *su valutazione dell'Azienda ULSS in considerazione della situazione epidemiologica locale*

e86d13df

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Bur n. 124 del 13/08/2020

(Codice interno: 426371)

ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 84 del 13 agosto 2020

Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni.

[Protezione civile e calamità naturali]

Note per la trasparenza:
Alla luce dell'esperienza maturata e dei dati epidemiologici e sanitari raccolti, vengono adottate misure di adeguamento delle restrizioni disposte con precedenti provvedimenti.

Il Presidente

Visti l'art. 32 e 117, commi 3 e 4, Cost.;

Visti l'art. 32 l. 833/78, l'art. 117, d.lgs. 112/98, l'art. 50, comma 5, d.lgs. 267/00 e il d.lgs. 1/18;

Premesso che l'Organizzazione Mondiale della Sanità in data 30 gennaio 2020 ha dichiarato l'epidemia Covid-19 un'emergenza di sanità pubblica internazionale;

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Vista la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020, con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come "pandemia" in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;

Visto il decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19" e, in particolare, l'articolo 3;

Visto il decreto legge 16 maggio 2020 n. 33 (in Gazz. Uff., 16 maggio 2020, n. 125). - Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, il cui art. 1, comma 14, dispone che "*Le attivita' economiche, produttive e sociali devono svolgersi nel rispetto dei contenuti di protocolli o linee guida idonei a prevenire o ridurre il rischio di contagio nel settore di riferimento o in ambiti analoghi, adottati dalle regioni o dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome nel rispetto dei principi contenuti nei protocolli o nelle linee guida nazionali. In assenza di quelli regionali trovano applicazione i protocolli o le linee guida adottati a livello nazionale. Le misure limitative delle attivita' economiche, produttive e sociali possono essere adottate, nel rispetto dei principi di adeguatezza e proporzionalita', con provvedimenti emanati ai sensi dell'articolo 2 del decreto-legge n. 19 del 2020 o del comma 16*" e il cui comma 16 stabilisce che "*Per garantire lo svolgimento in condizioni di sicurezza delle attivita' economiche, produttive e sociali, le regioni monitorano con cadenza giornaliera l'andamento della situazione epidemiologica nei propri territori e, in relazione a tale andamento, le condizioni di adeguatezza del sistema sanitario regionale. I dati del monitoraggio sono comunicati giornalmente dalle regioni al Ministero della salute, all'Istituto superiore di sanita' e al comitato tecnico-scientifico di cui all'ordinanza del Capo del dipartimento della protezione civile del 3 febbraio 2020, n. 630, e successive modificazioni. In relazione all'andamento della situazione epidemiologica sul territorio, accertato secondo i criteri stabiliti con decreto del Ministro della salute del 30 aprile 2020 e sue eventuali modificazioni, nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 19 del 2020, la Regione, informando contestualmente il Ministro della salute, puo' introdurre misure derogatorie, ampliative o restrittive, rispetto a quelle disposte ai sensi del medesimo articolo 2";*

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri 29 luglio 2020 "Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili", che dispone che "*ai sensi e per gli effetti dall'art. 24, comma 3, del decreto legislativo n. 1 del 2018, e' prorogato, fino al 15 ottobre 2020, lo stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*";

Visto il decreto legge n. 83 del 30.7.2020, il quale stabilisce, tra l'altro, che nelle *"more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri ai sensi dell'articolo 2, comma 1, del decreto-legge n. 19 del 2020, i quali saranno adottati sentiti i presidenti delle regioni interessate nel caso in cui le misure ivi previste riguardino esclusivamente una Regione o alcune regioni, ovvero il presidente della Conferenza delle regioni e delle province autonome nel caso in cui riguardino l'intero territorio nazionale, e comunque per non oltre dieci giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto, continua ad applicarsi il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 14 luglio 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale del 14 luglio 2020, n. 176";*

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 7 agosto 2020 "*Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19*";

Rilevato, sulla base dei dati rilevati in data 13 agosto 2020 da Azienda Zero, che la situazione del contagio da Covid-19, registra 1385 casi attualmente positivi, 30 ricoverati positivi in ospedali per acuti in area non critica e 6 ricoverati positivi in terapia intensiva, su una disponibilità di posti di terapia intensiva di 464 posti base e un totale di 825 posti di terapia intensiva disponibili per contagio Covid-19, con conseguente evidente, ampia adeguatezza dell'offerta di strutture sanitarie pubbliche per far fronte ad ogni esigenza sanitaria inerente alla gestione del contagio;

Rilevato che il Monitoraggio Fase 2 (DM Salute 30 aprile 2020) del Ministero della Salute, Dati relativi alla settimana 27 luglio -02 agosto 2020 (aggiornati al 04 agosto 2020), evidenzia: a) Casi totali: 20258 | Incidenza cumulativa: 412.94 per 100000; b) Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 27/7-2/8: 413 | Incidenza: 8.42 per 100000; c) Rt: 1.28 (CI: 0.7-2.31) [medio 14gg];

Ritenuto che sussistano, alla luce dei dati predetti, le condizioni, da un lato, per il mantenimento di misure di contenimento della diffusione della suddetta patologia virale, dall'altro, per esercitare la facoltà attribuita alle Regioni di adottare misure restrittive e/o anche ampliative rispetto a quelle statali, attualmente contenute nel DPCM 7.8.2020 e nelle ordinanze ministeriali richiamate;

Considerato che dalla motivazione del DPCM 7.8.2020 e delle ordinanze del Ministro della Salute non emerge l'accertamento, con riguardo in particolare al Veneto ma nemmeno con riferimento al restante territorio nazionale in generale, di elementi di aggravamento significativo delle condizioni in presenza delle quali è stata adottata l'ordinanza n. 81 del 31 luglio 2020, di proroga delle ordinanze fino a quel momento in vigore;

Considerato che non emerge neppure dai dati regionali alcuna condizione di aggravamento delle condizioni di contagio rispetto al momento di cui al capoverso precedente, posto che gli ulteriori contagi registrati nel periodo decorrente dalla data dell'ordinanza di proroga sopra citata sono riconducibili a fattispecie puntuali, non significative di un'estensione del pericolo all'intero territorio regionale o a parti significative dello stesso;

Rilevato che i verbali del CTS menzionati negli atti statali sopra ricordati non risultano pubblicati;

Viste le linee di indirizzo approvate dalle Regioni il 6 agosto 2020;

Viste le ordinanze n. 59 del 13 giugno 2020, con il relativo avviso di rettifica pubblicato sul Bur del 14.6.2020, n. 63 del 26 giugno 2020, n. 64 del 6 luglio 2020, 65 del 9 luglio 2020 e n. 81 del 31 luglio 2020, nonché i relativi allegati;

Ritenuto congruo e tuttora valido il contenuto delle ordinanze suddette e opportuno riadottarle, ove la relativa efficacia dovesse ritenersi cessata a seguito dell'adozione del DPCM 7.8.2020, o, diversamente, di confermarne la vigenza, a modifica di quanto disposto con l'ordinanza n. 81 del 31 luglio 2020, fino al 6 settembre 2020, salve eventuali ordinanze modificative correlate alla situazione epidemiologica e al quadro normativo statale e regionale;

Vista la deliberazione di Giunta regionale n. 1104 del 6.8.2020 "*Approvazione del nuovo Piano 'Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening' e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020*", con la quale, tra l'altro, si raccomanda alle Aziende ULSS l'effettuazione di saggio diagnostico per la ricerca di SARS-CoV-2 (test di biologia molecolare o test diagnostico rapido) o di un test sierologico rapido con finalità di screening nei confronti dei seguenti soggetti:

1) pazienti che accedono al Pronto Soccorso, o agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19, nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati;

2) ospiti e operatori a diretto contatto con gli ospiti di strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti, con particolare attenzione nel caso di operatori che hanno transitato o soggiornato (o che

comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;

3) operatori sanitari impiegati presso le strutture del servizio sanitario regionale, con particolare attenzione nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;

4) personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive;

5) ospiti ed operatori dei centri di accoglienza per migranti;

6) soggetti che fanno ingresso nel territorio della Regione del Veneto e che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero rientranti nelle categorie di seguito elencate:

i. operatori (es. badanti) che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti;

ii. tutti i lavoratori che si sono recati all'estero per trasferte di lavoro di durata fino a 120 ore (5 giorni), per i quali è prevista un'eccezione all'obbligo di quarantena ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rientro dall'estero;

iii. lavoratori stagionali del settore agricolo;

iv. persone che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) in Romania o Bulgaria e che fanno ingresso nel territorio regionale attraverso trasporto di linea terrestre;

v. gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, su valutazione dell'Azienda ULSS;

Ritenuto di garantire l'efficacia di tali disposizioni relative alle prestazioni rese dalle aziende Ulss con l'adozione di una misura ai sensi dell'art. 1, comma 2, lett. ee), d.l. 19/20, per la quale si devono sottoporre a controllo i soggetti a rischio sopra indicati e meglio specificati nel dispositivo, con conseguente applicazione, in caso di violazione, per le persone suddette e i relativi datori di lavoro, delle sanzioni pure specificate in dispositivo;

Vista l'ordinanza del Ministro della Salute del 12 agosto 2020, che prescrive il controllo nei confronti di tutti coloro che entrano nel territorio nazionale dopo un soggiorno in Grecia, Repubblica di Malta, Spagna e Croazia;

Ritenuto di specificare gli obblighi connessi alla predetta ordinanza con riguardo al territorio regionale;

Considerato che fonte di contagio importante è da individuare nella provenienza di soggetti dall'estero e in particolare da determinati Paesi, con conseguente necessità di attivare controlli e misure integrative rispetto a quelli previsti dalla normativa nazionale e regionale;

Rilevato che l'isolamento fiduciario per 14 giorni per effetto di ingressi da Paesi esteri è regolato dal DPCM 7.8.2020, che lo prevede con riguardo ai Paesi di cui agli elenchi da C a F dell'allegato 20 del medesimo DPCM;

Ritenuto, in conformità alle disposizioni di cui al D.P.C.M. e nel pieno rispetto delle linee guida, che in tutti gli ambiti delle attività economiche, produttive e sociali, ove sia espressamente prevista la deroga al distanziamento sociale solo per i conviventi, detta deroga possa essere estesa anche ai congiunti, o a tutte le persone con le quali si intrattengono relazioni sociali abituali (frequentatori/commensali abituali), afferendo tale circostanza all'esclusiva responsabilità individuale dei soggetti interessati, e che la locuzione "frequentatori o commensali abituali", debba intendersi riferita a soggetti appartenenti ad una cerchia di persone con legame affettivo, ossia con interessi comuni, frequenza di contatti e rapporti di rafforzata continuità, idonei a consentire l'estensione della deroga;

Dato atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale,

ordina

1) Controllo obbligatorio di persone a rischio provenienti da Paesi esteri

1.1 Soggetti a rischio particolare

Al fine di dare attuazione alla deliberazione di Giunta regionale n. 1104 del 6.8.2020 "*Approvazione del nuovo Piano 'Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening' e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020*", è fatto obbligo, anche agli effetti sanzionatori, dell'effettuazione di saggio diagnostico per la ricerca di SARS-CoV-2 (test di biologia molecolare o test diagnostico rapido) o di un test sierologico rapido con finalità di screening nei confronti dei seguenti soggetti (la tipologia e la tempistica dei test sono specificati nella citata DGR), per i seguenti soggetti:

1. operatori a diretto contatto con gli ospiti di strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;

2. operatori sanitari impiegati presso le strutture del servizio sanitario regionale che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;

3. operatori (es. badanti) che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;

4. lavoratori stagionali del settore agricolo che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;

5. tutti i lavoratori che si sono recati all'estero per trasferte di lavoro di durata fino a 120 ore (5 giorni), per i quali è prevista un'eccezione all'obbligo di quarantena ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rientro dall'estero;

6. persone che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) in Romania o Bulgaria e che fanno ingresso nel territorio regionale attraverso trasporto di linea terrestre;

7. gruppi target di popolazione, anche legati a rientro dall'estero, che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, su valutazione dell'Azienda ULSS.

Non si considerano paesi esteri la Città del Vaticano e la Repubblica di San Marino.

I soggetti di cui sopra devono comunicare all'Azienda Ulss di riferimento l'ingresso in Veneto e si sottopongono a quarantena immediata se provenienti dai Paesi di cui all'allegato 1), qualora prevista, ottemperando alle disposizioni dell'Azienda Ulss.

1.2 Soggetti sottoposti a quarantena obbligatoria

I soggetti che fanno ingresso o rientro in Veneto, anche indirettamente, con qualsiasi mezzo dai Paesi di cui all'allegato 1) si sottopongono alla quarantena dall'ingresso in Veneto, salve le ipotesi di esonero previste dal DPCM 7.8.2020.

1.3 Soggetti con obbligo del test

I soggetti che fanno ingresso o rientro in Veneto da Spagna, Croazia, Grecia o Repubblica di Malta, indicati nell'allegato 2 e successive modifiche, devono dare comunicazione dell'avvenuto ingresso in Veneto all'Azienda Ulss di riferimento territoriale per residenza o dimora per essere sottoposti al test di screening per la ricerca di SARS-CoV-2 o comunque per trasmettere il documento attestante l'esito dell'eventuale test già eseguito nelle 72 ore precedenti l'ingresso in Italia.

In entrambi i casi, la prestazione sanitaria è fornita dall'Azienda Sanitaria territorialmente competente, anche su prescrizione del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta. L'esame potrà essere eseguito anche presso laboratori accreditati e autorizzati, che sono tenuti a trasmettere l'esito del test al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS di riferimento del soggetto per disporre il termine dell'eventuale isolamento quando previsto.

Le Aziende ULSS pubblicano sul proprio sito istituzionale le modalità atte ad adempiere agli obblighi di dichiarazione in occasione dell'ingresso nel territorio nazionale dall'estero. Per chiarimenti ed informazioni sono attivi il numero verde regionale (800462340) e i numeri e gli indirizzi mail di riferimento delle singole Aziende ULSS pubblicati sui rispettivi siti istituzionali.

Le disposizioni impartite ai suddetti soggetti dalle Aziende ULSS e gli altri enti del SSR sono vincolanti anche agli effetti sanzionatori in quanto misure di prevenzione.

In attesa dell'esito del test i soggetti rimangono presso la propria residenza o dimora.

1.4 Sanzioni

La mancata effettuazione della quarantena, la mancata comunicazione di ingresso nel termine di 24 ore dall'ingresso o rientro in Veneto per l'esecuzione del test di screening per i soggetti obbligati o la mancata sottoposizione al test messo a disposizione dall'Azienda determina, fatte salve le eventuali sanzioni penali, l'applicazione della sanzione di euro 1000 per il soggetto che fa ingresso o rientro dai Paesi suddetti. Il datore di lavoro che ammette al lavoro uno o più lavoratori obbligati al controllo come da disposizione di cui sopra senza accertare l'avvenuta sottoposizione al controllo e l'esito negativo è sottoposto alla sanzione di euro 1000 per ciascun lavoratore dipendente.

L'effettuazione del test deve avvenire entro 48 ore dalla comunicazione.

Fino all'esito del test il soggetto rimane in isolamento.

Gli allegati 1) e 2) possono essere modificati con pubblicazione di allegati aggiornati sul sito della Regione.

2) Centri di accoglienza straordinaria

Gli ospiti e gli operatori dei centri di accoglienza straordinaria sono obbligati a sottoporsi ai controlli e alle misure disposte dall'Azienda Ulss competente per territorio. Il mancato rispetto delle disposizioni delle Aziende Ulss comporta la sanzione di euro 1.000.

3) Linee guida regionali

Le attività economiche e sociali sono disciplinate dalle specifiche schede delle Linee guida per la riapertura delle Attività Economiche, Produttive e Ricreative approvate dalla Conferenza delle Regioni il 6 agosto 2020 e già pubblicate sul sito della Regione, con efficacia decorrente dalla pubblicazione. Per le attività non specificamente regolate dalle schede si applicano le schede più attinenti alle attività medesime. È fatta salva la pubblicazione sul sito internet della Regione del Veneto delle linee guida aggiornate o integrative, con conseguente validità delle nuove linee guida dalla data di pubblicazione medesima.

Le disposizioni ampliative contenute nelle ordinanze regionali prevalgono sulle linee guida di cui al capoverso precedente.

In tutti gli ambiti delle attività economiche, produttive e sociali, ove sia espressamente prevista dalle suddetti linee guida la deroga al distanziamento sociale solo per i conviventi, detta deroga si estende anche ai congiunti e a tutte le persone con le quali si intrattengono relazioni sociali abituali ovvero frequenza di contatti e rapporti di rafforzata continuità (frequentatori/commensali abituali), afferendo tale circostanza all'esclusiva responsabilità individuale dei soggetti interessati.

4) Eventi e manifestazioni sportive

E' consentita la presenza del pubblico durante le competizioni e gli eventi sportivi, anche di allenamento, all'interno di impianti sia all'aperto che al chiuso, che garantiscano il contingentamento, il controllo degli ingressi e la permanenza presso la postazione seduta assegnata, nei limiti quantitativi e nel rispetto delle prescrizioni vigenti in Veneto per i cinema e gli spettacoli dal vivo, tra le quali distanziamento interpersonale, sia frontalmente che lateralmente, di almeno 1 metro e, per gli impianti al chiuso, obbligo di utilizzare la mascherina a protezione delle vie respiratorie. In ogni caso, sia per gli impianti all'aperto, sia per gli impianti al chiuso, tutti gli spettatori devono indossare la mascherina dall'ingresso fino al raggiungimento del posto (per i bambini valgono le norme generali) e comunque ogni qualvolta ci si allontani dallo stesso, incluso il momento del deflusso. E' vietata la presenza di pubblico negli spazi in cui non sia prevista la collocazione su sedute e si possano determinare assembramenti.

5) Servizi educativi 0/6 anni

A decorrere dal 1° settembre 2020 è consentita la ripresa delle attività dei servizi educativi per l'infanzia e delle scuole dell'infanzia di cui al D. Lgs. n. 65/2017, nel rispetto delle linee guida di cui all'allegato 3) della presente ordinanza.

6) Efficacia delle ordinanze regionali in vigore

Per quanto non diversamente disposto dalla presente ordinanza, hanno effetto fino al 6 settembre 2020, salva diversa ordinanza regionale di adeguamento a mutate condizioni epidemiologiche e normative, le ordinanze regionali n. 59 del 13 giugno 2020, n. 63 del 26 giugno 2020, n. 64 del 6 luglio 2020, 65 del 9 luglio 2020 e n. 81 del 31 luglio 2020, nonché i relativi allegati.

7) Disposizioni finali

La presente ordinanza ha efficacia dal 14 agosto al 6 settembre 2020, salva diversa ordinanza di adeguamento a nuove condizioni epidemiologiche e/o normative.

Fatto salvo quanto disposto dagli articoli 1 e 2, la violazione delle presenti disposizioni comporta l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19 e dall'art. 2 del decreto legge 16 maggio 2020, n. 33, oltre a quelle previste dalle ordinanze prorogate.

L'accertamento delle violazioni, con possibile applicazione delle misure cautelari, compete agli organi di polizia di cui all'art. 13 della legge n. 689/81, anche su segnalazione dei servizi delle Aziende Ulss del Veneto; le sanzioni pecuniarie sono destinate all'ente di appartenenza dell'organo accertatore; l'applicazione delle sanzioni pecuniarie e accessorie compete, per quanto riguarda la violazione delle ordinanze regionali, ai comuni ai sensi della l.r. 10/77.

La presente ordinanza viene comunicata alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

È incaricata dell'esecuzione del presente provvedimento la Direzione Protezione Civile-Unità Organizzativa Polizia Locale.

Il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il presente atto è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Luca Zaia

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Bur n. 129 del 21/08/2020

(Codice interno: 426129)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1104 del 06 agosto 2020

Approvazione del nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Con il presente provvedimento si intende approvare il nuovo Piano di "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening" e procedere contestualmente alla modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020. Il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale.

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

Con la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 la Giunta Regionale ha approvato uno specifico Piano, denominato "Epidemia COVID 19: interventi urgenti di sanità pubblica", contenente le indicazioni operative garantite sotto il coordinamento dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto, in relazione all'emergenza COVID-19.

Le indicazioni contenute nel suddetto Piano erano aggiuntive rispetto a quelle già fornite con i documenti "Procedura regionale Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2)", "Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) - Istruzioni operative per la sorveglianza del personale dei Sistema Sanitario Regionale" e "Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) - Indicazioni operative per la tutela della salute negli ambienti di lavoro non sanitari".

Successivamente, con nota prot. n. 247521 del 23/06/2020, la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha fornito nuove indicazioni rispetto al Piano di cui alla citata D.G.R. n. 344/2020, al fine di adattare le stesse allo scenario epidemiologico in continua evoluzione.

Con l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 64 del 06/07/2020 sono state adottate misure di adeguamento delle restrizioni disposte con precedenti provvedimenti per il contenimento e la gestione dell'emergenza da virus COVID-19.

Inoltre, con note regionali sono state fornite specifiche indicazioni per l'esecuzione del tampone di ricerca SARS-CoV-2 nel personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili, di ritorno dall'estero e, in generale, nel personale sanitario di rientro dall'estero.

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dei risultati degli screening sin qui condotti, anche nelle categorie di lavoratori elencate nella citata D.G.R. n. 344/2020, che evidenziano un aumento della circolazione di SARS-CoV-2 in specifici contesti, e alla luce del Decreto-legge n. 83 del 30/07/2020, con il quale è stato prorogato lo stato di emergenza fino al 15/10/2020, si ritiene necessario integrare e modificare il suddetto Piano, al fine di monitorare e tenere sotto controllo la circolazione del virus responsabile della diffusione del COVID-19 e di intercettare tutti i possibili nuovi focolai.

Alla luce del citato Decreto-legge n. 83/2020, nella Regione del Veneto con l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 81 del 31/07/2020 è stata prorogata fino al 15/10/2020 l'efficacia del citata Ordinanza n. 64/2020, oltre che delle precedenti Ordinanze regionali n. 59 del 13/06/2020, n. 63 del 26/06/2020.

Pertanto, con la presente delibera si ritiene di disporre l'aggiornamento delle azioni del Piano di cui alla D.G.R. n. 344 del 17/03/2020, mediante l'approvazione di un nuovo Piano, denominato "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening", elaborato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, acquisito il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 di cui alla D.G.R. n. 269 del 02/03/2020, e contenuto all'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

Tra le misure che sono previste nel nuovo Piano, sono di particolare rilevanza quelle volte al rafforzamento delle attività di *contact tracing*, all'aggiornamento delle indicazioni sullo screening in alcune categorie di persone (in particolare sulle persone che assistono soggetti disabili e /o fragili) e allo studio di un sistema di *early warning* da attivare in vista della prossima stagione autunnale.

La strategia alla base delle suddette misure è quella di intercettare precocemente eventuali nuovi casi in contesti con presenza di soggetti vulnerabili ed attivare la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio.

Il nuovo Piano, nella sua realizzazione, sarà attuato dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto, con il supporto, ove possibile, dell'Azienda Ospedale Università di Padova e del Comitato regionale della Croce Rossa Italiana, con il coordinamento della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto.

La Scuola di Medicina e i Dipartimenti dell'Università di Padova metteranno a disposizione medici tirocinanti e ove necessario tecnici di laboratorio, allo scopo di supportare le Aziende ULSS nella realizzazione del Piano.

Si elencano di seguito le categorie per le quali si raccomanda l'esecuzione di un saggio diagnostico per la ricerca di SARS-CoV-2 (test di biologia molecolare o test diagnostico rapido) o di un test sierologico rapido con finalità di screening:

A. pazienti che accedono al Pronto Soccorso, o agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19, nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati;
B. ospiti e operatori a diretto contatto con gli ospiti di strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti, con particolare attenzione nel caso di operatori che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;
C. operatori sanitari impiegati presso le strutture del servizio sanitario regionale, con particolare attenzione nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti, indipendentemente dalla durata e dalla motivazione del soggiorno all'estero;
D. personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive;
E. ospiti ed operatori dei centri di accoglienza per migranti;
F. soggetti che fanno ingresso nel territorio della Regione del Veneto e che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero rientranti nelle categorie di seguito elencate:

a. operatori (es. badanti) che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti;
b. tutti i lavoratori che si sono recati all'estero per trasferte di lavoro di durata fino a 120 ore (5 giorni), per i quali è prevista un'eccezione all'obbligo di quarantena ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rientro dall'estero;
c. lavoratori stagionali del settore agricolo;
d. persone che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) in Romania o Bulgaria e che fanno ingresso nel territorio regionale attraverso trasporto di linea terrestre;

G. gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, su valutazione dell'Azienda ULSS.

Allo stato attuale delle conoscenze è comunque raccomandata, in caso di positività del test diagnostico rapido, così come per il test sierologico rapido, la conferma tramite esecuzione di un test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2.

Inoltre, in considerazione di eventuali focolai identificati in specifici gruppi di popolazione, il nuovo Piano prevede la possibilità che le Aziende ULSS del Veneto possano valutare l'avvio di ulteriori indagini su gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, definendo la tipologia di test da utilizzare e la relativa frequenza, comunicando l'estensione delle attività di screening alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto e provvedendo a garantire per tutti i test effettuati, in accordo con Azienda Zero, la registrazione sui sistemi informativi regionali anche del dato della specifica categoria target di popolazione individuata e sottoposta a screening, nel rispetto della vigente normativa in materia di tutela dei dati personali.

Si dà atto che il contenuto del Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening" potrà essere ulteriormente rimodulato al variare dell'attuale

scenario epidemiologico.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il Decreto-legge n. 83 del 30/07/2020;

VISTO il Regolamento UE 2016/679 e il D.lgs. 196/2003, come modificato e integrato dal D.lgs. n. 101/2018;

VISTA la L.R. n. 19 del 25/10/2016;

VISTI l'art. 2, comma 2 e l'art. 4 della L.R. n. 54 del 31/12/2012;

VISTA la L.R. n. 1 del 10/1/1997;

VISTO il Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30 gennaio 2020;

VISTA la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020;

VISTA l'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3/02/2020 e s.m.i.;

VISTE l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 59 del 13/06/2020, l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 63 del 26/06/2020, l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 64 del 06/07/2020, l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 81 del 31/07/2020;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione del Veneto n. 23 del 21 febbraio 2020;

VISTO il Decreto del Presidente della Regione del Veneto n. 24 del 21 febbraio 2020;

VISTA l'Ordinanza contingibile e urgente n. 1 del 23 febbraio 2020 del Ministro della Salute di intesa con il Presidente della Regione Veneto;

VISTE la D.G.R. n. 269 del 02/03/2020, la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020;

delibera

1. di approvare le premesse quale parte integrale e sostanziale della presente deliberazione;
2. di approvare il nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening", a modifica del precedente contenuto nella D.G.R. n. 344 del 17/03/2020, elaborato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e contenuto all'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
3. di dare atto che il contenuto del Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening" potrà essere ulteriormente rimodulato al variare dell'attuale scenario epidemiologico;
4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;
5. di incaricare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria all'esecuzione del presente atto;
6. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Art. 5.

1. Il presente decreto di concessione delle agevolazioni, opportunamente registrato dai competenti organi di controllo e corredato degli allegati scheda del progetto, capitolato tecnico e disciplinare contenente le regole e le modalità per la corretta gestione delle attività contrattuali e le eventuali condizioni cui subordinare l'efficacia del provvedimento, che ne costituiscono parte integrante, è trasmesso al soggetto proponente per la successiva formale accettazione, ai sensi dell'art. 13 del decreto ministeriale n. 593/2016.

2. L'avvio delle attività di rendicontazione resta subordinato alla conclusione delle procedure di accettazione conseguenti all'adozione del presente decreto di concessione delle agevolazioni.

3. Per tutto quanto non previsto dal presente decreto e dall'allegato disciplinare, si fa rinvio alle normative di legge e regolamentari, nazionali e comunitarie, citate in premessa.

Il presente decreto è inviato ai competenti organi di controllo, ai sensi delle vigenti disposizioni, e successivamente sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 24 giugno 2020

Il direttore generale: DI FELICE

Registrato alla Corte dei conti il 20 luglio 2020
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca, del Ministero dei beni e delle attività culturali, del Ministero della salute, del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, n. 1631

AVVERTENZA:

Il decreto e relativi allegati, non soggetti alla tutela della riservatezza dei dati personali, sono stati resi noti all'interno del seguente link: https://www.miur.gov.it/web/guest/atti-di-concessione-mur

20A04353

MINISTERO DELLA SALUTE

ORDINANZA 12 agosto 2020.

Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visti gli artt. 32, 117, comma 2, lettera *q)*, e 118 della Costituzione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante «Istituzione del servizio sanitario nazionale» e, in particolare, l'art. 32;

Visto l'art. 47-*bis* del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, che attribuisce al Ministero della salute le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute;

Visto l'art. 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, in materia di conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali;

Visto il decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» e, in particolare, l'art. 2, comma 2;

Visto il decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;

Visto il decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83, recante «Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020» e, in particolare, l'art. 1, comma 1;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 agosto 2020, recante «Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana 8 agosto 2020, n. 198;

Viste le delibere del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 e del 29 luglio 2020, con le quali è stato dichiarato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Vista la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020, con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come «pandemia» in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;

Considerato l'evolversi della situazione epidemiologica a livello internazionale e il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia da COVID-19;

Ritenuto, nelle more dell'adozione di un successivo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri ai sensi dell'art. 2, comma 1, del richiamato decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, di disporre misure urgenti per la limitazione della diffusione della pandemia sul territorio nazionale;

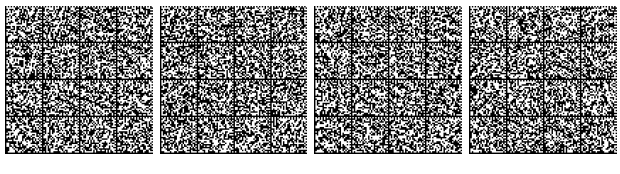
Sentiti il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale e il Ministro dell'interno;

EMANA
la seguente ordinanza:

Art. 1.

Misure urgenti di contenimento e gestione dell'emergenza sanitaria

1. Ai fini del contenimento della diffusione del virus COVID-19, alle persone che intendono fare ingresso nel territorio nazionale e che nei quattordici giorni antece-



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

denti hanno soggiornato o transitato in Croazia, Grecia, Malta o Spagna, ferme restando le disposizioni di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 agosto 2020, si applicano le seguenti misure di prevenzione, alternative tra loro:

a) obbligo di presentazione al vettore all'atto dell'imbarco e a chiunque sia deputato ad effettuare i controlli dell'attestazione di essersi sottoposte, nelle 72 ore antecedenti all'ingresso nel territorio nazionale, ad un test molecolare o antigenico, effettuato per mezzo di tampone e risultato negativo;

b) obbligo di sottoporsi ad un test molecolare o antigenico, da effettuarsi per mezzo di tampone, al momento dell'arrivo in aeroporto, porto o luogo di confine, ove possibile, ovvero entro 48 ore dall'ingresso nel territorio nazionale presso l'azienda sanitaria locale di riferimento; in attesa di sottoporsi al test presso l'azienda sanitaria locale di riferimento le persone sono sottoposte all'isolamento fiduciario presso la propria abitazione o dimora.

2. Le persone di cui al comma 1, anche se asintomatiche, sono obbligate a comunicare immediatamente il proprio ingresso nel territorio nazionale al Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria competente per territorio.

3. In caso di insorgenza di sintomi COVID-19, resta fermo l'obbligo per chiunque di segnalare tale situazione con tempestività all'Autorità sanitaria per il tramite dei numeri telefonici appositamente dedicati e di sottoporsi, nelle more delle conseguenti determinazioni dell'Autorità sanitaria, ad isolamento.

Art. 2.

Divieti di ingresso e transito

1. All'elenco F dell'allegato 20 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 agosto 2020 è aggiunto, infine, il seguente periodo:

«A decorrere dal 13 agosto 2020: Colombia».

Art. 3.

Disposizioni finali

1. La presente ordinanza produce effetti dal 13 agosto 2020 sino all'adozione di un successivo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, ai sensi dell'art. 2, comma 1, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito con modificazioni dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, e comunque non oltre il 7 settembre 2020.

2. Le disposizioni della presente ordinanza si applicano alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

La presente ordinanza è trasmessa agli organi di controllo e pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 12 agosto 2020

Il Ministro: SPERANZA

AVVERTENZA:

A norma dell'art. 2, comma 4, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, il presente provvedimento, durante lo svolgimento della fase del controllo preventivo della Corte dei conti, è provvisoriamente efficace, esecutorio ed esecutivo, a norma degli articoli 21-bis*, 21*-ter *e 21*-quater *della legge 7 agosto 1990, n. 241.*

20A04514

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 24 luglio 2020.

Nomina del commissario della cooperativa edilizia Solemar, in Formia.

IL DIRETTORE GENERALE
PER LA VIGILANZA SUGLI ENTI COOPERATIVI, SULLE SOCIETÀ E SUL SISTEMA CAMERALE

Visto l'art. 2545-*sexiesdecies* del codice civile;

Vista la legge n. 241/1990 e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto l'art. 1, comma 936, della legge n. 205/2017;

Visto il decreto legislativo n. 165/2001, con particolare riferimento all'art. 4, secondo comma;

Visto l'art. 12 del decreto legislativo n. 220/2002;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 93 del 19 giugno 2019 con il quale è stato emanato il «Regolamento di organizzazione del Ministero dello sviluppo economico»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri n. 178 del 12 dicembre 2019, recante «Regolamento di riorganizzazione del Ministero dello sviluppo economico, ai sensi dell'art. 2, comma 16, del decreto-legge 21 settembre 2019, n. 104, convertito, con modificazioni, dalla legge 18 novembre 2019, n. 132»;

Viste le risultanze della revisione ordinaria disposta dall'Associazione di rappresentanza confcooperative nei confronti della società cooperativa edilizia Solemar, con sede in Formia (LT) - codice fiscale 00946850591, e del successivo accertamento ispettivo concluso in data 19 dicembre 2018 con la proposta di adozione del provvedimento di gestione commissariale di cui all'art. 2545-*sexiesdecies* del codice civile;

Tenuto conto che in sede di accertamento ispettivo è stato riscontrato che, sebbene diffidata, la cooperativa non ha fornito la documentazione attestante l'effettiva partecipazione dei soci all'assemblea per l'approvazione

Azienda Zero - Prot. n. 0013786/2020 - E - 18/06/2020
PROTOCOLLO: 0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 18 GIU. 2020 Protocollo n. 240717 Class: C.101 Prat. Fasc. Allegati n. 1

Oggetto: Deliberazione della Giunta Regionale n. 782 del 16 giugno 2020 ad oggetto "Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.".

Trasmissione PEC

Ai Direttori Generali
Aziende Ulss del Veneto
Azienda Ospedale-Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
IRCCS – Istituto Oncologico Veneto
Azienda Zero

Ai Presidenti Regionali
AIOP
ARIS

Si comunica che la Giunta Regionale, nella seduta del 16 giugno 2020, ha approvato la deliberazione, in oggetto riportata.

Si allega, pertanto, copia del citato atto giuntale per gli adempimenti di rispettiva competenza.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
Area Sanità e Sociale
Dr. Domenico Mantoan

IL VICARIO IL DIRETTORE
Dott. Claudio Costa

Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
Direttore: Paolo Turri
Tel. 0412791501-1502

Azienda Zero - Prot. n. 0007404/2020 - E - 27/03/2020
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 27 MAR. 2020 Protocollo N° 136082 Class: 6.920.04.1 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: DGR n. 344 del 17.03.2020 "Epidemia COVID-19 Interventi urgenti di sanità pubblica" - definizione aspetti organizzativi ed avvio attività

Egregi Direttori Generali
Aziende ULSS del Veneto
Azienda Ospedale - Università Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Istituto Oncologico del Veneto
Azienda Zero

E, p.c. Assessore a Sanità e Servizi Sociali
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Direttore Direzione Servizi Sociali
Direttore Direzione Farmaceutico – Protesica – Dispositivi Medici

Componenti Task Force Regionale "2019-nCoV"

Prof. A. Crisanti
Direttore UOC Microbiologia e Virologia
Azienda Ospedale Università di Padova

Prof. S. Merigliano
Presidente della Scuola di Medicina e Chirurgia
Università degli Studi di Padova

Prof. L. Barzon
UOC Microbiologia e Virologia
Azienda Ospedale Università di Padova

Dott.ssa Chiara Cavazzini
Croce Rossa Italiana

Direttore IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria- Negrar (VR)

Presidenti AIOP / ARIS

LORO SEDI

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Con DGR n. 344 del 17.03.2020 la Regione del Veneto ha approvato il Piano "Epidemia COVID-19 Interventi urgenti di sanità pubblica", che ha come obiettivo quello di interrompere la catena di trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 attraverso l'individuazione e l'isolamento dei soggetti positivi, anche se pauci-sintomatici e asintomatici, e dei loro contatti, sia stretti sia casuali. In linea con quanto previsto dall'attività dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, proseguendo con l'organizzazione aziendale già adottata, garantiscono le attività di presa in carico dei contatti per le finalità previste dal Piano in oggetto. Compatibilmente con tale organizzazione è possibile coordinare interventi di supporto anche su queste attività da parte della Scuola di Medicina e della Croce Rossa.

In riferimento al Piano in oggetto, si precisano di seguito le modalità operative per avviare le attività volte ad individuare eventuali soggetti positivi al tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2 appartenenti a "categorie di lavoratori dei Servizi Essenziali" oltre che per lo screening dei dipendenti del Sistema Sanitario Regionale, MMG, PLS, MCA, Farmacisti, operatori delle Strutture per non autosufficienti, ecc. Le azioni previste dal Piano in oggetto verranno coordinate dalle Aziende ULSS ed affidate, per la parte non ancora attuata dalle Aziende stesse, all' Azienda Ospedale Università di Padova, all'Università degli Studi di Padova, alla Croce Rossa Italiana e ai laboratori territoriali.

Per avviare tale Piano si chiede alle Aziende ULSS di nominare, con cortese urgenza, un Referente Aziendale (coordinatore del piano per la rispettiva azienda ULSS), e di comunicarne il nome alla UOC Screening e VIS di Azienda Zero (screening.vis@azero.veneto.it) entro il 30.03.2020 che supporterà con funzione di coordinamento l'integrazione tra le parti per la realizzazione della programmazione.

Ogni Azienda dovrà predisporre un piano di attività per l'esecuzione dei tamponi, concordato con il rispettivo laboratorio di riferimento territoriale, dove dovranno essere inviati, prioritariamente, i campioni. In caso di necessità, l'attività potrà essere supportata dal Laboratorio Regionale di Riferimento (UOC Microbiologia Azienda Ospedale Università Padova), previo accordo tra i diretti interessati, prima dell'effettuazione della seduta programmata. L'Azienda ULSS 9 Scaligera potrà avvalersi anche del supporto del laboratorio dell'Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (IZS).

Il Piano dovrà pertanto prevedere la stesura di una pianificazione di carattere generale che consideri la recettività dei laboratori coinvolti al fine di evitare un ritardo negli esiti per accumulo delle richieste e dovrà essere sviluppato anche su più moduli considerando un possibile ordine di priorità delle seguenti categorie di persone da sottoporre all'attività di screening:

a) Dipendenti del Sistema Sanitario Regionale e i dipendenti delle strutture Private Accreditate, MMG, PLS e MCA (se non già prevista una specifica organizzazione aziendale)

b) Operatori ed ospiti delle seguenti strutture:

- Centri di Servizi per persone non autosufficienti (anziani)
- Residenze Sanitarie Assistenziali per persone con disabilità
- Comunità Alloggio per persone con disabilità

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

c) Farmacisti

d) Forze dell'Ordine e Vigili del Fuoco

e) Personale Sanitario dell'INAIL operante in centri Medico-Legali e di prime cure

f) Categorie di lavoratori a maggior contatto con la popolazione generale iniziando con "addetti alle casse dei supermercati" con possibilità di ampliamento al variare dello scenario epidemiologico o secondo specifiche valutazioni.

Il piano generale di ogni singola Azienda dovrà essere inviato dal Referente Aziendale alla Scuola di Medicina (Prof. Stefano Merigliano), alla Croce Rossa Italiana (dott.ssa Chiara Cavazzini), e al Coordinatore Regionale (dott.ssa Elena Narne) entro il 02.04.2020.

E' importante che ogni iniziativa volta a sottoporre all'esame diretto per la ricerca di SARS-CoV-2 ulteriori gruppi di soggetti, non precedentemente inclusi nel piano aziendale, venga comunicata alle figure di cui sopra per valutare l'eventuale rimodulazione della programmazione delle attività.

Il mercoledì di ogni settimana, il referente aziendale, raccolti gli opportuni elementi interni sia per le richieste di esami dell'area ospedaliera che territoriale, dovrà inviare al Coordinatore Regionale un piano di dettaglio delle attività previste per la settimana successiva, inclusivo degli elenchi delle persone da sottoporre all'esame, con il supporto anche delle COT, per la registrazione delle richieste e le accettazioni nel software (Screening RVE).

Il Coordinatore Regionale garantirà i contatti con le strutture coinvolte (Università degli Studi di Padova e CRI) e con la Direzione Prevenzione Regionale. La prof.ssa Luisa Barzon dell'UOC Microbiologia e Virologia dell'Azienda Ospedale Università di Padova, coordinerà insieme al referente aziendale la raccolta ed il monitoraggio delle informazioni utili ai fini della pianificazione dell'attività dei laboratori regionali per il test SARS-CoV-2.

Si precisa che lo sviluppo di tale Piano dovrà considerare la necessità che i laboratori garantiscano prioritariamente, sul territorio regionale, l'esecuzione dei test richiesti ai soggetti con sintomi compatibili con COVID-19, fondamentali per le attività di contact tracing ed isolamento domiciliare effettuate dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica del Dipartimento di Prevenzione.

Al fine di completare la configurazione del suddetto strumento informatico (Screening RVE) per l'accettazione dei campioni, le Aziende Ulss provvederanno a definire l'elenco di strutture presso cui verranno effettuati i prelievi (es. strutture per non autosufficienti, farmacie, supermercati, etc.).

Ogni Azienda coinvolta dovrà inoltre provvedere all'installazione e configurazione di una postazione di lavoro per i volontari della Croce Rossa Italiana, che dovranno essere nominati quali responsabili esterni al trattamento dei dati.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Nella programmazione regionale, l'attività in oggetto partirà, in prima istanza, sul territorio dell'Azienda ULSS 6 Euganea in data lunedì 30 marzo 2020, e si svilupperà successivamente gradualmente sul restante territorio regionale.

Ringraziando per la consueta collaborazione si porgono cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,SICUREZZA
ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Responsabile procedimento:
Dott.ssa Elena Narne
Direttore UOC Screening e VIS
Azienda Zero
Segreteria: Tel. 049 8778427 - 8428

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

Azienda Zero - Prot. n. 0007278/2020 - E - 26/03/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 26 MAR. 2020 Protocollo N° 134276 Class: G.920.04.1 Prat. Fasc. Allegati N° 2

Oggetto: Emergenza COVID-19 e flussi informativi NSIS: codifiche e tempistiche di trasmissione. Circolare Ministero Salute n. 0007648 del 20/03/2020.

Alla c.a.

Direttori Generali
Direttori Sanitari
Aziende Ulss
Azienda Ospedale – Università di Padova
Aziende Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Azienda Zero
Istituto Oncologico Veneto

Nucleo Regionale di Controllo

Direttore IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria - Negrar

Presidenti
AIOP
ARIS

E, p.c. Assessore a Sanità e Servizi Sociali

Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Direttore Programmazione Sanitaria – LEA

LORO SEDI

Facendo seguito alla nota n. 123473 del 16 marzo 2020, si trasmette in allegato la Circolare del Ministero della Salute di cui in oggetto con la quale vengono trasmesse le "Linee guida di codifica della SDO per casi affetti da malattia da SARS CoV-2 (Covid-19)".

Gli stessi criteri per la codifica della malattia SARS-CoV-2 (COVID-19) previsti per la SDO, dovranno essere utilizzati per il setting emergenza-urgenza (EMUR-PS) che utilizza la codifica ICD9CM per la definizione delle diagnosi principale/secondarie eseguita in PS.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Pur nella consapevolezza che l'attuale situazione di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, possa rendere difficoltosa la puntuale trasmissione dei flussi informativi che confluiscono nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute, si rappresenta l'importanza della pronta disponibilità delle predette informazioni, al fine di assumere decisioni da parte delle istituzioni centrali.

Distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Responsabile dell'istruttoria: Dott.ssa Silvia Pierotti
Tel: 041/2793596

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

LINEE GUIDA PER LA CODIFICA DELLA SDO PER CASI AFFETTI DA MALATTIA DA SARS-COV-2 (COVID-19)*[1]

Allo scopo di garantire la necessaria omogeneità nei criteri e nelle modalità di codifica delle Schede di Dimissione Ospedaliera sul territorio nazionale e l'indispensabile uniformità di lettura dei dati epidemiologici nazionali, si forniscono le seguenti indicazioni per la codifica ICD-9-CM v.2007 nella SDO della Malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) e delle patologie correlate.

1. Codifica della Malattia da SARS-Cov-2 (COVID-19):

Codice 078.89 Altre malattie da virus specificate

(dalla data di emanazione delle presenti Linee Guida questo codice include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19), attualmente non presente nell'Elenco sistematico delle malattie ICD-9-CM).

L'uso di questo codice esclude l'uso dei seguenti:

a) 079.82 SARS-coronavirus associato
b) 079.99 Infezioni virali non specificate (che include anche "Sindrome respiratoria acuta grave (SARS), non specificata", attualmente non presente nell'Elenco sistematico delle malattie ICD-9-CM)

Si precisa che in ogni caso non dovrà essere usato il codice 079.82, che serve per codificare altri ceppi di coronavirus causanti la SARS.

2. Codifica della polmonite in caso confermato di infezione da SARS-CoV-2:

Codice 484.8 Polmonite in altre malattie infettive classificate altrove

Nella classificazione ICD9-CM, il codice 484.8 richiede di codificare per prima la malattia di base, COVID-19, codificabile con il codice 078.89. Nel nostro caso questa regola si inverte, prevedendo l'inserimento del codice di polmonite nel campo di diagnosi principale, come indicato negli esempi di codifica riportati di seguito.

3. Codifica di altre manifestazioni cliniche dell'apparato respiratorio in caso confermato per infezione da SARS-CoV-2

Lo schema di codifica prevede di abbinare il codice 078.89 al codice della malattia respiratoria.
Per quanto riguarda i criteri di scelta nel rango delle diagnosi, si conferma la regola generale che prevede l'indicazione in diagnosi principale della patologia che ha comportato il maggior consumo di risorse durante l'episodio di ricovero.
Per quanto riguarda infine la codifica delle procedure terapeutiche eseguite durante il ricovero, si raccomanda, se del caso, l'uso dei codici ICD-9-CM inclusi nel gruppo 93.9 "Terapia respiratoria" e nel gruppo 96.7 "Altra ventilazione meccanica continua".

---

[1] *Le presenti Linee Guida sono state redatte in collaborazione con il Centro collaboratore italiano dell'OMS per la Famiglia delle classificazioni internazionali, Direzione centrale salute, politiche sociali e disabilità, Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia.*

Si riportano di seguito alcuni esempi di codifica per casi con manifestazioni respiratorie:

Esempio 1: Caso confermato di polmonite dovuta a SARS-CoV-2 **,** sintomatico, con manifestazioni cliniche severe o critiche, ricoverato e dimesso da ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario, per il quale la COVID-19 costituisce il motivo principale del consumo di risorse nel ricovero

Diagnosi principale: 484.8 Polmonite in altre malattie classificate altrove
Diagnosi secondaria: 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19))

NB: Non devono essere utilizzati i seguenti codici ICD-9-CM:
079.82 SARS-coronavirus associato
079.99 Infezioni virali, non specificate

Esempio 2: Caso confermato di altra patologia respiratoria dovuta a SARS-CoV-2 **,** sintomatico, con manifestazioni cliniche severe o critiche, ricoverato e dimesso da ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario, per il quale la COVID-19 costituisce il motivo principale del consumo di risorse nel ricovero.

2.a Caso confermato di bronchite acuta dovuta a SARS-CoV-2

Diagnosi principale: 466.0 Bronchite acuta
Diagnosi secondaria: 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19))

2.b Caso confermato di bronchite non altrimenti specificata dovuta a SARS-CoV-2

Diagnosi principale: 490 Bronchite, non specificata se acuta o cronica
Diagnosi secondaria: 078.89 COVID-19 (Malattia da SARS-CoV-2)

2.c Caso confermato di:
-infezione delle vie respiratorie inferiori, non altrimenti specificata, dovuta a SARS-CoV-2
-infezione acuta delle vie respiratorie, non altrimenti specificata, dovuta a SARS-CoV-2
-infezione delle vie respiratorie, non altrimenti specificata, dovuta a SARS-CoV-2

Diagnosi principale: 519.8 Altre malattie dell'apparato respiratorio, non classificate altrove
Diagnosi secondaria: 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19))

2.d Caso confermato di sindrome da distress respiratorio (ARDS) dovuta a SARS-CoV-2

Diagnosi principale: 518.82 Altre insufficienze polmonari, non classificate altrove (il codice 518.82 ha tra gli inclusi: Sindrome da distress respiratorio acuto)
Diagnosi secondaria: 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19))

NB: In tutti i casi non devono essere utilizzati i seguenti codici ICD-9-CM:
079.82 SARS-coronavirus associato
079.99 Infezioni virali, non specificate

4. Codifica di casi paucisintomatici o asintomatici, positivi al test per SARS-CoV-2

In presenza di un caso paucisintomatico o asintomatico, confermato per infezione da SARS-CoV-2, ricoverato e dimesso da ricovero ospedaliero per acuti in regime ordinario, si possono configurare due condizioni:

a) il sospetto di malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19), successivamente confermato, ma con presentazione clinica asintomatica o paucisintomatica, costituisce il motivo principale del consumo di risorse nel ricovero. In questo caso la codifica sarà la seguente:

Diagnosi principale: 078.89 Altre malattie da virus specificate (che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19))

b) la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19), asintomatica o paucisintomatica, non costituisce il motivo principale di consumo di risorse nel ricovero. In questo caso la codifica sarà la seguente:

Diagnosi principale: Patologia principale
Diagnosi secondaria: 078.89 Altre malattie da virus specificate, che include la nuova malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)

5. Codifica di casi con manifestazioni cliniche respiratorie sospette per COVID-19, negativi al test per SARS-CoV-2

In presenza di casi con manifestazioni cliniche respiratorie sospette per COVID-19 che risultino negative al test per SARS-CoV-2, la compilazione della SDO segue le procedure routinarie:

a) la malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19) NON deve essere codificata tra le diagnosi;
b) se le manifestazioni cliniche respiratorie hanno determinato il maggiore assorbimento di risorse nel ricovero, devono essere codificate in diagnosi principale con:
   - codici ICD-9-CM specifici di malattia, in caso di individuazione dell'agente eziologico;
   - codici residuali non specifici, in caso di mancata individuazione dell'eziologia;
c) in diagnosi secondaria possono essere utilizzati i seguenti codici, afferenti alla classificazione supplementare dei fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari (codici V):
   V01.79 Contatto con o esposizione ad altre malattie virali
   V71.83 Osservazione e valutazione per sospetta esposizione ad altri agenti biologici
   V07.0 Necessità di isolamento

Questi codici possono essere utilizzati, se del caso, per completare la codifica della SDO in tutte le fattispecie.

N.B. Il codice **V01.82 "Esposizione a SARS-Coronavirus associato"** non deve essere utilizzato in quanto si riferisce all'esposizione a coronavirus diverso da SARS-CoV-2.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023
0007648-20/03/2020-DGPROGS-MDS-P

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA DIGITALIZZAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E DELLA STATISTICA
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

<Spazio riservato per l'apposizione dell'etichetta di protocollo>

Registro – classif:

VIA PEC/MAIL

All.

- Agli Assessorati alla sanità delle Regioni e Province Autonome
- Ai referenti regionali dei flussi informativi

e, per conoscenza:

- Alla Segreteria del Comitato LEA segreteriacomitatolea@sanita.it

OGGETTO: Emergenza COVID-19 e flussi informativi NSIS: codifiche e tempistiche di trasmissione.

Pur nella consapevolezza che l'attuale situazione di emergenza COVID-19, di cui alla Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020, possa rendere difficoltosa per le Regioni e Provincie Autonome la puntuale trasmissione dei flussi informativi che confluiscono nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della salute, si rappresenta l'importanza della pronta disponibilità delle predette informazioni, quale parte del patrimonio informativo indispensabile al fine di assumere decisioni da parte delle istituzioni centrali.

Si auspica, pertanto, che le Regioni e Provincie Autonome riescano a garantire il rispetto dei termini per gli invii di detti flussi. Qualora si determinassero ritardi, si ricorda la possibilità di richiedere straordinarie aperture della piattaforma informatica, al di fuori delle ordinarie calendarizzazioni previste dalle vigenti disposizioni, al fine di evitare che il ritardo nel conferimento dei dati al NSIS comporti una lettura parziale dell'assistenza sanitaria.

Relativamente al flusso SDO, al fine di garantire uniformità di codifica ed elaborazioni omogenee a livello nazionale sull'assistenza ai casi di COVID-19, si forniscono in allegato le "Linee guida per la codifica della SDO per casi affetti da malattia da SARS-CoV-2 (COVID-19)".

Gli stessi criteri per la codifica della malattia SARS-CoV-2 (COVID-19) previsti per la SDO, dovranno essere utilizzati per il setting emergenza-urgenza (EMUR-PS) che utilizza la codifica ICD9CM per la definizione delle diagnosi principale/secondarie eseguita in PS.

Confidando in una puntuale collaborazione, si resta a disposizione per ogni ulteriore chiarimento.

IL DIRETTORE GENERALE
DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
**f.to Andrea Urbani*

IL DIRETTORE GENERALE DELLA
DIGITALIZZAZIONE
DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E
DELLA STATISTICA
**f.to Giuseppe Viggiano*

**"firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. Lgs. n. 39/1993".*

Azienda Zero - Prot. n. 0016106/2020 - E - 10/07/2020
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 10 LUG. 2020 Protocollo N° 274976 Class: G.300.01.1 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: Identificazione e registrazione soggetti con positività pregressa per SARS-CoV-2 guariti clinicamente ed aggiornamento provenienza nuovi casi positivi in SIAVR

Alla c.a.
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi Igiene e Sanità Pubblica

Aziende ULSS del Veneto

E p.c. Direttore Generale
Area Sanità e Sociale

Direttore Generale
Azienda Zero

LORO SEDI

Lo stato di guarigione virologica dei soggetti con infezione da SARS-CoV-2 viene ad oggi definito, come da specifiche indicazioni ministeriali, dalla presenza di due tamponi negativi, effettuati a distanza di 24 ore.

All'interno del gruppo dei soggetti positivi, sono attualmente presenti soggetti testati nel primo periodo dell'epidemia, con positività non seguita da successivi tamponi di controllo.

Tale situazione è verosimilmente da attribuire alla necessità, in quel particolare momento, di garantire prioritariamente il test ai soggetti con sospetto clinico o classificati come contatti a rischio.

In considerazione che recenti documenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ("World Health Organization. Clinical management od COVID-19 (Interim Guidance)", 27.05.2020; WHO. Criteria for releasing COVID-19 patients from isolation. Scientific brief, 17 Giugno 2020") prevedono che i criteri per la conclusione dell'isolamento di soggetti positivi per SARS –CoV-2, (con conseguente termine delle precauzioni basate su modalità di trasmissione) possano essere basati su criteri clinici, si richiede la collaborazione delle vostre strutture a verificare attivamente lo stato di guarigione clinica per i soggetti con test positivo effettuato entro il 1 giugno, ed assenza di successivi test che permettano la classificazione di soggetto guarito virologicamente.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

A tal fine si descrive l'iter da seguire per garantire la tracciabilità informatica negli strumenti informativi regionali dello stato di tali soggetti :

- Ad ogni Azienda ULSS verrà inviato a mezzo mail, all'indirizzo dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica, l'elenco dei soggetti con ultima positività al 1.6.2020 ed i criteri sopra esposti,
- I SISP provvederanno a verificare: 1. che non siano effettivamente disponibili tamponi successivi; 2. lo stato clinico attuale, se necessario anche contattando direttamente il soggetto, e registrando tale dato all'interno del programma SIAVR nel campo "Stato Sorveglianza". In caso, in caso di guarigione clinica deve essere selezionata la voce: "guarito clinicamente", creato appositamente per la gestione di questi soggetti.
- Qualora questi soggetti non siano stati già caricati in SIAVR, come precedentemente indicato, i SISP provvederanno a nuova registrazione

Si raccomanda che, fino a diverse indicazioni degli organi competenti, per i nuovi positivi si continui ad utilizzare il criterio ministeriale per la definizione del termine di isolamento, basato sulla presenza di due tamponi negativi distanziati tra loro da almeno 24 ore.

Pertanto la definizione di "guarito clinicamente", allo stato attuale, è da utilizzare nell'applicativo SIAVR esclusivamente per i soggetti con positività precedente al 1 giugno, secondo i criteri sopra esposti.

Con la presente si coglie l'occasione per comunicare che, per assolvere ad analogo debito informativo verso l'Istituto Superiore di Sanità, all'interno dell'applicativo SIAVR è stato inserito il campo: "Esposizione " per registrare il dato epidemiologico di provenienza dei pazienti positivi. Grazie a tale campo è possibile segnalare la città fuori Regione o lo stato estero di provenienza riferita al periodo antecedente alla positivizzazione.

Si chiede la compilazione di questo campo anche per i soggetti positivizzati nelle ultime settimane per il completamento delle informazioni.

Infine, si osserva che saltuariamente sono caricati, nel flusso informativo regionale per le prestazioni di laboratorio per SARS-CoV-2, alcuni esami di prova e controlli di qualità per le prestazioni in argomento. Tale inserimento comporta un importante carico lavorativo quotidiano per evitare che gli stessi test inficino la reportistica regionale.

Si richiede cortesemente alle SS.LL. di invitare i Direttori dei Laboratori ed i Responsabili dei Sistemi Informativi aziendali a porre in essere tutte le misure idonee affinché siano caricati nei flussi regionali degli esami per SARS-CoV-2 esclusivamente le prestazioni effettuate su utenti.

Ringraziando per la consueta collaborazione, e a disposizione per ulteriori chiarimenti, si porgono cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
IL DIRETTORE
Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Direttore: Dr.ssa Francesca Russo
Referente Azienda Zero: Dott.ssa Elena Narne
Direttore UOC Screening e VIS- Azienda Zero
e.mail: screening.vis@azero.veneto.it

Azienda Zero - Prot. n. 0019486/2020 - E - 19/08/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 19 AGO. 2020 Protocollo N° 327781 Class: G.Pro.04.1 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: indicazioni campagna screening a mezzo test sierologici per personale docente e non docente.

Alla c.a.

Direttori Generale
Direttore Sanitario
Direttori Distretto Socio Sanitario
Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
Direttori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
Aziende ULSS

E, p.c. Assessore a Sanità e Servizi Sociali
Direttore Generale Ufficio Scolastico Regionale
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Direttore Direzione Programmazione - LEA
Direttore UO Cure Primarie
Direttore Generale Azienda Zero

Facendo seguito alle precedenti comunicazioni (*nota prot. 314808 del 7.8.2020 e n. 319457 del 11.8.2020*) si precisano con la presente gli aspetti operativi per la conduzione della campagna di screening a mezzo test sierologico rapido su sangue capillare rivolta al personale docente e non docente delle scuole pubbliche e private dell'intero territorio nazionale. La campagna sarà condotta a partire dal 24 agosto e sino ad una settimana prima dell'inizio delle attività didattiche. L'adesione alla campagna di screening da parte del personale è su base volontaria.

Come da indicazioni ministeriali (*Circolare Ministero della Salute n. 8722 del 7.8.2020*) i test saranno condotti prioritariamente dal Medico di Medicina Generale (MMG). L'adesione da parte del singolo MMG è su base volontaria e si ritiene che possa essere gestita con tale modalità principalmente per tutti gli assistiti dai MMG organizzati in medicina di gruppo integrata, essendo questi supportati da personale amministrativo ed infermieristico e dotati di sedi opportune.

Per tutti i soggetti assistiti da un MMG che non aderisce alla campagna di screening o che non sia nelle condizioni organizzative per espletare la suddetta attività, l'ULSS provvederà ad attivare un servizio dedicato con il personale afferente alle USCA, presso le sedi e gli orari che l'Azienda riterrà più opportune in base alla specifica realtà locale. L'Azienda ULSS informerà i MMG degli orari del servizio offerto dall'USCA. Il MMG che non aderisce allo screening indirizzerà i suoi assistiti che lo contatteranno al servizio aziendale. Sarà garantito dalle USCA anche il test per tutti i soggetti che intendono aderire alla campagna e risultano sprovvisti di Medico di Medicina Generale.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Alla luce di quanto sopra, i soggetti lavoratori interessati a partecipare alla campagna si dovranno rivolgere al proprio MMG verificando la possibilità di effettuare il test presso lo stesso, in caso contrario il MMG fornirà orari ed indicazioni del servizio aziendale garantito dalle USCA.

L'Azienda ULSS dovrà verificare quali MMG aderiscono alla campagna e provvedere alla distribuzione dei test agli stessi, oltre che alle USCA, fornendo al contempo i dispositivi di protezione necessari per l'effettuazione delle prestazioni, in aggiunta a quelli ordinariamente forniti.

Si ricorda che la campagna è rivolta a soggetti asintomatici. Si raccomanda che la prestazione avvenga su appuntamento e che il soggetto che accede all'ambulatorio per l'effettuazione del test sierologico, come previsto dalle raccomandazioni regionali, sia provvisto di mascherina chirurgica e sia informato delle modalità per accedere in sicurezza (es. igiene respiratoria, mantenimento della distanza interpersonale, igienizzazione delle mani all'ingresso). Laddove possibile, prevedere l'esecuzione dei test al termine della attività ambulatoriale ordinaria. Al termine della prestazione dovranno essere seguite le ordinarie procedure igieniche di ambienti e superfici.

Per i casi che risultassero positivi al test sierologico l'Azienda ULSS predisporrà uno specifico percorso per la presa in carico del soggetto e l'esecuzione del test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 entro le 24 e comunque non oltre le 48 ore. Nell'attesa dell'esito del test di biologia molecolare il soggetto dovrà rimanere in isolamento domiciliare fiduciario.

Azienda Zero metterà a disposizione, sul portale operatori, una nuova funzione per la raccolta dei dati necessari. Tale funzione dovrà essere utilizzata dagli MMG e dal personale delle USCA delegati all'attività. A tale proposito è necessario che ogni Azienda individui all'interno di ogni USCA il personale addetto alla registrazione dei test comunicando i nominativi ai propri uffici aziendali preposti alla registrazione sui sistemi di identificazione (LDAP/Active Directory) per poter essere abilitati della nuova funzionalità. I dettagli tecnici relativi alle modalità di accesso al portale operatore e le indicazioni per l'utilizzo dello stesso (manuale operativo) saranno forniti con successiva comunicazione da parte di Azienda Zero, in tempo utile per l'avvio della campagna. Azienda Zero provvederà anche ad attivare il supporto sanità per l'assistenza.

Le Aziende ULSS provvederanno ad informare i MMG e il personale delle USCA circa le modalità per la conduzione della campagna e per le attività di registrazione dei dati, così come indicate da Azienda Zero. Dovrà essere garantita la registrazione e tracciabilità di tutti i test effettuati.

Con l'occasione si porgono distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

IL DIRETTORE VICARIO
Dott. Michele Brichese

Referente dell'istruttoria: dr. Michele Tonon
Segreteria: Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data **01/09/2020** | Protocollo n. **20146** Class. | Allegati n.

OGGETTO: sviluppo e adeguamento degli applicativi per la registrazione dei test di screening per COVID-19 e relativa reportistica per il monitoraggio delle attività DGR n. 1104 del 6/8/2020.

Egr. Sig.ri
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Aziende ULSS del Veneto
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Azienda Ospedale Università di Padova

Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
Referenti profilassi vaccinale e malattie infettive
Aziende Ulss del Veneto

Si fa seguito alla comunicazione del 21.8.2020 prot. 330273, con la quale la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto ha trasmesso la DGR n. 1104 del 06/08/2020 "*Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening*" e con la quale si evidenzia l'importanza di monitorare tutte le attività di screening eseguite e previste dal piano regionale e con la quale si precisava che Azienda Zero avrebbe provveduto a definire le modalità di registrazione.

Si informano le SS.VV. che in accordo con la suddetta Direzione, l'UOC Sistemi Informativi della scrivente Azienda sta mettendo a punto, in ragione degli applicativi già in uso a livello regionale e di quelli maggiormente adottati dalle singole Aziende sanitarie per la **preaccettazione, la registrazione dei risultati, per la comunicazione degli esiti e per le attività di monitoraggio e reportistica** le seguenti funzioni:

- adeguamento del *SW di Screening* per effettuare l'identificazione anagrafica e la preaccettazione per i test effettuati con finalità di screening in accordo con la citata DGR, (test di biologia molecolare, test sierologici e test rapidi antigenici) predisponendo la possibilità di inserire le informazioni sulla tipologia di test, sulla **categoria** di appartenenza del soggetto e sulla **provenienza** (paese straniero quando previsto);
    - adeguamento della funzionalità dell'APP SIAVr operatori per la registrazione degli esiti dei test antigenici rapidi sulla scorta della funzionalità già in uso per i test rapidi sierologici (con preaccettazioni effettuate dallo screening);
- predisposizione di un flusso dati comprensivo dell'esito e della provenienza (paese straniero quando previsto) dedicato ai test antigenici rapidi (registrati nel sistema di screening sopracitato o nei LIS

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Sistemi Informativi
Mail: sistemi.informativi@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

aziendali) al fine di garantire l'integrazione **con la banca dati regionale (sistema di biosorveglianza)** per le necessarie attività di monitoraggio;

Relativamente alle **attività di screening per il personale docente e non docente**, e in riferimento alla piattaforma resa disponibile per la registrazione degli esiti dei test sierologici rapidi, si informa che è disponibile una funzionalità ad uso degli operatori delle Aziende Ulss che permette di estrarre un report per Azienda Ulss erogatrice con dati aggregati per data, sesso, fascia di età. Anche in questo caso i dati confluiranno nel sistema di biosorveglianza.

L'UOC Sistemi Informativi provvederà a inviare tempestivamente comunicazione della messa in opera e dei dettagli tecnici funzionali per la fruizione dei servizi sopradescritti.

Distinti saluti.

Il Direttore
UOC Sistemi Informativi
Ing. Lorenzo Gubian

UOC Sistemi Informativi
Direttore Lorenzo Gubian
Referente: Nadia Raccanello
Tel: 0498778369
mail: nadia.raccanello@azero.veneto.it

Azienda Zero - Prot. n. 0008831/2020 - E - 16/04/2020
PROTOCOLLO: 0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 16.04.2020 Protocollo N° 156914 Class: G.920.04.1 Prat. Fasc. Allegati N°1

Oggetto: Emergenza COVID-19- interventi urgenti di sanità pubblica. Prosecuzione Piano DGR 344 del 17.03.2020

Alla c.a.
Direttori Generali
Azienda ULSS 1 Dolomiti
Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana
Azienda ULSS 3 Serenissima
Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
Azienda ULSS 5 Polesana
Azienda ULSS 6 Euganea
Azienda ULSS 7 Pedemontana
Azienda ULSS 8 Berica
Azienda ULSS 9 Scaligera

E, p.c. Assessore a Sanità e Servizi Sociali

Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Direttori Generali
Azienda Ospedale-Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Azienda Zero
IRCCS – Istituto Oncologico Veneto

Coordinatore Comitato Tecnico Scientifico COVID-19

Direttore UOC Sistemi informativi
Azienda Zero

LORO SEDI

In riferimento alla DGR 344 del 17.03.2020, dato atto di essere a conoscenza che il percorso di offerta e di effettuazione del test diagnostico per SARS-CoV-2 nelle categorie degli operatori sanitari, degli ospiti e degli operatori socio sanitari delle Strutture Residenziali per Anziani è in fase di conclusione, si rende possibile proseguire l'attuazione del Piano in oggetto verso le successive categorie identificate nella suddetta DGR, a partire dai farmacisti e proseguendo con le altre categorie identificate.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

In considerazione dei limiti nella possibilità di processazione dei test con tampone e vista la disponibilità sul mercato dei test sierodiagnostici rapidi, si raccomanda di utilizzare entrambi i test secondo il "protocollo operativo per l'utilizzo dei test sierologici per attività di screening COVID 19 nelle RSA, di cui alla nota prot 145027 del 04.04.20", già approvato dal Comitato Tecnico Scientifico regionale.

I test sierodiagnostici, ai sensi di quanto indicato nella Circolare Ministeriale 11715 del 03.04.20 "sono molto importanti nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale. Diversamente, come attualmente raccomanda anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per il loro uso nell'attività diagnostica d'infezione in atto da SARS-CoV-2, necessitano di ulteriori evidenze.

Pertanto l'applicazione dei test rapidi sierologici verrà effettuata a scopo di valutazione epidemiologica della circolazione virale e non a scopo diagnostico, raccomandando sempre ai soggetti risultati negativi di continuare ad utilizzare comunque ogni misura sociale e idonei Dispositivi di Protezione Individuale in quanto il test negativo evidenzia che il soggetto è "suscettibile"; per i soggetti che dovessero risultare positivi alle IgM ed IgG verrà effettuato il tampone per confermare l'infezione o la presenza di immunità specifica. Non essendo a tutt'oggi nota la durata dell'immunizzazione, questa dovrà essere valutata periodicamente anche alla luce di successive evidenze scientifiche.

Per tutte le categorie elencate nel Piano, a cui vanno aggiunti i Volontari a diretto contatto con soggetti SARS-CoV-2 positivi e i volontari delle "Croci" si applicano le seguenti indicazioni operative.

- Per tutte le categorie, allo stato attuale il test da utilizzare è il test sierologico rapido, seguito nei casi positivi (sia per IgM che per IgG) dal test con tampone che è l'unico test con valore diagnostico. In caso di test negativo il test va ripetuto, con cadenza in via generale ogni 30 gg.; tale periodicità potrà essere modificata a seconda dei risultati dello screening stesso, sia in rapporto alla categoria screenata che all'andamento epidemiologico locale.
- L'effettuazione del test rapido, in considerazione delle specifiche di cui sopra, deve essere preceduta da adeguata informazione all'utente, utilizzando il prototipo di informativa che si trasmette in allegato.
- Deve essere garantita la tracciabilità dell'esito del test rapido nei sistemi informativi aziendali e nei sistemi informativi di Azienda Zero predisposti e utilizzati per l'emergenza Covid-19. L'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero che ha predisposto gli applicativi specifici è incaricata di coordinare entrambi gli aspetti.
- Gli esiti degli esami devono essere restituiti dalle AULSS, direttamente all'interessato, o per il tramite del medico competente, o del medico incaricato degli aspetti sanitari dell'Ente, avendo identificato, e comunicato all'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, il nome della figura aziendale che comparirà nella lettera di comunicazione dei suddetti esiti. In ogni caso le informazioni inerenti i soggetti e gli esiti ad essi associati devono pervenire ad Azienda Zero tramite i flussi e gli applicativi predisposti.
- E' opportuno che le SS.LL si coordino con i Prefetti per sviluppare l'implementazione dello screening, sui dipendenti appartenenti alla stessa Forze dell'Ordine, in maniera contestuale ed armonica sul territorio regionale.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- I referenti aziendali dovranno fornire settimanalmente un aggiornamento del piano all'UOC Screening e VIS di Azienda Zero, secondo il format predefinito, già inviato per vie brevi ai referenti aziendali del Piano.
- Le aziende ULSS potranno considerare altre categorie da sottoporre a screening sulla base della situazione epidemiologica locale.

Infine, ad integrazione della nota prot 145027 del 04.04.2020 specifica per le RSA, conclusa la prima fase di screening condotta in parte con tamponi ed in parte con test rapidi, si ribadisce che sia per gli ospiti che per gli operatori il tampone nasofaringeo è da utilizzare come test diagnostico.

Le indicazioni contenute nella presente nota potranno essere oggetto di modifica, in base all'evoluzione della situazione epidemiologica e della disponibilità di nuovi strumenti diagnostici.

Cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
IL DIRETTORE
Dr.ssa Francesca Russo

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Allegato 1: **ESEMPIO DI INFORMATIVA PER IL TEST SIEROLOGICO RAPIDO PER LA RICERCA DEGLI ANTICORPI VERSO IL VIRUS SARS-CoV-2**

CARTA INTESTATA AZIENDALE

TEST SIEROLOGICO RAPIDO PER LA RICERCA DEGLI ANTICORPI VERSO IL VIRUS SARS-CoV-2

1. Finalità del Test sierologico.

Il nuovo coronavirus, identificato come SARS-CoV-2 ("Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2"), fa parte di una vasta famiglia di virus noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore a malattie più gravi come la Sindrome respiratoria mediorientale (MERS) e la Sindrome respiratoria acuta grave (SARS). La malattia provocata dal nuovo Coronavirus è denominata "COVID-19".

Il test sierologico serve ad individuare la presenza di anticorpi nel sangue dei pazienti.

Quando il virus penetra nell'organismo, il suo sistema immunitario sviluppa, dopo alcuni giorni, anticorpi diretti verso le proteine dell'involucro virale.

Le IgM (immunoglobuline di tipo M) sono gli anticorpi che compaiono 5-6 giorni dopo la contrazione del virus e scompaiono dopo circa 20 giorni o tre settimane e sono responsabili della prima risposta immunitaria dell'organismo.

Le IgG (immunoglobuline di tipo G) sono gli anticorpi che iniziano a venire prodotti dopo circa 15 giorni dalla contrazione del virus, sono indice di una passata infezione e si stima rimangano presenti nell'organismo per diverse settimane o mesi.

2. Come viene effettuato il test e tempi di refertazione.

Il test sierologico rapido consiste nel prelievo dal polpastrello di una goccia di sangue o siero, che viene posizionata su una piccola lastra contenente proteine virali, coniugate con particelle colorate e con anticorpi contro gli anticorpi IgM e IgG umane, fissate su due diverse linee.

Questo tipo di test è anche detto "test rapido", perché la risposta della presenza o meno di anticorpi si osserva dopo circa 10 minuti.

3. Risultati ottenibili con il test.

Se la linea IgM né la linea IgG non si colorano, è probabile che nel sangue non siano presenti anticorpi contro il virus, evidenziando in tal modo che non si è avuto un contatto diretto con il virus o che l'infezione sia in una fase precoce e l'organismo non abbia ancora iniziato a produrre gli anticorpi ("periodo finestra").

Se le linee IgM e IgG si colorano entrambe, è probabile che sia stata contratta la malattia e che il tampone risulti positivo.

Ogni test presenta sempre una linea aggiuntiva, utilizzata come criterio di identificazione della corretta esecuzione del test.

4. Accuratezza e limiti del test.

Con la Circolare del 03/04/2020 il Ministero della Salute ha fornito l'aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità e l'aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio. In particolare, ha fatto alcune precisazioni anche sui test sierologici definendoli come "molto importanti nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale. Diversamente, come attualmente anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda, per il loro uso nell'attività diagnostica d'infezione in atto da SARS-CoV-2, necessitano di ulteriori evidenze sulle loro performance e utilità operativa. In particolare, i test rapidi basati sull'identificazione di anticorpi IgM e IgG specifici per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, secondo il parere espresso dal CTS, non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei secondo i protocolli indicati dall'OMS. Il risultato qualitativo ottenuto su un singolo campione di siero non è sufficientemente attendibile per una valutazione diagnostica, in quanto la rilevazione della presenza degli anticorpi mediante l'utilizzo dei test rapidi non è comunque indicativo di un'infezione acuta in atto, e quindi della presenza di virus nel paziente e rischio associato a una sua diffusione nella comunità. Inoltre, per ragioni di possibile cross-reattività con altri patogeni affini come altri coronavirus umani, il rilevamento degli anticorpi potrebbe non essere specifico della infezione da SARS-CoV-2. Infine, l'assenza di rilevamento di anticorpi (non ancora presenti nel sangue di un individuo per il ritardo che fisiologicamente connota una risposta umorale rispetto all'infezione virale) non esclude la possibilità di un'infezione in atto in fase precoce o asintomatica e relativo rischio di contagiosità dell'individuo".

Si raccomanda pertanto, valutati tutti gli aspetti inerenti l'esame, in particolar modo riguardo le caratteristiche di accuratezza e limiti del test, sulla base dell'esito del test comunicatomi, di porre in atto adeguate misure sociali e di utilizzare idonei Dispositivi di Protezione individuale per limitare il rischio infettivo da Sars-CoV-2 .

Azienda Zero - Prot. n. 0008829/2020 - E - 16/04/2020
PROTOCOLLO: 0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 16.04.2020 Protocollo N° 156914 Class: G.920.04.1 Prat. Fasc. Allegati N°1

Oggetto: Emergenza COVID-19- interventi urgenti di sanità pubblica. Prosecuzione Piano DGR 344 del 17.03.2020

Alla c.a.
Direttori Generali
Azienda ULSS 1 Dolomiti
Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana
Azienda ULSS 3 Serenissima
Azienda ULSS 4 Veneto Orientale
Azienda ULSS 5 Polesana
Azienda ULSS 6 Euganea
Azienda ULSS 7 Pedemontana
Azienda ULSS 8 Berica
Azienda ULSS 9 Scaligera

E, p.c. Assessore a Sanità e Servizi Sociali

Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Direttori Generali
Azienda Ospedale-Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Azienda Zero
IRCCS – Istituto Oncologico Veneto

Coordinatore Comitato Tecnico Scientifico COVID-19

Direttore UOC Sistemi informativi
Azienda Zero

LORO SEDI

In riferimento alla DGR 344 del 17.03.2020, dato atto di essere a conoscenza che il percorso di offerta e di effettuazione del test diagnostico per SARS-CoV-2 nelle categorie degli operatori sanitari, degli ospiti e degli operatori socio sanitari delle Strutture Residenziali per Anziani è in fase di conclusione, si rende possibile proseguire l'attuazione del Piano in oggetto verso le successive categorie identificate nella suddetta DGR, a partire dai farmacisti e proseguendo con le altre categorie identificate.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

In considerazione dei limiti nella possibilità di processazione dei test con tampone e vista la disponibilità sul mercato dei test sierodiagnostici rapidi, si raccomanda di utilizzare entrambi i test secondo il "protocollo operativo per l'utilizzo dei test sierologici per attività di screening COVID 19 nelle RSA, di cui alla nota prot 145027 del 04.04.20", già approvato dal Comitato Tecnico Scientifico regionale.

I test sierodiagnostici, ai sensi di quanto indicato nella Circolare Ministeriale 11715 del 03.04.20 "sono molto importanti nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale. Diversamente, come attualmente raccomanda anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità, per il loro uso nell'attività diagnostica d'infezione in atto da SARS-CoV-2, necessitano di ulteriori evidenze.

Pertanto l'applicazione dei test rapidi sierologici verrà effettuata a scopo di valutazione epidemiologica della circolazione virale e non a scopo diagnostico, raccomandando sempre ai soggetti risultati negativi di continuare ad utilizzare comunque ogni misura sociale e idonei Dispositivi di Protezione Individuale in quanto il test negativo evidenzia che il soggetto è "suscettibile"; per i soggetti che dovessero risultare positivi alle IgM ed IgG verrà effettuato il tampone per confermare l'infezione o la presenza di immunità specifica. Non essendo a tutt'oggi nota la durata dell'immunizzazione, questa dovrà essere valutata periodicamente anche alla luce di successive evidenze scientifiche.

Per tutte le categorie elencate nel Piano, a cui vanno aggiunti i Volontari a diretto contatto con soggetti SARS-CoV-2 positivi e i volontari delle "Croci" si applicano le seguenti indicazioni operative.

- Per tutte le categorie, allo stato attuale il test da utilizzare è il test sierologico rapido, seguito nei casi positivi (sia per IgM che per IgG) dal test con tampone che è l'unico test con valore diagnostico. In caso di test negativo il test va ripetuto, con cadenza in via generale ogni 30 gg.; tale periodicità potrà essere modificata a seconda dei risultati dello screening stesso, sia in rapporto alla categoria screenata che all'andamento epidemiologico locale.
- L'effettuazione del test rapido, in considerazione delle specifiche di cui sopra, deve essere preceduta da adeguata informazione all'utente, utilizzando il prototipo di informativa che si trasmette in allegato.
- Deve essere garantita la tracciabilità dell'esito del test rapido nei sistemi informativi aziendali e nei sistemi informativi di Azienda Zero predisposti e utilizzati per l'emergenza Covid-19. L'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero che ha predisposto gli applicativi specifici è incaricata di coordinare entrambi gli aspetti.
- Gli esiti degli esami devono essere restituiti dalle AULSS, direttamente all'interessato, o per il tramite del medico competente, o del medico incaricato degli aspetti sanitari dell'Ente, avendo identificato, e comunicato all'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, il nome della figura aziendale che comparirà nella lettera di comunicazione dei suddetti esiti. In ogni caso le informazioni inerenti i soggetti e gli esiti ad essi associati devono pervenire ad Azienda Zero tramite i flussi e gli applicativi predisposti.
- E' opportuno che le SS.LL si coordino con i Prefetti per sviluppare l'implementazione dello screening, sui dipendenti appartenenti alla stessa Forze dell'Ordine, in maniera contestuale ed armonica sul territorio regionale.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- I referenti aziendali dovranno fornire settimanalmente un aggiornamento del piano all'UOC Screening e VIS di Azienda Zero, secondo il format predefinito, già inviato per vie brevi ai referenti aziendali del Piano.
- Le aziende ULSS potranno considerare altre categorie da sottoporre a screening sulla base della situazione epidemiologica locale.

Infine, ad integrazione della nota prot 145027 del 04.04.2020 specifica per le RSA, conclusa la prima fase di screening condotta in parte con tamponi ed in parte con test rapidi, si ribadisce che sia per gli ospiti che per gli operatori il tampone nasofaringeo è da utilizzare come test diagnostico.

Le indicazioni contenute nella presente nota potranno essere oggetto di modifica, in base all'evoluzione della situazione epidemiologica e della disponibilità di nuovi strumenti diagnostici.

Cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
IL DIRETTORE
Dr.ssa Francesca Russo

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Allegato 1: **ESEMPIO DI INFORMATIVA PER IL TEST SIEROLOGICO RAPIDO PER LA RICERCA DEGLI ANTICORPI VERSO IL VIRUS SARS-CoV-2**

CARTA INTESTATA AZIENDALE

TEST SIEROLOGICO RAPIDO PER LA RICERCA DEGLI ANTICORPI VERSO IL VIRUS SARS-CoV-2

1. Finalità del Test sierologico.

Il nuovo coronavirus, identificato come SARS-CoV-2 ("Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2"), fa parte di una vasta famiglia di virus noti per causare malattie che vanno dal comune raffreddore a malattie più gravi come la Sindrome respiratoria mediorientale (MERS) e la Sindrome respiratoria acuta grave (SARS). La malattia provocata dal nuovo Coronavirus è denominata "COVID-19".

Il test sierologico serve ad individuare la presenza di anticorpi nel sangue dei pazienti.

Quando il virus penetra nell'organismo, il suo sistema immunitario sviluppa, dopo alcuni giorni, anticorpi diretti verso le proteine dell'involucro virale.

Le IgM (immunoglobuline di tipo M) sono gli anticorpi che compaiono 5-6 giorni dopo la contrazione del virus e scompaiono dopo circa 20 giorni o tre settimane e sono responsabili della prima risposta immunitaria dell'organismo.

Le IgG (immunoglobuline di tipo G) sono gli anticorpi che iniziano a venire prodotti dopo circa 15 giorni dalla contrazione del virus, sono indice di una passata infezione e si stima rimangano presenti nell'organismo per diverse settimane o mesi.

2. Come viene effettuato il test e tempi di refertazione.

Il test sierologico rapido consiste nel prelievo dal polpastrello di una goccia di sangue o siero, che viene posizionata su una piccola lastra contenente proteine virali, coniugate con particelle colorate e con anticorpi contro gli anticorpi IgM e IgG umane, fissate su due diverse linee.

Questo tipo di test è anche detto "test rapido", perché la risposta della presenza o meno di anticorpi si osserva dopo circa 10 minuti.

3. Risultati ottenibili con il test.

Se la linea IgM né la linea IgG non si colorano, è probabile che nel sangue non siano presenti anticorpi contro il virus, evidenziando in tal modo che non si è avuto un contatto diretto con il virus o che l'infezione sia in una fase precoce e l'organismo non abbia ancora iniziato a produrre gli anticorpi ("periodo finestra").

Se le linee IgM e IgG si colorano entrambe, è probabile che sia stata contratta la malattia e che il tampone risulti positivo.

Ogni test presenta sempre una linea aggiuntiva, utilizzata come criterio di identificazione della corretta esecuzione del test.

4. Accuratezza e limiti del test.

Con la Circolare del 03/04/2020 il Ministero della Salute ha fornito l'aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità e l'aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio. In particolare, ha fatto alcune precisazioni anche sui test sierologici definendoli come "molto importanti nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale. Diversamente, come attualmente anche l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) raccomanda, per il loro uso nell'attività diagnostica d'infezione in atto da SARS-CoV-2, necessitano di ulteriori evidenze sulle loro performance e utilità operativa. In particolare, i test rapidi basati sull'identificazione di anticorpi IgM e IgG specifici per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, secondo il parere espresso dal CTS, non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei secondo i protocolli indicati dall'OMS. Il risultato qualitativo ottenuto su un singolo campione di siero non è sufficientemente attendibile per una valutazione diagnostica, in quanto la rilevazione della presenza degli anticorpi mediante l'utilizzo dei test rapidi non è comunque indicativo di un'infezione acuta in atto, e quindi della presenza di virus nel paziente e rischio associato a una sua diffusione nella comunità. Inoltre, per ragioni di possibile cross-reattività con altri patogeni affini come altri coronavirus umani, il rilevamento degli anticorpi potrebbe non essere specifico della infezione da SARS-CoV-2. Infine, l'assenza di rilevamento di anticorpi (non ancora presenti nel sangue di un individuo per il ritardo che fisiologicamente connota una risposta umorale rispetto all'infezione virale) non esclude la possibilità di un'infezione in atto in fase precoce o asintomatica e relativo rischio di contagiosità dell'individuo".

Si raccomanda pertanto, valutati tutti gli aspetti inerenti l'esame, in particolar modo riguardo le caratteristiche di accuratezza e limiti del test, sulla base dell'esito del test comunicatomi, di porre in atto adeguate misure sociali e di utilizzare idonei Dispositivi di Protezione individuale per limitare il rischio infettivo da Sars-CoV-2 .

Azienda Zero - Prot. n. 0006627/2020 - E - 19/03/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 19 MAR. 2020 Protocollo N° 126635 Class: G.92.00.4.1 Prat. Fasc. Allegati N° vari

Oggetto: "Invio quotidiano a ISS dati decessi positivi COVID-19: cartelle cliniche e schede ISTAT" e comunicazioni codici per la codifica della SDO casi di Covid-19

Alla c.a.

Direttore Generale
Azienda Zero

SEDE

In riferimento all'oggetto, si trasmettono in allegato per opportuna informazione le note prot. n. 112502 del 10.03.2020 e 122473 del 16.03.2020.

Cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa Francesca Russo

Responsabile dell'istruttoria: Elena Verizzi
Segreteria Tel. 041-2791352

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 03/03/2020 | Protocollo n. 9348 Class. | Allegati n. /

Oggetto: istituzione gruppo di lavoro per l'analisi dell'evoluzione dell'epidemia di COVID19

Egregi Sig.ri

Dott. Manuel Zorzi
Dott.ssa Elena Narne
Dott.ssa Gisella Pitter
Dott.ssa Stefania Bellio
Dott.ssa Sarah Zornitta
Dott. Daniele Monetti
Dott.ssa Maddalena Segala
Azienda Zero

Dott.ssa Silvia Vigna
Dott. Michele Tonon
Dott. Filippo Da Re
Dott.ssa Francesca Zanella
Dott.ssa Giulia Grotto
Dott.ssa Sofia Zanovello
Area Sanità e Sociale

E p.c. Al Direttore Generale Azienda Zero
Dott.ssa Patrizia Simionato

Con la presente si comunica alle SS.LL. la nomina a componenti del gruppo di lavoro in oggetto istituito presso Azienda Zero e coordinato dal sottoscritto.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

Azienda Zero - Prot. n. 0027793/2020 - E - 24/11/2020
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 24 NOV. 2020 Protocollo N° 500030 Class: G.300.01.1 Prat. Fasc. Allegati N° 2

Oggetto: *Manuale Medici di Medicina Generale e Interventi di Sanità Pubblica in Sinergia con il SISP (Servizio di Igiene e Sanità Pubblica). Indicazioni per la gestione dei casi positivi, dei contatti di caso e dei pazienti con sintomi sospetti* e *Istruzioni Operative Portale Operatori.* Trasmissione.

Alla c.a.
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori Servizi Socio Sanitari
Direttori Distretti
Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori UOC Cure Primarie
Direttori Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
Referenti Profilassi Vaccinale e Malattie Infettive
Referenti COT
Aziende ULSS del Veneto

E p.c.

Assessore a Sanità e Servizi Sociali
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Direttore Generale Azienda Zero

Si trasmette il Manuale "*Medici di Medicina Generale e Interventi di Sanità Pubblica in Sinergia con il SISP (Servizio di Igiene e Sanità Pubblica). Indicazioni per la gestione dei casi positivi, dei contatti di caso e dei pazienti con sintomi sospetti.*" per le azioni dai Medici di Medicina generale e dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) delle Aziende ULSS previste dai provvedimenti normativi nazionali e dall'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 146 del 31 ottobre 2020.

Le presenti indicazioni prevedono una stretta cooperazione tra le attività di tracciamento e di disposizione contumaciale (isolamento e quarantena) garantite dalla Medicina Generale, prioritariamente rivolte a conviventi/familiari individuati quali contatto stretto del soggetto positivo, e quelle svolte dal SISP con finalità di completamento e di regia del contact tracing più allargato, con particolare attenzione ai contesti lavorativi e alle collettività.

Si ribadisce, per tutti gli operatori coinvolti (MMG nel Portale Operatore; SISP in software SIAVR-COVID) di garantire la registrazione di tutte le attività svolte negli applicativi predisposti, evidenziando che sono in corso e saranno perseguite tutte le possibili integrazioni applicative per assicurare la circolarità dell'informazione.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

A tal proposito si allegano le Istruzioni operative per i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziali per la registrazione degli esiti dei tamponi antigenici rapidi eseguiti, nonché l'inserimento e la gestione delle disposizioni contumaciali sul Portale Operatori raggiungibile all'indirizzo https://portaleoperatore.azero.veneto.it/LoginOperatori/login . L'attivazione del profilo per i MMG, PLS e MCA è di competenza dell'Azienda ULSS di afferenza.

Le indicazioni contenute nel "*Manuale*" e nelle "*Istruzioni operative*" potranno subire modificazioni anche in seguito all'entrata in vigore di nuove disposizioni normative nazionali e regionali. L'ultima versione aggiornata sarà disponibile all'indirizzo https://www.regione.veneto.it/emergenza-coronavirus

Con la preghiera di ampia diffusione, si porgono cordiali saluti.

DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA-LEA
UNITÀ ORGANIZZATIVA CURE PRIMARIE E
STRUTTURE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI
Il Direttore
dr.ssa *Maria Cristina Ghiotto*

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Referente dell'istruttoria:dott. Michele Tonon/mc-bs-gv
Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

MANUALE

MEDICI DI MEDICINA GENERALE E INTERVENTI DI SANITÀ PUBBLICA IN SINERGIA CON IL SISP (SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)

Indicazioni per la gestione dei casi positivi, dei contatti di caso e dei pazienti con sintomi sospetti

Rev. 01 del 23.11.2020

Le indicazioni contenute nel presente documento potranno subire modificazioni in seguito all'entrata in vigore di nuove disposizioni normative nazionali e regionali. L'ultima versione aggiornata di questo documento è disponibile all'indirizzo https://www.regione.veneto.it/emergenza-coronavirus

REGIONE DEL VENETO

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Direzione Programmazione Sanitaria - LEA,
UO Cure Primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali

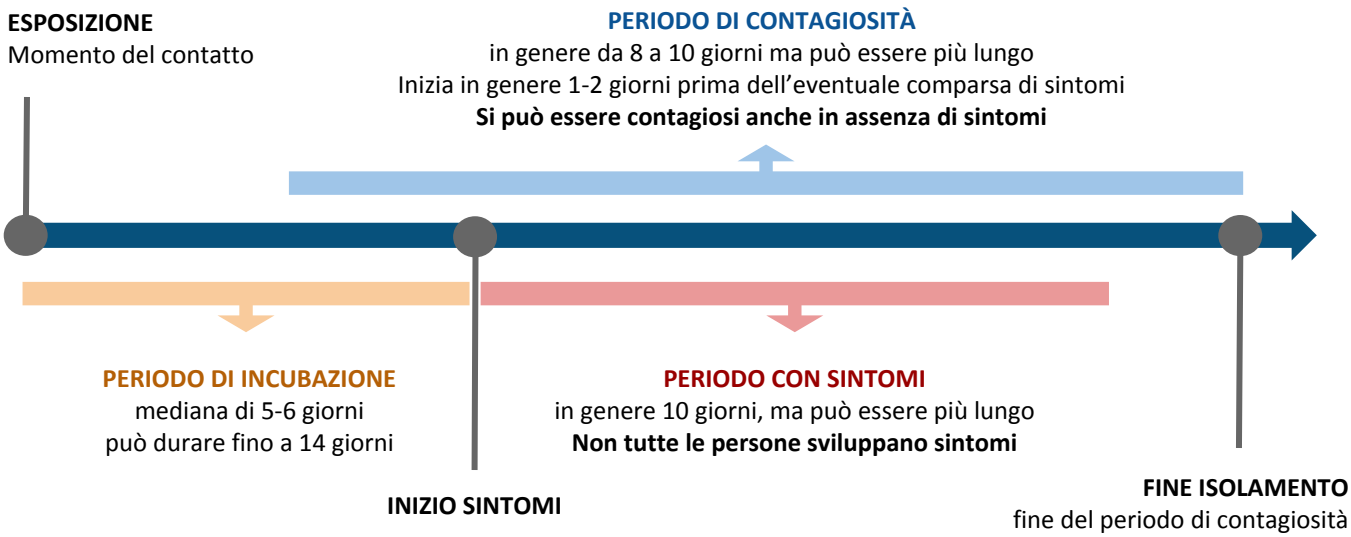
GLOSSARIO COVID-19

PERIODO DI INCUBAZIONE

Il periodo di incubazione corrisponde all'intervallo di tempo che intercorre tra l'esposizione e l'insorgenza di sintomi clinici. Le più recenti stime suggeriscono che il periodo di incubazione mediano sia da cinque a sei giorni, con un intervallo da uno a 14 giorni. Visto che la trasmissione dell'infezione è possibile anche nella fase presintomatica della malattia, la finestra di opportunità per individuare i contatti dei casi e metterli in quarantena prima che possano a loro volta diventare contagiosi è stretta: pertanto i contatti dovrebbero essere intercettati entro tre giorni dall'esposizione.

PERIODO DI CONTAGIOSITÀ

Un caso può essere contagioso già a partire dalle 48 ore precedenti la comparsa dei sintomi e fino a due settimane dopo l'inizio degli stessi. La possibile trasmissione asintomatica o presintomatica dell'infezione rappresenta una delle maggiori sfide nel contenimento della diffusione del SARS-CoV-2 e comporta la necessità di mettere tempestivamente in quarantena i contatti stretti dei casi, a prescindere dalla presenza di sintomatologia, allo scopo di impedire l'ulteriore diffusione dell'infezione.



ISOLAMENTO

Separazione delle persone contagiose (infette e/o malate) dalle altre persone, per prevenire la diffusione dell'infezione e la contaminazione degli ambienti.

QUARANTENA

Restrizione dei movimenti e separazione di persone che non sono malate ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa. L'obiettivo è monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi. Un ulteriore obiettivo è evitare la trasmissione asintomatica dell'infezione.

L'**isolamento** dei casi positivi e la **quarantena** dei loro contatti sono **misure di sanità pubblica fondamentali**, che evitano l'insorgenza di casi secondari e **interrompono le catene di trasmissione**.

COVID-19

La **SINERGIA** tra l'attività di tracciamento dei contatti e di disposizione contumaciale (isolamento e quarantena):

- **MEDICINA GENERALE**, prioritariamente per il soggetto positivo e i suoi conviventi/familiari;
- **SISP**, inchiesta allargata (es. contesti lavorativi e collettività) e regia del contact tracing.

CONTATTO STRETTO

Definizione di contatto stretto (esposizione ad alto rischio):

CHI?

- persona che **vive nella stessa casa** di un caso COVID-19;
- persona che **ha avuto un contatto fisico diretto** con un caso COVID-19 (es. stretta di mano);
- persona che ha avuto un **contatto diretto non protetto con le secrezioni** di un caso COVID-19 (es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- persona che ha avuto un **contatto diretto (faccia a faccia)** con un caso COVID-19, a **distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;**
- persona che si è trovata in un **ambiente chiuso** (es. aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 **in assenza di DPI idonei;**
- operatore sanitario o altra persona che fornisce **assistenza diretta a**d un caso COVID-19 oppure **personale di laboratorio** addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 **senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei**;
- persona che ha **viaggiato** seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto **entro due posti in qualsiasi direzione** rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

NB: Il Medico o l'Operatore di Sanità Pubblica, sulla base di valutazioni individuali del rischio, può ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.

QUANDO?

Periodo di riferimento temporale per definire il contatto stretto a rischio:

Da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi (se il caso positivo per COVID-19 è sintomatico) o della data di esecuzione del test risultato positivo (se il caso positivo per COVID-19 è asintomatico) fino alla data di inizio dell'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto positivo.

Il CONTATTO STRETTO è SOLO chi ha avuto un CONTATTO CON UN SOGGETTO POSITIVO a SARS-CoV-2

Per le persone che hanno avuto un contatto con i soggetti individuati come contatti stretti di un caso positivo non è prevista quarantena né esecuzione di test diagnostico, fino a che i contatti stretti del caso non risultino eventualmente positivi.

Esempio: Marco è positivo. Franco ha avuto un contatto stretto con Marco. Luca non ha mai visto Marco ma ha avuto un contatto stretto con Franco → Luca non è considerato un contatto e non è sottoposto a tampone e quarantena a meno che Franco non diventi positivo a sua volta.

Immagini tratte da Freepik

COSA FA IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE SE...

UN SUO ASSISTITO RISULTA POSITIVO AL TEST ANTIGENICO RAPIDO (O DI BIOLOGIA MOLECOLARE) PER SARS-CoV-2

SOGGETTO POSITIVO

- Dispone, utilizzando il Portale Operatori dedicato, il provvedimento formale di isolamento domiciliare fiduciario con una durata iniziale di 10 giorni dalla data di insorgenza dei sintomi (se il caso positivo è sintomatico) o dalla data di esecuzione del test (antigenico rapido o di biologia molecolare) risultato positivo (se il caso positivo è asintomatico) e prescrive un test di biologia molecolare al termine dell'isolamento (pagina 4).
- Se necessario, rilascia il certificato INPS di malattia.
- Raccomanda al soggetto di attenersi alle misure igienico-comportamentali previste per il periodo di isolamento domiciliare fiduciario (pagina 7).
- Prende in carico il soggetto positivo, secondo flow-chart riportata (pagina 4).

CONVIVENTI

- Dispone, utilizzando il Portale Operatori dedicato, il provvedimento formale di quarantena con una durata di 10 giorni dalla data dell'ultimo contatto con il caso positivo e prescrive (o esegue direttamente) un test antigenico rapido ad inizio quarantena ed un test antigenico rapido al 10° giorno di quarantena. La **durata** della quarantena **è di 10 giorni indipendentemente dall'eventuale esito negativo del test eseguito all'inizio della stessa**.
- Se necessario, procede a rilasciare il certificato INPS di malattia (codice V29).
- Raccomanda ai conviventi di attenersi alle misure igienico-comportamentali previste per il periodo di quarantena (pagina 7).
- Prende in carico i conviventi, se propri assistiti, secondo flow-chart riportata (pagina 6).

N.B. La disposizione di quarantena per i conviventi che non siano propri assistiti, deve avvenire registrandone il nominativo nel Portale Operatori dedicato e comunicandolo agli interessati, i quali dovranno in ogni caso rivolgersi al proprio MMG per richiedere il certificato INPS di malattia, se necessario (codice V29).

ALTRI CONTATTI STRETTI

- Richiede la collaborazione del soggetto positivo nell'individuazione dei suoi contatti stretti e lo invita a comunicare ai soggetti individuati di rivolgersi al proprio Medico curante.
- Per i contatti stretti non suoi assistiti, registra comunque il nominativo e il relativo recapito nel Portale Operatori dedicato.
- Per i contatti stretti suoi assistiti, procede come riportato per i "conviventi".

***INTEGRAZIONE CON I SISP** - La comunicazione dell'esito dei test e dei provvedimenti contumaciali è gradualmente assicurata dall'integrazione dei flussi informativi tra "Portale Operatori" (in uso al MMG) e sistema regionale SIAVr (in uso al SISP).*

Immagini tratte da Freepik

SOGGETTO POSITIVO A SARS-CoV-2

al test antigenico rapido (o di biologia molecolare)

10 GIORNI DI ISOLAMENTO PER IL SOGGETTO POSITIVO
SOGGETTO ASINTOMATICO: A PARTIRE DALLA DATA DI ESECUZIONE DEL TEST RISULTATO POSITIVO
SOGGETTO SINTOMATICO: A PARTIRE DALLA DATA DI COMPARSA DEI SINTOMI

10 GIORNI DI QUARANTENA PER CONVIVENTI E CONTATTI STRETTI
A PARTIRE DALLA DATA DELL'ULTIMO CONTATTO CON IL CASO POSITIVO A SARS-CoV-2

*I provvedimenti di isolamento e quarantena vanno **avviati immediatamente a partire dalla positività al test antigenico rapido****

MONITORAGGIO DEL DECORSO CLINICO

Il Medico valuta se effettuare la sorveglianza passiva (il paziente auto-monitora le proprie condizioni cliniche e contatta il Medico in caso di necessità) o la sorveglianza attiva con telefonata quotidiana, da garantire sempre per i soggetti poco complianti o a maggior rischio di complicanze (es. soggetti fragili, soli o non autosufficienti, ecc.). Per la gestione clinica del paziente, il Medico può avvalersi della collaborazione dei Medici delle USCA quando ritenuto necessario.

TEST DI BIOLOGIA MOLECOLARE DI FINE ISOLAMENTO
TEST PROGRAMMATO **IN OGNI CASO NON PRIMA DEL 10° GIORNO E SOLO SE IL SOGGETTO È IN PIENO BENESSERE CLINICO** (FATTA ECCEZIONE PER AGEUSIA/DISGEUSIA E ANOSMIA) **DA ALMENO 3 GIORNI**

POSITIVO

ISOLAMENTO PER ALTRI 7 GIORNI E SUCCESSIVAMENTE RIPETIZIONE DEL TEST DI BIOLOGIA MOLECOLARE

NEGATIVO

POSITIVO

L'ISOLAMENTO PROSEGUE ALMENO FINO AL 21° GIORNO E TERMINA SOLO SE IL SOGGETTO È ASINTOMATICO DA ALMENO 7 GIORNI (FATTA ECCEZIONE PER AGEUSIA/DISGEUSIA E ANOSMIA CHE POSSONO PERDURARE PIÙ A LUNGO)**

TERMINE DELL'ISOLAMENTO

** Il test antigenico rapido positivo va confermato con test di biologia molecolare; in caso di negatività al test di biologia molecolare di conferma saranno interrotti i provvedimenti di isolamento e quarantena.*

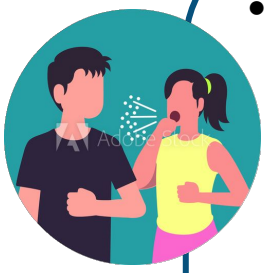
*** Casi positivi a lungo termine: il termine dell'isolamento andrà valutato dal Medico tenendo conto dello stato immunitario delle persone interessate poiché nei pazienti immunodepressi il periodo di contagiosità può essere prolungato.*

Immagini tratte da Freepik

COSA FA IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE SE...

UN SUO ASSISTITO RIFERISCE UN CONTATTO CON UN SOGGETTO CON TEST ANTIGENICO RAPIDO (O DI BIOLOGIA MOLECOLARE) POSITIVO A SARS-CoV-2

SOGGETTO CHE HA AVUTO UN CONTATTO CON UN POSITIVO

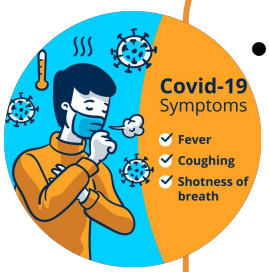


- Definisce se il contatto rientra nella definizione di contatto stretto.
- Se il contatto rientra nella definizione di contatto stretto, dispone, utilizzando il Portale Operatori dedicato, il provvedimento formale di quarantena con una durata di 10 giorni dalla data dell'ultimo contatto con il caso positivo e prescrive (o esegue direttamente) un test antigenico rapido ad inizio quarantena ed un test antigenico rapido al 10° giorno di quarantena. La **durata** della quarantena **è di 10 giorni indipendentemente dall'eventuale esito negativo del test eseguito all'inizio della stessa**.
- Se necessario, procede a rilasciare il certificato INPS di malattia (codice V29).
- Raccomanda al soggetto di attenersi alle misure igienico-comportamentali previste per il periodo di quarantena (pagina 7).
- Prende in carico il contatto di caso positivo, secondo flow-chart riportata (pagina 6).

COSA FA IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE SE...

UN SUO ASSISTITO PRESENTA SINTOMI SOSPETTI PER COVID-19

SOGGETTO CON SINTOMI SOSPETTI



- Prescrive (o esegue direttamente) il **test diagnostico,** prevedendo prioritariamente l'utilizzo del **test antigenico rapido**.
- In caso di test con **esito negativo**:
  - in presenza di forte sospetto clinico, prescrive il test di biologia molecolare o ripete il test antigenico rapido;
  - decide il percorso diagnostico-terapeutico più opportuno ed invita il soggetto a rimanere a casa e ad auto-isolarsi il più possibile da eventuali conviventi.
- In caso di test con **esito positivo**, prende in carico il caso positivo, secondo le indicazioni per la gestione di un assistito positivo e dei relativi conviventi e contatti stretti (pagina 3).

INTEGRAZIONE CON I SISP *- La comunicazione dell'esito dei test e dei provvedimenti contumaciali è gradualmente assicurata dall'integrazione dei flussi informativi tra "Portale Operatori" (in uso al MMG) e sistema regionale SIAVr (in uso al SISP).*

Immagini tratte da Freepik

SOGGETTO CHE HA AVUTO UN

CONTATTO STRETTO CON UN CASO POSITIVO A SARS-CoV-2

al test antigenico rapido (o di biologia molecolare)

10 GIORNI DI QUARANTENA
A PARTIRE DALLA DATA DELL'ULTIMO CONTATTO CON IL CASO POSITIVO A SARS-CoV-2

*I provvedimenti di isolamento e quarantena vanno **avviati immediatamente a partire dalla positività al test antigenico rapido** del caso positivo**

SOGGETTO SINTOMATICO/PAUCISINTOMATICO/ASINTOMATICO

TEST ANTIGENICO RAPIDO AD INIZIO QUARANTENA

POSITIVO*

CASO CONFERMATO (flow-chart pagina 4)

NEGATIVO**

PROSECUZIONE DELLA QUARANTENA E MONITORAGGIO DEL DECORSO CLINICO

Il Medico valuta se effettuare la sorveglianza passiva (il paziente auto-monitora le proprie condizioni cliniche e contatta il Medico in caso di necessità) o la sorveglianza attiva con telefonata quotidiana, da garantire sempre per i soggetti poco complianti o a maggior rischio di complicanze (es. soggetti fragili, soli o non autosufficienti, ecc.).

SE COMPAIONO SINTOMI

SE NON COMPAIONO SINTOMI

TEST ANTIGENICO RAPIDO

POSITIVO*

CASO CONFERMATO (flow-chart pagina 4)

NEGATIVO**

PROSECUZIONE DELLA QUARANTENA

TEST ANTIGENICO RAPIDO DI FINE QUARANTENA AL 10° GIORNO

IN ASSENZA DEL TEST DI FINE QUARANTENA AL 10° GIORNO: PROLUNGAMENTO DELLA QUARANTENA FINO AL 14° GIORNO

POSITIVO*

CASO CONFERMATO (flow-chart pagina 4)

NEGATIVO

MONITORAGGIO DEL DECORSO CLINICO

Il Medico valuta se attivare la sorveglianza attiva o passiva

SE COMPAIONO SINTOMI

SE NON COMPAIONO SINTOMI

TERMINE DELLA QUARANTENA

** Il test antigenico rapido positivo va confermato con test di biologia molecolare; in caso di negatività al test di biologia molecolare di conferma saranno interrotti i provvedimenti di isolamento e quarantena.*

*** L'utilizzo del test antigenico rapido è preferibile. In caso di negatività al test rapido e in presenza di un forte sospetto clinico per sintomatologia severa e/o persistente e/o altamente suggestiva di COVID-19, è indicato eseguire un test di biologia molecolare di conferma o, in alternativa, ripetere il test antigenico a distanza di uno o più giorni.*

Immagini tratte da Freepik

COSA DEVO FARE SE SONO IN **ISOLAMENTO** o IN **QUARANTENA**

È IMPORTANTE RISPETTARE LE SEGUENTI REGOLE PER EVITARE DI CONTAGIARE I PROPRI CARI E METTERE IN PERICOLO LA COMUNITÀ

- **NON USCIRE DI CASA**, eccetto che per gli spostamenti necessari all'eventuale esecuzione del test prescritto dal Medico o Operatore di Sanità Pubblica o per recarsi al Pronto Soccorso, in caso di insorgenza di sintomi gravi (es. difficoltà a respirare).
- **NON RICEVERE VISITE** fino al termine del periodo di isolamento e/o quarantena.

- **Monitorare quotidianamente eventuali sintomi** presenti e misurare due volte al giorno la temperatura corporea.
- Se vivi con altre persone, devi **rimanere in una stanza singola** e adeguatamente aerata, e dormire da solo/a. Cerca di stare il più possibile isolato, utilizzando, se a disposizione, un bagno a tuo uso esclusivo.
- Se sei obbligato ad utilizzare un ambiente in comune (es. cucina, bagno) ricorda di farlo in assenza dei tuoi conviventi e indossando una mascherina chirurgica. Assicurati che **le stanze che utilizzi siano ben ventilate** e fai molta attenzione alla disinfezione delle superfici che utilizzi e tocchi con prodotti a base di cloro attivo 0.5% oppure con alcool a 70%.
- **Evita ogni possibile condivisione di oggetti** di uso comune (es. lenzuola, asciugamani, etc.).
- Lava la biancheria che utilizzi in lavatrice ad almeno 60° per trenta minuti, usando un comune detersivo, separatamente da quella del resto della famiglia.
- Se ricevi assistenza, **la persona incaricata di assisterti deve indossare una mascherina chirurgica monouso** e mantenere, quando possibile, una distanza interpersonale di almeno un metro, evitando ogni contatto diretto. Se l'assistenza prevede contatto con secrezioni corporee è necessario l'utilizzo dei guanti monouso.

- La mascherina chirurgica, gli altri dispositivi di protezione individuale utilizzati da te e da chi ti assiste e i **rifiuti** prodotti (es. fazzoletti usati, ecc.) devono essere eliminati in un doppio sacco impermeabile in pattumiera chiusa con apertura a pedale, seguito dal lavaggio delle mani.

Immagini tratte da Freepik

COSA DEVE FARE IL MEDICO DI MEDICINA GENERALE SE...

➔ **Quando può terminare la quarantena un convivente di un soggetto positivo a SARS-CoV-2?**
Se l'isolamento del positivo e la quarantena del convivente sono svolti nel rigoroso rispetto delle raccomandazioni di cui a pagina 7, la quarantena per il convivente ha una durata di 10 giorni dalla data dell'ultimo contatto con il soggetto positivo e termina alla ricezione dell'esito negativo del test antigenico rapido eseguito al 10° giorno di quarantena, indipendentemente dalla eventuale persistenza di positività del soggetto positivo.

➔ **Se un soggetto positivo a SARS-CoV-2 risulta negativo al test di biologia molecolare eseguito al termine del periodo di isolamento, può ritornare alla normale vita di comunità anche se vive con un soggetto positivo che, al contrario, non si è ancora negativizzato?**
Sì, se l'isolamento è svolto nel rigoroso rispetto delle raccomandazioni di cui a pagina 7.

➔ **Il mio assistito è positivo a SARS-CoV-2 o riferisce un contatto con un caso positivo a SARS-CoV-2 E frequenta una collettività (scolastica, aziendale, ecc.). Di che cosa mi devo occupare?**
La gestione dei casi positivi e dei contatti di caso positivo ristretta all'ambito familiare così come delineata nel presente documento, è di competenza del MMG. Il SISP prende in carico gli interventi di sanità pubblica necessari per il contenimento e controllo della trasmissione di SARS-CoV-2 nelle comunità - fuori dal contesto dei conviventi/familiari - intervenendo con particolare attenzione e priorità sulle collettività frequentate dal positivo (scuola, azienda, contesti ricreativi, etc.).

➔ **Quando devo immettere il codice di esenzione 5G1?**
La prescrizione del test di biologia molecolare e del test antigenico rapido può essere fatta su ricetta dematerializzata utilizzando i codici di prestazione previsti nel Nomenclatore Tariffario Regionale "91.12.1_0 VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (PREVIA RT-PCR) (Inclusa estrazione, amplificazione, rivelazione)" specificando nel campo quesito diagnostico "tampone per ricerca SARS-CoV-2" e "91.12.6 TEST RAPIDO PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE SARS-COV-2". L'immissione del codice di esenzione 5G1 in fase di prescrizione dei test, estesa ai MMG ed ai PLS, è da utilizzare quando il test è prescritto in accordo con le indicazioni riportate nel presente documento e con la finalità di tutela della salute collettiva (DGR n. 567 del 5.5.2020 e DGR n. 1407 del 16.9.2020).

➔ **Chi comunica alle Autorità preposte i provvedimenti contumaciali disposti dal MMG?**
Il SISP provvede a trasmettere alle Autorità preposte (Prefettura e Comune) l'elenco dei soggetti sottoposti alle misure contumaciali per gli adempimenti di competenza, anche attraverso la raccolta delle informazioni inserite nel Portale Operatori.

➔ **Se inserisco una disposizione contumaciale sul Portale Operatori, quali altri adempimenti devo seguire per il Certificato di Malattia INPS o Certificato medico INAIL ?**
Al momento non è prevista la trasmissione automatica di questi certificati ai rispettivi enti; preso atto della sussistenza di un provvedimento contumaciale emesso dal Medico stesso è necessario comunque seguire le procedure per la trasmissione che la normativa prevede.

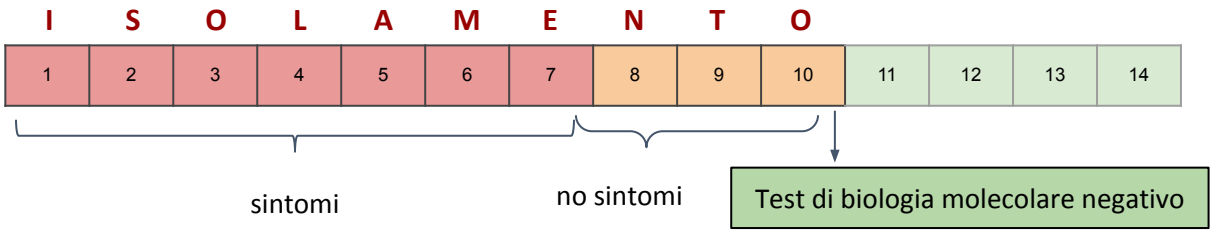
➔ **Il mio assistito, genitore lavoratore dipendente (NO genitore lavoratore autonomo, NO genitore iscritto alla Gestione separata), necessita di astenersi dal lavoro in corrispondenza del periodo di quarantena del figlio convivente e minore di 14 anni, a seguito di contatto verificatosi all'interno del plesso scolastico, come posso procedere?**
L'articolo 5 del decreto-legge 8 settembre 2020, n.111, ha introdotto, a favore dei genitori lavoratori dipendenti, un congedo indennizzato (c.d. congedo COVID-19 per quarantena scolastica dei figli). Per maggiori informazioni si rimanda alla Circolare INPS n. 116 del 2.10.2020.

Immagini tratte da Freepik

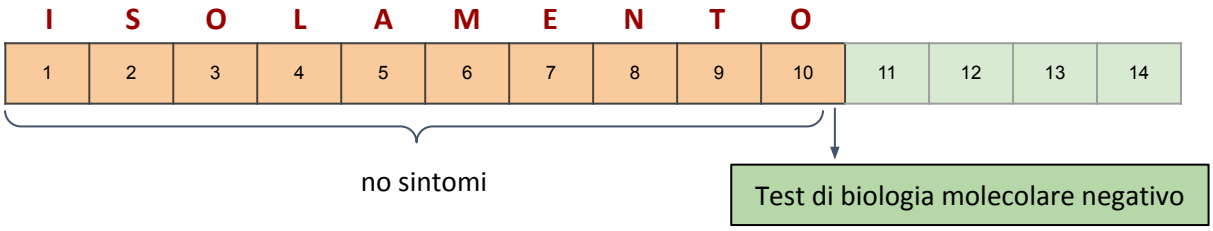
INDICAZIONI PER LA DURATA ED IL TERMINE DELL'ISOLAMENTO E DELLA QUARANTENA

PERSONA POSITIVA A SARS-CoV-2

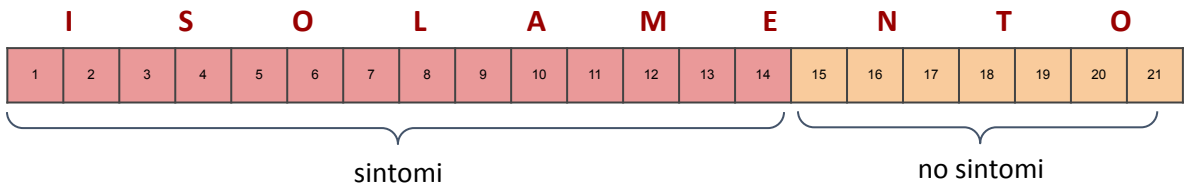
Persona positiva sintomatica: isolamento per 10 giorni (di cui almeno 3 senza sintomi) + test di biologia molecolare negativo (se positivo, isolamento per ulteriori 7 giorni e successivamente ripetizione del test).



Persona positiva asintomatica: isolamento per 10 giorni + test biologia molecolare negativo (se positivo, isolamento per ulteriori 7 giorni e successivamente ripetizione del test).



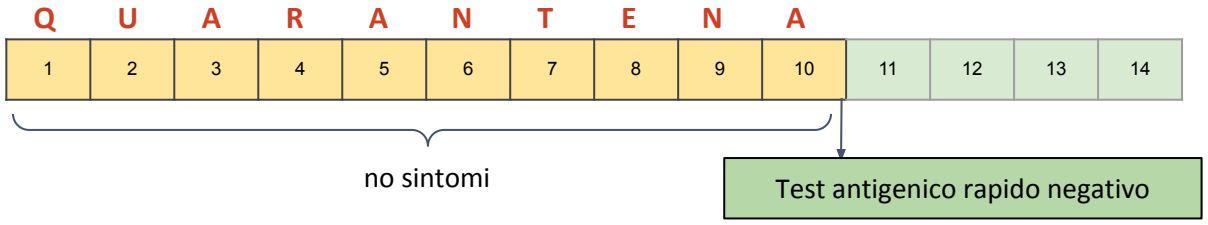
Persona che, pur non presentando sintomi, continua a risultare positiva al test di biologia molecolare: isolamento per 21 giorni (di cui almeno 7 senza sintomi). L'isolamento termina su valutazione del Medico.



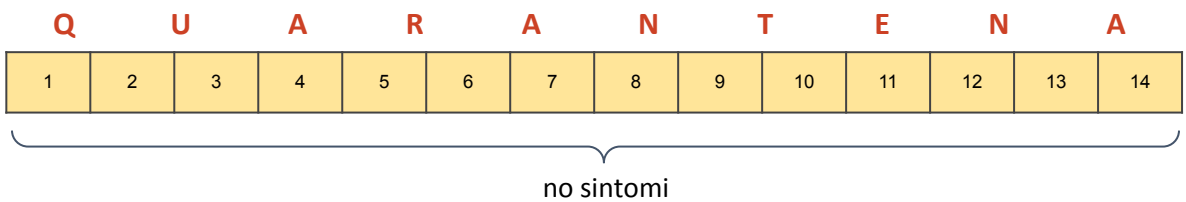
PERSONA CHE HA AVUTO UN CONTATTO CON UN POSITIVO A SARS-CoV-2

Persona asintomatica che ha avuto un contatto stretto con un positivo: due possibili alternative

➔ Quarantena di 10 giorni: conclusione solo in seguito alla ricezione di esito negativo di un test antigenico rapido eseguito al 10° giorno.

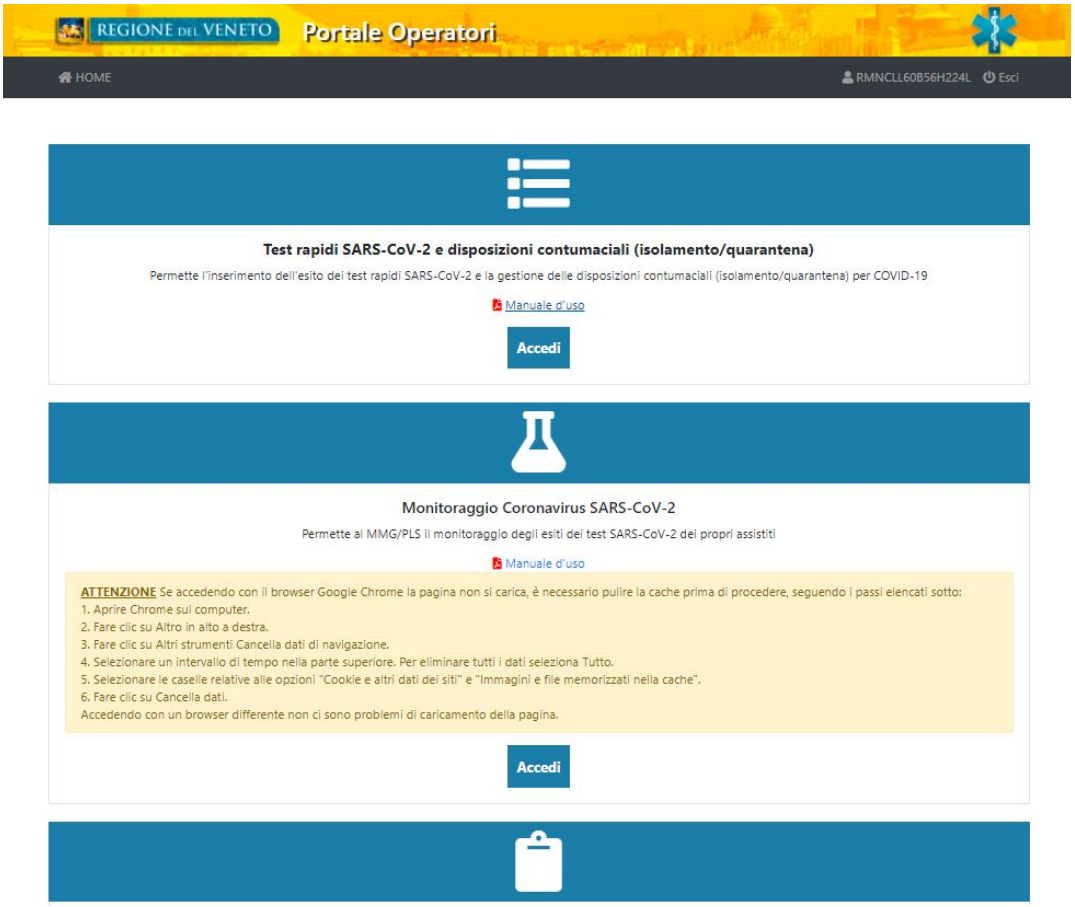


➔ Quarantena di 14 giorni: conclusione dopo 14 giorni di quarantena senza esecuzione di test.



ISTRUZIONI OPERATIVE PORTALE OPERATORI

per la Registrazione degli esiti dei Test antigenici rapidi e per le Attività di Sanità Pubblica dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale



Rev. 01 del 23.11.2020

Le indicazioni contenute nel presente documento potranno subire modificazioni in seguito all'evoluzione del Sistema informativa e all'entrata in vigore di nuove disposizioni normative nazionali e regionali.

L'ultima versione aggiornata di questo documento è disponibile all'indirizzo https://www.regione.veneto.it/emergenza-coronavirus

Profilo: Medico di Medicina Generale, Pediatra di Libera Scelta, Medico di Continuità Assistenziale

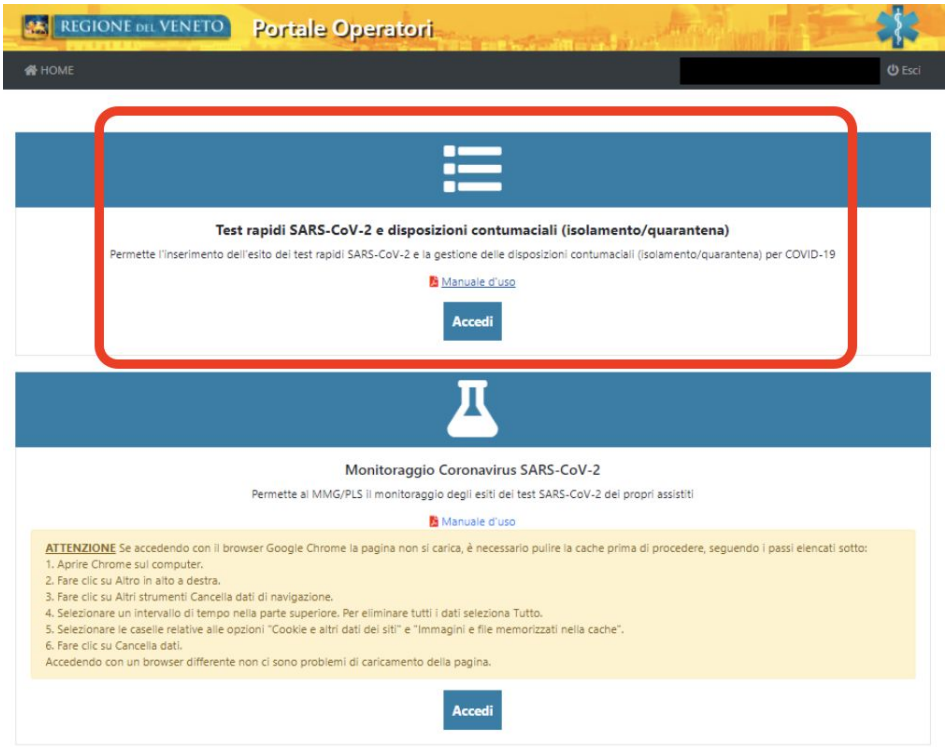
SOMMARIO

1- ESECUZIONE E REGISTRAZIONE TEST RAPIDO ANTIGENICO **3**
ESITO NEGATIVO 5
ESITO POSITIVO, con inserimento del relativo provvedimento di isolamento 6
ESITO INDETERMINATO 8

2- DISPOSIZIONI CONTUMACIALI: ISOLAMENTO E QUARANTENA **9**
ISOLAMENTO DI UN CASO POSITIVO 9
QUARANTENA DI UN CONTATTO STRETTO 13

ACCESSO ALLA SEZIONE DEDICATA

Per entrare nella sezione dedicata alla *Registrazione degli esiti dei Test antigenici rapidi* e alle *Attività di Sanità Pubblica dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale* dalla pagina iniziale del **Portale Operatori,** dopo il login, selezionare ***Accedi*** alla voce "**Test rapidi SARS-CoV-2 e disposizioni contumaciali (isolamento/quarantena)**"

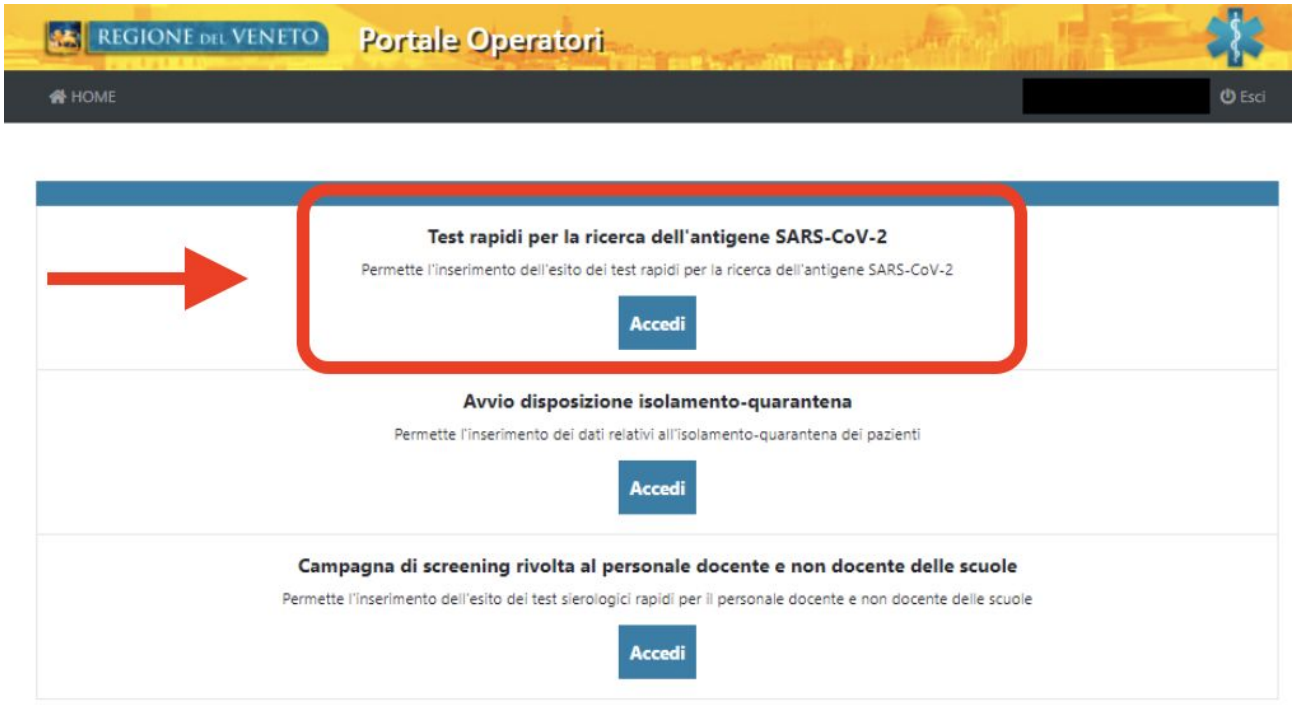


Il **Portale Operatori** è raggiungibile all'indirizzo:

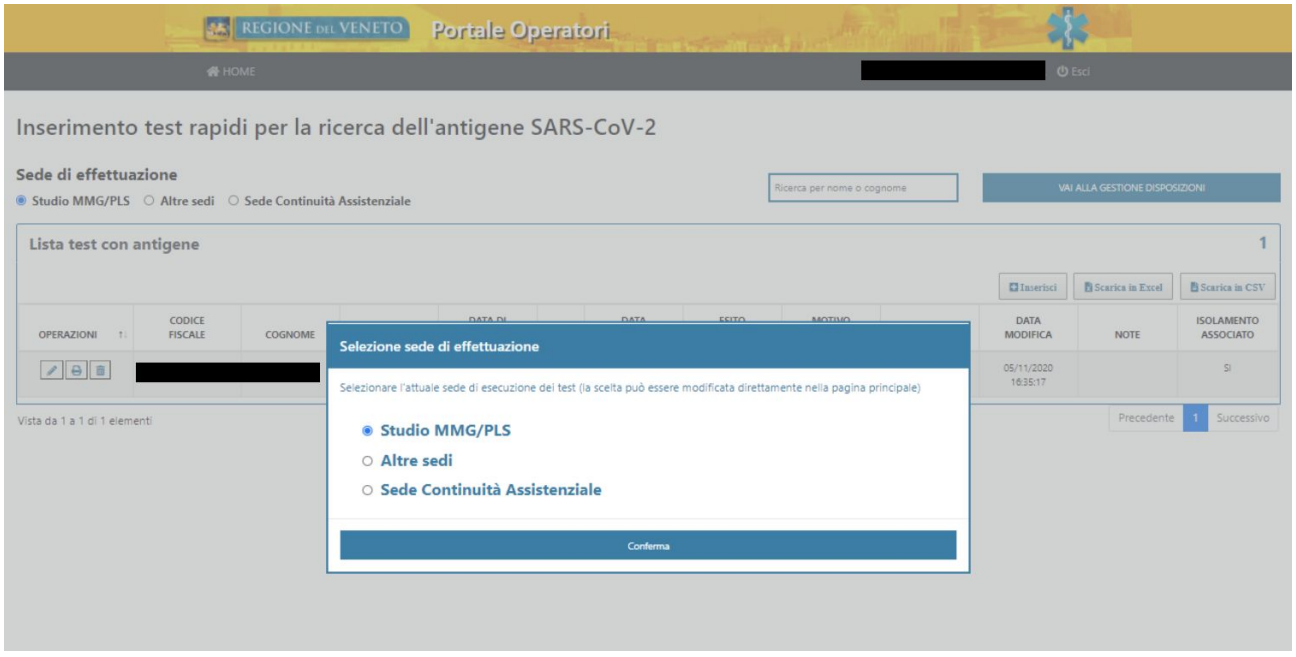
https://portaleoperatore.azero.veneto.it/LoginOperatori/login

1- ESECUZIONE E REGISTRAZIONE TEST RAPIDO ANTIGENICO

Dalla pagina iniziale del Portale Operatori selezionare ***Accedi*** alla voce "**Test rapidi per la ricerca dell'antigene SARS-CoV-2**"



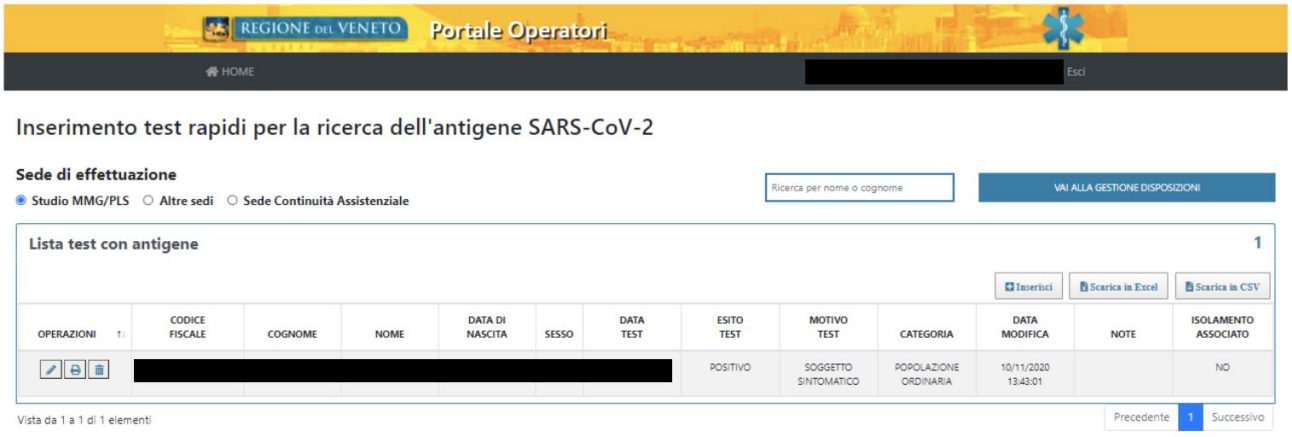
All'apertura di ogni sessione giornaliera viene chiesto di selezionare la **Sede di effettuazione** dei test, scegliendo tra **Studio MMG/PLS**, **Altre sedi**, **Sede Continuità Assistenziale**.



Nel caso il MMG o PLS, secondo quanto previsto dal Protocollo di Intesa, effettui i tamponi antigenici presso il proprio studio selezionare **Studio MMG/PLS;** nel caso i tamponi invece siano eseguiti presso una sede messa a disposizione dalle Aziende ULSS, dalla Protezione Civile, dal Comune, da altre Istituzioni o in sedi comunque diverse dal proprio Studio Medico selezionare **Altre sedi;** per i soli Medici di Continuità Assistenziale che effettuano personalmente i tamponi selezionare **Sede Continuità Assistenziale.** Dopo aver selezionato la voce corretta, cliccare su **Conferma** per registrare il valore. Durante la sessione è possibile comunque modificare la sede di effettuazione dei test.

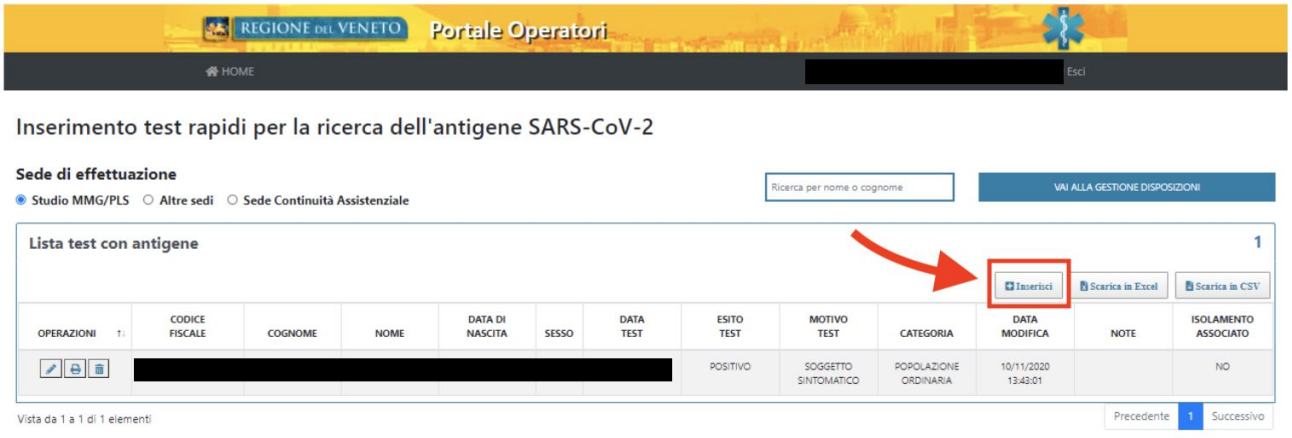
NB: In questo applicativo <u>NON vanno inseriti</u> i test antigenici rapidi che NON siano eseguiti secondo quanto previsto dal Protocollo di Intesa approvato in Comitato Regionale o che siano eseguiti da altre strutture sanitarie.

Dopo aver selezionato la **Sede di effettuazione** per la sessione, è visualizzata la lista dei test antigenici rapidi già inseriti, l'esito ed il relativo provvedimento contumaciale se registrato.



Nuovo inserimento

Per inserire un nuovo test, è sufficiente cliccare sul pulsante "**+ Inserisci**" che apre una maschera specifica di inserimento.

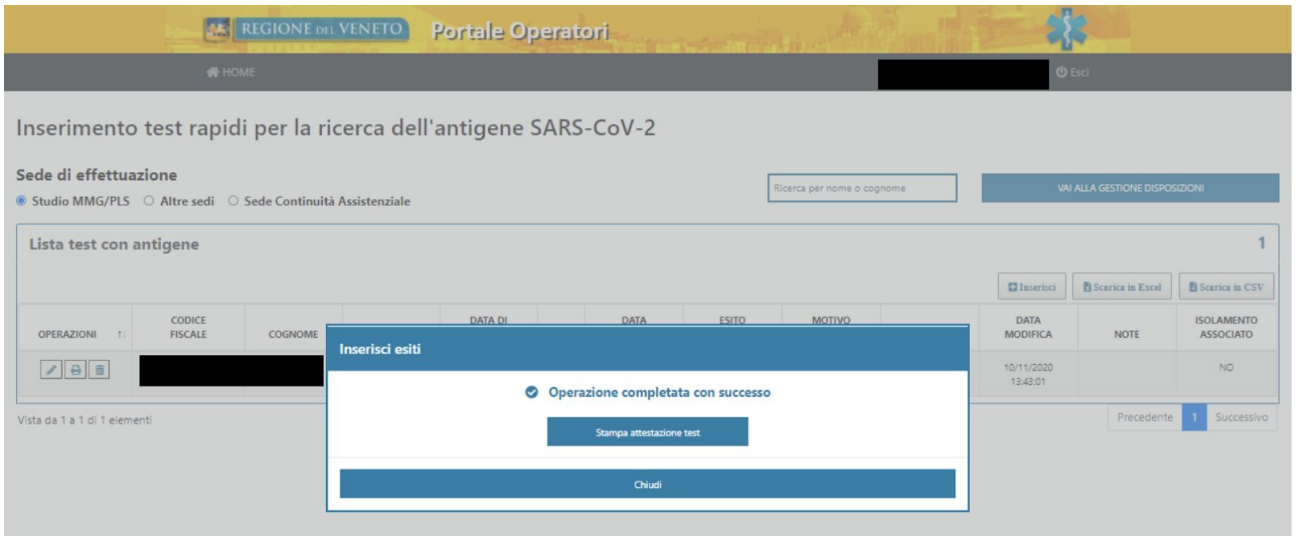


Tre sono gli esiti che è possibile registrare: **Negativo**, **Positivo**, **Indeterminato**, di seguito riportati.

A. ESITO NEGATIVO

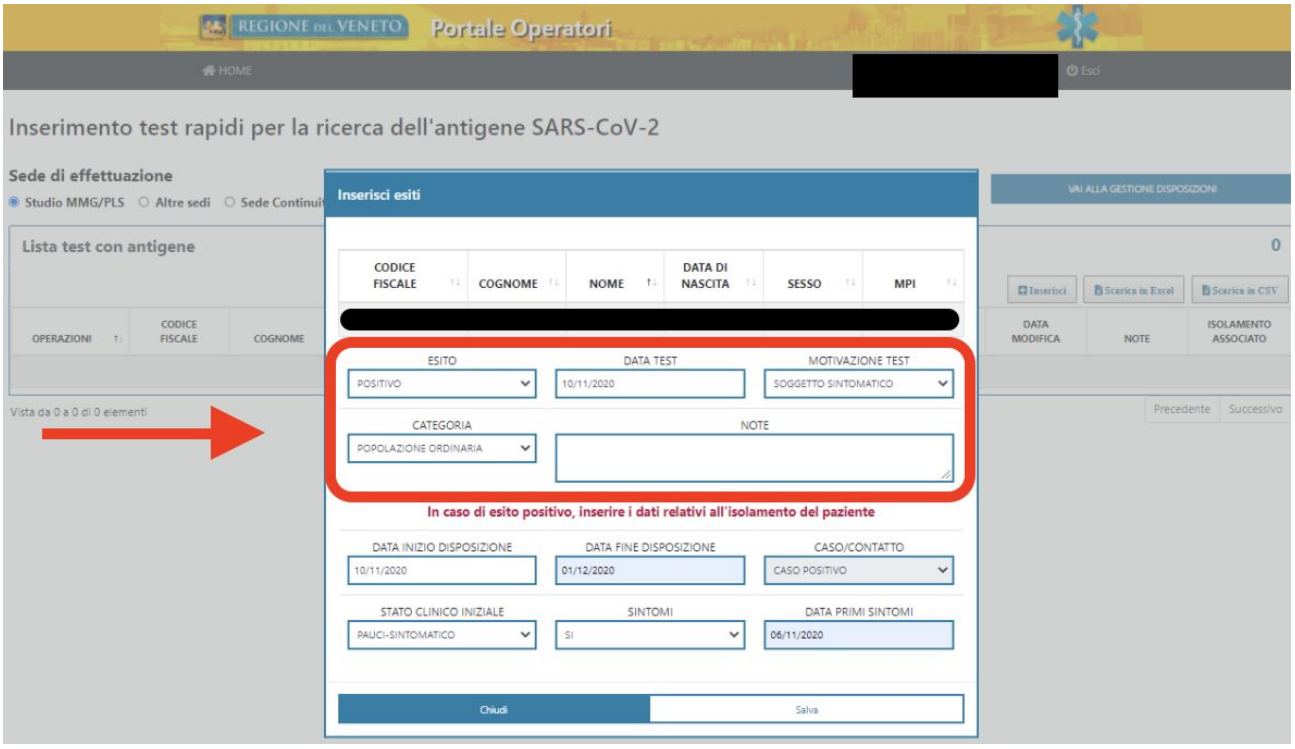
Nel caso si voglia registrare un esito **NEGATIVO** oltre alla **Data** di esecuzione del test è necessario inserire la **Motivazione del test** e la **Categoria** della popolazione a cui appartiene il soggetto. Nel campo Note è possibile inserire eventuali integrazioni.

Al termine della registrazione dopo aver salvato l'esito è visualizzato un messaggio di conferma ed è possibile stampare direttamente l'attestazione del test cliccando su **Stampa attestazione test**, per proseguire chiudere la maschera.



B. ESITO POSITIVO, con inserimento del relativo provvedimento di isolamento

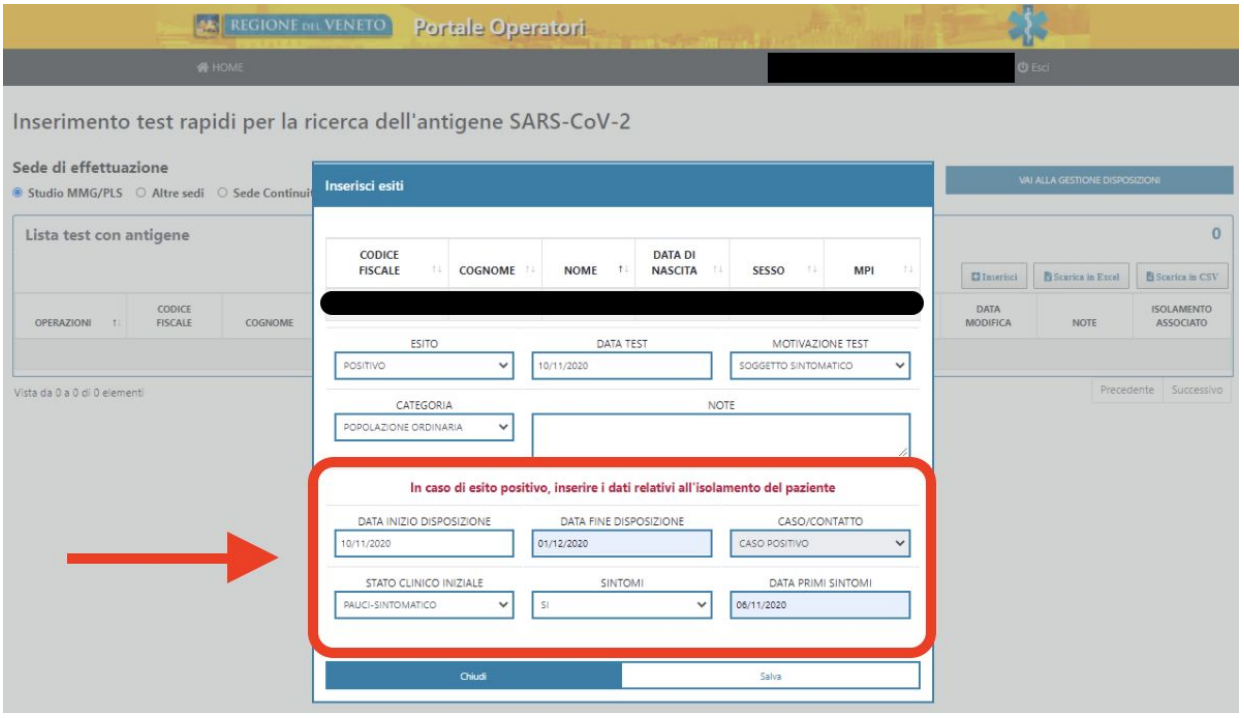
Per la registrazione di un test con esito **POSITIVO,** selezionare l'esito ed inserire la **Data del test**, la **Motivazione** del test e la **Categoria** della popolazione a cui appartiene il soggetto.



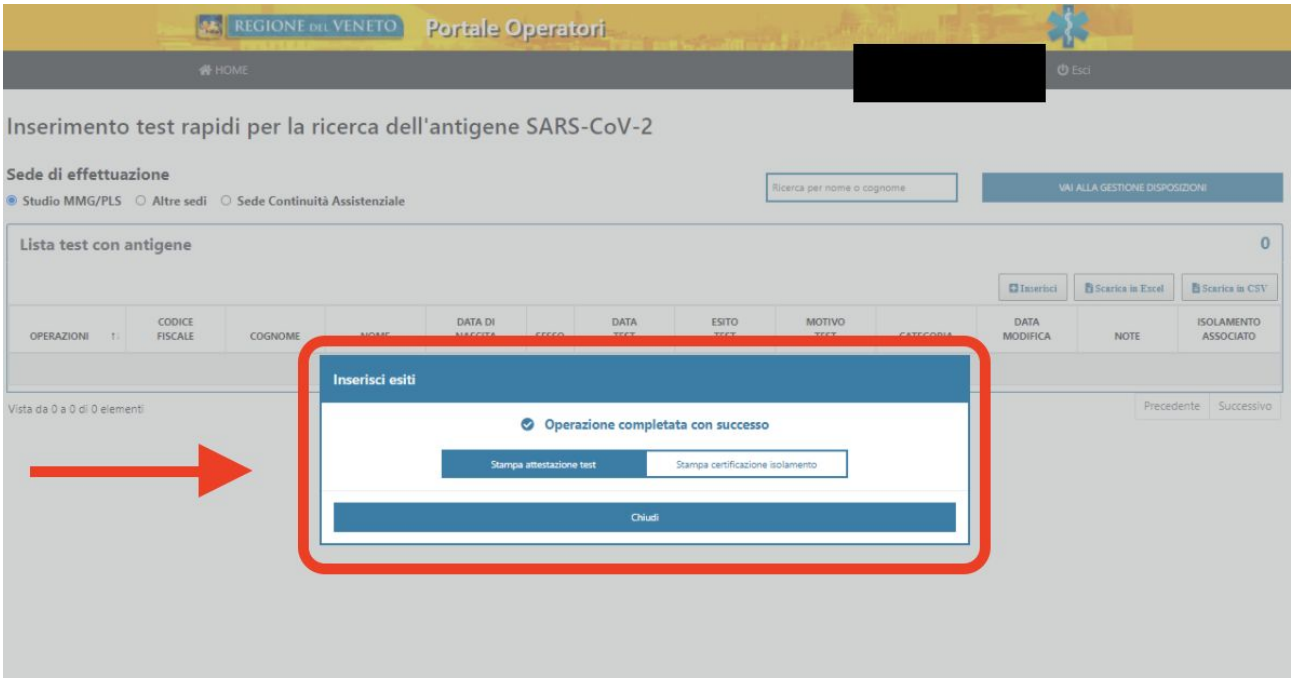
A seguito dell'inserimento di un esito **POSITIVO** dovrà essere inserito obbligatoriamente anche il provvedimento di isolamento del paziente, possibile attraverso i campi che compariranno automaticamente.

Per registrare correttamente il provvedimento contumaciale di **isolamento** è necessario inserire:

- la **Data di inizio disposizione;**
- la **Data di fine disposizione** (inizialmente è possibile prevedere il fine isolamento dopo 10 gg + 2 gg. per l'esecuzione e la refertazione del tampone molecolare negativo, da eseguire con il soggetto asintomatico almeno da tre giorni);
- lo **Stato clinico iniziale** selezionando tra **ASINTOMATICO, PAUCI-SINTOMATICO**, **LIEVE** e **SEVERO;**
- se presenti sintomi, la **Data dei primi sintomi.**



Dopo il salvataggio dell'esito è possibile stampare sia l'**Attestazione del Test** che la **Certificazione di Isolamento**.



NB: attualmente le certificazioni sono automaticamente trasmesse al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente che visualizza le disposizioni contumaciali emesse da MMG, PLS e MCA nell'applicativo SIAVr.

I SISP provvedono ad ottemperare ai compiti loro in capo (comunicazione alle Autorità competenti, trasmissione elenchi a Prefettura, Sindaco, etc.) secondo quanto già previsto.

Non è invece disponibile la funzionalità che a seguito della registrazione dell'esito positivo o della disposizione di isolamento nel Portale Operatori produca automaticamente, e lo invii ai rispettivi enti, il Certificato di Malattia INPS o il Certificato medico di infortunio INAIL. Il Medico deve per questo provvedere autonomamente attraverso le procedure vigenti per la trasmissione sia del Certificato di Malattia INPS che del Certificato medico di infortunio INAIL.

C. ESITO INDETERMINATO

Per la registrazione di un test con esito **INDETERMINATO,** selezionare l'esito ed inserire la **Data** di effettuazione del test, la **Motivazione** del test e la **Categoria** della popolazione a cui appartiene il soggetto.

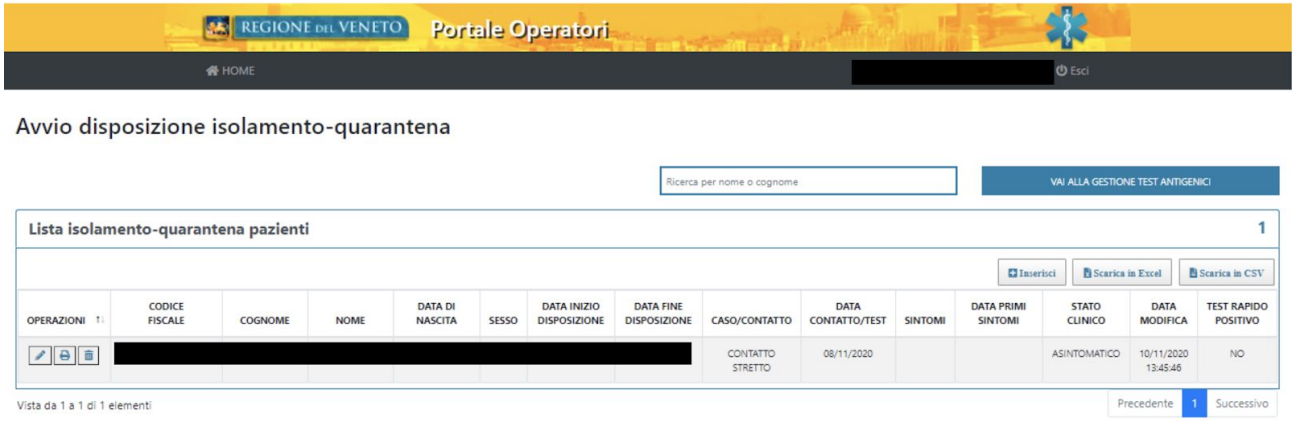
2- DISPOSIZIONI CONTUMACIALI: ISOLAMENTO E QUARANTENA

Dalla pagina iniziale del Portale Operatori selezionare ***Accedi*** alla voce "**Avvio disposizione isolamento-quarantena**"

A. ISOLAMENTO DI UN CASO POSITIVO

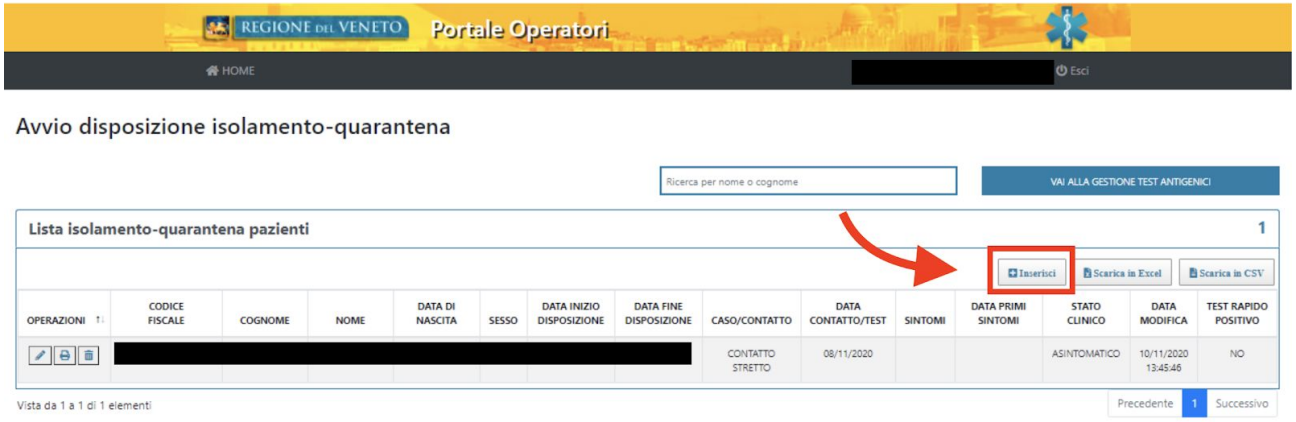
E' possibile inserire un provvedimento di **isolamento** fiduciario in seguito all'esito **positivo** di un qualsiasi test eseguito, anche altrove, e di cui il Medico sia venuto a conoscenza.

Selezionando la voce "*Avvio disposizione isolamento quarantena*" dal menu principale nella schermata seguente è visualizzata la lista dei provvedimenti contumaciali inseriti in precedenza.



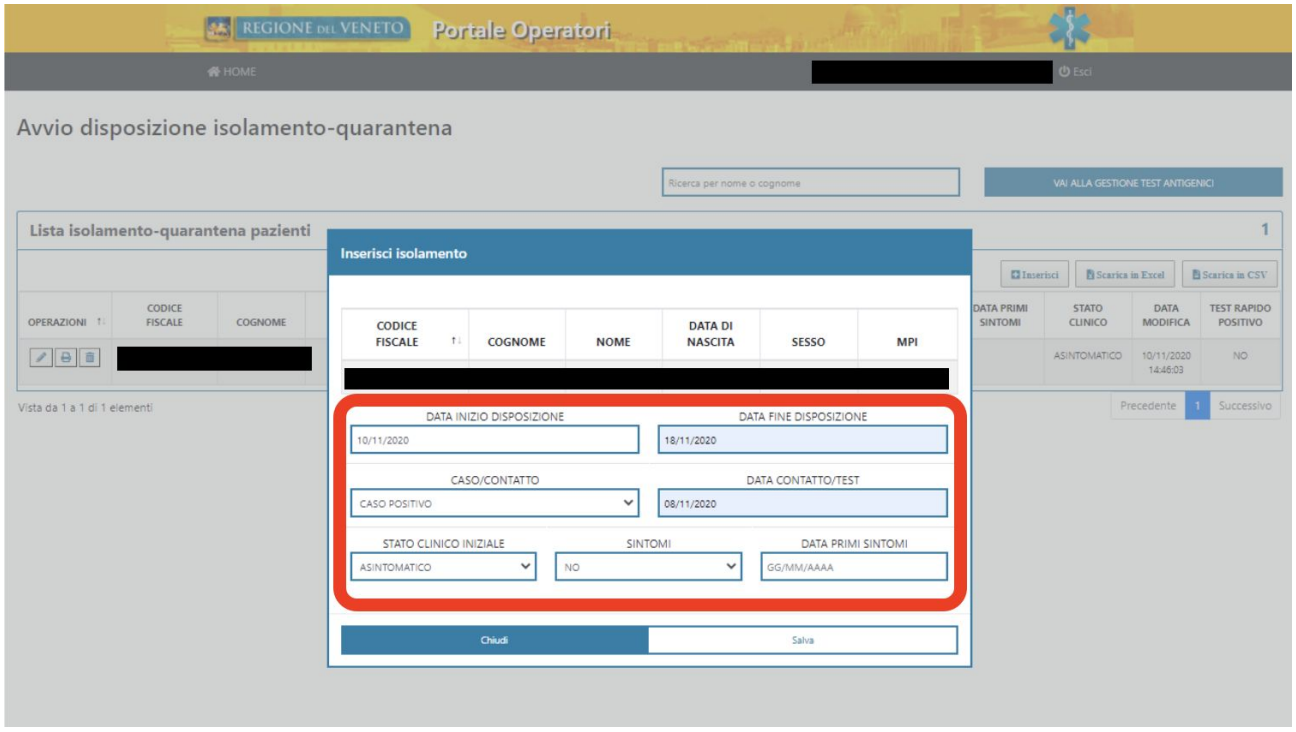
Nuovo inserimento

Per inserire un nuovo provvedimento di isolamento è sufficiente cliccare sulla voce "**+ Inserisci**"

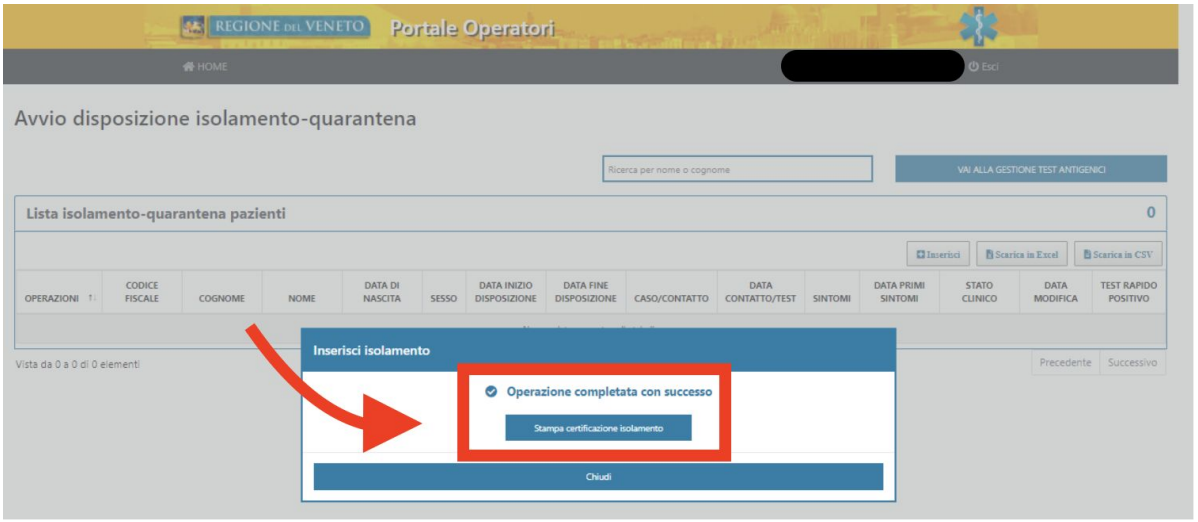


Per registrare correttamente il provvedimento contumaciale di **isolamento** è necessario selezionare dal campo CASO/CONTATTO la voce **CASO POSITIVO** ed inserire:

- la **Data del Test**
- la **Data di inizio disposizione**
- la **Data di fine disposizione** (inizialmente è possibile prevedere il fine isolamento dopo 10 gg + 2 gg. per l'esecuzione e la refertazione del tampone molecolare negativo, da eseguire con il soggetto asintomatico almeno da tre giorni)
- lo **Stato clinico** iniziale selezionando tra **ASINTOMATICO, PAUCI-SINTOMATICO**, **LIEVE** e **SEVERO**
- se presenti sintomi, la **Data dei primi sintomi.**



Dopo aver salvato l'esito sarà possibile stampare il file .pdf della disposizione di **isolamento**.



REGIONE DEL VENETO
ULSS3 SERENISSIMA

AZIENDA ULSS N.3
Sede legale: via Don Federico Tosatto 147,
30174 Venezia (VE)
C.F. e P. IVA 02798850273
PEC: protocollo.aulss3@pecveneto.it

OGGETTO: COMUNICAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA

All'Assistito
Al Dipartimento di Prevenzione
All'INPS
Al Datore di lavoro

VISTO il D.P.C.M. 1° marzo 2020 Ulteriori disposizioni attuative del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 recante Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e ss.mm.ii.

VISTO il "Protocollo d'intesa" approvato in sede di Comitato regionale della medicina generale in data 30 ottobre 2020;

VISTA l'Ordinanza del Presidente Della Giunta Regionale n. 148 del 31 ottobre 2020;

SI COMUNICA CHE

Per il/la Sig./Sig.ra: [redacted] nato/a a: [redacted]
il [redacted] C.F. [redacted]

SI DISPONE

la sorveglianza domiciliare e l'isolamento fiduciario domiciliare per motivi di Sanità Pubblica dal 10/11/2020 al 18/11/2020, in seguito alla positività del test effettuato in data 08/11/2020

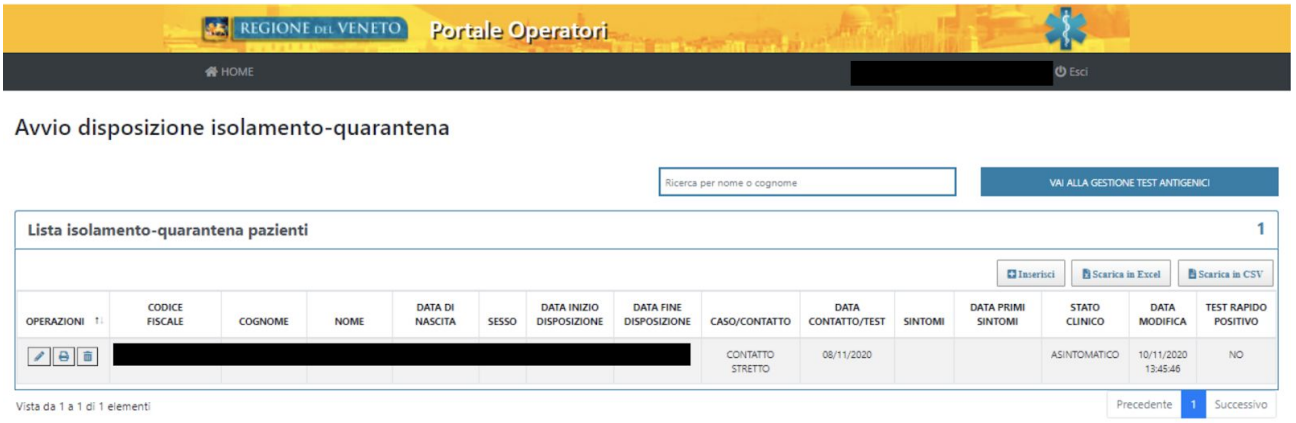
L'isolamento fiduciario domiciliare si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone positive a SARS-CoV-2 con l'obiettivo di prevenire la trasmissione dell'infezione separando i soggetti positivi dal resto della comunità per la durata del periodo di contagiosità.

Distinti Saluti.

f.to il MMG/PLS

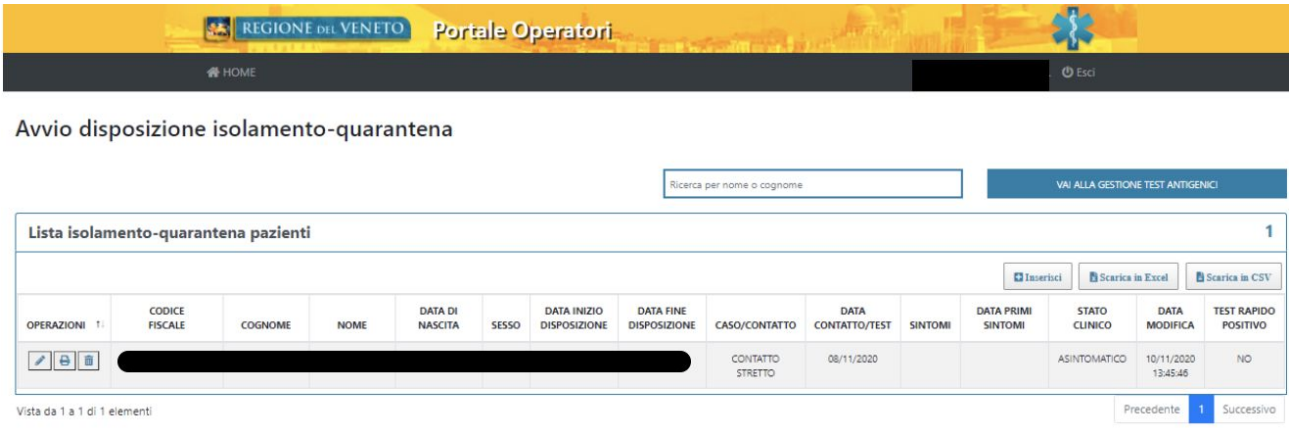
Dr./Dr.[redacted]

La disposizione di **isolamento** ora inserita comparirà nella lista dove sarà possibile eliminarla, modificarla, (abbreviando o estendendo i periodi a seconda degli ulteriori esiti), oppure stampare nuovamente il file in formato PDF della disposizione.



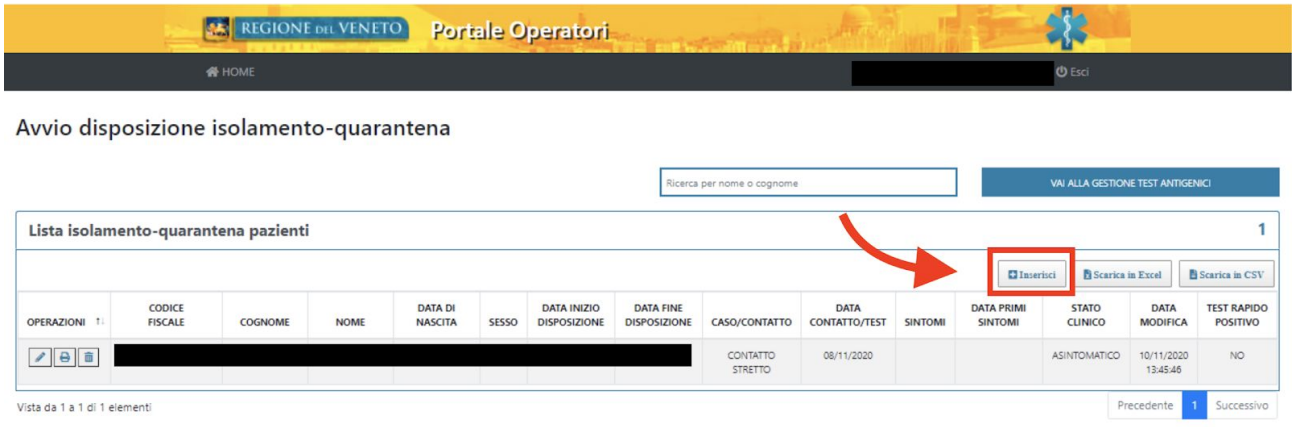
B. QUARANTENA DI UN CONTATTO STRETTO

Come per l'isolamento dopo aver selezionato la voce "*Avvio disposizione isolamento quarantena*" dal menu principale è visualizzata la lista dei provvedimenti inseriti in precedenza; da questa visualizzazione è possibile inserire un provvedimento di **quarantena** per un soggetto individuato come "contatto stretto" di un caso COVID-19.



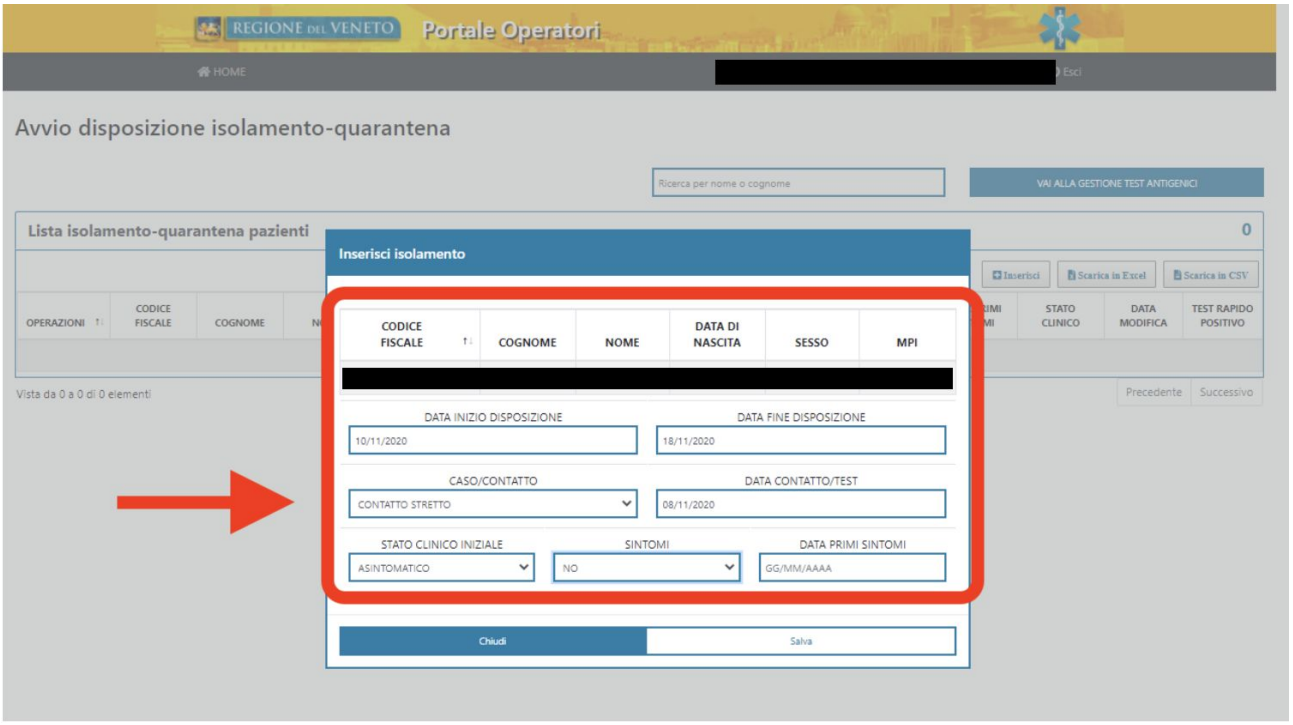
Nuovo inserimento

Per inserire un nuovo provvedimento di **quarantena** è sufficiente cliccare sulla voce "**+ Inserisci**".

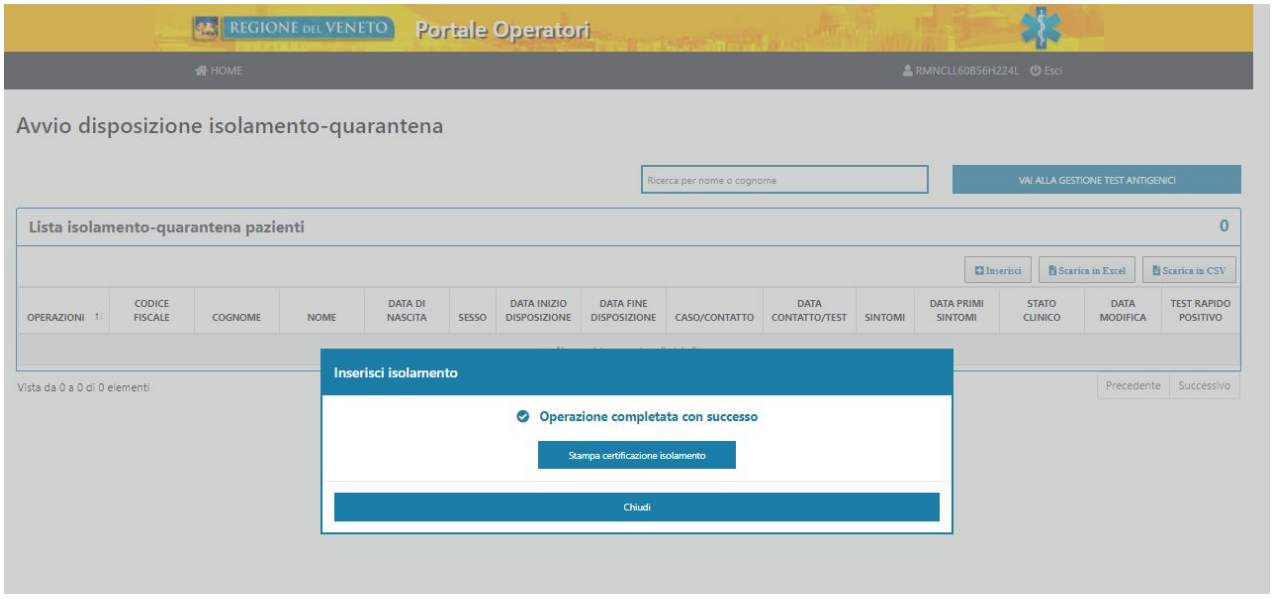


Per una registrazione corretta è necessario selezionare dal campo CASO/CONTATTO la voce **CONTATTO STRETTO** ed inserire:

- la **Data di Contatto**
- la **Data di inizio disposizione**
- la **Data di fine disposizione** (inizialmente è possibile prevedere il fine isolamento dopo 10 gg, dove eseguire e registrare l'esito del tampone antigenico)



Dopo aver salvato l'esito sarà possibile stampare il file .pdf della disposizione di **quarantena**.



REGIONE DEL VENETO
ULSS3 SERENISSIMA

AZIENDA ULSS N.3
Sede legale: via Don Federico Tosatto 147,
30174 Venezia (VE)
C.F. e P. IVA 02798850273
PEC: protocollo.aulss3@pecveneto.it

OGGETTO: COMUNICAZIONE SORVEGLIANZA SANITARIA

All'Assistito
Al Dipartimento di Prevenzione
All'INPS
Al Datore di lavoro

VISTO il D.P.C.M. 1° marzo 2020 Ulteriori disposizioni attuative del D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 recante Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e ss.mm.ii.

VISTO il "Protocollo d'intesa" approvato in sede di Comitato regionale della medicina generale in data 30 ottobre 2020;

VISTA l'Ordinanza del Presidente Della Giunta Regionale n. 148 del 31 ottobre 2020;

SI COMUNICA CHE

Per il/la Sig./Sig.ra: [redacted] nato/a a: [redacted]
il: [redacted]

SI DISPONE

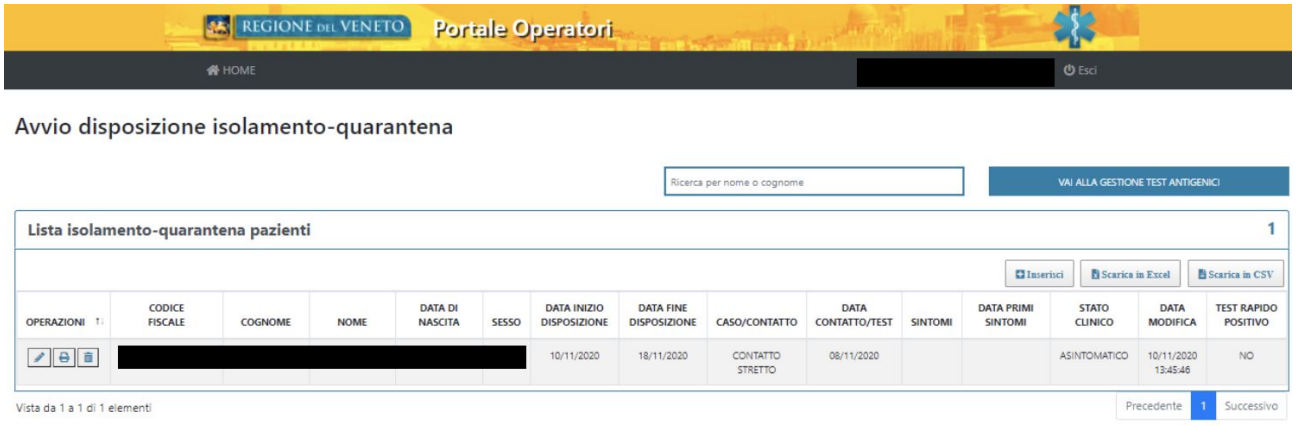
la quarantena presso il proprio domicilio per motivi di Sanità Pubblica dal 10/11/2020 al 18/11/2020, in seguito al contatto stretto avvenuto in data 08/11/2020.

La quarantena si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi.

Distinti Saluti.

f.to il MMG/PLS
Dr./Dr.ssa [redacted]

La disposizione di **quarantena** ora inserita comparirà nella lista dove sarà possibile eliminarla, modificarla, (abbreviando o estendendo i periodi a seconda di esiti), oppure stampare nuovamente il file in formato PDF della disposizione.



Azienda Zero - Prot. n. 0023298/2020 - E - 08/10/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data - 8 OTT. 2020 Protocollo N° 427632 Class: G.800.011 Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: Emergenza COVID-19: migrazione dal software applicativo PIC-19 "gestione di casi positivi confermati" al software applicativo SIAVr- Covid19 "Gestione casi in isolamento".

Alla c.a.

Direttori Sanitari
Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
Direttori dei Sistemi Informativi
Aziende Ulss
Azienda Ospedale - Università di Padova
Azienda Ospedaliere Universitaria Integrata (AOUI) di Verona
Istituto Oncologico del Veneto
Ospedale Sacro Cuore Don Calabria- Negrar (VR)
Ospedale P. Pederzoli- Peschiera (VR)

E, p.c.

Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Direttore Generale Azienda Zero
Direttore UOC Screening VIS
Direttore UOC Sistemi Informativi

Ai Presidenti Regionali
AIOP
ARIS

Ad oggi esistono due applicativi gestionali resi disponibili dalla U.O.C. Sistemi Informativi di Azienda Zero nel periodo di Emergenza Covid19 , denominati rispettivamente "PIC19" per i casi positivi confermati e "SIAVr- Covid19" per i casi in isolamento. Tale scelta è stata dettata dalla situazione di emergenza che ha visto nascere prima l'applicativo per la gestione dei casi confermati e successivamente l'applicativo per la gestione dei casi in isolamento, per motivi di urgenza e celerità sono stati sviluppati indipendentemente.

Poiché la gran parte degli utenti è comune ad entrambe gli applicativi, si è deciso di unificare le due soluzioni, al fine di ottimizzare e razionalizzare la gestione complessiva del sistema. Dal 12/10/2020 p.v. ore 14,00 il software applicativo "PIC19" sarà utilizzabile solo in modalità "lettura" e per un periodo limitato, saranno altresì disponibili nell'applicativo software denominato "Siavr – Covid19" le funzionalità presenti

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nel PIC19 ovvero le informazioni relative agli esiti dei test diagnostici nella sezione Laboratorio e gli esiti dei Tamponi nella omonima sezione, la sezione dedicata alla registrazione dei ricoveri, in aggiunta alle sezioni già presenti relative alle schede di sorveglianza e ai tamponi.

Le sessioni di formazione a mezzo videoconferenza saranno comunicate per le vie brevi ai referenti organizzativi.

Al fine di abilitare gli operatori all'utilizzo del sistema si chiede di autorizzare attraverso apposito modulo (che si allega) l'abilitazione all'utilizzo del software applicativo in oggetto agli operatori incaricati dell'attività di registrazione e visualizzazione dei dati.

Per gli operatori abilitati al "Siavr-Covid19" le Sezioni Tamponi e Laboratorio sono già disponibili e aggiornate.

Per qualsiasi chiarimento è a disposizione un help desk dedicato al numero 0547.1930848 o via mail all'indirizzo supporto.sanita@regione.veneto.it.

Cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Richiesta profilo utente Software di Prevenzione

U.O. Sistema Informatico SSR

Inviare il modulo, compilato e firmato, per email a: supporto.sanita@regione.veneto.it

Ente/Organizzazione *

Struttura di appartenenza

Sede

DATI DEL RICHIEDENTE **[RESP. Autorizzato a fare richiesta]** (Resp. trattamento dati personali – Legge Privacy)

Nome * Cognome *

Email * Telefono

In qualità di (inserire la qualifica) *

DATI UTENTE DA ABILITARE

Nuovo Utente ◯ Sì ◯ No

Nome * Cognome *

Codice Fiscale * Email *

Recapito Telefonico (Ufficio) *

Competenza da richiedere *

NOTE: Eventuale email dove recapitare l'avvenuta attivazione o account da disabilitare:

* Campi obbligatori

Trattamento dei dati personali: il sottoscritto dichiara di aver preso visione dell'Informativa sul trattamento dei dati personali ai sensi dell'art.13 del D.Lgs. 30 giugno 2003, n. 196, "Codice in materia di protezione dei dati personali", riportata in calce.

FIRMA DELL'UTENTE

TIMBRO E FIRMA del RESPONSABILE

Data

Nota: Il modulo dovrebbe essere compilato preferibilmente in modo digitale prima della stampa per la firma.

Informativa sul trattamento dei dati personali (ex art. 13 D.Lgs. 30 giugno 2003 n.196)

Il D.Lgs. 30/06/2003 n.196 prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la legge tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza, tutelando la Sua riservatezza e i Suoi diritti. L'utilizzo dei dati che La riguardano ha come finalità l'accoglimento della richiesta in oggetto e la gestione degli aspetti tecnico-amministrativi legati agli accessi relativi. I dati raccolti potranno essere trattati anche per finalità statistiche. La gestione dei dati è informatizzata e manuale. I dati non saranno comunicati ad altri soggetti né diffusi e saranno trattati dagli Incaricati del Settore Sistema Informatico SSR nell'ambito delle loro competenze. Il conferimento dei dati è obbligatorio per l'attivazione dei servizi. Il titolare del trattamento è: Regione Veneto. Le competono i diritti previsti dell'art. 7 del D.Lgs. 196/2003. Lei potrà, quindi, chiedere al Responsabile del trattamento la correzione e l'integrazione dei propri dati e, ricorrendone gli estremi, la cancellazione o il blocco.

Azienda Zero - Prot. n. 0012323/2020 - E - 29/05/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 29 MAG. 2020 Protocollo N° 213504 Class: 4.820.04.1 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: Monitoraggio indicatori COVID-19, qualità informazioni.

Ai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione

Ai Direttori dei Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

delle Aziende Ulss del Veneto

e p.c.

Al Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Al Direttore Generale
di Azienda Zero

Ai Direttori Sanitari
delle Aziende Ulss del Veneto

LORO SEDI

Gentilissimi,

a partire dal mese di maggio, è iniziata da parte dell'ISS l'attività di monitoraggio degli indicatori della "Fase 2" prevista dal DM 30 aprile 2020. I dati utilizzati da ISS per il calcolo dei suddetti indicatori derivano dalla piattaforma regionale PIC-19: poiché si sono rilevate importanti lacune in alcune variabili determinanti per il calcolo degli indicatori ("data primi sintomi" e "stato clinico iniziale") è attualmente in corso una attività di integrazione in PIC-19 dei dati raccolti dai SISP nella piattaforma SIAVr-COVID durante l'attività quotidiana di sorveglianza dei casi e dei relativi contatti.

Si richiama quindi l'importanza di garantire la completezza e la correttezza dei dati rilevati in SIAVr-COVID, soprattutto per quanto riguarda:

- data primi sintomi;
- stato clinico iniziale e successivi (in SIAVr-COVID l'equivalente è la Diaria) e relativa data;
- lo "Stato Sorveglianza" di SIAVr-COVID che identifica la presa in carico di ogni soggetto caricato, indicativo dell'esecuzione dell'inchiesta epidemiologica.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tali informazioni vengono utilizzate ad esempio per il calcolo dell'indicatore 2.2, riferito al tempo trascorso tra la data primi sintomi e la data di diagnosi (soglia mediana di 5 gg). E' pertanto necessario che vengano verificate le date suddette e che vengano effettuati gli opportuni controlli di coerenza: a titolo esemplificativo e non esaustivo, per i soggetti sempre asintomatici non deve essere compilata la "data primi sintomi"; viceversa, quest'ultima deve corrispondere al primo stato clinico diverso da asintomatico.

Si fa inoltre presente che gli indicatori di monitoraggio della fase 2 vengono calcolati il martedì di ogni settimana con riferimento ai nuovi casi dei 30 giorni precedenti (nel caso di indicatori mensili) o della settimana precedente (dal lunedì alla domenica): è pertanto necessario che i dati vengano registrati tempestivamente nella piattaforma SIAVr-COVID per essere considerati nel calcolo dell'indicatore.

Si comunica infine che verrà reso disponibile, all'interno del Sistema di Biosorveglianza, una sezione dedicata al monitoraggio degli indicatori e delle eventuali criticità declinata per ogni Azienda Ulss.

Con l'occasione si porgono distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Responsabile dell'istruttoria: dott. Filippo Da Re
Tel. 041-2791357

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

Azienda Zero - Prot. n. 0018598/2020 - E - 04/08/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 4 AGO. 2020 Protocollo N° 309349 Class: G.P.20.04.1 Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: Trasmissione "Procedura regionale Nuovo coronavirus SARS-CoV-2 FASE 3 - Rev.04 del 23.07.2020."

Alla c.a.
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori U.O. Malattie Infettive
Aziende ULSS
Azienda Ospedale-Università Padova
Azienda Ospedaliere Universitaria Integrata di Verona

Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi Igiene e Sanità Pubblica
Referenti Malattie Infettive e Vaccinazioni
Aziende ULSS

Direttore UOC Microbiologia e Virologia
Laboratorio di Riferimento Regionale
Azienda Ospedaliera di Padova

Direttore Generale
Direttore Sanitario
Istituto Oncologico Veneto

Direttore IRCCS Osp. S. Cuore Don Calabria di Negrar

Presidenti Regionali di AIOP e ARIS

E p.c.
Assessore a Sanità e Servizi Sociali
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Direttore Generale Azienda Zero
Componenti Task Force Regionale "2019-nCoV"
Coordinatore Unità di Crisi
Coordinatore Tecnico Scientifico

LORO SEDI

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Per mero errore materiale, con la presente si trasmette l'aggiornamento del documento "Procedura regionale Nuovo coronavirus SARS-CoV-2 - FASE 3 - Rev. 04 del 23.07.2020", a cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e approvato dalla Task Force e dal Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 della Regione del Veneto (DGR n. 269 del 2.3.2020), con un'unica modifica all'Allegato 12 che corregge l'elenco dei Laboratori di Microbiologia Autorizzati per l'esecuzione dei test.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*
IL DIRETTORE VICARIO
Dott. Michele Brichese

Referente dell'istruttoria:dott. Michele Tonon
Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Procedura regionale Nuovo Coronavirus

(SARS-CoV-2)

Rev. 04 del 23.07.2020

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PREMESSA **3**

1. DEFINIZIONI **5**

2. INDICAZIONI ALL'EFFETTUAZIONE DEI TEST PER SARS-COV-2 **8**

2.1 Test diagnostico su tampone nasofaringeo 8

2.2 Test sierologici di screening su sangue venoso e capillare 9

3. LABORATORI PER L'ESECUZIONE DEI TEST **9**

4. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DI CASI SOSPETTI E CONFERMATI DI COVID-19 **10**

4.1 Setting ospedaliero 11

4.2 Setting territoriale 12

5. CONTACT TRACING, GESTIONE DEI CONTATTI E SORVEGLIANZA ATTIVA **13**

5.1 Inchiesta epidemiologica e contact tracing 14

5.2 Esecuzione dei test di biologia molecolare nei contatti 14

5.3 Disposizioni di isolamento e/o quarantena e sorveglianza attiva 14

5.4 Modalità quarantena per i contatti stretti nel contesto dell'attività agonistica di squadra professionista 15

6. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI EXTRA-OSPEDALIERE **15**

7. FLUSSI DI NOTIFICA E SISTEMI INFORMATIVI **16**

7.1 Flusso informativo casi COVID-19 16

7.2 Flusso informativo decessi pazienti positivi COVID-19 17

8. ESENZIONE PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI **17**

9. FORMAZIONE DEL PERSONALE **18**

10. PROCEDURE DI SANIFICAZIONE **18**

11. GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI **21**

12. INDICAZIONI PER ATTIVITÀ FUNEBRE **23**

Allegato 1. Procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI **26**

Allegato 2. Protezione degli operatori dei servizi sanitari - FASE 3 **27**

Allegato 3. Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori **32**

Allegato 4. Scheda riassuntiva isolamento domiciliare fiduciario e quarantena **34**

Allegato 5. Indicazioni per la gestione dei soggetti in isolamento domiciliare e/o quarantena **36**

Allegato 6. Misure generali di igiene per la riduzione del rischio di contagio da SARS-CoV-2 **37**

Allegato 7. Disposizioni operative per il Distretto e i MMG/PLS/MCA **38**

Allegato 8. Flow chart accoglimento pazienti in Pronto Soccorso Emergenza COVID-19 **40**

Allegato 9. Flow-chart per la gestione telefonica (call center) **41**

Allegato 10. Flow-chart Triage MMG/PLS/MCA **42**

Allegato 11. Flow-chart per la gestione dei contatti asintomatici di caso **43**

Allegato 12. Elenco dei Laboratori di Microbiologia Autorizzati per l'esecuzione dei test **44**

PREMESSA

Il presente documento, redatto a cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e sottoposto all'approvazione del Comitato Tecnico-Scientifico della Regione del Veneto, fornisce le linee di indirizzo per la gestione della fase 3 dell'epidemia COVID-19, in cui si evidenzia una ridotta circolazione di SARS-CoV-2, con la finalità di contenere il rischio di trasmissione del virus e di ripresa di focolai epidemici, riducendo l'impatto della pandemia sui servizi socio-sanitari e assicurando il mantenimento dei servizi essenziali.

In considerazione dello scenario epidemiologico attuale e della sua prospettiva di evoluzione nel medio termine, che sarà costante oggetto di attento monitoraggio, la Regione del Veneto fonda la strategia di Sanità Pubblica per la fase 3 su un solido sistema di accertamento diagnostico dei casi sospetti e dei loro contatti, al fine di intercettare e gestire tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus. Viene rafforzata la rete dei laboratori per la diagnosi molecolare di SARS-CoV-2, intensificato il numero di test eseguiti sulla base dell'ampliamento delle indicazioni all'effettuazione del test e perfezionate le piattaforme informatiche di supporto ai flussi informativi per l'emergenza in corso, ottenendo uno stretto monitoraggio dell'andamento della trasmissione del virus sul territorio regionale.

Il presente documento definisce le nuove indicazioni operative regionali per la presa in carico dei casi sospetti, probabili e confermati di infezione da SARS-CoV-2, nonché per l'identificazione dei contatti. Si forniscono le modalità di gestione del paziente sintomatico, che può avere il primo contatto con le strutture del Servizio Sanitario Regionale tramite il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta, il Medico di Continuità Assistenziale, il Pronto Soccorso ospedaliero o il SUEMM 118. Sono, inoltre, riportate le raccomandazioni in caso di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena per tutti i contatti, al fine di interrompere tutte le possibili catene di trasmissione virale, in accordo con quanto previsto dal Piano di Sanità Pubblica regionale[1], e le modalità del flusso di notifica per la segnalazione dei casi e dei decessi di COVID-19.

La "*Procedura regionale Nuovo Coronavirus - fase 3"* si integra alle linee di indirizzo e alle indicazioni contenute, in particolare, nei documenti di seguito elencati, e successive modifiche ed integrazioni:

- **Gestione dell'operatore sanitario contatto di caso confermato di COVID-19, senza i DPI raccomandati:** *"Istruzioni operative per la sorveglianza del personale del Sistema Sanitario Regionale" rev. 02 del 22.04.2020, trasmesso con nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020 e aggiornato, per lo screening periodico del personale sanitario, dalla nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020;*
- **Indicazioni per la riapertura in sicurezza delle attività sanitarie:** *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2" trasmesso con nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020*;
- **Percorso di diagnosi e cura del bambino e adolescente COVID-19 in ambito ospedaliero:** *"Gestione ospedaliera del bambino con sospetta o accertata infezione da SARS-CoV-2" versione 01 del 28.03.2020;*
- **Indicazioni per la riapertura in sicurezza delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere: "***Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale - Fase 3", di cui all'Allegato A all'OPGR n. 61 del 22.06.2020 e nota regionale integrativa prot. n. 255090 del 29.06.2020;*
- **Attività di screening per SARS-CoV-2 previste dal Piano di Sanità Pubblica:** *DGR n. 344 del 17.03.2020 "Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica" e successivo aggiornamento trasmesso con nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020;*
- **Misure di contenimento e screening rivolte ai soggetti che rientrano dall'estero:** *OPGR n. 64 del 6.07.2020 "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni" e note regionali integrative prot. n. 255145 del 29.06.2020 "Esecuzione del tampone di ricerca SARS-CoV-2 nel personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili, di ritorno dall'estero" e prot. n. 289671 del 21.07.2020 "Esecuzione test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 con finalità di screening nel personale sanitario di rientro dall'estero".*

[1] *DGR 344 del 17.3.2020 - "Epidemia COVID-19 Interventi urgenti di Sanità Pubblica" e successivo aggiornamento con Nota regionale prot. 247521 del 23.6.2020 "Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici".*

Il presente documento costituisce una versione ad interim, che fornisce linee di indirizzo valide per la gestione dell'attuale scenario epidemiologico e andrà rivalutata nel tempo in considerazione delle eventuali nuove indicazioni di carattere scientifico, delle raccomandazioni nazionali ed internazionali e in funzione dell'evoluzione dell'epidemia. Cambiamenti significativi della situazione epidemiologica o di altre variabili di contesto comporteranno l'aggiornamento del documento.

1. DEFINIZIONI

1.1 Glossario COVID-19

Epidemia[2]
Aumento, di solito improvviso, nel numero di casi di una specifica malattia superiore a quanto atteso per la popolazione specifica di quell'area geografica.

Focolaio (outbreak) [1]
Riprende la stessa definizione di epidemia ma in genere riferito ad un'area geografica più limitata.

SARS-CoV-2
Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 indica il virus responsabile della malattia.

COVID-19
Coronavirus Disease – 2019, indica la malattia provocata dal virus SARS-CoV-2.

Droplet [1]
Goccioline di aerosol eliminate con respiro, starnuto, tosse o con il parlato e che raggiungono una breve distanza da chi le ha prodotte, in ragione della forza di gravità (in genere meno di 1 metro).

Cluster [1]
Aggregazione di casi raggruppati in un luogo e in un arco temporale, in numerosità superiore a quanto atteso, anche se il reale numero può non essere noto.

Contumacia [3]
Per contumacia si intende l'obbligo di permanere in un determinato luogo, ospedale o proprio domicilio per un dato periodo prescritto, osservando le prescrizioni igienico-sanitarie imposte dall'Autorità Sanitaria competente per il territorio.

Quarantena [4]
La quarantena è un insieme di restrizioni e rientra tra i provvedimenti definiti in passato come "misure contumaciali", applicate a **soggetti sani** presumibilmente venuti a contatto con soggetti infetti, volte a prevenire la diffusione di una malattia infettiva nella comunità.

Isolamento [4]
L'isolamento è la separazione per il periodo di contagiosità di **soggetti infetti**, in luoghi o condizioni tali da prevenire o limitare il rischio di trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettante dai soggetti infetti a quanti sono potenzialmente suscettibili. Nel contesto del presente documento, si intende il periodo in cui al soggetto viene raccomandato di restare presso il proprio domicilio (**isolamento domiciliare fiduciario**) seguendo tutte le raccomandazioni riportate in Allegato 5.

Sorveglianza attiva
La sorveglianza attiva, durante il periodo di isolamento domiciliare fiduciario o di quarantena, prevede che la persona sorvegliata venga contattata quotidianamente per avere notizie sulle sue condizioni cliniche di salute. Il soggetto è informato di provvedere all'autocontrollo domiciliare della temperatura corporea due volte al giorno e di prestare attenzione all'eventuale comparsa di sintomi (anche lievi).

---

[2] *Centers for Disease Control and Prevention – "Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition - An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics" - Page last reviewed: May 18, 2012.*
[3] *Ministero della Salute, Quesiti scientifici relativi all'infezione da Coronavirus SARS-CoV-2, Documento 26 febbraio 2020.*

1.2 Definizioni di caso

La definizione di caso si basa sulle informazioni attualmente disponibili e può essere modificata in base all'evoluzione delle conoscenze scientifiche.

Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico [4]

1. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse, difficoltà respiratoria) **e** senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica **e** storia di viaggi o residenza in aree in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.
2. Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta **e** che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.
3. Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) **e** che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) **e** senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.

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

Si raccomanda di considerare, nell'ambito della valutazione clinica, anche sintomi non esclusivamente respiratori potenzialmente correlati a COVID-19, in relazione alle attuali conoscenze scientifiche disponibili (es. anosmia, ageusia, sintomi gastrointestinali soprattutto in età pediatrica, eruzioni cutanee e congiuntiviti). [5]

Per l'età **pediatrica** la definizione di caso sospetto si attribuisce ad ogni bambino/adolescente con: febbre (TC >37,5 C ascellare) **e/o** sintomi respiratori (rinite, tosse e dispnea) **e/o** sintomi gastrointestinali (vomito, diarrea) **e/o** rash cutaneo o congiuntivite, **e** senza un'eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica, **con o senza** contatto stretto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti.

Caso probabile

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

Caso confermato

Un caso, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici, con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il Laboratorio di Riferimento Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dai Laboratori di Riferimento Regionali e dai Laboratori autorizzati dalla Regione nel rispetto dei criteri ministeriali.

1.3 Definizione di contatto

Un contatto di un caso COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso. Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

1.3.1 Definizione di contatto stretto

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

[4] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7922 del 9.03.2020 "COVID-2019. Aggiornamento della definizione di caso".*
[5] https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/clinical.

- persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

Gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.
Le attività di ricerca e gestione dei contatti possono essere di difficile esecuzione quando la trasmissione del virus è sostenuta, ma dovrebbero essere effettuate quanto più possibile, concentrandosi su:

- contatti familiari;
- operatori sanitari;
- comunità chiuse ad alto rischio (dormitori, strutture per lungodegenti, RSA, ecc.);
- gruppi di popolazione vulnerabile.

1.4 Definizione di contact tracing (rintraccio dei contatti) [6]

Per contact tracing ci si riferisce all'attività di ricerca e di rintraccio di tutti i possibili contatti con un caso confermato di COVID-19. Tale attività, garantita dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, è una delle misure essenziali di sanità pubblica finalizzate a contrastare la diffusione di SARS-CoV-2. Il contact tracing deve essere svolto in stretta sinergia con la ricerca attiva dei casi sospetti e l'esecuzione del test di conferma diagnostica. L'applicazione rigorosa e tempestiva del contact tracing durante il periodo caratterizzato dalla presenza di casi sporadici assume un ruolo ancor più rilevante.

1.5 Definizione di paziente guarito da COVID-19 e di paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2 [7]

1.5.1 Paziente che dopo essere stato sintomatico può essere considerato guarito da COVID-19

Il paziente **clinicamente guarito** da COVID-19 è colui che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche (febbre, rinite, tosse, mal di gola, eventualmente dispnea e, nei casi più gravi, polmonite con insufficienza respiratoria) associate all'infezione virologicamente documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata. Il soggetto clinicamente guarito può risultare ancora positivo al test per la ricerca di SARS-CoV-2.
Il paziente **guarito** da COVID-19 è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione e risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2.

1.5.2 Paziente con clearance (eliminazione) del virus SARS-CoV-2

La definizione di "clearance" del virus indica la scomparsa di RNA del SARS-CoV-2 rilevabile nei fluidi corporei, sia in persone che hanno avuto segni e sintomi di malattia, sia in persone in fase asintomatica senza segni di malattia. Tale eliminazione solitamente si accompagna alla comparsa di anticorpi specifici di tipo IgG per il virus SARS-CoV-2 prodotti dall'organismo. Per il soggetto asintomatico, si ritiene opportuno suggerire di ripetere il test per documentare la

[6] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 18584 del 29.05.2020.*
[7] *Parere del Gruppo di lavoro permanente del Consiglio Superiore di Sanità espresso in data 28 febbraio 2020, a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti (Circolare del Ministero della Salute prot. n. 6607 del 29.02.2020).*

negativizzazione non prima di 14 giorni (durata raccomandata del periodo di isolamento/quarantena) dal riscontro della positività. La definizione di scomparsa dell'RNA virale è attualmente data dall'esecuzione di due test molecolari, effettuati normalmente a distanza di 24 ore, aventi entrambi esito negativo. La negatività del test deve accompagnarsi alla scomparsa dei sintomi della malattia eventualmente presenti.

Si ritiene ad oggi che due test molecolari consecutivi per il SARS-CoV-2, con esito negativo, accompagnati nei pazienti sintomatici dalla scomparsa di segni e sintomi di malattia, siano indicativi di "clearance" virale dall'organismo. L'eventuale comparsa di anticorpi specifici rinforza la nozione di eliminazione del virus e di guarigione clinica e virologica.

Non è raccomandato effettuare ulteriori test se non in caso di ricomparsa di quadro clinico sospetto. Il soggetto con tampone persistentemente positivo (almeno dopo 30 giorni di positività), in assenza di sintomatologia clinica dovrebbe eseguire coltura virale per escludere l'infettività.

2. INDICAZIONI ALL'EFFETTUAZIONE DEI TEST PER SARS-COV-2

2.1 Test diagnostico su tampone nasofaringeo

L'esecuzione del test diagnostico di biologica molecolare è raccomandata per:

- tutti i casi clinici sintomatici o paucisintomatici sospetti per COVID-19[8];
- tutti i contatti stretti di un caso confermato di COVID-19 (es. conviventi);
- tutti i contatti, anche non stretti, comunque individuati come a rischio durante l'inchiesta epidemiologica, anche se asintomatici;
- tutti i contatti posti in quarantena, prima del termine della stessa;
- soggetti paucisintomatici o asintomatici che possono essere potenzialmente collegati ad un cluster[9], su valutazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica per ricostruire le catene di contagio.

Tali indicazioni vanno integrate con le indicazioni all'effettuazione del tampone rinofaringeo per le attività di screening (es. operatori sanitari, ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere, ricoveri ospedalieri, ingressi in Italia dall'estero, ecc.), di cui ai documenti elencati in premessa.

Vanno inoltre sottoposti a tampone tutti i **pazienti ospedalizzati** in accordo con quanto previsto dalle *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2"*[10] (nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020); si precisa che i tamponi eseguiti in previsione di un ricovero programmato sono da considerarsi validi se effettuati nelle 48 ore precedenti il ricovero. Inoltre, l'accesso ai servizi durante il ricovero non richiede esecuzione di ulteriore test diagnostico per SARS-CoV-2. Per l'età pediatrica la procedura di ricovero deve prevedere l'esecuzione di tampone nasofaringeo anche al caregiver, possibilmente riducendo il numero di persone che si alternano nell'assistenza al bambino.

Per garantire l'efficacia nella strategia di ricerca dei casi e dei contatti, l'esecuzione, il processamento e la comunicazione dei risultati dei test devono essere tempestivi.

Le indicazioni del Ministero della Salute sono, in caso di necessità, di applicare i seguenti criteri di priorità:

- pazienti ospedalizzati con infezione acuta respiratoria grave (SARI);
- tutti i casi di infezione respiratoria acuta ospedalizzati o ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e nelle altre strutture di lunga degenza, in considerazione del fatto che ivi risiedono i soggetti esposti al maggior rischio di sviluppare quadri gravi o fatali di COVID-19;

[8] *Ministero della Salute attraverso la Circolare prot. n. 11715 del 3.04.2020.*
[9] *Piano di Sanità Pubblica approvato con DGR n. 344/2020 Regione del Veneto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di Sanità Pubblica".*
[10] *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2" (nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020)*

- operatori sanitari esposti a maggior rischio, operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici o paucisintomatici, operatori, anche asintomatici, delle RSA e altre strutture residenziali per anziani;
- persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili, come persone anziane con comorbidità (quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione) con segni di malattia acuta respiratoria, che possono richiedere ospedalizzazione e cure ad alta intensità per COVID-19; ivi incluse le persone vulnerabili, quali le persone che risiedono in residenze per anziani;
- primi individui sintomatici all'interno di comunità chiuse per identificare rapidamente i focolai e garantire misure di contenimento. Se la capacità di esecuzione dei test è limitata, tutti gli altri individui che presentano sintomi possono essere considerati casi probabili e isolati senza test supplementari.

2.2 Test sierologici di screening su sangue venoso e capillare

Nell'attuale fase dell'emergenza COVID-19, assume particolare rilevanza la tematica dei test diagnostici di tipo sierologico, che possono essere utilizzati per la rilevazione di eventuali anticorpi diretti contro SARS-CoV-2. I test sierologici sono utili nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale in quanto:

- sono uno strumento importante per stimare la diffusione dell'infezione in una comunità;
- la sierologia può evidenziare l'avvenuta esposizione al virus;
- i metodi sierologici possono essere utili per l'identificazione dell'infezione da SARS-CoV2 in individui asintomatici o con sintomatologia lieve o moderata che si presentino tardi alla osservazione clinica.

Le attuali conoscenze scientifiche relative ai test sierologici per il COVID-19 sono però lacunose relativamente alla capacità di fornire informazioni riguardo la presenza di anticorpi neutralizzanti e la loro persistenza a lungo termine.
L'OMS evidenzia che sono necessarie ulteriori evidenze sulla performance e utilità operativa dei test sierologici e, secondo il parere espresso dal Comitato Tecnico Scientifico, **non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei**.[11]

3. LABORATORI PER L'ESECUZIONE DEI TEST

I test microbiologici per la ricerca diretta di SARS-CoV-2 sono effettuati presso i laboratori di Microbiologia autorizzati dalla Regione del Veneto e riportati in Allegato 12. Le Aziende Ulss, ove lo ritengano necessario al fine di garantire un'analisi tempestiva dei test molecolari effettuati, possono avvalersi di laboratori di Analisi privati accreditati ed autorizzati, sulla base delle indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute n. 9774 del 20 marzo 2020, secondo apposita Flow-Chart regionale[12].

Il referto, sia esso positivo o negativo, dovrà essere caricato dal Laboratorio sui sistemi informativi aziendali/regionali preposti ai quali accederanno le strutture sanitarie abilitate. È importante assicurarsi che anche il referto negativo venga comunicato il prima possibile al paziente, indipendentemente da dove quest'ultimo si trovi, per limitare il carico di ansia associato.

Il **Laboratorio di Riferimento Regionale (LRR)** svolge funzione di coordinamento per i laboratori aggiuntivi identificati dalla Regione per effettuare la diagnosi SARS-CoV-2, fornendo il supporto e le indicazioni necessarie. Per ogni quesito specialistico o nel caso di test dubbi i laboratori potranno aprire un confronto con il LRR.

Secondo quanto definito dalla Circolare del Ministero della Salute n. 11715 del 3 aprile 2020:

[11] *Ministero della salute attraverso la Circolare prot. n. 16106 del 09.05.2020.*
[12] *COVID-19 – procedura di "autorizzazione" dei laboratori privati accreditati e delle case di cura accreditate per analisi dei test molecolari per la ricerca del virus sars-cov-2, Regione del Veneto, Rev. 13 maggio 2020.*

- quale criterio per la valutazione delle capacità diagnostiche per infezione da COVID-19 dei nuovi Laboratori arruolati dalla Regione, si ritiene sufficiente un riscontro dei risultati di diagnosi riguardanti i loro primi 5 campioni positivi e 10 campioni negativi con quanto rilevato presso il LRR;
- in aree con diffusa trasmissione di COVID-19, è considerata sufficiente quale diagnosi di laboratorio la positività al test RT-PCR rilevata su un singolo gene target di SARS-CoV-2 dal Laboratorio di Riferimento Regionale e dai laboratori aggiuntivi individuati dalla Regione;
- viene richiesto il solo invio di un numero rappresentativo di campioni clinici al Laboratorio di Riferimento Nazionale in ISS, previo accordo, al fine di monitorare l'epidemiologia molecolare di SARS-CoV-2;
- tutti i campioni risultati positivi SARS-CoV-2 in pazienti deceduti devono essere conservati congelati a -80°C presso la struttura che effettua il prelievo e/o la diagnosi di laboratorio e inviati successivamente al Laboratorio di Riferimento Nazionale in ISS su espressa richiesta;
- si ribadisce, inoltre, che nei laboratori autorizzati per le analisi dei tamponi, la presentazione di campioni afferenti a personale sanitario dovrà ottenere priorità assoluta e la comunicazione del risultato dovrà avvenire in un arco di tempo massimo di 36 ore.

TAMPONI IN POOL E RICERCA CARICA VIRALE

Come indicato nel documento "EMERGENZA COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici (DGR 344/2020 e successive modifiche ed integrazioni)", trasmesso con nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020, al fine di ottimizzare l'efficienza dei test diagnostici con tampone, si suggerisce di valutare l'adozione della metodica del *pooling sample* per i campioni effettuati per lo screening.
Per poter effettuare valutazioni specifiche sull'infettività dei nuovi positivi, tutti i laboratori del Veneto abilitati all'effettuazione dei test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 dovranno, per ogni nuovo positivo, rilevare ed inviare all'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana (UOC Microbiologia, Ospedale di Treviso) i seguenti parametri: i target rilevati, i CT rilevati (cicli nel quale si registra la positività) e un inquadramento sintetico del paziente.

Per tutti i test effettuati deve, inoltre, essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato.

In questa fase epidemiologica caratterizzata da bassa prevalenza, i test positivi al tampone con CT>30 dovrebbero essere considerati dubbi e ripetuti per migliorare il valore predittivo positivo che è in funzione della prevalenza e dei falsi positivi. Allo stesso modo, per i soggetti asintomatici, in caso di tampone positivo si raccomanda di ripetere il test: in caso di test ripetuto positivo si conferma l'esito; in caso di test negativo si ripete un ulteriore test che se positivo confermerà il primo esito.

4. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DI CASI SOSPETTI E CONFERMATI DI COVID-19

Poiché la manifestazione dell'infezione da COVID-19 è talvolta subdola, comprendendo un ampio spettro di segni/sintomi e quadri clinici, che vanno dal paziente completamente asintomatico o con sintomi lievi, al paziente con sintomatologia respiratoria critica con distress respiratorio, ipossiemia severa, shock, disfunzione multiorgano e morte, è di importanza assoluta l'identificazione ed intercettazione dei soggetti in grado di veicolare l'infezione, per evitare che entrino in contatto con quelli a rischio di contrarla, ivi compresi gli operatori sanitari. Tutti gli operatori sanitari operanti nel percorso diagnostico-terapeutico di un caso sospetto o confermato di COVID-19 devono essere muniti degli idonei DPI (Allegato 2). Si richiama l'attenzione sulla necessità di assicurare la formazione del personale sanitario sulle corrette metodologie per indossare e rimuovere i DPI (Allegato 1).

4.1 Setting ospedaliero [13]

4.1.1 Gestione del caso sospetto (presentazione spontanea al Pronto Soccorso o chiamata al SUEM 118)

All'interno dei Pronto Soccorso devono essere mantenuti distinti e funzionalmente separati i percorsi di gestione e

[13] *nota regionale prot. 170839 del 28.04.20 "Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2 - COVID-19".*

cura dei pazienti con e senza sintomi sospetti per COVID-19 (percorso pulito e percorso sporco). Gli utenti e gli eventuali accompagnatori autorizzati devono essere dotati di mascherina chirurgica e deve essere favorita e raccomandata la frequente igienizzazione delle mani. Nelle aree comuni del PS deve essere rispettato il distanziamento sociale di almeno un metro e osservate tutte le misure igienico-comportamentali.

Tutti gli utenti che accedono al PS, come riportato nel diagramma di flusso (Allegato 8), devono transitare in un'area di pre-accettazione esterna alla struttura dove vengono identificati attraverso pre-triage i casi sospetti per COVID-19 che verranno avviati alla valutazione all'interno al **percorso compatibile COVID-19**.

Il caso sospetto dovrà essere sottoposto a tampone naso-faringeo e sostare in spazi del PS dedicati e almeno funzionalmente separati, secondo un percorso distinto da quello per gli utenti ordinari fino all'arrivo del referto del tampone, stratificando il rischio del paziente al fine di individuare precocemente gli utenti con alto rischio di sviluppare nel breve periodo un quadro clinico di insufficienza respiratoria acuta:

- nel caso in cui non sia necessario trattenere il paziente in osservazione, lo stesso potrà essere dimesso a domicilio con disposizione di rimanere in isolamento fino a esito del tampone e con indicazione a contattare telefonicamente il proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta per la successiva presa in carico con eventuale supporto delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale;
- in caso di emergenza/urgenza che non consente di attendere il referto, la persona va trattata come infetta da COVID-19 e gestita con tutte le precauzioni del caso.

In tutti i casi non sospetti per COVID-19, individuati tramite pre-triage, è invece previsto l'avvio al **percorso standard**. Rimane di fondamentale importanza mantenere un elevato indice di sensibilizzazione da parte del personale sanitario sul riconoscimento e l'intercettazione dei sintomi sospetti per COVID-19, oltre che garantire un elevato standard delle norme di Prevenzione e Controllo delle Infezioni (PCI).

Analogo approccio per i casi sospetti che contattano telefonicamente la Centrale Operativa SUEM 118:

- in caso di sintomatologia lieve che non richiede il ricovero ospedaliero la Centrale Operativa SUEM 118 reindirizza il paziente al proprio Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta per la successiva presa in carico.
- in caso di sintomatologia grave che richiede il ricovero ospedaliero il pre-triage va effettuato al momento della chiamata ed eventualmente sul luogo del soccorso. All'arrivo in pronto soccorso si adotterà la procedura descritta al capitolo 4.1.1.

4.1.2 Gestione ospedaliera del caso confermato

Ogni Azienda/struttura sanitaria dovrà dotarsi, secondo propri modelli organizzativi, di aree di degenza COVID-19, per le quali dovranno essere rispettate le seguenti indicazioni:

- l'accesso all'area di degenza dovrà essere strettamente riservato alle sole persone cui sono dedicate;
- i pazienti degenti in questa area non potranno ricevere visite e dovranno sottostare ad isolamento e alle relative misure;
- dovranno essere limitate al minimo le consulenze in presenza e, per quanto possibile, si dovranno utilizzare le risorse della telemedicina;
- la pulizia e la sanificazione degli ambienti dovranno avvenire applicando rigidamente le norme previste.

In alternativa, i casi confermati di COVID-19 che richiedono ospedalizzazione vanno collocati, ove possibile, in stanze d'isolamento singole a pressione negativa, con bagno dedicato e, possibilmente, anticamera. Qualora ciò non sia realizzabile, il caso confermato deve comunque essere ospedalizzato in una stanza singola con bagno dedicato e trasferito quanto prima in una struttura con idonei livelli di sicurezza. Si raccomanda che tutte le procedure che possono generare aerosol siano effettuate in una stanza d'isolamento con pressione negativa. Nel caso in cui quanto descritto non trovasse possibilità di applicazione si procederà all'isolamento per coorte.

4.1.3 Dimissione dall'ospedale

Qualora fossero dimessi casi confermati di COVID-19 senza la prova di avvenuta negativizzazione, questi devono rimanere in isolamento domiciliare fiduciario dal giorno della dimissione per almeno 7 giorni e comunque non meno di 14 giorni dalla data di esecuzione del primo tampone positivo. Si rimanda all'Allegato 4 per la gestione dell'isolamento domiciliare fiduciario. Per tutti i soggetti dimessi dall'Ospedale con diagnosi di COVID-19, la U.O. dimettente provvede a notificare al SISP la dimissione per il seguito di competenza. Le Aziende ULSS definiscono specifici percorsi per la presa in carico domiciliare in stretta collaborazione tra MMG/PLS e USCA, con il coordinamento della COT.

4.2 Setting territoriale

In via transitoria, al fine di evitare le occasioni di contatto, l'accesso degli utenti allo studio medico deve preferibilmente avvenire su appuntamento, previo contatto telefonico con il MMG/PLS/MCA (qui di seguito il Medico). Pertanto, la presentazione spontanea di utenti con sintomi sospetti per COVID-19 presso lo studio medico deve costituire un'eccezione.

4.2.1 Gestione del caso sospetto (presentazione spontanea all'ambulatorio o contatto telefonico)

Se il caso sospetto si presenta in ambulatorio, dev'essere immediatamente dotato di mascherina chirurgica e isolato, se possibile, in un locale separato dagli altri pazienti. Il personale sanitario che entra in contatto stretto con il paziente deve utilizzare gli opportuni DPI e dispositivi medici (Allegato 2).

In caso di sintomatologia grave, il medico deve immediatamente contattare il SUEM 118.
In caso di sintomatologia lieve:

- il **Medico di Medicina Generale**, dopo valutazione:
    - invita il paziente a rimanere presso il proprio domicilio;
    - raccomanda di seguire le indicazioni igienico-comportamentali di cui all'Allegato 5;
    - dispone l'esecuzione del tampone;
    - rilascia certificato di malattia;
    - notifica il caso sospetto al SISP e alla COT.

- il **Pediatra di Libera Scelta**, dopo valutazione:
    - invita il paziente a rimanere al proprio domicilio;
    - raccomanda di seguire le indicazioni igienico-comportamentali di cui all'Allegato 5;
    - dispone l'esecuzione del tampone, con priorità nell'effettuazione e refertazione dello stesso in caso di un bambino frequentante una collettività;
    - notifica il caso sospetto al SISP e alla COT;

Il SISP, ricevuta la notifica, valuta le opportune disposizioni di isolamento domiciliare e quarantena per il soggetto e per i contatti a rischio, in attesa di refertazione del tampone per SARS-CoV-2, e pone il paziente in sorveglianza attiva e automonitoraggio, in collaborazione con il MMG/PLS secondo organizzazione aziendale (Allegato 4) e secondo una procedura operativa fornita dal SISP territorialmente competente.

Il Medico di Medicina Generale, per la gestione del caso e l'esecuzione del tampone, potrà avvalersi delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (Allegato 7).

In caso di test diagnostico positivo il caso diventa confermato, in caso di test negativo il medico valuterà come proseguire l'iter diagnostico.

4.2.2 Gestione territoriale del caso confermato da parte del MMG e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) [14]

I **MMG** comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'USCA che opera per le valutazioni dei soggetti con sintomatologia, che devono essere considerati come casi sospetti di COVID-19 o che sono casi confermati di COVID-19. Al momento dell'attivazione il MMG fornirà al Medico dell'USCA tutte le necessarie informazioni cliniche e anamnestiche del paziente.

Per la gestione domiciliare dei pazienti sospetti o affetti da COVID-19 è necessario che i **medici dell'USCA lavorino in stretta integrazione con i MMG** al fine di assicurare la necessaria continuità dell'assistenza. Pertanto, ciascuna Unità Operativa di Cure Primarie è tenuta ad individuare esattamente l'afferenza di ciascun MMG ad un'unica USCA, prevedendo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'USCA. L'attività domiciliare dei medici dell'USCA verrà effettuata preferibilmente con accesso congiunto con un infermiere del Servizio di Assistenza Domiciliare del Distretto o della Medicina di Gruppo Integrata qualora insista nel bacino di riferimento. L'accesso congiunto è da preferirsi in quanto permette il supporto e la supervisione per le manovre di vestizione/svestizione dei DPI e l'immediata esecuzione di eventuale attività infermieristica necessaria. Il medico dell'USCA potrà, prima di effettuare l'intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento. Spetterà al medico dell'USCA, adeguatamente formato, decidere, in base alle richieste ricevute e a quelle eventualmente rimaste inevase nei giorni precedenti, quali priorità assegnare all'attività. Durante la visita domiciliare è possibile utilizzare un dispositivo elettronico per effettuare una videochiamata con il MMG, qualora ritenuto necessario.

Il medico dell'USCA, in base al quadro clinico evidenziato ed in accordo con il MMG, potrà decidere se seguire il paziente a domicilio o attivare il ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche, con attivazione del 118.

Al termine di ogni visita domiciliare, il medico dell'USCA dovrà compilare apposita modulistica (meglio se informatizzata) con cui comunicare al MMG l'esito dell'intervento effettuato. Sulla base della valutazione, il medico provvederà a **notificare il caso al SISP, se non già notificato**; la notifica dovrà essere aggiornata al momento della conferma diagnostica (tampone nasofaringeo). Il MMG provvede a rilasciare eventuale certificazione di malattia e/o certificazione di isolamento sulla base della disposizione contumaciale rilasciata dal SISP. Non rientra fra i compiti del medico dell'USCA alcun atto certificativo, che deve rimanere in capo al MMG, opportunamente informato. Analoghe modalità organizzative dovranno essere implementate per i pazienti COVID-19 all'interno di RSA o strutture di ricovero intermedie.

4.2.3 Gestione territoriale del caso confermato da parte del PLS e delle U.O. di Pediatria

I **PLS**, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, secondo procedura operativa fornita dallo stesso SISP e sotto il coordinamento di quest'ultimo, seguiranno i casi sospetti e confermati asintomatici o paucisintomatici, eventualmente anche con mezzi di teleconsulto. Nel caso di peggioramento delle situazioni cliniche che necessitino di visita od esami di approfondimento, il bambino sarà inviato presso il reparto di Pediatria di riferimento.

5. CONTACT TRACING, GESTIONE DEI CONTATTI E SORVEGLIANZA ATTIVA

Il rintraccio (contact tracing) e la presa in carico di tutti i contatti di un caso probabile o confermato ha lo scopo di identificare precocemente possibili casi secondari e interrompere le catene di trasmissione virale. Tale obiettivo è realizzabile attraverso le seguenti azioni:

- pronta identificazione dei casi probabili e confermati;
- disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario di tutti i casi;

[14] *"Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in RSA" del 1.04.2020.*

- disposizione di quarantena per tutti i contatti stretti e comunque tutti i contatti a rischio identificati dall'inchiesta epidemiologica;
- comunicazione delle norme di isolamento, delle raccomandazioni igienico-comportamentali e invito all'auto-monitoraggio per la comparsa di eventuali sintomi;
- sorveglianza attiva;
- utilizzo del test di conferma diagnostica.

Le operazioni di contact tracing, inchiesta epidemiologica, disposizioni contumaciali e sorveglianza attiva dei contatti sono affidate al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica in sinergia con gli altri servizi del Dipartimento di Prevenzione, anche avvalendosi della collaborazione di ulteriore personale reclutato in caso di necessità e in funzione dello scenario epidemiologico.

5.1 Inchiesta epidemiologica e *contact tracing* [15]

Il SISP effettua l'inchiesta epidemiologica raccogliendo informazioni sulla storia clinica e su tutti i possibili contatti valutando la tipologia di rischio per il tipo di contatto. L'intervista deve essere prioritariamente condotta a mezzo telefono. In caso di soggetti ricoverati, o comunque se l'intervista telefonica non è possibile, il personale del SISP può avvalersi della collaborazione dei familiari, del personale ospedaliero e/o del medico curante.

- Per identificare la **fonte del contagio**, durante l'intervista con il caso, devono essere raccolti dettagli sulle possibili esposizioni nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi (o della data della raccolta del campione se la persona è asintomatica);
- Per identificare, invece, i **contatti a cui il caso potrebbe avere trasmesso l'infezione**, è necessario considerare il periodo da 48 ore prima a 14 giorni dopo l'inizio dei sintomi nel caso (o, se la persona è asintomatica, da 48 ore prima a 14 giorni dopo la data della raccolta del campione), ricostruendo meticolosamente le sue attività e spostamenti e individuando gli individui esposti.

Il SISP identifica **tutti i possibili contatti stretti e comunque tutti i contatti considerati a rischio sulla base di quanto emerso dell'inchiesta epidemiologica**. Nella raccolta delle informazioni, si deve prestare attenzione all'appartenenza del contatto a uno dei gruppi a rischio di sviluppare forme gravi di COVID-19 e all'attività lavorativa svolta, quale assistenza ad anziani, a persone immunocompromesse e ad altre popolazioni vulnerabili. La ricerca dei contatti deve focalizzarsi sulle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

- In caso di soggetti afferenti ad altra Azienda ULSS le informazioni devono essere comunicate al SISP territorialmente competente.
- In caso di residenti/domiciliati fuori Regione, le informazioni devono essere comunicate dall'Autorità sanitaria regionale di identificazione del caso all'Autorità sanitaria della Regione o Provincia Autonoma di residenza/domicilio e al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria - Ufficio 5.
- In caso di residenti/domiciliati all'estero, le informazioni devono essere comunicate dall'Autorità sanitaria regionale di identificazione del caso al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria - Ufficio 5, che informerà lo Stato coinvolto, attraverso la piattaforma della Commissione Europea EWRS – "Early Warning Response System" o tramite la rete dei "National Focal Point" (NFP) previsti dal Regolamento Sanitario Internazionale (IHR 2005).

5.2 Esecuzione dei test di biologia molecolare nei contatti

A seguito dell'inchiesta epidemiologica effettuata per ogni caso sospetto o confermato di COVID-19, **tutti i conviventi, i contatti stretti, e comunque i contatti considerati a rischio** sulla base della valutazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, devono essere tempestivamente sottoposti ad esecuzione del test diagnostico di biologia molecolare al fine di un'identificazione precoce di possibili nuovi casi e per la ricostruzione della catena di contagio (Allegato 4). La priorità sarà rivolta nei confronti di soggetti sintomatici e dei contatti stretti a partire dai conviventi.

[15] *Rapporto ISS COVID-19 n.53/2020 v. del 25 giugno 2020 "Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19".*

5.3 Disposizioni di isolamento e/o quarantena e sorveglianza attiva

Per le definizioni di isolamento e quarantena si rimanda al capitolo 1, paragrafo 1.1.
Il SISP fornisce indicazioni e informazioni chiare, anche in forma scritta, sulle misure precauzionali da attuare (Allegato 5). Il SISP, provvede alla disposizione di isolamento e/o quarantena e informa il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta (anche ai fini della certificazione INPS[16]), informando contestualmente anche la COT, ed accerta l'eventuale disponibilità del MMG/PLS ad effettuare la sorveglianza sanitaria del proprio assistito tramite triage telefonico, secondo procedura operativa fornita dallo stesso SISP e sotto il coordinamento di quest'ultimo. Le indicazioni sulla durata dell'isolamento e/o quarantena e sulla sorveglianza attiva sono riportate in Allegato 4. L'Azienda Ulss che adotta il provvedimento di collocazione in isolamento e/o quarantena, in relazione al numero dei conviventi nell'abitazione, può disporre l'effettuazione dell'isolamento e/o quarantena presso strutture alternative individuate dall'Azienda medesima in collaborazione con la Protezione Civile in conformità con le disposizioni regionali [17].

In caso di necessità di certificazione INPS per l'assenza da lavoro, il SISP procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al Medico di Medicina Generale, informando che per motivi di sanità pubblica il contatto è posto in isolamento e/o quarantena, specificando la data di inizio e di fine.

Per tutta la durata dell'isolamento e/o quarantena, il SISP mantiene la sorveglianza attiva per monitorare la condizioni cliniche del soggetto. Se non ne dispongono, il SISP fornisce ai contatti mascherine chirurgiche e termometro. Con il supporto della COT, dovranno essere attivate forme di supporto d'intesa tra servizi sociali delle amministrazioni comunali, associazioni di volontariato e SISP al fine di garantire, in caso di specifiche necessità, alcune funzioni di supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver ed eventuale supporto psicologico. Qualora le condizioni abitative non siano idonee al periodo di isolamento e/o quarantena, si raccomanda di proporre il trasferimento in strutture di tipo residenziale appositamente dedicate ed attivate.[18]

5.4 Modalità attuative della quarantena per i contatti stretti dei casi COVID-19 nel contesto dell'attività agonistica di squadra professionista

Come previsto dalla circolare del Ministero della Salute 21463 del 18/06/2020[19], l'operatore di sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente, nel caso in cui risulti positivo un giocatore, ne dispone l'isolamento ed applica la quarantena dei componenti del gruppo squadra che hanno avuto contatti stretti con un caso confermato. Il Dipartimento di prevenzione può prevedere che, alla luce del citato parere del 12 giugno 2020 n. 88 del Comitato tecnico scientifico nominato con ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 630 del 3 febbraio 2020, alla quarantena dei contatti stretti possa far seguito, per tutto il "gruppo squadra", l'esecuzione del test, con oneri a carico delle società sportive, per la ricerca dell'RNA virale, il giorno della gara programmata, successiva all'accertamento del caso confermato di soggetto Covid-19 positivo, in modo da ottenere i risultati dell'ultimo tampone entro 4 ore e consentire l'accesso allo stadio e la disputa della gara solo ai soggetti risultati negativi al test molecolare. Al termine della gara, i componenti del "gruppo squadra" devono riprendere il periodo di quarantena fino al termine previsto, sotto sorveglianza attiva quotidiana da parte dell'operatore di sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente, fermi gli obblighi sanciti dalla circolare di questa direzione generale del 29 maggio 2020.

6. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI EXTRA-OSPEDALIERE

Le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere dedicate ad anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale, presentano delle caratteristiche che richiedono una particolare attenzione nelle strategie di sanità pubblica

[16] *Circolare INPS HERMES 25 febbraio 2020 0000716 del 25 febbraio 2020.*
[17] *Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n.64 del 6 luglio 2020.*
[18] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7865 del 25.03.2020.*
[19] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 21463 del 18.06.2020.*

finalizzate al contenimento della diffusione di SARS-CoV-2 in tali contesti di vita. La popolazione ospite delle suddette strutture è costituita da persone più vulnerabili rispetto alla popolazione generale a causa delle peggiori condizioni di salute e/o maggior esposizione a fattori di rischio ed è, quindi, da considerarsi potenzialmente a maggior rischio di infezione da SARS-CoV-2.

All'interno dei luoghi chiusi il virus può essere introdotto e circolare tramite il personale lavorativo, i nuovi ingressi o i familiari in visita. Pertanto, è essenziale prevedere delle procedure specifiche per l'accesso di nuovi ospiti e delle persone esterne nonché per diagnosticare tempestivamente i casi sospetti al fine di identificare rapidamente eventuali focolai e garantire adeguate misure di contenimento[20].

Per le indicazioni in tali contesti si fa riferimento agli specifici documenti ed in particolare alle "L*inee di indirizzo - Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale*" [21] del 22 giugno 2020 e alle "*Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in Strutture Residenziali per Anziani*"[22] del 1 aprile 2020, tenendo conto di possibili successive modificazioni o aggiornamenti.

7. FLUSSI DI NOTIFICA E SISTEMI INFORMATIVI

Si ribadisce che, per tutti i casi con tampone positivo per SARS-CoV-2, ciascuna Azienda Sanitaria provvede ad **alimentare tempestivamente e con completezza gli applicativi regionali**. Tali dati vengono successivamente trasmessi dalla Regione, con cadenza giornaliera, all'Istituto Superiore di Sanità e da questo al Ministero. Sulla base dei dati registrati e sulla loro completezza vengono calcolati gli indicatori previsti nel Monitoraggio del Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità[23].

7.1 Flusso informativo casi COVID-19

Il Medico segnalatore provvede a notificare al SISP tutti i casi COVID-19 confermati o sospetti (in attesa di esecuzione o esito del tampone), in accordo con la procedura azienale. I casi devono essere segnalati al SISP inviando la Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori (Allegato 3). Per tutti i casi confermati dovranno essere aggiornati gli applicativi regionali:

- piattaforma **PiC-19**[24] per i soggetti ricoverati in ospedali per acuti ed in Ospedali di Comunità. Devono essere registrati anche informazioni relative al link epidemiologico con Strutture Residenziali per Anziani o strutture penitenziarie, in qualità di ospiti/detenuti o dipendenti di tali strutture. Nello stesso strumento devono essere registrati anche i decessi avvenuti in ospedale o a domicilio, sia per soggetti positivi che per soggetti negativizzati.
- **SIAVR-Covid** per le attività del SISP di inchiesta epidemiologica, di sorveglianza sanitaria ed isolamento dei soggetti assistiti a domicilio.

I data base si alimentano a partire dai flussi dei referti degli esami di laboratorio per ricerca diretta del virus tramite PCR su tamponi nasofaringei. In caso di positività i referenti aziendali delle suddette piattaforme provvedono ad integrare i campi relativamente a fattori di esposizione, ad eventuale ricovero e decesso. La Piattaforma PIC-19 è inoltre integrata con altri flussi regionali quali l'anagrafe dei dipendenti e convenzionati ed il flusso dei residenti in strutture residenziali per anziani, per automatizzare l'integrazione di tali fattori epidemiologici, e permettere l'identificazione precoce di cluster a carico di operatori sanitari e di ospiti di Case di riposo. Le due piattaforme

[20] *Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 v. del 17 aprile 2020.*
[21] *Linee di indirizzo - Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale* del 22 giugno 2020, Regione del Veneto.
[22] *Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in Strutture Residenziali per Anziani* del 1 aprile 2020, Regione del Veneto.
[23] *Decreto del Ministro della Salute del 30.04.2020 - Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020; Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità - Sistema Indicatori di cui al D.M. 30 aprile 2020 Documento metodologico.*
[24] *Note regionali prot n. 111476 del 09.03.2020 e prot n. 127224 del 19.03.2020.*

regionali (PiC-19 e SIAVR-Covid) interagiscono tra loro tramite un flusso informatizzato strutturato dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, al fine di integrare le informazioni inserite relativamente alle indagini epidemiologiche svolte dai servizi territoriali competenti. Si precisano di seguito **i campi, compilati su PIC-19 o su SIAVR-Covid, che assumono particolare rilevanza ai sensi del monitoraggio ministeriale**: data inizio sintomi, stato clinico iniziale e relativa data, mutamenti di stato clinico (diarie per SIAVr-Covid) e relative date, presa in carico di ogni soggetto caricato in SIAVr-Covid tramite lo "Stato Sorveglianza" per identificarne l'approfondimento epidemiologico, "esposizione" per identificare la provenienza del caso. Si sottolinea l'importanza di verificare la coerenza dei dati inseriti e delle date indicate (es. un soggetto con sintomi registrati e la compilazione puntuale della data di inizio sintomi).

Si ricorda che, come già comunicato, l'inserimento dei dati dai SIPS presso la piattaforma regionale PiC-19 ed in SIAVR-Covid ha sostituito l'invio alla Regione delle schede di sorveglianza dei casi positivi di COVID-19 (Schede per la Notifica di casi da Virus Respiratori Allegato 3). Inoltre, nella piattaforma SIMIWEB per la notifica di malattie infettive non vanno inserite le notifiche per COVID-19. Ai sensi del DM 1990, rimane invariato l'obbligo a carico del medico che effettua la diagnosi di segnalare al SISP territorialmente competente ogni caso sospetto o confermato di COVID-19 utilizzando la Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori (Allegato 3).

7.2 Flusso informativo decessi pazienti positivi COVID-19

Per tutti i soggetti COVID-19 deceduti, deve essere aggiornata tempestivamente la piattaforma regionale **PiC-19**[25]. Le singole Aziende definiscono i flussi con cui registrare tale informazione.

Per tutti i decessi di paziente deceduti con una diagnosi di COVID-19, indipendentemente dalla data di diagnosi o di negativizzazione[26], dovranno essere inviate ad ISS[27] attraverso il portale accessibile all'indirizzo https://w3.iss.it/site/covid19, tempestivamente e comunque non oltre le 48 ore dal decesso, le seguenti informazioni:

- nel caso di decesso avvenuto in ospedale, dovrà essere caricata la cartella clinica e la copia della relativa scheda di morte ISTAT[28] direttamente dalla Struttura Ospedaliera in cui è avvenuto il decesso.
- nel caso di decesso avvenuto sul territorio, è sufficiente il caricamento di copia della scheda di morte ISTAT[29] unita ai dati identificativi del paziente, che sarà caricata sul portale a cura del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di riferimento territoriale.

Ogni struttura ospedaliera e ogni Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dovrà provvedere al proprio accreditamento alla piattaforma ISS per il caricamento della documentazione all'indirizzo indicato. Per necessità è possibile contattare l'Istituto Superiore di Sanità via e-mail all'indirizzo *decessicovid-19@iss.it* o al n. 06.49903000.

8. ESENZIONE PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Come disposto dalla DGR n. 567 del 05 maggio 2020 "*Disposizioni relative alla prescrizione di tamponi per la determinazione del virus SARS-CoV-2 a seguito dell'attuale emergenza sanitaria*":

- la prescrizione del tampone può essere fatta su ricetta dematerializzata utilizzando il codice di prestazione già previsto nel Nomenclatore Tariffario Regionale (NTR) "91.12.1_0 VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (PREVIA RT-PCR) (Inclusa estrazione, amplificazione, rivelazione)", specificando nel campo quesito diagnostico "tampone per ricerca SARS-CoV-2";

[25] *Nota regionale prot. n. 137157 del 30.3.2020.*
[26] *Tali indicazioni derivano dalle attuali raccomandazioni fornite dall'Istituto Superiore di Sanità.*
[27] *Nota regionale prot. n. 137957 del 30 marzo 2020 - Indicazioni sul flusso di trasmissione delle schede di notifica dei casi di virus respiratori, schede ISTAT, schede decessi, cartelle cliniche e aggiornamente piattaforma regionale Pic-19. Compiti assegnati all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dall'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 640 del 27/2/2020 e in base alle indicazioni emanate dal Ministero della Salute con Circolare prot. 5889 del 25 febbraio 2020 avente ad oggetto "Richiamo in ordine a indicazioni fornite con la circolare del 22.2.2020", la certificazione di decesso a causa di COVID-19 dovrà essere accompagnata da parere dell'ISS.*
[28] *Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020 "COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte".*
[29] *Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020 "COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte".*

- è estesa ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta la facoltà di immissione del dato relativo all'esenzione codice 5G1.

Si ribadisce che l'esenzione 5G1, per questa circostanza, non è solo richiedibile su prescrizione del Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, ma anche da parte di tutti gli Specialisti coinvolti nei percorsi clinici di supporto alle UU.OO. coinvolte nell'inquadramento diagnostico dei casi sospetti.

Si raccomanda alle Direzioni Aziendali di comunicare semestralmente alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria le spese sostenute per questa esigenza di Sanità Pubblica (ad es: per acquisto DPI, per prestazioni specialistiche e ricoveri erogati a pazienti sintomatici non iscritti al SSN), al fine di successiva rendicontazione alla Protezione Civile.

9. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Per contenere il rischio di trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 è richiesta la definizione di misure adeguate ed omogenee in tutte le strutture socio-sanitarie regionali, tali da orientare i comportamenti di tutti i soggetti interessati nei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie, attraverso un'adeguata formazione continua di tutto il personale coinvolto (medici, infermieri, operatori sanitari, ecc.) in materia di prevenzione e controllo dell'infezione, cui potrà essere offerta la partecipazione alle numerose FAD prodotte dai diversi organismi istituzionali, reperibili anche al sito web di Azienda Zero al seguente link https://www.azero.veneto.it/-/emergenza-coronavirus, con modalità di fruizione e riconoscimento dell'impegno orario che ogni Azienda sanitaria stabilirà in proprio.

Il personale suddetto va, inoltre, responsabilizzato sulla necessità di osservare scrupolosamente le disposizioni in materia di contenimento del contagio previste dai provvedimenti in vigore. In ogni reparto/servizio va documentata la presa d'atto di ogni dipendente di queste disposizioni e verificata la sua effettiva comprensione dei comportamenti da adottare in caso di sintomatologia sospetta per COVID-19.

Pertanto, si raccomanda che ogni struttura predisponga momenti formativi interni per il personale, sia via FAD che in presenza, che includano le procedure regionali descritte nel presente documento, le procedure aziendali organizzative interne per la gestione di casi sospetti e confermati di COVID-19, il corretto uso dei DPI, comprese le fasi di vestizione e svestizione, ecc. (Allegato 1).

10. PROCEDURE DI SANIFICAZIONE

10.1 Sanificazione dei locali ospitanti pazienti sospetti o positivi per COVID-19 [30]

La contaminazione ambientale deve essere considerata una potenziale modalità di contagio indiretta: l'evidenza emersa da precedenti studi sui coronavirus mostra che questo particolare gruppo è più stabile nell'ambiente degli altri virus con envelope. La pulizia e l'utilizzo delle corrette misure di igiene degli ambienti costruiti rappresentano un punto cardine nella prevenzione della diffusione di SARS-CoV-2. La trasmissione di SARS-CoV-2 avviene principalmente con due modalità: attraverso particelle respiratorie (droplets, > 5 µm) e per contatto, diretto o indiretto. Sono state proposte anche altre vie di trasmissione, come la trasmissione aerea tramite aerosol (particelle < 5 µm) e una trasmissione legata alla eliminazione fecale, che tuttavia non sono state ancora del tutto chiarite. In generale, i coronavirus umani possono rimanere vitali e mantenere la capacità infettante su superfici inanimate a temperatura ambiente per un periodo variabile da 2 ore a 9 giorni, a seconda del contesto analizzato. Trattandosi di virus con envelope, sono i più sensibili all'inattivazione da parte dei disinfettanti, quali ipoclorito di sodio (0.1% - 0.5%), etanolo (62-71%) o perossido di idrogeno (0.5%), che compromettono l'integrità del virus e ne neutralizzano la capacità

[30] *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020.*

infettiva. Pertanto, in accordo con quanto suggerito dall'OMS, sono procedure efficaci e sufficienti una "*pulizia accurata delle superfici ambientali con acqua e detergente seguita dall'applicazione di disinfettanti*".

La **sanificazione** è l'insieme dei procedimenti atti ad igienizzare ambienti e superfici mediante l'attività di pulizia e di disinfezione. La **pulizia** rimuove polveri, materiale non desiderato o sporcizia dalle superfici, rendendole visibilmente pulite. Con **disinfezione** s'intende il complesso di procedimenti atti a sanificare gli ambienti mediante la distruzione o inattivazione di microrganismi patogeni. I prodotti per la pulizia includono sapone liquido, detergenti enzimatici e detersivi che, combinati con l'acqua, rimuovono il materiale organico (es. sporco, fluidi corporei, ecc.) utilizzando l'azione meccanica (es. strofinamento e frizione). I disinfettanti servono solo per la disinfezione dopo la pulizia e non sono sostituti della pulizia. Prima della disinfezione, utilizzare un prodotto di pulizia per rimuovere tutto il materiale organico e lo sporco. I sistemi meccanizzati di pulizia di grandi superfici devono essere evitati perché producono aerosol o disperdono la polvere nelle aree di cura del paziente come pure è sconsigliato spazzare a secco, spruzzare, spolverare. Preferire quindi le metodiche ad umido.

Di seguito verranno presi in esame i seguenti setting in cui sia necessario eseguire un intervento di sanificazione.

10.1.1 Setting ospedaliero

Gli ambienti ospedalieri che ospitano casi sospetti o confermati di COVID-19 (stanze dei pazienti, aree di attesa, sale per le procedure mediche, sale di rianimazione) devono essere puliti e disinfettati almeno due volte al giorno dal personale addetto munito di adeguati DPI e specificamente formato per la bonifica di ambienti a rischio biologico. Prima di procedere alla bonifica, i locali devono essere aerati adeguatamente per almeno un'ora (1-3 ore se eseguite procedure generanti aerosol e non a pressione negativa) tramite ventilazione naturale o tramite l'impianto di ventilazione meccanica controllata (VCM).

Inoltre, per procedere alla sanificazione è necessario definire due squadre oppure due tempi d'intervento: uno dedicato alla rimozione degli effetti letterecci e della biancheria (dal momento che si tratta di attività a rischio di aerosolizzazione, è necessario non agitare la biancheria durante il cambio e raccoglierla in contenitori chiusi, sostituendola con quella sanificata) ed uno per la pulizia e disinfezione dei locali, procedendo dalle aree più pulite verso quelle più contaminate.

Le superfici devono essere accuratamente pulite con un detergente neutro e successivamente disinfettate mediante prodotti con attività virucida, con particolare attenzione ai servizi igienici, e alle superfici ad alta frequenza di contatto. É anche possibile effettuare in un tempo unico l'azione di pulizia e disinfezione impiegando prodotti detergenti - disinfettanti con azione virucida. In alternativa, è suggerito, dopo la fase di pulizia, l'utilizzo di soluzioni a base di ipoclorito di sodio di cloro attivo allo 0,1% o 0,5%. Per superfici che possono essere danneggiate dall'ipoclorito di sodio, possono essere utilizzati i prodotti a base di etanolo (almeno il 70%).

Si raccomanda l'uso di dispositivi di pulizia monouso o dedicati; i dispositivi medici e i DPI non monouso devono essere decontaminati utilizzando adeguati prodotti registrati come dispositivi medici, o, in alternativa, ipoclorito di sodio allo 0,1% di cloro attivo o etanolo al 70%).

Se si usano prodotti chimici per la pulizia, è importante mantenere l'ambiente arieggiato sia durante che dopo l'uso per proteggere la salute del personale addetto alle pulizie. Il personale che ha effettuato le procedure non va considerato come contatto salvo in caso di mancata osservanza delle misure di protezione o di esposizione accidentale.

10.1.2 Setting assistenziale

Nelle strutture assistenziali e comunitarie, quali indicativamente le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), comunità terapeutiche, poliambulatori, particolare considerazione dovrebbe essere data all'applicazione di misure di pulizia e disinfezione nelle aree comuni (bagni, sale, corridoi, ascensori, ecc.) come misura preventiva generale durante tutta

l'epidemia di COVID-19. Inoltre, devono essere tenuti di conto gli oggetti che vengono toccati frequentemente, come maniglie, pulsanti degli ascensori, corrimano, interruttori, maniglie delle porte, ecc.

Per le stanze o le aree specifiche esposte ai casi di COVID-19 si dovrebbe:

- garantire un buon ricambio dell'aria;
- pulire accuratamente con un detergente neutro;
- disinfettare le superfici che si sporcano con secrezioni respiratorie o altri fluidi corporei (es. toilette, lavandini, ecc.) con un disinfettante (presidio medico-chirurgico PMC) ad azione virucida o con ipoclorito di sodio contenente lo 0,1% di cloro attivo o, se non adatto, utilizzare alcol etilico al 70%. Per superfici porose come moquette e tappeti, rimuovere la contaminazione visibile, pulire con detergenti e disinfettanti appropriati secondo le istruzioni del produttore;
- risciacquare con acqua pulita dopo 10 minuti di contatto con il cloro;
- raccogliere la biancheria sporca in contenitori chiusi in attesa di lavaggio e sanificazione.

Il personale dedicato alla pulizia ambientale degli spazi pubblici frequentati da una persona sospetta o confermata COVID-19 deve indossare i dispositivi medici e i DPI. Quando possibile, usare solo materiali di pulizia monouso, in alternativa disinfettare adeguatamente gli attrezzi per la pulizia non porosi con una soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,5% di cloro attivo o secondo le istruzioni del produttore prima dell'uso per altri ambienti. I materiali di scarto prodotti durante la pulizia devono essere collocati in un sacchetto separato e ben chiuso, che può essere smaltito con la spazzatura indifferenziata.

In generale, le aree pubbliche in cui un caso confermato COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.

10.1.3 Setting domestico

In ambito domestico si devono rispettare due tempi d'intervento: uno dedicato alla biancheria e uno per la pulizia e disinfezione dei locali. Per la pulizia di una stanza domestica in cui è stato isolato un paziente COVID-19, si applicano le stesse procedure descritte per i setting precedenti:

- la stanza deve essere arieggiata in maniera naturale per almeno un'ora;
- successivamente pulire accuratamente con un detergente neutro;
- disinfettare utilizzando un prodotto efficace contro i virus, con particolare attenzione alle superfici toccate più frequentemente (es. porte, maniglie delle porte, finestre, tavoli, interruttori della luce, servizi igienici, rubinetti, lavandini, scrivanie, sedie, telefoni cellulari, tastiera, telecomandi). Utilizzare panni in microfibra inumiditi con un prodotto detergente-disinfettante o in alternativa con alcol etilico al 70%, con una soluzione di ipoclorito di sodio diluita allo 0,5% di cloro attivo per i servizi igienici e allo 0,1% di cloro attivo per tutte le altre superfici, tenendo in considerazione la compatibilità con il materiale da detergere, l'uso e l'ambiente. I detergenti a base di cloro non sono utilizzabili su tutti i materiali. Per superfici porose come moquette e tappeti, rimuovere la contaminazione visibile, pulire con detergenti e disinfettanti appropriati secondo le istruzioni del produttore;
- non agitare la biancheria durante il cambio e raccoglierla in contenitori chiusi, lavandola con un ciclo ad acqua calda da 60°C a 90°C per almeno 30 minuti con un comune detersivo per il bucato.

La persona che pulisce dovrebbe indossare guanti e una maschera chirurgica. L'igiene delle mani deve essere eseguita ogni volta dopo aver rimosso guanti o maschera. Si consiglia l'uso di attrezzature monouso per la pulizia. I materiali di scarto prodotti durante la pulizia devono essere collocati in un sacchetto separato e ben chiuso, che può essere smaltito come rifiuti indifferenziati.

10.1.4 Opzioni di sanificazione per tutti i tipi di locali

Durante la pandemia di COVID-19 anche nei locali senza casi confermati di COVID-19 è consigliato:

- Usare attrezzature diverse per pulire spazi frequentati dal pubblico e spazi per i dipendenti.
- Pulire frequentemente le superfici più toccate (almeno giornalmente se possibile). Esempi di queste superfici sono maniglie e barre delle porte, delle finestre, sedie e braccioli, tavoli, interruttori della luce, corrimano, rubinetti dell'acqua, pulsanti dell'ascensore, ecc.

L'uso di un detergente neutro per la pulizia di superfici in locali generali (vale a dire non per i locali che sono stati frequentati da un caso sospetto o confermato di COVID-19) si ritiene sufficiente.

La pulizia di servizi igienici pubblici, lavandini del bagno e servizi igienici utilizzati da più persone (es. nei centri commerciali, stazioni ferroviarie, aeroporti, ecc.) devono essere eseguiti con cura. Considerare l'uso di un disinfettante efficace contro virus, o soluzioni a base di ipoclorito di sodio allo 0,1% di cloro attivo o altri prodotti virucidi autorizzati seguendo le istruzioni per l'uso fornite dal produttore.

Possono essere impiegati strumenti meccanizzati di pulizia quali spazzatrici, lavasciuga pavimenti, aspirapolvere, purché dotati di un sistema efficace di ritenzione polveri e se il flusso di aria e polvere viene filtrato in uscita attraverso un filtro HEPA o ULPA (testato secondo la norma EN1822). Il personale che conduce le macchine deve essere dotato degli adeguati dispositivi di protezione individuale.

Sprayer, nebulizzatori e atomizzatori consentono di spruzzare biocidi (PMC) o disinfettanti, quali perossido di idrogeno, ozono o cloro attivo generati in situ, in forma nebulizzata o atomizzata su superfici anche difficilmente raggiungibili e sugli oggetti presenti nell'ambiente. È necessario che gli operatori siano adeguatamente protetti e formati per utilizzare queste apparecchiature e in grado di verificare la compatibilità delle concentrazioni necessarie per l'attività di sanificazione, se spruzzate con queste strumentazioni. Durante l'uso è fondamentale indossare DPI adeguati. Pertanto, in accordo con la Circolare del Ministero della Salute del 22 maggio 2020, tali procedure possono essere utilizzate per finalità di sanificazione, intesa in questo caso come il complesso di procedimenti e operazioni atti a rendere sani determinati ambienti mediante la pulizia e il controllo e il miglioramento della qualità dell'aria.

Le procedure di utilizzo delle sostanze sanificanti possono essere complementari a procedure di pulizia ambientale, o essere integrate con attività di disinfezione. In questo ultimo scenario, la procedura deve prevedere la preventiva disinfezione diretta delle superfici esposte secondo il seguente ordine:

1. pulizia;
2. disinfezione diretta delle superfici esposte con disinfettanti autorizzati;
3. trattamento di sanificazione con sostanze generate in situ a completamento ed ottimizzazione delle procedure di pulizia e disinfezione;
4. adeguata areazione dei locali.

Il personale impegnato nella pulizia ambientale deve indossare i dispositivi medici e i DPI durante le attività di pulizia. L'utilizzo del solito set di DPI (es. uniforme, che viene rimossa e lavata frequentemente in acqua calda, e guanti) è sufficiente per la protezione durante la pulizia dei locali generali. Il materiale di pulizia deve essere adeguatamente pulito alla fine di ogni sezione di pulizia. L'igiene delle mani deve essere eseguita ogni volta che vengono rimossi DPI come guanti. Il materiale di scarto prodotto durante la pulizia deve essere collocato nei rifiuti indifferenziati.

In occasione del periodo pandemico SARS-COV-2 è importante che l'operatore tenga traccia del processo di sanificazione ambientale, tramite checklist cartacea o elettronica dove controfirma le fasi previste ed eseguite di sanificazione, data e orario.

11. GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI [31]

I rifiuti potenzialmente contaminati devono essere trattati ed eliminati come materiale infetto categoria B (UN3291).

11.1 Soggetti positivi al tampone in isolamento o in quarantena obbligatoria (anche in attesa di conferma di positività)

I rifiuti urbani prodotti nelle abitazioni dove soggiornano i soggetti sopracitati, dovrebbero essere considerati equivalenti a quelli che si possono generare in una struttura sanitaria, come definiti dal DPR 254/2003. In tale contesto dovrebbero essere applicate le prescrizioni del DPR. Tuttavia, data la difficoltà di applicazione delle stesse, si raccomanda che nelle abitazioni in cui siano presenti soggetti positivi al tampone, in isolamento o in quarantena obbligatoria, sia interrotta la raccolta differenziata, ove in essere, e che tutti i rifiuti domestici, indipendentemente dalla loro natura, includendo fazzoletti di carta, carta in rotoli, teli monouso, mascherine e guanti, siano equiparati a rifiuti indifferenziati e pertanto raccolti e conferiti insieme. Le mascherine e i guanti dovranno, per ulteriore precauzione, essere inseriti in una busta, prima di essere introdotti nel sacco dei rifiuti indifferenziati, per limitare il più possibile errori nella raccolta e nel conferimento dei rifiuti a salvaguardia della sicurezza in ambito domestico e della salute degli operatori ecologici professionali e dei volontari addetti alla raccolta dei rifiuti.

Per la raccolta dovranno essere utilizzati almeno due sacchetti uno dentro l'altro o in numero maggiore in dipendenza della loro resistenza meccanica, possibilmente utilizzando un contenitore a pedale.
Si raccomanda di:

- chiudere adeguatamente i sacchi utilizzando guanti monouso;
- non comprimere i sacchi con le mani;
- non danneggiare e/o contaminare esternamente i sacchi;
- ogni qualvolta siano presenti oggetti taglienti, eseguirne il conferimento con particolare cura (es. avvolgendoli in carta);
- evitare l'accesso di animali da compagnia ai locali dove sono presenti sacchetti di rifiuti;
- far smaltire il rifiuto dalla propria abitazione con le procedure in vigore sul territorio (esporli fuori dalla propria porta negli appositi contenitori o gettarli negli appositi cassonetti condominiali o stradali destinati ai rifiuti indifferenziati);
- i guanti monouso utilizzati per l'operazione dovranno essere rimossi rovesciandoli ed eliminati nel successivo sacco di rifiuti indifferenziati;
- nel caso in cui il soggetto positivo o in quarantena non possa far ritirare i rifiuti da qualcuno che si faccia carico del loro conferimento o con altra modalità prevista sul territorio, si raccomanda di istituire un servizio dedicato di ritiro da parte di operatori addestrati (es. Protezione Civile, Esercito, Croce Rossa, ecc.).

11.2 Soggetti non positivi e non in isolamento o quarantena obbligatoria

Per i rifiuti urbani prodotti dalla popolazione generale in abitazioni dove non soggiornano soggetti positivi al tampone in isolamento o in quarantena obbligatoria si raccomanda di mantenere le procedure in vigore nel territorio di appartenenza, non interrompendo la raccolta differenziata. A scopo cautelativo fazzoletti o rotoli di carta, mascherine e guanti eventualmente utilizzati, dovranno essere smaltiti nei rifiuti indifferenziati.

11.3 Raccomandazioni per gli operatori del settore di raccolta e smaltimento rifiuti

Per gli operatori del settore della Raccolta e Smaltimento Rifiuti, che dovranno essere adeguatamente formati, si raccomanda l'adozione di DPI, come da gestione ordinaria, in particolare di mascherine (filtranti facciali FFP2 o FFP3), compatibilmente con la valutazione del rischio in essere in azienda. Alla luce delle conoscenze scientifiche

[31] *Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti. Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2).*

attualmente disponibili, le mascherine chirurgiche opportunamente certificate e preferibilmente del tipo IIR o equivalente, in grado di proteggere l'operatore che le indossa da schizzi e spruzzi, rappresentano una protezione sufficiente nella maggior parte dei casi.[32]
Esclusivamente nel caso di raccolta presso utenze di soggetti positivi a COVID-19 o in quarantena obbligatoria, si raccomanda l'utilizzo di guanti monouso al di sotto dei normali guanti da lavoro non monouso al fine di prevenire il contatto della pelle con gli indumenti da lavoro e le mascherine; si consiglia, inoltre, agli operatori di procedere alla svestizione a fine turno come di seguito descritto:

- rimuovere la tuta monouso nell'apposito locale e inserirla nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire fornito dalla Azienda e presente nello spogliatoio;
- rimuovere i guanti da lavoro non monouso riponendoli, se sanificabili, in apposito sacco di plastica predisposto, dove verrà eventualmente inserita anche la divisa da lavoro. Nel caso non siano sanificabili, o siano stati manipolati sacchi danneggiati e/o con visibile contaminazione esterna, devono essere conferiti nel contenitore degli indumenti da smaltire;
- rimuovere i copriscarpe monouso e gettarli nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire;
- procedere alla sanificazione dei guanti monouso ancora indossati, simulando le operazioni di lavaggio delle mani, anche mediante l'apposito disinfettante a base alcolica (75% v/v);
- rimuovere le calzature antinfortunistiche avendo cura di non farle entrare in contatto con gli altri indumenti ancora indossati;
- rimuovere la divisa da lavoro senza scuotere gli abiti, avendo cura di non farla entrare in contatto con l'arredo del locale e, secondo le regole aziendali, riporla nell'apposito sacco degli indumenti da inviare a sanificazione;
- rimuovere i guanti monouso rovesciandoli e inserirli nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire;
- dopo aver applicato le consuete obbligatorie norme igieniche alle mani (acqua e sapone e/o gel idroalcolico), procedere alla rimozione dei DPI a protezione delle vie respiratorie avendo cura di non toccare le parti esterne e gettarli nel contenitore per i dispositivi da smaltire.

11.4 Raccomandazioni per i volontari

Poiché esistono sul territorio iniziative di volontariato atte a sostenere le esigenze di persone anziane, sole, o affette da patologie, si raccomanda quanto segue:

- i volontari non possono prelevare rifiuti presso abitazioni in cui siano presenti soggetti positivi al tampone, in isolamento o in quarantena obbligatoria
- nelle abitazioni nelle quali siano presenti soggetti NON positivi al tampone, e non in isolamento o in quarantena obbligatoria, i volontari possono prelevare i rifiuti sulla base delle seguenti precauzioni e osservando norme comportamentali di seguito elencate:
    - utilizzare guanti monouso, che successivamente all'uso dovranno essere smaltiti come rifiuti indifferenziati;
    - non prelevare sacchetti aperti o danneggiati;
    - gettare il sacchetto come da procedure già in vigore (es. apposito cassonetto dell'indifferenziato o contenitore condominiale).

11.5 Raccomandazioni per gli operatori addestrati che svolgono assistenza domiciliare

Agli operatori addestrati (es. Protezione Civile, Esercito, Croce Rossa, ecc.) che svolgono assistenza domiciliare ai soggetti positivi al tampone o in quarantena obbligatoria si raccomanda quanto segue:

- qualora non già fornito dal Gestore della Raccolta Rifiuti, consegnare il materiale necessario al confezionamento del rifiuto quale sacchi, nastro adesivo o lacci per il successivo ritiro del rifiuto indifferenziato;
- ritirare i rifiuti se confezionati come previsto nel presente documento;

[32] *Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2).*

- verificare che i sacchi non siano danneggiati e non presentino contaminazioni esterne;
- conferire in cassonetto condominiale o stradale di indifferenziata con frequenza di almeno due volte a settimana (compatibilmente con i giorni di ritiro previsti sul territorio).

11.6 Gestione rifiuti indifferenziati

I rifiuti indifferenziati dovranno essere gestiti come da procedure vigenti sul territorio e, ove siano presenti impianti di termodistruzione, deve essere privilegiato l'incenerimento, al fine di minimizzare ogni manipolazione del rifiuto stesso.

12. INDICAZIONI PER ATTIVITÀ FUNEBRE [33]

In tutti i casi di morte di pazienti positivi COVID-19 e in tutti i casi di morte nei quali non si possa escludere con certezza che la persona fosse affetta da COVID-19, per il principio di precauzione, si applicano le cautele specifiche per defunti già adottate in presenza di sospetta o accertata patologia da microrganismi di gruppo 3 o prioni.

12.1 Precauzioni per tutti i defunti per i quali non si possa escludere la contrazione in vita di Covid-19

Premesso che con il decesso cessano le funzioni vitali e si riduce nettamente il pericolo di contagio (la trasmissione di SARS-CoV-2 è via droplets e per contatto) non essendo, il paziente deceduto, fonte di dispersione del virus nell'ambiente, è tuttavia utile osservare le seguenti precauzioni:

- la manipolazione del defunto antecedente la chiusura nel feretro deve avvenire adottando tutte le misure di sicurezza atte ad evitare il contagio tramite droplets, aerosol o contatto con superfici nonché fluidi e materiali biologici infetti;
- il personale adibito alla manipolazione del cadavere deve adottare DPI appropriati, secondo le indicazioni dei competenti servizi di sicurezza e protezione dei lavoratori, nonché dal medico competente, tenendo conto delle indicazioni fornite per gli operatori sanitari - per procedure con analogo livello di rischio - con circolari del Ministero della Salute;
- garantire un'adeguata aerazione dei locali, al termine delle attività, e un'accurata pulizia con disinfezione delle superfici e degli ambienti adibiti alle attività;
- prima dell'arrivo del personale incaricato del trasporto funebre, il personale sanitario deve provvedere all'isolamento del defunto all'interno di un sacco impermeabile sigillato e disinfettato esternamente per ridurre il rischio di contagio durante le operazioni di incassamento. In caso di decesso al di fuori delle strutture sanitarie, il personale incaricato del trasporto funebre, laddove il defunto non sia già isolato all'interno di sacco impermeabile sigillato, disinfettato, provvede all'incassamento riducendo al minimo le occasioni di contatto, avvolgendo il defunto in un lenzuolo imbevuto di disinfettante;
- sono vietati la vestizione del defunto, la sua tanatocosmesi, come qualsiasi trattamento di imbalsamazione o conservativo, o altri quali lavaggio, taglio di unghie, capelli, barba e di tamponamento;
- dopo l'incassamento il feretro, confezionato diversamente in funzione della destinazione, è chiuso e sottoposto a disinfezione esterna sia superiormente, sia lateralmente che inferiormente
- il feretro e il suo confezionamento dovranno avere le caratteristiche stabilite dall'Allegato 1 della Circolare Ministeriale prot. n. 15280 del 2.05.2020;
- le cerimonie funebri sono consentite purché svolte nei termini previsti dalla normativa vigente.

12.2 Esami autoptici e riscontri diagnostici

1. L'esecuzione di autopsie o riscontri diagnostici nei casi conclamati di COVID-19, sia se deceduti in corso di ricovero presso un reparto ospedaliero sia se deceduti presso il proprio domicilio è svolta, anche in questa terza fase emergenziale, con l'applicazione rigorosa dei protocolli di sicurezza.

[33] *Circolare Ministeriale prot. n. 15280 del 2.05.2020 e Circolare Ministeriale prot. n. 18457 del 28.05.2020.*

2. In caso di esecuzione di esame autoptico o riscontro diagnostico, oltre ad una attenta valutazione preventiva dei rischi e dei vantaggi connessi a tale procedura, devono essere adottate tutte le precauzioni seguite durante l'assistenza del malato. Le autopsie e i riscontri possono essere effettuate solo in quelle sale settorie che garantiscano condizioni di massima sicurezza e protezione infettivologica per operatori ed ambienti di lavoro.
3. Oltre agli indumenti protettivi, l'anatomo patologo e tutto il personale presente in sala autoptica indosseranno un doppio paio di guanti in lattice, con interposto un paio di guanti antitaglio. È obbligatorio l'impiego di dispositivi di protezione delle vie respiratorie (FFP2 o superiori) associati a dispositivi di protezione di occhi e mucose (visiera o schermo facciale).
4. Evitare procedure e strumentario che possono determinare la formazione di aerosol.
5. Evitare l'irrigazione delle cavità corporee; il lavaggio di tessuti ed organi deve essere eseguito utilizzando acqua fredda a bassa pressione, fatta defluire a distanza ravvicinata in modo da evitare la formazione di aerosol; i fluidi corporei devono essere raccolti per mezzo di materiale assorbente, immesso nelle cavità corporee.
6. Campioni di tessuti ed organi, prelevati per esami istologici, devono essere immediatamente fissati con soluzione di Zenker, formalina al 10% o glutaraldeide per la microscopia elettronica.
7. Al termine dell'autopsia o del riscontro diagnostico, la sala settoria deve essere accuratamente lavata con soluzione di ipoclorito di sodio o di fenolo.
8. Evitare le manipolazioni non necessarie, così come qualsiasi contatto con la salma da parte di parenti, conviventi o altre persone diverse da quelle incaricate delle operazioni necessarie.

12.3 Riduzione dei tempi di osservazione e per eseguire il trasporto funebre in cimitero o crematorio

1. Il primo medico intervenuto, se il decesso avviene all'esterno di strutture sanitarie accreditate o di ricovero e cura, per il principio di precauzione, sospende ogni intervento sul defunto, allontana i presenti e allerta tempestivamente la struttura territoriale competente per l'intervento del medico necroscopo;
2. in caso di decesso sulla pubblica via, in luogo pubblico, o comunque in luoghi diversi da abitazione, strutture di ricovero e cura, RSA e similari, gli operatori intervenuti osservano le precauzioni di massima cautela, comportandosi come se la persona defunta possa essere portatore asintomatico di COVID-19;
3. se il decesso avviene all'interno di strutture sanitarie accreditate o di ricovero e cura, il personale sanitario, attenendosi alle istruzioni puntuali della Direzione sanitaria, allontana i presenti;
4. in caso di decesso presso struttura sanitaria le direzioni di presidio riducono il periodo di osservazione della salma ricorrendo all'accertamento strumentale della morte, ai sensi del D.M. Salute 11 aprile 2008;
5. in caso di decesso al di fuori di strutture sanitarie, i medici necroscopi, constatata la morte mediante visita necroscopica, riducono il periodo di osservazione al tempo dell'esecuzione della loro visita e consentono il più rapido incassamento del cadavere e il successivo trasporto funebre;
6. in assenza di volere degli aventi titolo per il trasporto funebre e la successiva sepoltura o cremazione, decorse al massimo 48 ore dal decesso, la Prefettura può disporre d'ufficio il trasporto funebre, fatta salva una tempistica inferiore disposta dal sindaco (v. OCDPC n.655 del 25 marzo 2020);
7. tutti i defunti di cui al precedente punto 2) sono obbligatoriamente trasportati al Servizio mortuario della struttura sanitaria territoriale di riferimento o all'obitorio, secondo le indicazioni ricevute dall'Autorità intervenuta, sia essa giudiziaria, di polizia giudiziaria, o sanitaria.

I rifiuti sono trattati nel rispetto delle norme applicabili in base alla natura e, laddove se ne ravvisi la necessità, secondo quanto previsto dalla normativa sui rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo di cui al D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254.

Allegato 1. Procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI

Negli ambienti ospedalieri, la vestizione e la svestizione devono essere eseguite nell'anti-stanza/zona filtro, prima di entrare nella stanza di degenza del paziente.
Si raccomanda di eseguire le operazioni rispettando scrupolosamente l'ordine sotto indicato.

Procedura di vestizione:

- togliere ogni monile e oggetto personale;
- praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica;
- controllare l'integrità dei dispositivi; non utilizzare dispositivi non integri;
- indossare un primo paio di guanti;
- indossare sopra la divisa il camice monouso, ove indicato;
- indossare mascherina chirurgica o idoneo filtrante facciale, ove indicato;
- indossare gli occhiali di protezione, ove indicato;
- indossare un secondo paio di guanti, ove indicato, avendo cura di coprire il polsino del camice con il secondo paio di guanti.

Procedura di svestizione:

- evitare ogni contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute;
- i DPI monouso vanno smaltiti in apposito contenitore impermeabile;
- decontaminare i DPI riutilizzabili;
- rispettare la sequenza indicata, cercando di partire dal DPI più contaminato, ossia sovrascarpe se presente e paio di guanti esterno, a seguire camice, ecc.:

  1. rimuovere il sovrascarpe se presente,
  2. rimuovere i guanti esterni e smaltirli nel contenitore,
  3. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
  4. rimuovere il camice monouso, arrotolandolo dalla parte interna e smaltirlo nel contenitore,
  5. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
  6. rimuovere gli occhiali (prendendoli dal laccio posteriore e non dal davanti) e sanificarli (o riporli nell'apposito contenitore per successiva sanificazione),
  7. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
  8. rimuovere la maschera o filtrante facciale maneggiando dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore,
  9. rimuovere ultimo paio di guanti,
  10. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone.

Azienda Zero mette a disposizione dei video tutorial dimostrativi su alcune procedure assistenziali di base utili per la gestione di persone assistite affette da COVID-19, tra le quali le procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI, al seguente link https://www.azero.veneto.it/-/emergenza-coronavirus.

Allegato 2. Protezione degli operatori dei servizi sanitari - FASE 3

È documentato che i soggetti maggiormente a rischio d'infezione da SARS-CoV-2 sono coloro che sono a contatto stretto con un paziente affetto da COVID-19, in primis gli operatori sanitari impegnati in assistenza diretta ai casi, e il personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni biologici di un caso di COVID-19, senza l'impiego e il corretto utilizzo dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei. **Risulta, pertanto, di fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale siano opportunamente formati e aggiornati in merito alle modalità e ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19.**
Si riporta di seguito la Tabella 1. tratta e adattata dal *Rapporto ISS COVID-19, n. 2/ 2020 Rev. 2, a cura del Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020.*

Si segnala che in caso di utilizzo di dispositivi FFP2 e FFP3 con valvola, è necessario indossare sopra agli stessi anche la mascherina chirurgica.

Tabella 1. DPI e dispositivi medici indicati per la prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 per contesto lavorativo e destinatari dell'indicazione.

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
Aree di degenza			
Stanza di pazienti COVID-19[34]	Operatori sanitari (si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Assistenza diretta a pazienti COVID-19	FFP2 Camice monouso/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Procedure o setting a rischio di generazione di aerosol[35]	FFP3 o FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esecuzione tampone oro e rinofaringeo (stessi DPI anche per tamponi effettuati in comunità)	FFP2 Camice/grembiule monouso Occhiali di protezione (occhiale a mascherina/visiera)

[34] *In UTI l'operatore che passa da un paziente ad un altro effettuando procedure differenziate dovrebbe indossare sempre FFP2/FFP3, per un minor consumo di dispositivi o FFP3 o Powered Air Purifyng Respirator (PAPR) o sistemi equivalenti.*
[35] *Ad esempio rianimazione cardiopolmonare, intubazione ed estubazione con le relative procedure come ventilazione manuale e aspirazione aperta del tratto respiratorio, broncoscopia, induzione di espettorato, terapie in grado di generare nebulizzazione*, NIV, BiPAP, CPAP, ventilazione ad alta frequenza oscillatoria, ossigenazione nasale ad alto flusso*, tampone nasofaringeo (anche effettuato in comunità), procedure correlate alla tracheotomia/tracheostomia, broncoscopia, chirurgia e procedure autoptiche che includono apparecchiature ad alta velocità*, alcune procedure dentistiche (es. trapanazione ad alta velocità)*, procedure endoscopiche (es. gastrointestinale dove è presente aspirazione aperta del tratto respiratorio superiore)* Le procedure con (*) non sono incluse nella lista di procedure che generano aerosol indicata dall'OMS (vedi "Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages").*

			Guanti
	Addetti alle pulizie (si raccomanda riduzione al minimo del numero di addetti esposti; formazione e addestramento specifici)	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse
	Visitatori (necessario limitare l'accesso)[36]	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19, qualora eccezionalmente permesso	Mascherina chirurgica Camice monouso Guanti
Altre aree di transito e trasporto interno dei pazienti (es. reparti, corridoi)	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Nessuna attività che comporti contatto con pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica
Aree di degenza senza pazienti COVID accertati o sospetti, incluse unità di lungodegenza, Day Hospital, Day Services	Operatori sanitari	Contatto diretto con pazienti non sospetti COVID-19	DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria attività
Triage (in ambito ospedaliero per accettazione utenti)	Operatori sanitari (si raccomanda riduzione al minimo del numero di esposti; formazione e addestramento specifici)	Screening preliminare che non comporta contatto diretto	Mascherina chirurgica Vetrata, interfono/citofono. In alternativa mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro se possibile
		Screening con contatto diretto paziente COVID 19 positivo o sospetto	FFP2 Camice monouso/grembiule monouso Guanti monouso Occhiali/visiera protettivi
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere una distanza dall'operatore di almeno 1 mt (in assenza di vetrata e interfono) Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)* Isolamento in stanza singola con porta chiusa e adeguata ventilazione se possibile;

[36] *I visitatori al momento della redazione di questo documento non sono consentiti in base alla circolare del Ministero della Salute del 24/2/2020. Se i visitatori devono entrare nella stanza di un paziente con COVID-19, devono ricevere istruzioni chiare su come indossare e rimuovere i DPI e sull'igiene delle mani da effettuare prima di indossare e dopo aver rimosso i DPI; questo dovrebbe essere supervisionato da un operatore sanitario.*

			alternativamente, collocazione in area separata sempre a distanza di almeno 1 mt
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)* Mantenere una distanza dagli altri pazienti di almeno 1 metro
Laboratorio locale o di riferimento regionale e nazionale ISS	Tecnici di laboratorio (si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Manipolazione di campioni respiratori	Laboratorio BSL di classe 3 (coltura per isolamento del virus) con procedure e DPI conseguenti Laboratorio BSL di classe 2 (diagnostica con tecniche di biologia molecolare) con procedure e DPI conseguenti
Aree amministrative	Tutti gli operatori	Attività amministrative che non comportano contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza interpers. di almeno 1 metro

Ambulatori ospedalieri e del territorio nel contesto di COVID-19			
Ambulatori	Operatori sanitari	Esame obiettivo di pazienti con sintomi respiratori	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esame obiettivo di pazienti senza sintomi respiratori	Mascherina chirurgica
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica
	Addetti alle pulizie	Dopo l'attività di visita di pazienti con sintomi respiratori. Areare gli ambienti dopo l'uscita del paziente e prima di un nuovo ingresso	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

Sale d'attesa	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)* Isolare immediatamente il paziente in area dedicata o comunque separata dagli altri; se tale soluzione non è adattabile assicurare la distanza di almeno 1 metro dagli altri pazienti
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica Distanza di almeno 1 mt
Aree amministrative	Tutti gli operatori	Attività amministrative	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza interpers. di almeno 1 metro
Triage (accettazione utenti)	Operatori sanitari	Screening preliminare che non comporta contatto diretto[37]	Mascherina chirurgica e, se possibile, mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere la distanza dal paziente di almeno 1 metro Mascherina chirurgica se tollerata (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)*
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica
	Accompagnatori	Accesso in stanza del paziente senza prestare cure o assistenza diretta	Mascherina chirurgica
Assistenza al domicilio	Paziente sospetto con sintomi respiratori – paziente COVID-19	Assistenza diretta al domicilio di paziente COVID-19 o di pazienti con sintomi respiratori	Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente
	Operatori sanitari	Assistenza diretta al domicilio di paziente COVID-19 o di pazienti con sintomi respiratori	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera

Ambulanza o mezzi di trasporto

[37] *Questa categoria include l'utilizzo di termometri senza contatto, termocamere e la limitazione del tempo di osservazione e di domande, il tutto mantenendo una distanza spaziale di almeno 1 metro.*

Ambulanza o mezzi di trasporto	Operatori sanitari	Trasporto con permanenza con il sospetto caso COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
	Addetti alla guida	Solo guida del mezzo con sospetto o confermato caso di COVID-19 a bordo e separazione del posto di guida da quello del paziente senza circuiti di ricircolo dell'aria tra i due compartimenti del mezzo	Mantenere la distanza di almeno 1 metro Non sono necessari DPI
		Assistenza nelle fasi di carico e scarico del paziente sospetto per COVID-19	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Nessun contatto diretto con paziente sospetto COVID-19 ma senza separazione del posto di guida da quello del paziente	Mascherina chirurgica
	Paziente con sospetta infezione da COVID-19	Trasporto alla struttura sanitaria di riferimento	Mascherina chirurgica se tollerata
	Addetti alle pulizie delle autoambulanze	Pulizie dopo e durante il trasporto dei pazienti con sospetta infezione da COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento (alla fine del trasporto del paziente, nel caso in cui sia possibile areare il mezzo, mascherina chirurgica)	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

Allegato 3. Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori

SCHEDA PER LA NOTIFICA DI CASI DA VIRUS RESPIRATORI

Stagione 2019-2020

I dati della scheda dovranno essere inseriti nel sito al seguente indirizzo https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx
Copia della scheda dovrà essere inviata a malinf@sanita.it ed a sorveglianza.influenza@iss.it

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dati della segnalazione

Data di segnalazione: |_____|

Regione: |_____| **Asl:** |_____|

Dati di chi compila la scheda

Nome: |_____| **Cognome:** |_____|

Telefono: |_____| **Cellulare:** |_____| **E-mail:** |_____|

Informazioni Generali del Paziente

Nome: |_____| **Cognome:** |_____| **Sesso:** M|__| F|__|

Data di nascita: |_____| se data nascita non disponibile, specificare età in anni compiuti: |__|__| o in mesi: |__|__|

Comune di residenza: |_____|

In stato di gravidanza? Si|__| No|__| Non noto|__| se sì, mese di gestazione |___|

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Si|__| No|__| Non noto|__|

se si, **Nome commerciale del vaccino:** |_____| **Data della vaccinazione:** |_____|

Informazioni Cliniche del Paziente

Data insorgenza primi sintomi: |_____|

Data ricovero: |_____| **Nome Ospedale**: |_____|

Reparto: Terapia intensiva/rianimazione (UTI) |__| Intubato |__| ECMO |__|
DEA/EAS |__|
Terapia sub intensiva |__|
Cardiochirurgia |__|
Malattie Infettive |__|
Altro, specificare |__| _____

Terapia Antivirale: Si|__| No|__| Non noto|__|

se si, Oseltamivir |__| Zanamivir |__| Peramivir |__| **Data inizio terapia:** |_____| **Durata:** |___| (giorni)

Malattie respiratorie	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Malattie renali	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Malattie metaboliche	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Obesità BMI tra 30 e 40	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Obesità BMI>40	Si|__|	No|__|	Non noto|__|

Altro, specificare: _____

Dati di Laboratorio

Data prelievo del campione: |_____|

Diagnosi per:
|__| A(H1N1)pdm09
|__| A(H3N2)
|__| A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)
|__| A/Altro sottotipo |_____|
|__| B
|__| nuovo coronavirus (2019 – nCoV)

Data diagnosi del laboratorio: |_____|

Invio del campione al Laboratorio NIC presso ISS: Si|__| No|__| se si, **Data di invio:** |_____|

Se presenza complicanze, specificare: |_____|

Data complicanza: |_____| **Eseguita radiografia:** Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Polmonite influenzale primaria:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Polmonite batterica secondaria:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Polmonite mista:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI) [4]**:**	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) [5]**:**	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Altro, specificare:	Si|__|	No|__|	Non noto|__| _____

Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da **nuovo coronavirus**? Si|__| No|__| Non noto|__| Se sì,

dove _____ data di arrivo : |___||___||_____| data di partenza : |___||___||_____|

dove _____ data di arrivo : |___||___||_____| data di partenza : |___||___||_____|

dove _____ data di arrivo : |___||___||_____| data di partenza : |___||___||_____|

data di arrivo in Italia: |___|/|___|/|_____|

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da **nuovo coronavirus**? Si|__| No|__| Non noto|__|

[4] **Definizione di caso di SARI**: un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:
- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbricola, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

[5] **Definizione di ARDS:** paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:
sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento

Se sì, specificare dove: _____

data esposizione: |___|/|___|/|_____|

Esito e Follow-up

Esito: Guarigione |__| **Data:** |_____|
Decesso |__| **Data:** |_____|
Presenza esiti |__| Specificare _____

Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali, inclusa la sottotipizzazione per A(H1N1)pdm09 e A(H3N2), per tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sopra riportate).

Per i casi con conferma di laboratorio per influenza si raccomanda di far pervenire il campione biologico al Centro Nazionale Influenza (NIC) presso L'ISS, previa comunicazione tramite **flulab@iss.it**, se da soggetti con età <65 anni e non aventi patologie croniche favorenti le complicanze. In caso di virus di tipo A non sottotipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2) e appartenente ad altro sottotipo (es. H5, H7, H9, H1N1v, H3N2v) e in caso di 2019-nCoV, si raccomanda di contattare tempestivamente e far pervenire al NIC il campione biologico.

Allegato 4. Scheda riassuntiva isolamento domiciliare fiduciario e quarantena

CASO CONFERMATO O SOSPETTO

CASO CONFERMATO	INIZIO	Corrisponde alla data di prelievo del tampone positivo.
	DURATA	**14 giorni**
	TERMINE	I due tamponi di negativizzazione a distanza di almeno 24 ore l'uno dall'altro vengono eseguiti a partire dal 15° giorno, se il soggetto non accusa febbre e ha un miglioramento degli altri sintomi da almeno 72 ore. L'isolamento termina appena disponibile il referto negativo del secondo tampone.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Il termine previsto verrà differito di sette giorni in sette giorni, qualora uno dei due tamponi risulti ancora positivo o qualora il soggetto presenti febbre o altra sintomatologia importante nelle ultime 72 ore del periodo.

CASO SOSPETTO*	INIZIO	Corrisponde inizialmente alla data di inizio sintomi.
	DURATA	**fino a esito tampone**
	TERMINE	**fino a esito tampone**
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il caso diventa confermato si seguono le indicazioni per il caso confermato.

** Il caso sospetto, come da indicazioni nazionali e regionali, deve essere sottoposto a test diagnostico.*

CASO CONFERMATO DIMESSO SENZA NEGATIVIZZAZIONE	INIZIO	Corrisponde al giorno della dimissione.
	DURATA	**7 giorni dalla data di dimissione e comunque non meno di 14 giorni dalla data di esecuzione del primo tampone positivo.**
	TERMINE	All'8° giorno, se il soggetto non accusa febbre e ha un miglioramento degli altri sintomi da almeno 72 ore e abbia eseguito due tamponi risultati negativi effettuati a distanza di almeno 24 ore l'uno dall'altro.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Il termine previsto verrà differito di sette giorni in sette giorni, qualora uno dei due tamponi di negativizzazione risulti ancora positivo o qualora il soggetto presenti febbre o non siano migliorati i restanti sintomi da almeno 72 ore dal termine previsto.

CONTATTI DI CASO

Si ricordano le indicazioni all'effettuazione del test diagnostico per SARS-CoV-2 su tampone nasofaringeo per i contatti di caso confermato di COVID-19, di cui al capitolo 2.1.

CONTATTO DI CASO CONFERMATO	INIZIO	Corrisponde alla data dell'ultimo contatto con il caso. Se convivente, corrisponde alla data dell'isolamento funzionale a domicilio del caso.
	DURATA	**14 giorni** *N.B. Si ricorda che per il caso confermato non è raccomandato effettuare ulteriori test se non per la negativizzazione o in caso di ricomparsa di quadro clinico sospetto. La durata dell'isolamento del contatto non è comunque influenzata dall'eventuale ripetuta positività al tampone del caso confermato.*
	TERMINE	Al 15° giorno se il soggetto è rimasto asintomatico per tutto il periodo di quarantena. **Deve essere eseguito un tampone al termine della quarantena a tutti i contatti stretti, e comunque a tutti i contatti considerati a rischio in base alla valutazione del SISP, anche se asintomatici.**
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il soggetto presenta sintomatologia sospetta per COVID-19 durante il periodo di quarantena devono essere osservate le disposizioni per caso sospetto. In caso di tampone positivo eseguito per sintomi comparsi o per controllo al termine della quarantena, si seguono le indicazioni per il caso confermato. *N.B. Se durante il periodo di sorveglianza attiva, l'operatore di sanità pubblica rilevasse che l'isolamento non fosse stato condotto correttamente o comunque fossero ipotizzabili dei contatti definiti a rischio, valuta di prolungare l'isolamento.*

** In presenza di contatto di caso sospetto si seguono le indicazioni di isolamento per i contatti in attesa della conferma.*

CONVIVENTE DI CASO CONFERMATO AL MOMENTO RICOVERATO	INIZIO	Corrisponde alla data dell'ultimo contatto a rischio con il caso convivente, prima del ricovero di quest'ultimo.
	DURATA	**14 giorni** *N.B. Qualora il caso confermato venisse dimesso con tampone positivo, il periodo di quarantena dei conviventi rimasti asintomatici non verrà prolungato.*
	TERMINE	Al 15° giorno, se il soggetto è rimasto asintomatico per tutto il periodo di quarantena. Deve essere eseguito un tampone al termine della quarantena a tutti i conviventi, anche se asintomatici, e deve essere risultato negativo prima del termine dell'isolamento.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il soggetto presenta sintomatologia sospetta per COVID-19 durante il periodo di quarantena devono essere osservate le disposizioni per caso sospetto. In caso di tampone positivo eseguito per sintomi comparsi o per controllo al termine della quarantena, si seguono le indicazioni per il caso confermato. *N.B. Se durante il periodo di sorveglianza attiva, l'operatore di sanità pubblica rilevasse che l'isolamento non fosse stato condotto correttamente o comunque fossero ipotizzabili dei contatti definiti a rischio, valuta di prolungare l'isolamento.*

Allegato 5. Indicazioni per la gestione dei soggetti in isolamento domiciliare e/o quarantena

1. Il soggetto deve rimanere in una **stanza dedicata** e dotata di **buona ventilazione**, possibilmente con **bagno dedicato**, dormire da solo/a. Se disponibile un solo bagno, dopo l'uso pulire con prodotti a base di cloro attivo 0.5% oppure con alcool 70%.
2. **Escludere eventuale impianto di ricircolo aria**.
3. **Limitare al massimo i movimenti del soggetto negli spazi comuni della casa**. Assicurarsi che gli **spazi condivisi** (ad es. cucina, bagno) siano **ben ventilati** (es. tenere le finestre aperte). **In presenza di altre persone**, mantenere una distanza di almeno un metro e assolutamente **evitare ogni contatto diretto**.
4. **Evitare ogni possibile condivisione di oggetti**. Il soggetto deve utilizzare **lenzuola, asciugamani, salviette e stoviglie dedicati**. Lavarli con cura con normale detergente prima di permettere il riutilizzo da parte di altre persone.
5. Vi è il **divieto di spostamenti** o viaggio e **l'obbligo** di rimanere **raggiungibile per le attività di sorveglianza**.
6. Vi è il **divieto di ricevere visite** fino al termine del periodo di isolamento e/o quarantena se il soggetto è asintomatico, e comunque fino a guarigione clinica se sintomatico.
7. Il soggetto deve indossare il più possibile una **mascherina chirurgica** per contenere le secrezioni respiratorie. Se questa non dovesse essere tollerata, osservare le norme di **igiene respiratoria** (coprire naso e bocca usando fazzoletti quando starnutisce o tossisce, tossire nel gomito; eliminare i fazzoletti monouso in un doppio sacco impermeabile in una pattumiera chiusa con apertura a pedale; lavarsi immediatamente le mani).
8. Le **persone incaricate di assistere il soggetto dovrebbero essere in buona salute**, non affette da patologie croniche o che compromettono il sistema immunitario.
9. Le **persone che assistono il soggetto devono indossare mascherina chirurgica** monouso (che non deve essere toccata durante l'uso e deve essere cambiata se umida o danneggiata), da eliminare in un doppio sacco impermeabile posto in pattumiera chiusa con apertura a pedale, procedendo successivamente a lavaggio delle mani. Se possibile, mantenere una distanza di almeno 1 metro dal soggetto.
10. I conviventi e le **persone che forniscono assistenza devono evitare ogni contatto diretto con il soggetto**. Se l'assistenza prevede contatto con secrezioni respiratorie, feci o urine è necessario l'utilizzo dei guanti monouso che devono essere poi eliminati con cura in un doppio sacco impermeabile in pattumiera chiusa con apertura a pedale, seguito dal lavaggio delle mani.
11. **Pulire e disinfettare almeno una volta al giorno le superfici** dei locali utilizzati dal soggetto con detergenti e successivamente con prodotti a base di cloro attivo 0.5% oppure con alcol 70%, con particolare attenzione alle superfici toccate di frequente. Indossare un camice monouso (o un grembiule dedicato) e guanti monouso; in caso di guanti domestici in gomma spessa riutilizzabili, questi devono essere puliti e disinfettati dopo l'uso.
12. **Non scuotere la biancheria** del soggetto, deporla in un sacco dedicato, separatamente da quella del resto della famiglia e lavarla in **lavatrice ad almeno 60°** per trenta minuti, usando comune detersivo. Utilizzare mascherina chirurgica e guanti durante queste procedure.
13. I **rifiuti** (guanti, mascherine, fazzoletti, ecc.) prodotti dal soggetto in isolamento o nell'attività di assistenza, devono essere **smaltiti in un doppio sacchetto di plastica chiuso e disposto in pattumiera chiusa**.
14. Sebbene al momento non esistano prove che dimostrino che animali come cani o gatti possano essere una fonte di infezione per l'uomo, a scopo puramente precauzionale, si suggerisce di limitare il contatto con gli animali.
15. **Lavarsi le mani** (con sapone e acqua, per almeno 40 secondi, o con soluzione idroalcolica):
    - dopo contatto col soggetto o il suo ambiente;
    - prima e dopo aver preparato il pasto, usato il bagno, soffiato il naso e comunque in relazione a contatti potenzialmente a rischio;
    - prima e dopo la vestizione/svestizione dei DPI (mascherina, guanti, ecc.).

Il SISP (o in alternativa MMG/PLS secondo l'organizzazione e in funzione dell'evoluzione epidemiologica) provvede a contattare telefonicamente, una volta al giorno, il soggetto in isolamento, il quale è anche invitato a misurare ed annotare la temperatura corporea due volte al giorno e a **contattare solo telefonicamente SISP/118 nel caso di comparsa o peggioramento di febbre o altri sintomi**.

Allegato 6. Misure generali di igiene per la riduzione del rischio di contagio da SARS-CoV-2

Le misure generali di prevenzione e mitigazione del rischio di infezione da SARS-CoV-2 sia nei contesti sanitari sia di comunità, includono le seguenti azioni:

- praticare frequentemente l'igiene delle mani con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi o con soluzioni/gel a base alcolica e in tutti i momenti raccomandati (prima e dopo il contatto interpersonale, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo essersi soffiati il naso o aver tossito o starnutito, dopo l'uso del bagno, dopo il contatto con superfici o oggetti che vengono toccati da molte persone come maniglie, rubinetti, interruttori, banconi, denaro);
- indossare la mascherina o altra idonea protezione delle vie respiratorie ed eseguire l'igiene delle mani prima di indossarla e dopo averla rimossa ed eliminata;
- evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani, senza prima essersele lavate o deterse accuratamente;
- tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;
- evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori;
- in caso di febbre e/o sintomi respiratori (e/o gastrointestinali in particolare nei bambini) non uscire di casa e contattare il proprio medico curante;
- praticare un'accurata igiene degli ambienti e delle superfici con particolare attenzione a quelle che più frequentemente vengono toccate o manipolate o sulle quali possono depositarsi goccioline prodotte con il respiro, il parlato o colpi di tosse e starnuti;
- aerare frequentemente i locali e privilegiare le attività all'aria aperta evitando i luoghi chiusi e affollati.

Tali principi per prevenire la trasmissione e contenere la diffusione di SARS-CoV-2 devono essere divulgati tramite appositi materiali informativi. Inoltre, le attività e gli ambienti in tutte le strutture sanitarie e nei luoghi affollati (ad esempio aeroporti, stazioni ferroviarie, porti, metropolitane, scuole, centri commerciali, mercati, centri congressuali) devono essere riorganizzate nel rispetto delle indicazioni sopra riportate.

Uso della mascherina a protezione delle vie aeree

La mascherina riduce la trasmissione dei patogeni che vengono trasportati dalle goccioline emesse quando si tossisce, si starnutisce o ci si soffia il naso, svolgendo una funzione di barriera meccanica. La mascherina è efficace solo se usata in modo appropriato, altrimenti rischia di essere controproducente diventando un ricettacolo di patogeni e favorendone la trasmissione. Le regole per il corretto uso della mascherina sono:

- prima di indossarla, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone oppure con soluzione idroalcolica;
- far aderire bene la mascherina al volto in modo che non ci sia spazio libero tra il bordo della mascherina e la pelle;
- mentre si indossa la mascherina, evitare di toccarla con le mani per non rischiare di contaminarla oppure di contaminarsi le mani;
- se la mascherina si inumidisce o danneggia, è necessario cambiarla perché il tessuto di cui è fatta svolge un'efficace funzione di barriera solo quando è asciutto ed integro;
- per togliersi la mascherina, afferrarla per le stringhe o gli elastici evitando di toccare la parte a contatto con il viso, per evitare di contaminarsi le mani con eventuali goccioline depositatesi sulla mascherina;
- dopo essersi tolti la mascherina, gettarla immediatamente in un sacchetto impermeabile ed evitare di lasciarla in giro o di porla a contatto con oggetti e superfici per non contaminare l'ambiente;
- dopo aver gettato la mascherina, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone oppure con soluzione idroalcolica e non toccare il proprio corpo, gli oggetti o le superfici circostanti finché non ci si è lavati le mani.

Per richieste di informazioni sono disponibili i seguenti numeri:

- **numero verde Regione Veneto: 800.462.340**
- **numero verde Azienda ULSS: _____**
- **numero di pubblica utilità: 1500**

Allegato 7. Disposizioni operative per il Distretto e i MMG/PLS/MCA

Le procedure di gestione dei pazienti in relazione alla epidemia COVID-19, che coinvolgono principalmente i Distretti e i MMG/PLS/MCA, si articolano in percorsi operativi atti a facilitare l'individuazione, attraverso criteri epidemiologici e clinici, dei casi e dei contatti e la relativa presa in carico, nonché le modalità organizzative a supporto.

Sulla base di quanto disposto dal Decreto Legge n.23 dell'8 aprile 2020 – art 38, i MMG/PLS, per le necessità connesse al contenimento dell'emergenza pandemica da COVID-19, per tutta la durata dell'emergenza, devono garantire (comma 3) la reperibilità a distanza (telematica, SMS, Sistemi di messaggistica, sistemi di videocontatto e videoconsulto) per tutta la giornata. I medici si dotano, con oneri a proprio carico, di sistemi di piattaforme digitali che consentano il contatto ordinario e prevalente con i pazienti fragili e cronici gravi e collaborano a distanza nel caso non siano dotati di DPI idonei, per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli ospedali (comma 4).

Corretto utilizzo del numero verde della Regione del Veneto: 800462340

Il numero verde regionale è a disposizione dei cittadini per informazioni generali e risponde sulla base dello schema riportato nell'Allegato 9. Si precisa che è un **servizio esclusivamente informativo** e non può in alcun modo attivare l'esecuzione di tamponi a domicilio o altre prestazioni dirette sulla persona chiamante. Le singole Aziende ULSS possono attivare singoli numeri di carattere informativo o a supporto della gestione, la cui organizzazione sarà regolata dalle singole procedure aziendali.

La gestione dei singoli casi spetta al MMG/PLS/MCA. I MMG potranno avvalersi del supporto delle USCA per la gestione dei casi sintomatici segnalati dai SISP o che si rivolgono telefonicamente direttamente al Medico di riferimento. Le USCA garantiscono l'assistenza a domicilio dei pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresa l'eventuale effettuazione del tampone, la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio. Le USCA forniscono supporto anche nella gestione dell'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle RSA/Ospedali di Comunità, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio.

Per l'età pediatrica il PLS collabora con le U.O. di Pediatria alle quali, dopo preliminare accordo telefonico, potrà essere inviato il bambino COVID-19 positivo in caso di persistenza o aggravamento dei sintomi.

Richiesta da parte del MMG/PLS/MCA di effettuazione tamponi

Qualora, anche a seguito di triage telefonico, il MMG/PLS/MCA ritenga necessaria la raccolta di campione biologico a domicilio (tampone) per la diagnosi di COVID-19, si procederà come segue:

- il MMG/PLS/MCA comunica alla COT la necessità di eseguire la raccolta di un campione biologico fornendo i dati necessari, nel rispetto delle raccomandazioni;
- la COT attiva la Centrale ADI o le USCA per la raccolta del campione biologico a domicilio o in ambulatori dedicati, secondo l'organizzazione aziendale; alternativamente provvederà direttamente il MMG, se necessario supportato dal SISP; per l'età pediatrica la raccolta del campione può essere effettuata presso punti di prelievo distrettuali o aziendali o ospedalieri direttamente con impegnativa del PLS;
- l'operatore sanitario, adottando le precauzioni, i dispositivi di protezione individuale e dispositivi medici utili a minimizzare la possibilità di esposizione ad agenti patogeni, provvede alla raccolta del campione e lo consegna al Laboratorio individuato ai fini della diagnosi, secondo le procedure aziendali.

Comunicazione esiti del tampone effettuato

La UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero rende disponibile l'esito degli esami effettuati direttamente al MMG/PLS/COT.

Dispositivi di protezione individuale nell'ambito dell'Assistenza Primaria

Tutti gli operatori sanitari, compresi MMG/PLS/MCA, devono utilizzare i DPI e dispositivi medici previsti per le finalità di tutela della salute individuale e collettiva, in considerazione del ruolo da essi esercitato nell'ambito di servizi essenziali e visto l'elevato numero di possibili contatti con il virus nello svolgimento delle loro funzioni.

Le Aziende ULSS mettono a disposizione i DPI e dispositivi medici previsti da procedure aziendali o dalla normativa vigente specifici per i setting dell'Assistenza Primaria (Allegato 2) comunicando l'elenco delle sedi in cui è possibile ritirare il materiale nonché le annesse modalità (orari e quantità).

Centrale Operativa Territoriale

Le funzionalità delle COT dovranno essere opportunamente riorganizzate da parte della Direzione Generale, prevedendo di garantire anche ampliamenti di orario, al fine di poter adeguatamente supportare l'applicazione delle suddette disposizioni. In particolare le attività riguardano:

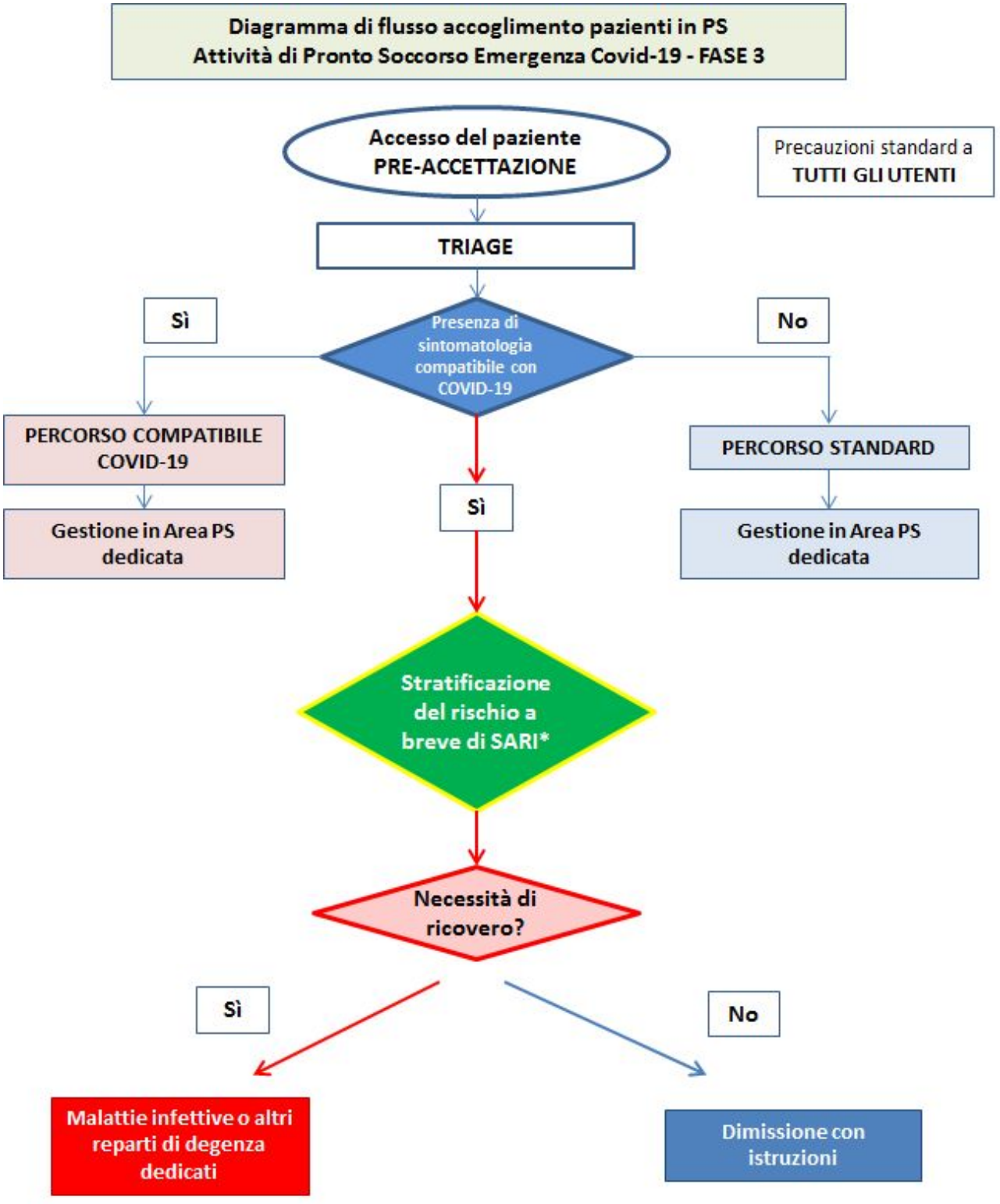
- verifica dell'esecuzione del tampone a pazienti dimessi verso RSA/strutture intermedie e verso il proprio domicilio, verificando che l'esito sia stato comunicato al MMG/PLS, all'ADI e/o ai vari servizi coinvolti nella presa in carico (es. cure palliative, ecc.);
- supporto alla gestione delle dimissioni/ammissioni o trasferimenti di pazienti COVID-19 verso i Centri COVID-19, ricevendo le richieste di trasferimento, organizzando gli accessi e i trasferimenti, registrando gli ingressi in entrata e uscita;
- supporto alla programmazione dei tamponi a domicilio, negli ambulatori dedicati e in tutte le strutture (sia per ospiti che per dipendenti del SSN);
- supporto all'attività programmatoria delle U.S.C.A. anche per la gestione dei tamponi nelle varie dimensioni aziendali (domicilio, strutture residenziali, strutture intermedie, ecc.).

Certificati Malattia

In caso di necessità di certificazione ai fini INPS per l'assenza dal lavoro, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al Medico di Medicina Generale in cui si dichiara che per motivi di Sanità Pubblica il soggetto è stato posto in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario, specificando la data di inizio e fine.

Come previsto dal DPCM del 8 marzo 2020, accertata la necessità di avviare la sorveglianza sanitaria e l'isolamento fiduciario o la quarantena a domicilio, l'operatore di Sanità Pubblica informa il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta da cui il soggetto è assistito anche ai fini dell'eventuale certificazione INPS (Circolare INPS HERMES 25 n. 716 del 25 febbraio 2020). Al fine di agevolare le misure cautelative per evitare la diffusione di SARS-CoV-2, si chiede ai Medici certificatori di malattia, all'atto della compilazione dei certificati dei soggetti interessati, di apporre chiaramente in diagnosi se si tratta di quarantena, isolamento fiduciario, febbre con sospetto di coronavirus, o in alternativa il codice V29.0 corrispondente a quarantena obbligatoria o volontaria, sorveglianza attiva, ecc.

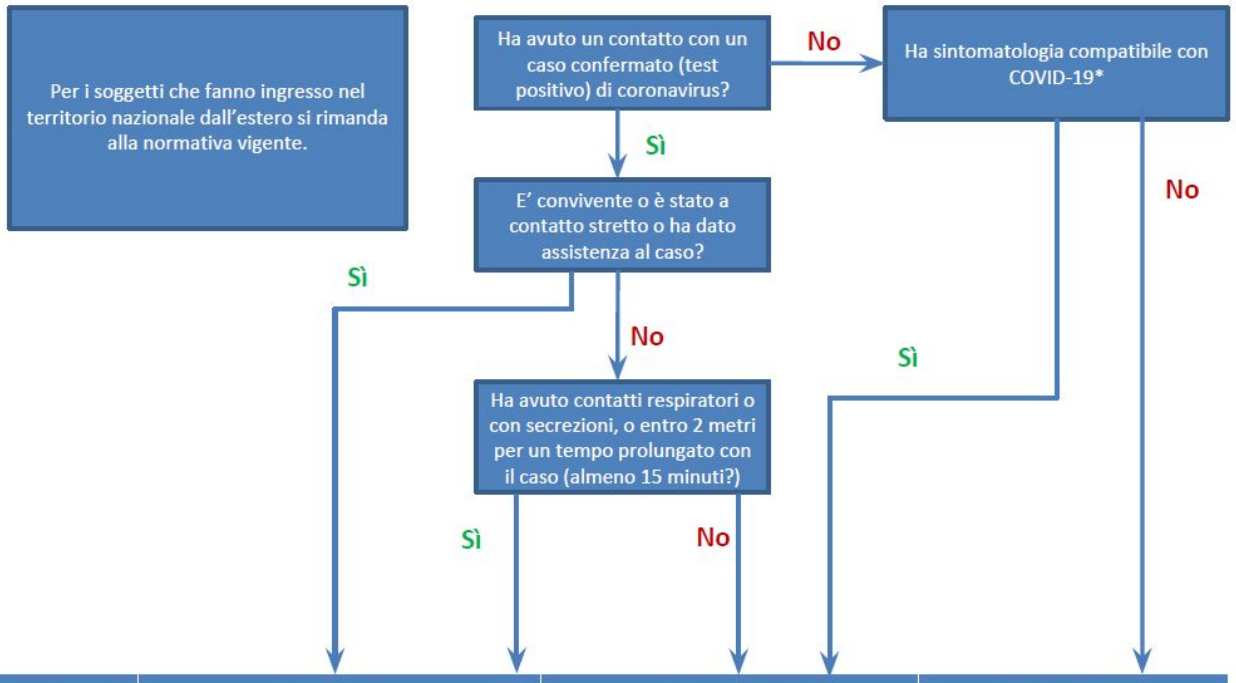
Allegato 8. Flow chart accoglimento pazienti in Pronto Soccorso Emergenza COVID-19 [38]



* SARI: Severe Acute Respiratory Infection

[38] *Flow-chart tratta dal documento "Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2 - COVID-19"*

Allegato 9. Flow-chart per la gestione telefonica (call center)



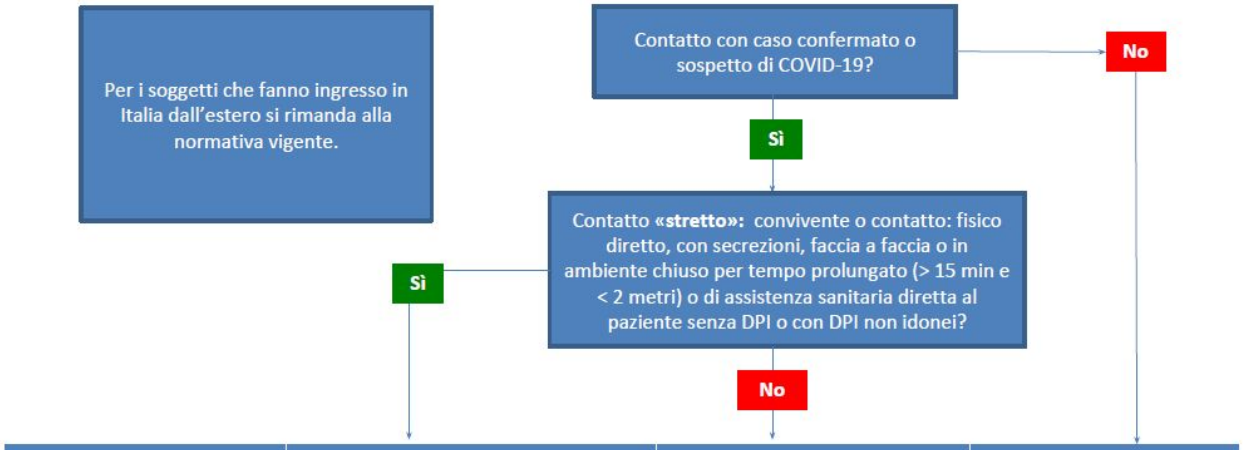
MISURE INDICATE	ALTO RISCHIO	BASSO RISCHIO	NESSUN RISCHIO IDENTIFICABILE
NESSUN SINTOMO	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena per 14 gg. Controlli insorgenza di febbre o tosse o altri sintomi sospetti*	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena a discrezione dell'operatore SISP Controlli insorgenza di febbre o tosse o altri sintomi sospetti*	Nessuna
FEBBRE E/O TOSSE E/O ALTRI SINTOMI SOSPETTI*	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena per 14 gg. Contatti telefonicamente il suo medico di medicina generale. (se difficoltà a respirare CHIAMARE 118)	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena. Contattati telefonicamente il suo medico di medicina generale. (se difficoltà a respirare CHIAMARE 118)	Contatti telefonicamente il suo medico di medicina generale.

* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

Allegato 10. Flow-chart Triage MMG/PLS/MCA



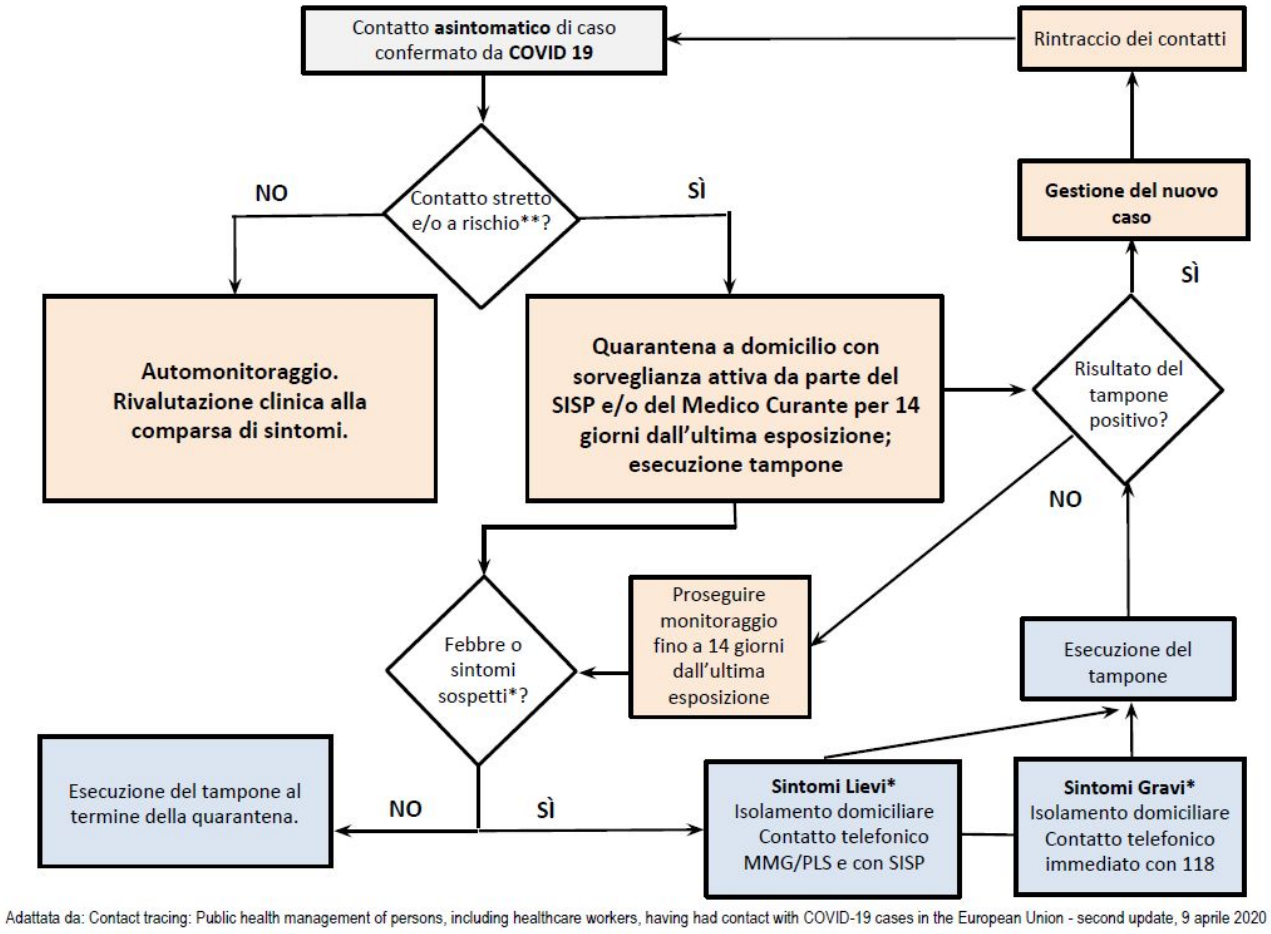
VALUTAZIONE CLINICA	CONTATTO AD ALTO RISCHIO	CONTATTO A BASSO RISCHIO	NESSUN TIPO DI CONTATTO
NESSUN SINTOMO	Paziente: Quarantena domiciliare per 14 gg; **Medico: Comunicazione alla COT/SISP** SISP: sorveglianza attiva per 14 gg	Paziente: attenersi alle disposizioni dell'operatore SISP, Auto-monitoraggio **Medico: comunicazione alla COT/SISP** SISP: quarantena per 14 giorni a discrezione dell'operatore SISP	Paziente: attenersi alle disposizioni generali Rassicurazione
SINTOMATOLOGIA LIEVE/MODERATA (che non richiede l'ospedalizzazione)*	Paziente: Isolamento domiciliare immediato per 14 gg; **Medico: Valutazione clinica, presa in carico, comunicazione alla COT/SISP** SISP: sorveglianza attiva per 14 gg	Paziente: Isolamento domiciliare immediato secondo disposizioni dell'operatore SISP **Medico: Valutazione clinica, presa in carico, comunicazione alla COT/SISP** SISP: valutare sorveglianza attiva	Paziente: Evitare contatti stretti; **Medico: Valutazione clinica, presa in carico, comunicazione alla COT**
SINTOMATOLOGIA GRAVE (che richiede l'ospedalizzazione)*	Paziente: Isolamento immediato **Medico: Chiamare il 118 e comunicazione alla COT/SISP**	Paziente: Isolamento immediato **Medico: Chiamare il 118 e comunicazione alla COT/SISP**	**Medico: Chiamare il 118**

* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

Allegato 11. Flow-chart per la gestione dei contatti asintomatici di caso



Adattata da: Contact tracing: Public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union - second update, 9 aprile 2020

* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

** Sulla base delle valutazioni dell'operatore SISP.

Allegato 12. Elenco dei Laboratori di Microbiologia Autorizzati per l'esecuzione dei test

I test microbiologici per la ricerca diretta di SARS-CoV-2 sono effettuati presso i laboratori di Microbiologia delle seguenti Aziende:

- Laboratorio di Virologia, Dip. Medicina Molecolare, Università degli Studi di Padova, via Gabelli 63, Padova
- Microbiologia e Virologia, Az. Universitaria Integrata di Verona, Ospedale Borgo Roma, P.le L.A. Scuro 10, Verona
- UOSD Laboratorio, ULSS 1 Dolomiti, Viale Europa, 22, Belluno
- UOC Microbiologia, ULSS 2 Marca Trevigiana, Piazzale Ospedale, 23, Treviso
- UOC Microbiologia, Ospedale dell'Angelo, ULSS 3 Serenissima, Via Paccagnella 11, Mestre (VE)
- UOC Medicina di laboratorio, ULSS 5 Polesana, Viale Tre Martiri, 140, Rovigo
- UOC Microbiologia, Ospedali Riuniti Padova Sud, ULSS 6 Euganea, Via Albere, 30, Monselice PD
- UOC Medicina di Laboratorio, Osp. San Bassiano, ULSS 7 Pedemontana, Via Dei Lotti, 40, Bassano del Grappa (VI)
- UOC Microbiologia, ULSS 8 Berica, Viale Rodolfi, 37, Vicenza
- UOC Laboratorio Analisi di Legnago, ULSS 9 Scaligera, Via Carlo Gianella, 1, Legnago (VR)
- UOSD Laboratorio Analasi di San Bonifacio, ULSS 9 Scaligera, Via Circonvallazione, 1, San Bonifacio (VR)
- UOS Laboratorio Analisi di Villafranca, ULSS 9 Scaligera, Via Ospedale 2, Villafranca di Verona (VR)
- Laboratorio diagnostica, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, Viale dell'Università, 10, Legnaro (PD)
- IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, Via Don A. Sempreboni, 5, San Vito di Negrar (VR)
- Laboratorio analisi, ULSS 4 Veneto Orientale, Portogruaro (VE)

Azienda Zero - Prot. n. 0029512/2020 - E - 11/12/2020
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 11 DIC. 2020 Prot. 527955 Class. C 101 / 72.00.00.00.00 Prat. Fasc. Allegati n. 2

Oggetto: Pazienti affetti da Covid-19 accolti in Ospedale di Comunità. Aggiornamento indicazioni per la rilevazione dei dati.

ai
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori Servizi Sociali
Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi Igiene e Sanità Pubblica
Direttori Distretti
Direttori UO Cure Primarie
Aziende ULSS del Veneto
Azienda Ospedale-Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
IRCCS - Istituto Oncologico Veneto

e, p.c. Assessore a Sanità e Servizi
Direttore Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria
Direttore Direzione Programmazione Sanitaria-LEA
Direttore UO Cure Primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali
Direttore Direzione Servizi Sociali
Direttore Generale Azienda Zero
Direttore Centro regionale attività emergenza urgenza – C.R.E.U

In applicazione del "Piano di emergenza autunno" secondo gli indirizzi clinico-organizzativi di cui alla nota 02.11.2020 prot. 466241, in **Allegato**, si rende necessario procedere all'aggiornamento del campo "Contesto di provenienza" nel tracciato ADT del sistema informativo corrente delle strutture intermedie (Allegato C della DGR 2683 del 29.12.2014 e Allegato B del DDR n. 1 del 10.10.2016).

Pertanto, a partire dal 01.11.2020 le indicazioni già fornite con precedente nota 27.03.2020 prot. 136427, in **Allegato**, riguardanti le modalità di registrazione dei pazienti affetti da Covid-19 accolti negli Ospedali di Comunità vengono aggiornate con le seguenti:

1. Tracciato DATI ANAGRAFICI ASSISTITO: INVARIATO

2. Tracciato ADT: nel campo 2.3 "Contesto di provenienza" vengono aggiunti i valori:
"**7. Paziente COVID19 proveniente da Ospedale**" da utilizzare per i pazienti in dimissione protetta dagli ospedali per acuti.

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia – tel. 041/2793455-1411-1473
e-mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it - pec.: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
Fatturazione elettronica – Codice Univoco Ufficio 95VBT1
Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

"**8. Paziente COVID19 proveniente dal territorio"** da utilizzare per i pazienti provenienti da domicilio, strutture socio-sanitarie extraospedaliere o Pronto Soccorso.

3. Tracciato VALUTAZIONI

Compilazione limitata ai seguenti campi:

3.1 Identificativo univoco assistito per episodio di accoglimento (obbligatorio)
3.2 Numero di valutazione (obbligatorio)
3.3 Momento valutazione (obbligatorio)
3.4 Data valutazione (obbligatorio)
3.5 Patologia prevalente (obbligatorio)
Utilizzare codice ICPC: R83-Altre infezioni del sistema respiratorio
3.6 Patologia concomitante (facoltativo)
3.7 Patologia concomitante 2 (facoltativo)
3.25 Traiettoria prognostica (obbligatorio)
3.26 Esiti funzionali al congedo (obbligatorio).

I tracciati così aggiornati sono disponibili nell'area web dedicata http://cureintermedie.regione.veneto.it/area-odc-urt/anagrafica-flusso-informativo.

Distinti saluti.

il Direttore Generale
dott. Gianluigi Masullo

U.O. Assistenza Ospedaliera pubblica e privata accreditata e strutture intermedie Direttore: dr.ssa Silvia Pierotti – tel. 041 279 3596
Referente: dott.ssa Rossana Salata - tel. 041 279 3541e-mail: assistenza.ospedaliera@regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 02/11/2020 Protocollo n. 466241 Class: G.800 Prat. Fasc. Allegati n. 2

Oggetto: Trasmissione documenti "Indirizzi clinico-organizzativi per l'attuazione dell'Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno e attivazione Covid Hospital", "Linee di indirizzo circa la gestione degli accessi nelle strutture ospedaliera, ed extra ospedaliere a gestione diretta con riferimento alle aree di degenza" e attivazione Covid Hospital dal 2 novembre 2020

Ai Direttori Generali di
Azienda Ulss 1 Dolomiti
Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Azienda Ulss 3 Serenissima
Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Azienda Ulss 5 Polesana
Azienda Ulss 6 Euganea

Ai commissari di
Azienda Ulss 7 Pedemontana
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

e, p.c.. Al Presidente della Regione del Veneto
All'Assessore alle Politiche Sanitarie e sociali
Al Centro Regionale Emergenza Urgenza
Al Direttori Generali di
Azienda Ospedale-Università di Padova
Azienda Ulss 8 Berica
Azienda Ulss 9 Scaligera
IRCCS – Istituto Oncologico Veneto
Azienda Zero

Si trasmettono in allegato i documenti "Indirizzi clinico-organizzativi per l'attuazione dell'Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno e attivazione Covid Hospital" e "Linee di indirizzo circa la gestione degli accessi nelle strutture ospedaliera, ed extra ospedaliere a gestione diretta con riferimento alle aree di degenza" approvati dal Comitato scientifico di cui alla DGR 269/2020 nella seduta del 2 novembre 2020.

In considerazione della situazione attuale rispetto alle fasi di rischio previste nell' "Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno" approvato dall'Unità di Crisi il 22 ottobre 2020 e all'individuazione dei Covid Hospital identificati nella DGR n. 522 del 28 aprile 2020 si dispone l'attivazione dei Covid Hospital di Belluno, Vittorio Veneto, Dolo, Jesolo, Schiavonia, Santorso, Trecenta e Borgo Roma a far data dal 2 novembre 2020, con progressiva sospensione di tutte le attività rivolte all'utenza esterna in base all'andamento dell'epidemia e, come indicato nel documento allegato "*con l' obiettivo di disporre del personale necessario per la gestione dei posti letto ospedalieri dedicati a pazienti covid- 19 attivati secondo le fasi del piano stesso, per le fasi 3 e 4 si dispone di rimodulare, anche con concentrazione di interventi in un numero limitato di strutture, ed ridurre gradualmente l'attività programmata non urgente. comunicando quali siano le specialità interessate.*"

Distinti saluti.

Il Direttore generale ad interim
dell'Area Sanità e Sociale
Dr. Gianluigi Masullo

Allegato 1
"Indirizzi clinico-organizzativi per l'attuazione dell'Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno"
Allegato 2:
"Linee di indirizzo circa la gestione degli accessi nelle strutture ospedaliera, ed extra ospedaliere a gestione diretta con riferimento alle aree di degenza"

Area Sanità e Sociale
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
area.sanitasociale@regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Linee di indirizzo circa la gestione degli accessi nelle strutture ospedaliere, ed extraospedaliere a gestione diretta, con riferimento alle aree di degenza.

In attuazione all'aggiornamento del Piano Regionale di Sanità Pubblica trasmesso con nota prot. n. 452661 del 23 Ottobre u.s. a firma del Direttore Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, considerando quanto indicato nell'aggiornamento del "Piano Emergenza Autunno", trasmesso con nota prot. n. 455886 del 27 Ottobre u.s. a firma del Direttore generale Area Sanità e Sociale e tenendo conto dell'andamento epidemiologico della situazione emergenziale, si trasmettono le seguenti linee di indirizzo circa la gestione degli accessi nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere a gestione diretta, con riferimento alle aree di degenza.

Accesso alla aree di degenza - considerazioni generali:

- non è consentito l'accesso ai reparti COVID e le visite a pazienti positivi per SARS-CoV-2; le strutture adotteranno le misure organizzative e tecnologiche per garantire il collegamento del paziente con persone dallo stesso identificate; il Direttore del Reparto può autorizzare l'accesso di un visitatore in condizioni di particolare necessità: l'accesso potrà avvenire seguendo le misure di sicurezza e per il minor tempo possibile;
- l'accesso ai reparti deve essere pianificato;
- va tenuto il tracciamento dell'accesso per 10 giorni;
- per ogni degente, è possibile l'accesso di 1 unico visitatore al giorno;
- in caso di più pazienti presenti nella stessa stanza l'accesso deve essere di 1 visitatore alla volta;
- i visitatori devono accedere attraverso il varco con misurazione della temperatura, obbligo di indossare la mascherina, igienizzazione delle mani, autocertificazione di non essere sottoposto ad isolamento/quarantena, apposizione del braccialetto colore, secondo le procedure vigenti nella struttura;
- il visitatore deve mantenere sempre la mascherina, durante tutta la permanenza in struttura;
- anche durante la visita va mantenuto il distanziamento;
- il paziente che riceve una visita deve essere munito di mascherina e di norma mantenerla indossata; in caso di più pazienti presenti nella stessa stanza, anche gli altri degenti dovranno mantenere la mascherina;
- la durata della permanenza in stanza è fissata ad un massimo 15 minuti;

Accesso alla aree di degenza - autorizzazioni per accesso prolungato o per situazioni particolari:

- in casi in cui il reparto autorizzi l'accesso più prolungato di un caregiver, finalizzato a prestare assistenza a pazienti non autosufficienti, questo deve essere sottoposto prima del primo accesso a test antigenico rapido; il caregiver deve essere identificato in un numero minimo di persone; il test rapido deve essere ripetuto a cadenza di 7 giorni;
- in caso di assistenza al parto da parte del padre/partner questi deve essere sottoposto al test rapido all'ingresso;
- le visite alle puerpere sono limitate a quelle del padre/partner, che deve essere sottoposto al test rapido all'ingresso; in caso di assenza del padre/partner la presenza potrà essere consentita ad 1 persona identificata dalla paziente e seguirà le medesime procedure; il test rapido deve essere ripetuto dopo 7 giorni in caso di degenza prolungata;
- il neonato può essere tenuto, di norma, nella stanza; rispetto a particolari situazioni logistiche(ad esempio stanze a due o più posti) la direzione medica della struttura potrà valutare ulteriori limitazioni alle visite;
- l'accesso ai reparti di oncologia, ematologia, trapianti con pazienti immunocompromessi e di unità di area pediatrica risulta vincolato ad un nulla-osta da parte del medico del reparto, in base alla situazione clinica del paziente; l'accesso del visitatore deve essere comunque programmato, secondo le modalità che ogni struttura pianificherà con l'obiettivo della massima tutela dei pazienti. Il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

visitatore inoltre deve essere sottoposto prima del primo accesso a test antigenico rapido da ripetere dopo 7 giorni in caso di degenza prolungata, la tipologia di tamponi da utilizzare ai care-giver può tener conto della sensibilità degli stessi secondo quanto previsto dalla Circolare ministeriale prot. n. 35324 del 30.10.2020

Accesso alle strutture extraospedaliere a gestione diretta:

- l'accesso a strutture di ospitalità e lungodegenza, Ospedali di comunità, URT, Hospice, strutture riabilitative, è limitata ai soli casi indicati dalla Direzione sanitaria della struttura che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione.
- Per quanto riguarda gli Hospice, pur con rigorosa attuazione delle precauzioni, in considerazione della presenza di stanze singole e della finalità della struttura, può essere autorizzato l'accesso più prolungato di uno o più caregiver, che devono essere sottoposti prima del primo accesso a test antigenico rapido , da ripetersi ogni 7 giorni.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Indirizzi clinico-organizzativi per l'attuazione dell'"Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno" e attivazione Covid Hospital

Il documento "Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno" approvato dall'Unità di crisi il 22 ottobre 2020 definisce dalla Fase 3 alla Fase 5 delle riduzioni o sospensioni di attività ordinaria.

In coerenza con i fini del documento di "preservare la possibilità di continuare a svolgere attività ordinaria, posticipando il più possibile la sospensione delle attività non urgenti" e con l' obiettivo di disporre del personale necessario per la gestione dei posti letto ospedalieri dedicati a pazienti covid-19 attivati secondo le fasi del piano stesso, per le fasi 3 e 4 si dispone di rimodulare, anche con concentrazione di interventi in un numero limitato di strutture, ed ridurre gradualmente l'attività programmata non urgente comunicando quali siano le specialità interessate.
Si dà indicazione altresì di ridurre l'attività di specialistica ambulatoriale erogata in ambito ospedaliero che veda impegnati gli specialisti che possono essere occupati in attività di assistenza a pazienti covid-19.
Fanno eccezione le attività per prestazioni prioritarizzate come U e B, garantendo, sia come prime visite specialistiche che di controllo, l'attività in ambito materno-infantile ed oncologico.

Va garantita e riorganizzata in ambito aziendale, o provinciale per le aziende ulss che non hanno un ospedale hub, l'attività non rinviabile in considerazione del quadro clinico e per la quale la prognosi e le gravi conseguenze cliniche sono fortemente influenzate dalle tempistiche della diagnosi e dell'intervento, con particolare riferimento alle patologie neoplastiche.

Le attività vaccinali e di screening oncologico vanno comunque mantenute come anche l'assistenza psichiatrica.
Relativamente alla distribuzione di farmaci in Distribuzione Diretta si conferma e prolunga quanto previsto nell'allegato G della dgr n. 782/20

Con particolare riguardo all'attivazione progressiva dei Covid Hospital e in considerazione dello scenario epidemiologico dell'epidemia di COVID-19 si dispone che finchè non si verifichi la necessità di utilizzare tutti i posti letto disponibili per i pazienti COVID-19, vada mantenuta l'attività del punto nascita, l'attività psichiatrica, la dialisi e l'attività oncologica se garantita in uno spazio accessibile attraverso percorso separato.

Si rinnova inoltre l'indicazione di implementare l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina, secondo quanto previsto da DGR 568/20 e ampliare il più possibile i servizi all'utenza telefonici e on line.

Si richiama infine l'applicazione delle misure di mitigazione del rischio presso tutti i servizi e la possibilità di sospendere l'attività qualora si verifichino situazioni di rischio elevato.

Si richiede inoltre di prestare particolare attenzione al livello di appropriatezza dei ricoveri di pazienti con patologia covid, sia in fase di ammissione che di dimissione valorizzando ogni possibilità di erogazione di assistenza in setting a minor intensità assistenziale, quali gli ospedali di comunità e le cure domiciliari.
A tal proposito si ricorda quanto previsto dalla DGR 1107/20 rispetto alle ammissioni in Ospedale di Comunità possono avvenire da ospedale per acuti, pronto soccorso o dal territorio.

Infine si riprende quanto indicato nelle "Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie" del 19 maggio 2020 rispetto alla possibilità di mantenere e eventualmente potenziare

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ulteriormente i percorsi e aree isolate, tese al contenimento delle infezioni ospedaliere, con particolare riferimento al SARS-CoV2, per i pazienti che necessitano di cure per altre patologie.
Tali disposizioni trovano applicazione fino all'attivazione della fase 5 per l'occupazione dei posti letto di terapia intensiva previsto dall'"Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno", ed eventuali specifiche a questa nota verranno emanate dalle competenti Direzioni regionali.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 27/3/2020 Protocollo n. 136427 Class: Prat. Fasc. Allegati n.

Oggetto: Emergenza COVID19 – Pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere e trasferiti in Ospedale di Comunità o in altra struttura territoriale COVID-dedicata. Indicazioni per la rilevazione dei dati.

Ai Direttori Generali
Azienda Ulss 1 Dolomiti
Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Azienda Ulss 3 Serenissima
Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Azienda Ulss 5 Polesana
Azienda Ulss 6 Euganea
Azienda Ulss 7 Pedemontana
Azienda Ulss 8 Berica
Azienda Ulss 9 Scaligera
Azienda Ospedale-Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Istituto Oncologico Veneto IRCCS

e, p.c.. Al Direttore Generale
Azienda Zero

Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare e Veterinaria
Direzione Servizi Sociali

Regione del Veneto

In relazione alla emergenza sanitaria per COVID-19, si fa seguito alla nota n. 125497 del 18 marzo 2020 la quale prevede che "gli ospedali di comunità devono essere destinati alle dimissioni protette dei pazienti già affetti da COVID-19 una volta risolta la acuzie, e vanno pertanto sospese tutte le procedure di valutazione dell'idoneità all'accesso a tali strutture".

A tal proposito si danno indicazioni riguardanti le modalità di registrazione di tali pazienti in Ospedali di Comunità o nelle altre strutture territoriali COVID-dedicate individuate dalle Aziende Ulss.

A. Accoglienza e gestione informativa dei pazienti COVID-19

Per tutta la durata della emergenza in corso, la gestione dei dati dei pazienti COVID-19 in dimissione protetta negli Ospedali di Comunità e nelle altre strutture territoriali COVID-dedicate verrà effettuata utilizzando esclusivamente gli applicativi già in uso nelle Aziende per l'accoglienza e la gestione dei pazienti nelle strutture intermedie ODC e URT. Tuttavia, al fine di semplificare le procedure di rilevazione dei dati dei suddetti pazienti, si rendono necessari alcuni adattamenti al sistema informativo corrente delle strutture

Area Sanità e Sociale
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
area.sanitasociale@regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio G0OAFI* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

intermedie (Allegato C della DGR n. 2683 del 29 dicembre 2014 e Allegato B del DDR n. 1 del 10 ottobre 2016). In particolare:

1. Tracciato DATI ANAGRAFICI ASSISTITO: INVARIATO

2. Tracciato ADT: nel campo 2.3 "Contesto di provenienza" viene aggiunto il valore "7.**Paziente COVID19 proveniente da Ospedale**" da utilizzare per i pazienti in oggetto

3. Tracciato VALUTAZIONI

Compilazione limitata ai seguenti campi:
3.1 Identificativo univoco assistito per episodio di accoglimento (obbligatorio)
3.2 Numero di valutazione (obbligatorio)
3.3 Momento valutazione (obbligatorio)
3.4 Data valutazione (obbligatorio)
3.5 Patologia prevalente (obbligatorio),
Utilizzare codice ICPC: R83-Altre infezioni del sistema respiratorio
3.6 Patologia concomitante (facoltativo),
3.7 Patologia concomitante 2 (facoltativo),
3.25 Traiettoria prognostica (obbligatorio)
3.26 Esiti funzionali al congedo (obbligatorio).

In caso di attivazione di strutture territoriali COVID-dedicate non già codificate come Ospedali di Comunità (ad esempio area dedicata in un Centro Servizi) è necessario darne comunicazione via email all'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Socio-Sanitarie (orpss@regione.veneto.it) che provvederà all'attivazione e all'assegnazione di un codice UDO regionale e in copia all'Area Sanità e Sociale (programmazionesanitaria@regione.veneto.it e servizi.sociali@regione.veneto.it).

B. Sorveglianza attiva dei pazienti COVID-19 tramite la piattaforma PIC-19

La piattaforma regionale PiC-19, di cui alle note prot n. 111476 del 09.03.2020 e prot n. 127224 del 19.03.2020 tra le sue finalità, include il monitoraggio dei soggetti ricoverati positivi per SARS-CoV-2, tracciando il loro percorso assistenziale all'interno della Regione Veneto.

Pertanto, nello stesso "episodio COVID-19", sono inclusi i trasferimenti tra ospedali per acuti, anche relativi a Presidi Ospedalieri di diverse Aziende, ed i trasferimenti in diversi setting assistenziali (ad es: da ospedale per acuti ad ospedale di comunità o in altra struttura COVID-dedicata), considerando come dimissione solo l'evento finale.

Per garantire l'aggiornamento dei dati anche relativamente ai pazienti presenti negli Ospedali di Comunità o altra struttura COVID dedicata, è opportuno che i Direttori Generali delle Aziende ULSS identifichino dei referenti aziendali per i suddetti ricoveri, se necessario estendendo a nuove utenze l'accesso alla piattaforma in argomento.

Distinti saluti

Il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale
dr. Domenico Mantoan

Area Sanità e Sociale
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
area.sanitasociale@regione.veneto.it

Azienda Zero - Prot. n. 0007429/2020 - E - 27/03/2020
PROTOCOLLO n.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 27/3/2020 Protocollo n. 136427 Class: Prat. Fasc. Allegati n.

Oggetto: Emergenza COVID19 – Pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere e trasferiti in Ospedale di Comunità o in altra struttura territoriale COVID-dedicata. Indicazioni per la rilevazione dei dati.

Ai Direttori Generali
Azienda Ulss 1 Dolomiti
Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Azienda Ulss 3 Serenissima
Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Azienda Ulss 5 Polesana
Azienda Ulss 6 Euganea
Azienda Ulss 7 Pedemontana
Azienda Ulss 8 Berica
Azienda Ulss 9 Scaligera
Azienda Ospedale-Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Istituto Oncologico Veneto IRCCS

e, p.c.. Al Direttore Generale
Azienda Zero

Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare e Veterinaria
Direzione Servizi Sociali

Regione del Veneto

In relazione alla emergenza sanitaria per COVID-19, si fa seguito alla nota n. 125497 del 18 marzo 2020 la quale prevede che "gli ospedali di comunità devono essere destinati alle dimissioni protette dei pazienti già affetti da COVID-19 una volta risolta la acuzie, e vanno pertanto sospese tutte le procedure di valutazione dell'idoneità all'accesso a tali strutture".

A tal proposito si danno indicazioni riguardanti le modalità di registrazione di tali pazienti in Ospedali di Comunità o nelle altre strutture territoriali COVID-dedicate individuate dalle Aziende Ulss.

A. Accoglienza e gestione informativa dei pazienti COVID-19

Per tutta la durata della emergenza in corso, la gestione dei dati dei pazienti COVID-19 in dimissione protetta negli Ospedali di Comunità e nelle altre strutture territoriali COVID-dedicate verrà effettuata utilizzando esclusivamente gli applicativi già in uso nelle Aziende per l'accoglienza e la gestione dei pazienti nelle strutture intermedie ODC e URT. Tuttavia, al fine di semplificare le procedure di rilevazione dei dati dei suddetti pazienti, si rendono necessari alcuni adattamenti al sistema informativo corrente delle strutture

Area Sanità e Sociale
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
area.sanitasociale@regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

intermedie (Allegato C della DGR n. 2683 del 29 dicembre 2014 e Allegato B del DDR n. 1 del 10 ottobre 2016). In particolare:

1. Tracciato DATI ANAGRAFICI ASSISTITO: INVARIATO

2. Tracciato ADT: nel campo 2.3 "Contesto di provenienza" viene aggiunto il valore "7.**Paziente COVID19 proveniente da Ospedale**" da utilizzare per i pazienti in oggetto

3. Tracciato VALUTAZIONI

Compilazione limitata ai seguenti campi:

3.1 Identificativo univoco assistito per episodio di accoglimento (obbligatorio)
3.2 Numero di valutazione (obbligatorio)
3.3 Momento valutazione (obbligatorio)
3.4 Data valutazione (obbligatorio)
3.5 Patologia prevalente (obbligatorio),
Utilizzare codice ICPC: R83-Altre infezioni del sistema respiratorio
3.6 Patologia concomitante (facoltativo),
3.7 Patologia concomitante 2 (facoltativo),
3.25 Traiettoria prognostica (obbligatorio)
3.26 Esiti funzionali al congedo (obbligatorio).

In caso di attivazione di strutture territoriali COVID-dedicate non già codificate come Ospedali di Comunità (ad esempio area dedicata in un Centro Servizi) è necessario darne comunicazione via email all'Osservatorio Regionale Politiche Sociali e Socio-Sanitarie (orpss@regione.veneto.it) che provvederà all'attivazione e all'assegnazione di un codice UDO regionale e in copia all'Area Sanità e Sociale (programmazionesanitaria@regione.veneto.it e servizi.sociali@regione.veneto.it).

B. Sorveglianza attiva dei pazienti COVID-19 tramite la piattaforma PIC-19

La piattaforma regionale PiC-19, di cui alle note prot n. 111476 del 09.03.2020 e prot n. 127224 del 19.03.2020 tra le sue finalità, include il monitoraggio dei soggetti ricoverati positivi per SARS-CoV-2, tracciando il loro percorso assistenziale all'interno della Regione Veneto.

Pertanto, nello stesso "episodio COVID-19", sono inclusi i trasferimenti tra ospedali per acuti, anche relativi a Presidi Ospedalieri di diverse Aziende, ed i trasferimenti in diversi setting assistenziali (ad es: da ospedale per acuti ad ospedale di comunità o in altra struttura COVID-dedicata), considerando come dimissione solo l'evento finale.

Per garantire l'aggiornamento dei dati anche relativamente ai pazienti presenti negli Ospedali di Comunità o altra struttura COVID dedicata, è opportuno che i Direttori Generali delle Aziende ULSS identifichino dei referenti aziendali per i suddetti ricoveri, se necessario estendendo a nuove utenze l'accesso alla piattaforma in argomento.

Distinti saluti

Il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale
dr. Domenico Mantoan

Area Sanità e Sociale
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
area.sanitasociale@regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio G0OAFI* *P.IVA 02392630279*

Azienda Zero - Prot. n. 0006654/2020 - E - 19/03/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 19 MAR. 2020 Protocollo n. 127224 Class: C 104 Prat. Fasc. Allegati n.

Oggetto: COVID-19 – Piattaforma informatica regionale per il monitoraggio dei casi positivi per SARS-CoV-2. Integrazione.

Egregi Direttori Generali
Aziende ULSS del Veneto
Azienda Ospedale Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata (AOUI) di Verona
Istituto Oncologico del Veneto
Ospedale Sacro Cuore Don Calabria-Negrar (VR)
Ospedale P. Pederzoli- Peschiera (VR)

e p.c. Direttore Generale di Azienda Zero

Direttore della Direzione Regionale Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Ai Presidenti Regionali
AIOP
ARIS

Con nota prot. n. 111476 del 09/03/2020 sono state fornite indicazioni relativamente all'avvio della piattaforma regionale PIC-19, per il monitoraggio dei casi positivi SARS-CoV-2, diagnosticati nella Regione Veneto.

Come già evidenziato, tale strumento, oltre a permettere di monitorare puntualmente l'andamento epidemiologico regionale dell'infezione da COVID-19, contribuendo allo sviluppo di modelli matematici predittivi, viene utilizzato anche ai fini della programmazione regionale, consentendo la prioritizzazione nella distribuzione di dispositivi, farmaci specifici e strumentazione necessaria.

Inoltre, come già comunicato con nota della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria prot. 125568 del 18/03/2020, l'inserimento dei dati nella piattaforma PIC-19 sostituisce il precedente flusso di segnalazione obbligatoria che prevedeva la trasmissione della "scheda di notifica di casi da virus respiratori" e l'inserimento dei casi nella piattaforma SIMIWEB. Tutti i dati inseriti nella piattaforma PIC-19 vengono inviati quotidianamente all'Istituto Superiore di Sanità e da questo al Ministero della Salute.

Area Sanità e Sociale
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
area.sanitasociale@regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

I Servizi Igiene e Sanità Pubblica, nell'impiego della piattaforma PIC-19, devono attuare ogni modalità idonea per assicurarsi che tutti i casi positivi siano presi in carico dai servizi territoriali competenti (ad es., filtrando gli esiti degli esami sia per ULSS di residenza che per laboratorio di riferimento per la propria ULSS). La completezza e qualità dei dati inseriti è della massima importanza anche per ottemperare agli obblighi informativi nei confronti di Enti esterni al Sistema Sanitario Regionale.

Si ricorda che, ai fini della produzione della reportistica regionale relativa ai ricoverati COVID-19, sono previste due estrazioni giornaliere dei dati, con le seguenti tempistiche: ore 7.30 e ore 16.00. Entro tali orari, i referenti identificati dalle SS.LL. devono garantire l'aggiornamento dei dati presenti in piattaforma.

Stante quanto sopra, è particolarmente rilevante che vengano rispettate le tempistiche di aggiornamento della suddetta piattaforma, in particolare per i trasferimenti dei pazienti in area sub-intensiva ed in area critica.

Al fine di permettere la massima efficienza operativa dei flussi di comunicazione, si invitano le SS.LL. a fornire all'UOC Screening e VIS di Azienda Zero, entro il 23/03/2020, i nominativi ed i recapiti telefonici dei referenti aziendali identificati per l'aggiornamento quotidiano di PIC-19, trasmettendo quanto richiesto al seguente indirizzo di posta elettronica:
screening.vis@azero.veneto.it

Distinti saluti.

Il Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale
dr. Domenico Mantoan

Area Sanità e Sociale
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
area.sanitasociale@regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 17/03/2020 | Protocollo n. 8939 Class. | Allegati n.

Oggetto: COVID-19 – Piattaforma informatica regionale per il monitoraggio dei casi positivi per SARS-CoV-2 – indicazioni sulla gestione delle utenze.

Al Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Ai Direttori delle UOC di Azienda Zero

Alla luce dell'attuale scenario emergenziale, determinato dalla diffusione del virus SARS-CoV-2, Azienda Zero ha predisposto una piattaforma informatica per la registrazione dei casi positivi riscontrati nella Regione del Veneto, al fine di monitorare l'andamento epidemiologico regionale dell'infezione.

Tra le utenze che possono accedere alla piattaforma, ve ne sono alcune della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e alcune appartenenti alle UOC di Azienda Zero coinvolte nella gestione e nel coordinamento dell'emergenza COVID-19.

Al fine di procedere ad un aggiornamento dei profili ai quali è consentito tale accesso, con la presente si chiede ai Direttori in indirizzo di comunicare alla Scrivente Direzione Generale, entro il 20 aprile p.v., l'elenco dei soggetti che potranno accedere a tale piattaforma, integrandolo con eventuali nuove utenze.

Si comunica che per sovrintendere all'implementazione di nuovi sviluppi della piattaforma regionale PIC-19, con la presente si istituisce un Gruppo di lavoro, presieduto dal Direttore Sanitario e composto dai seguenti Direttori:

- Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria;
- Direttore UOC Governo Clinico;
- Direttore UOC Screening e Valutazione di Impatto Sanitario (VIS);
- Direttore UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri;
- Direttore UOC Sistemi Informativi.

Cordiali saluti.

Il Direttore Generale
Dr.ssa Patrizia Simionato

Direzione Sanitaria
UOC Screening e VIS
Direttore: dott.ssa Elena Narne.
Tel. 049-8778429 Mail: screening.vis @azero.veneto.it

Azienda Zero - Prot. n. 0005523/2020 - E - 10/03/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa:Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data - 9 MAR. 2020 Protocollo N° 111476 Class: G.320.04.1 Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: COVID-19. Piattaforma informatica regionale per il monitoraggio dei casi positivi per SARS-CoV-2. - Avvio 9.3.2020.

Egregi Direttori Generali
Aziende ULSS del Veneto
Azienda Ospedale Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Istituto Oncologico del Veneto
Ospedale Sacro Cuore Don Calabria- Negrar (VR)

E p.c.

Direttore Generale
Azienda Zero

Ai Presidenti Regionali
AIOP
ARIS

A fronte all'attuale scenario globale e regionale determinato dall'epidemia di infezioni da SARS-CoV-2, al fine di monitorare puntualmente l'andamento epidemiologico regionale dell'infezione da COVID-19, Azienda Zero ha predisposto una piattaforma informatica per la registrazione dei casi positivi riscontrati nella Regione Veneto.

Tale piattaforma prevede l'inserimento di alcuni dati, da parte dei diversi professionisti coinvolti, sia ospedalieri che territoriali per quanto di rispettiva competenza, prevedendo l'inserimento di informazioni relative sia al ricovero, che all'indagine epidemiologica correlata al singolo caso positivo.

L'aggiornamento puntuale, con successivo scarico dei dati a livello centralizzato due volte al giorno (alle ore 7.30 e alle ore 15.00) contribuisce allo sviluppo di modelli matematici predittivi a supporto della pianificazione sanitaria regionale per tale emergenza.

La piattaforma entrerà in vigore a partire dal giorno lunedì 9.3.2020 e sostituirà sia lo strumento informatico, ad oggi utilizzato per monitorare i dati inseriti dai laboratori regionali che effettuano il test SARS-CoV-2, che lo strumento utilizzato dai clinici per fornire informazioni sul monitoraggio clinico dei pazienti ricoverati.

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
e-mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it
pec: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Allo stato attuale, la piattaforma non sostituisce invece il flusso sui volumi aziendali degli operatori sanitari posti in isolamento domiciliare o ricoverati, né il flusso relativo ai contatti dei casi positivi, che vanno mantenuti attivi con le modalità già in essere.

Pertanto, in considerazione del carattere di urgenza determinata dall'attuale criticità COVID-19, verranno abilitate alla suddetta piattaforma tutte le utenze che, al 9.3.2020, risultano essere state autorizzate, in accordo con le rispettive Direzioni Sanitarie, ad accedere al file per il monitoraggio di tutti i soggetti positivi, e al file per il monitoraggio dei pazienti ricoverati.

Al fine di facilitarne la visualizzazione si trasmettono in allegato gli elenchi degli utenti abilitati (aggiornati al 8.3.20), suddivisi per ciascuna ULSS, ai quali verranno inviate le istruzioni per l'accesso alla piattaforma ed un manuale di utilizzo.

Qualora fosse necessario apportare delle modifiche alle autorizzazioni di cui sopra, vi è stata assegnata una specifica utenza per tale funzione, in quanto titolari del trattamento dati dei soggetti residenti o ricoverati nelle vostre rispettive Aziende.

Si precisa che, oltre al personale dipendente di Codeste Aziende, accederanno alla piattaforma anche operatori sanitari e amministrativi di Azienda Zero e della Regione del Veneto, peraltro identificabili dal suffisso della posta Aziendale, per la necessaria funzione di monitoraggio quotidiano e di coordinamento regionale della criticità da COVID-19.

Distinti saluti

Il Direttore Generale
Area Sanità e Sociale
- Dr. Domenico Mantoan -

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 - 30125 Venezia
e-mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it
pec: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

Azienda Zero - Prot. n. 0013886/2020 - E - 19/06/2020
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 19 GIU. 2020 Protocollo N° 242456 Class: 4.300.01.1 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: Refertazione dei tamponi effettuati per la ricerca del virus SARS-CoV-2.

Prof. Andrea Crisanti
Direttore UOC Microbiologia e Virologia
Azienda Ospedale Università di Padova

Dr.ssa Giuliana Lo Cascio
Direttore UOC Microbiologia e Virologia
Azienda Universitaria Integrata di Verona

Dr.ssa Eliana Modolo
Direttore UOSD Microbiologia
Azienda ULSS 1 Dolomiti

Dr. Roberto Rigoli
Direttore UOC Microbiologia
Azienda ULSS 2 Marca Trevigiana

Dr. Claudio Scarparo
Direttore UOC Microbiologia
Ospedale dell'Angelo
Azienda ULSS 3 Serenissima

Dr. Celio Lazzarini
Direttore del Laboratorio presso Ospedale
di Portogruaro
Azienda ULSS 4 Veneto Orientale

Dr. Andrea Tessari
Responsabile UOSD Microbiologia
Azienda ULSS 5 Polesana

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Dr. Fabio Manoni
Responsabile Laboratorio Analisi di Ospedali riuniti Padova Sud
Azienda ULSS 6 Euganea

Dr. Antonio Antico
Direttore UOC Medicina di Laboratorio
Ospedale di Bassano
Azienda ULSS 7 Pedemontana

Dr. Mario Rassu
Direttore UOC Microbiologia
Azienda ULSS 8 Berica

Dr. Stefano Badocchi
Direttore UOC di Laboratorio Analisi Chimico-Cliniche e Microbiologia
Azienda ULSS 9 Scaligera

Dr.ssa Novella Scattolo
Direttore UOSD Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche
Azienda ULSS 9 Scaligera

Dr.ssa Maria Visconti
Direttore UOSD Laboratorio di Analisi Chimico Cliniche e Microbiologiche
Azienda ULSS 9 Scaligera

Dr. Terregino Calogero
Responsabile Laboratorio diagnostica, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie (Padova)

Dr.ssa Francesca Perandin
Responsabile Laboratorio dell'IRCCS per le Malattie infettive e tropicali
Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Ai Responsabili dei Laboratori privati accreditati del Veneto autorizzati all'esecuzione del test diretto per SARS-CoV-2 su tampone nasofaringeo

E p.c.

Direttore Generale
Direttore UOC Sistemi Informativi
Direttore UOC Screening e VIS
Azienda Zero

LORO SEDI

Come già anticipato per vie brevi, è necessario armonizzare a livello regionale i possibili esiti utilizzati nella refertazione dei test diretti per la ricerca del virus SARS-CoV-2 su tampone nasofaringeo, anche per completare lo sviluppo di alcuni algoritmi informatici necessari al monitoraggio epidemiologico dell'epidemia da SARS-CoV-2.

Dopo confronto avvenuto a mezzo e-mail, nei mesi scorsi, si erano concordati i seguenti possibili esiti del test in argomento:

POSITIVO;
NEGATIVO;
DEBOLMENTE POSITIVO;
INDETERMINATO;
CAMPIONE NON IDONEO;
CAMPIONE NON PERVENUTO.

Poiché l'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero ha comunicato che ad oggi risultano numerosi tamponi con esito differente dalle voci sopra identificate, si richiede di utilizzare gli esiti già concordati, uniformando, per quanto possibile, le refertazioni in argomento entro il 06/07/2020.

Qualora invece riteniate necessario definire ulteriori voci, si invitano le SS.LL. a contattare, entro la medesima data del 06/07/2020, l'UOC Screening e VIS (screening.vis@azero.veneto.it), che riaprirà il confronto coordinandosi con il laboratorio regionale di riferimento.

Distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
IL DIRETTORE
Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Direttore: Dr.ssa Francesca Russo
Referente Dott.ssa Elena Narne
Direttore UOC Screening e VIS- Azienda Zero
Segreteria: Tel. 041-2791352-1353

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ZERO

Data 16.04.2020 | Protocollo n. 8860 Class. | Allegati n. /

Oggetto: COVID-19 – Richiesta dati personale non dipendente per integrazione flussi in piattaforma regionale PIC-19.

Alla c.a.
Direttori Generali

Aziende ULSS
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Azienda Ospedale Università di Padova
Istituto Oncologico Veneto

E p.c.
Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria
Regione del Veneto

Direttore UOC Screening e VIS
Direttore UOC Servizio Epidemiologico Regionale e Registri
Azienda Zero

LORO SEDI

Al fine di monitorare le positività per SARS-CoV-2 sugli operatori sanitari in piattaforma regionale PiC-19, indipendentemente dal rapporto di lavoro, si rende necessario integrare i flussi disponibili anche con i dati relativi ai soggetti non dipendenti, sottoposti a tali esami, presenti a vario titolo presso le Aziende (ad es: medici in formazione specialistica, dottorandi, medici con contratto libero professionale, assegnatari di borsa di studio).

Con la presente si richiede di trasmettere cortesemente gli elenchi del suddetto personale, indicando i seguenti campi, con le stesse caratteristiche con le quali vengono inseriti i dati, all'interno del gestionale Sigma, per i dipendenti che lavorano presso le stesse Unità Operative:

a) Cognome e Nome,
b) data di nascita,
c) Codice Fiscale,
d) Azienda di Appartenenza,
e) Ospedale,
f) Codice-stabilimento (come presente in Sigma),
g) Stabilimento (come presente in Sigma),
h) Codice- Reparto (come presente in Sigma),
i) Reparto (come presente in Sigma),

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1 - 35131 Padova
UOC Screening e Valutazione di Impatto Sanitario
Mail: screening.vis@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 049 8778179 - 8236 - 8249

Cod. Fisc. 05018720283 ***Codice Univoco Ufficio UF2ZJD*** ***P.IVA 05018720283***

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

j) specifica del gruppo di appartenenza, ad esempio:
- medico in formazione specialistica;
- dottorando;
- soggetto con contratto libero-professionale;
- assegnatario di borse di studio.

Tali elenchi dovranno essere trasmessi entro il 24.04 agli indirizzi di posta elettronica scr@azero.veneto.it e screening.vis@azero.veneto.it.

Ringraziando per la consueta collaborazione, si porgono distinti saluti.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Patrizia Simionato

Direzione Sanitaria
UOC Screening e VIS
Direttore: dott.ssa Elena Narne.
Tel. 049-8778429
Mail: screening.vis @azero.veneto.it

Azienda Zero - Prot. n. 0010851/2020 - E - 12/05/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 12 MAG. 2020 Protocollo N° 188577 Class: 6.920.04.1 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: **Richiesta realizzazione sistemi informativi a supporto del monitoraggio e della sorveglianza per COVID-19.**

Alla c.a.

Direttore Generale
Azienda Zero

E, p.c. Assessore a Sanità e Servizi Sociali

Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Direttore Direzione Risorse Strumentali SSR

Direttori Generali
Aziende Ulss del Veneto

Direttore Generale di Veneto Lavoro

LORO SEDI

In relazione all'emergenza coronavirus la Direzione Prevenzione ha incaricato per le vie brevi la UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero di realizzare un sistema modulare ed integrato di software a supporto delle Aziende Sanitarie e della Regione del Veneto nella gestione e nel monitoraggio dell'epidemia.

Le esigenze riscontrate a partire dal 21/02/2020 sono di seguito descritte:

1. Realizzazione di un ***Sistema di biosorveglianza*** per consentire la raccolta, l'elaborazione, la verifica della qualità dei dati di tutti gli esami di biologia molecolare effettuati da tutti i laboratori della Regione, la rappresentazione tramite uno specifico cruscotto, con il dettaglio delle sotto riportate funzioni:
    a. Elaborazione dei conteggi e delle logiche di classificazione dei casi (infettato, guarito, deceduto etc.) per territorio (provincia, ULSS, comune)
    b. Georeferenziazione di tutti i casi infetti
    c. Monitoraggio dei micro-cluster (2 o più casi nello stesso indirizzo)
    d. Monitoraggio dello stato di infezione degli operatori del SSR
    e. Monitoraggio degli ospiti delle strutture per anziani

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

f. Monitoraggio delle capacità produttive delle microbiologie in termini di numero di tamponi per laboratorio di erogazione

g. Cruscotto di monitoraggio specifico per ogni MMG/PLS per la gestione dei propri casi

h. Monitoraggio della fase 2 negli ambienti di lavoro

i. Elaborazione e monitoraggio degli indicatori ministeriali per la Fase 2

2. Realizzazione di una applicazione per la ***Gestione dei casi confermati***: in tale modulo dovrà essere effettuato un arricchimento informativo dei casi risultati infettati; a fronte di un nuovo caso positivo (rilevato dal sistema di biosorveglianza) dovranno essere inserite le informazioni aggiuntive caricate dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) a seguito dell'indagine epidemiologica effettuata sul singolo caso; in caso di ricovero dovranno essere inserite una serie di informazioni aggiuntive dalle strutture ospedaliere inerenti il reparto di ricovero, le date di trasferimento e lo stato clinico; tutti i dati aggiunti in tale modulo dovranno essere restituiti al sistema di biosorveglianza per essere rappresentati nei cruscotti di monitoraggio in uso all'unità di crisi

3. ***Gestione dei casi in isolamento***: la realizzazione di un modulo applicativo software per gestire e monitorare (sorveglianza attiva) tutti i casi in isolamento fiduciario, infettati o meno, permettendo l'indagine epidemiologica su questi e la registrazione dei contatti (stretti e non stretti) per la presa in carico, integrato con l'anagrafe unica regionale e basato su funzionalità già note agli operatori dei Settori Igiene e Sanità Pubblica ovvero un modulo applicativo apposito Covid-19 aggiuntivo al SIAVr (Sistema Anagrafe Vaccinazioni regionale). L'applicativo deve seguire la procedura regionale SARS CoV-2 rev. 3 del 13/3/2020. Deve inoltre evitare duplicazione di registrazione di informazioni recuperando automaticamente in tempo reale i risultati dei test (tamponi nasofaringei) dai risultati dei laboratori di microbiologia centralizzati nella piattaforma di Azienda Zero. Di registrare le informazioni cliniche e le informazioni utili al debito informativo di riferimento esportandole verso la piattaforma centralizzata.

4. Realizzazione di un'applicazione mobile denominata ***"Coronavirus Veneto"*** al fine di consentire da un lato il monitoraggio della sintomatologia dei cittadini sottoposti ad isolamento fiduciario o quarantena per ottimizzare le attività di sorveglianza attiva in capo ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, dall'altro promuove la registrazione su base volontaria dei sintomi (sia in forma autenticata che anonima) di qualsiasi cittadino. I dati raccolti da tale app oltre a permettere per i cittadini autenticati, la presa in carico agli operatori sanitari competenti (ad esempio SISP e/o MMG) dovranno integrare la base informativa del sistema di biosorveglianza, con lo scopo di individuare precocemente eventuali nuovi focolai.

5. ***Pre accettazione per test di laboratorio***: in ottemperanza alla DGR 344/2020 al fine di garantire la corretta identificazione dei soggetti sottoposti ai test di laboratorio (sia per i tamponi sia per i sierologici rapidi e non) soprattutto dove il prelievo avviene in un contesto territoriale, secondo il modello degli screening oncologici si richiede la realizzazione di un modulo apposito Covid19 che permetta di pre accettare i campioni, stampare in backoffice o al momento, le etichette con barcode, per automatizzare il successivo checkin in laboratorio, si richiede di integrare tutti i laboratori di microbiologia elencati nella delibera di riferimento, permettendo quindi di ottimizzare secondo il

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

modello Hub & Spoke, l'invio di prelievi dai vari centri territoriali a laboratori di riferimento a livello regionale. Deve consentire di associare l'esito delle risposte dei laboratori al fine di poter emettere e consegnare una lettera di risposta ai soggetti della categorie screenate. Tale modulo deve poter essere attivato per tutti i centri di prelievo richiesti dalle aziende ulss comprese le RSA e i privati accreditati e a disposizione della Croce Rossa per gli aspetti di competenza. Relativamente ai test rapidi deve essere messa a punto un applicativo smart (es. app mobile) che consenta di registrare velocemente e in front office i risultati, a seguito di una preaccettazione come sopra descritta esportando i risultati sia la modulo di screening RVE Covid19 sia al file centralizzato degli esiti.

Si rileva che a partire dal 22/02/2020 è iniziata l'attivazione progressiva per moduli, seguendo le esigenze emerse e le priorità indicate per le vie brevi dall'unità di crisi regionale.

Si chiede quindi di procedere al completamento e/o all'implementazione dei moduli sopra indicati, rispondendo alla presente con le tempistiche di massima per la messa a disposizione delle funzionalità richieste.

Si ricorda che la titolarità dei trattamenti dei dati per le finalità di tutela della salute pubblica e di cura che avvengono nei processi supportati dai moduli software sopra richiesti è delle Aziende Sanitarie, mentre la titolarità per le finalità di monitoraggio e sorveglianza è in capo alla scrivente Direzione di Regione del Veneto in collaborazione con Azienda Zero nella struttura identificata a supporto delle attività.

Cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa Francesca Russo

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

Azienda Zero - Prot. n. 0019099/2020 - E - 12/08/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 11 AGO. 2020 Protocollo N° 319457 Class: G.120.04.1 Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: COVID-19 – Aggiornamento indicazioni screening preventivo del personale scolastico docente e non docente - integrazione nota 324808 del 7.8.2020

Alla c.a.
Direttori Sanitari
Direttori Distretti Socio Sanitari
Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
Direttori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
Referenti della Profilassi vaccinale e malattie infettive
Aziende ULSS

E, p.c.
Direttore Generale Ufficio Scolastico Regionale
Segreteria Federazione Italiana Scuole Materne Veneto
Direttore Generale Azienda Zero
Direttore Direzione Programmazione e LEA
Direttore UO Cure Primarie e
Strutture Socio Sanitarie territoriali

Si fa seguito alla precedente comunicazione inviata in data 7.8.2020 prot. n. 314808 con la quale si sono fornite le prime indicazioni per l'avvio delle attività di screening preventivo rivolto al personale scolastico docente e non docente delle scuole primarie e secondarie pubbliche, statali e non statali paritarie e private dell'intero territorio nazionale, così come disposto dal Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica Covid-19 d'intesa con il Ministero della Salute.

Rispetto a quanto precedentemente indicato, si evidenziano in particolare le seguenti indicazioni riportate nella Circolare Ministeriale n. 8722 del 7.8.2020 che si allega alla presente:

- il percorso di screening, nella fase di somministrazione del test sierologico, sarà garantito per il tramite dei Medici di Medicina Generale. Per il personale sprovvisto di Medico di Medicina Generale il test sarà garantito dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del domicilio lavorativo;
- il Medico di Medicina Generale, o il Dipartimento di Prevenzione per i soggetti sprovvisti di MMG, garantiranno il test al lavoratore previa attestazione dello stato lavorativo attraverso dichiarazione sostitutiva di atto notorio ovvero, nel caso del MMG, dall'applicativo dedicato sviluppato sul sistema Tessera Sanitaria;
- la campagna di screening sarà garantita a partire dal 24 agosto 2020 e dovrà essere conclusa entro una settimana prima dell'avvio delle attività scolastiche; per il personale che prende servizio dopo l'inizio dell'anno scolastico i test saranno garantiti successivamente ma comunque prima dell'inizio del servizio stesso;
- la fase di concertazione per la definizione del programma di esecuzione dei test è stata perfezionata a livello nazionale con le organizzazioni di categoria dei Medici di Medicina Generale.

Le Aziende ULSS si accorderanno con Azienda Zero per il ritiro dei test e provvederanno alla definizione delle modalità di distribuzione degli stessi ai MMG per il tramite dei Distretti Socio Sanitari.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Azienda Zero provvederà a definire, e a comunicare alle Aziende ULSS, le modalità per la registrazione e invio dei dati al Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente, e successivamente alla Regione, relativi ai test effettuati. Le Aziende ULSS provvederanno quindi ad informare i Medici di Medicina Generale.

Cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

IL DIRETTORE VICARIO
Dott. Michele Brichese

Referente dell'istruttoria: dott. Michele Tonon
Segreteria: Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023
0008722-07/08/2020-DGSISS-MDS-P

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA DIGITALIZZAZIONE DEL SISTEMA INFORMATIVO SANITARIO E DELLA STATISTICA
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
Tel. 0659942440 / Fax 0659942015
e-mail: direzionesistemainformativo@sanita.it
pec: dgsi@postacert.sanita.it

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
Viale Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma
e-mail: segr.dgprev@sanita.it
pec: dgprev@postacert.sanita.it

<Spazio riservato per l'apposizione dell'etichetta di protocollo>

CONFERENZA DELLE REGIONI
E DELLE PROVINCE AUTONOME
07 Ago 2020
Prot. n. 6232/COV19

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
Ragioneria Generale dello Stato
rgs.ragionieregenerale.coordinamento@pec.mef.gov.it

COMMISSARIO STRAORDINARIO PER L'ATTUAZIONE E IL COORDINAMENTO DELLE MISURE DI CONTENIMENTO E CONTRASTO DELL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA COVID-19
Commissarioemergenzacovid19@pec.governo.it

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

ASSESSORATI ALLA SANITA'
delle Regioni e delle Provincie
autonome di Trento e di Bolzano
LORO SEDI (via PEC)

ASSESSORE REGIONE PIEMONTE
Coordinatore Commissione salute
Commissione.salute@cert.regione.piemonte.it

REGIONE VENETO – ASSESSORATO ALLA SANITÀ
Direzione Regionale Prevenzione
Coordinamento Interregionale Della Prevenzione
francesca.russo@regione.veneto.it
coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
segreteria@pec.fnomceo.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
presidenza@pec.iss.it
protocollo.centrale@pec.iss.it

CONFERENZA DEI PRESIDENTI DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME
conferenza@pec.regioni.it

ASSOCIAZIONE NAZIONALE COMUNI ITALIANI (ANCI)
anci@pec.anci.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e, p.c.
DIPARTIMENTO
PROTEZIONE CIVILE
Via Ulpiano 11 - 00193
ROMA
Coordinamento.emergenza
@protezionecivile.it
protezionecivile@pec.gove
rno.it

Ufficio di Gabinetto
Sede

OGGETTO: Indirizzi operativi per l'effettuazione su base volontaria dei test sierologici sul personale docente e non docente delle scuole pubbliche e private nell'intero territorio nazionale.

Con Ordinanza del 24 luglio 2020, n.17, (GU n.187 del 27-7-2020), il Commissario Straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure di contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 ha fornito una serie di indicazioni operative finalizzate all' effettuazione su base volontaria del programma di test sierologici per la ricerca di anticorpi specifici nei confronti del virus SARS-CoV-2 sul personale docente e non docente delle scuole pubbliche e private nell'intero territorio nazionale.

In particolare lo screening è rivolto al personale docente e non docente, operante nei nidi, nelle scuole dell'infanzia, primarie e secondarie pubbliche, statali e non statali, paritarie e private e negli Istituti di istruzione e formazione professionali dell'intero territorio nazionale, fatta eccezione per il personale destinatario di analoghe iniziative autonomamente intraprese da regioni o province autonome.

Tenuto conto di quanto sopra, allo scopo di acquisire in tempo utile informazioni sui test sierologici risultati positivi, nonché sugli esiti degli esami molecolari (tamponi) conseguentemente effettuati, le Aziende sanitarie locali dovranno comunicare quotidianamente detti dati, con la precisazione che riguardano il personale scolastico, alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza, che, con la medesima frequenza, li inoltrerà all'Istituto Superiore di Sanità.

Con l'Ordinanza del 27 febbraio 2020, n. 640, del Capo del Dipartimento della Protezione Civile, la sorveglianza epidemiologica del SARS-CoV-2 è stata infatti affidata all'Istituto Superiore di Sanità, che, a tal fine, ha predisposto e gestisce una specifica piattaforma dati, che le regioni e le province autonome sono tenute ad alimentare.

I dati in tal modo raccolti saranno tempestivamente comunicati dall'Istituto Superiore di Sanità al Ministero della salute.

La fase di concertazione avente ad oggetto il programma di esecuzione dei test sierologici è stata perfezionata a livello nazionale con le organizzazioni di categoria

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dei Medici di medicina generale (MMG) che rappresentano la maggioranza degli associati.

Tanto premesso, si forniscono le seguenti indicazioni operative:

1. A partire dal 24 agosto 2020 e comunque sino ad una settimana prima dell'inizio delle attività didattiche nelle singole regioni, i MMG provvederanno ad eseguire i test sierologici sul personale scolastico rientrante tra i propri assistiti il cui stato lavorativo risulti da dichiarazione sostitutiva di atto notorio ovvero dall'applicativo dedicato, sviluppato sul sistema Tessera Sanitaria secondo quanto indicato al punto 3 dell'allegato documento tecnico. Le Asl assicureranno ai MMG afferenti alle stesse la fornitura di adeguati dispositivi di protezione individuale (guanti, camici monouso e mascherine), in aggiunta a quelli ordinariamente forniti. L'assistito è tenuto al contatto telefonico con il Medico o con il suo personale, in modo da determinare l'accesso per l'effettuazione del test su prenotazione, consentendo in tal modo il rispetto dell'organizzazione dello studio al fine di limitare il rischio di contagio del medico, del proprio personale e di altri assistiti. Nel caso di personale scolastico privo di MMG nel luogo di domicilio lavorativo, il test sarà eseguito presso il Dipartimento di prevenzione dell'Azienda Sanitaria Locale del domicilio lavorativo medesimo, previa dichiarazione sostitutiva di atto notorio attestante lo status lavorativo, secondo le modalità organizzative definite a livello regionale. Per il personale che prende servizio successivamente all'inizio dell'anno scolastico i test saranno effettuati prima della effettiva entrata in servizio.
2. I MMG trasmetteranno i dati relativi all'esito dei test sierologici effettuati sui propri assistiti ai Dipartimenti di prevenzione dell'ASL di afferenza, con modalità sicure e specificando che trattasi di personale scolastico; le ASL, a loro volta, dovranno trasmettere alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza, in forma aggregata, per genere e fascia di età (18-34, 35-50, 51 e oltre) i dati relativi all'esito dei test sierologici effettuati direttamente o per il tramite dei MMG, con la specifica che trattasi di personale scolastico. Le regioni e le province autonome invieranno, a loro volta, all'Istituto Superiore di Sanità i dati aggregati raccolti su base regionale e stratificati per ASL tramite apposita piattaforma gestita dal medesimo Istituto. Tali dati saranno, infine, trasmessi alla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute.
3. I MMG e i Dipartimenti di prevenzione delle ASL, con riferimento al personale scolastico al quale abbiano eseguito il test sierologico, di cui al punto 1, provvederanno infine a caricare sul Sistema Tessera Sanitaria, attraverso lo specifico applicativo dedicato, l'informazione relativa alla effettuazione del test sierologico, secondo le modalità di cui all'allegato documento tecnico. La comunicazione al Commissario Straordinario del numero dei test sierologici effettuati avverrà secondo le modalità indicate nel predetto allegato.
4. Nell'eventualità in cui un soggetto risulti positivo al test sierologico, il competente Dipartimento di prevenzione provvederà all'effettuazione del test molecolare, possibilmente entro le 24 ore, e comunque non oltre le 48 ore, dall'esito del test sierologico, e agli ulteriori adempimenti di competenza.
5. I test molecolari eseguiti dai Dipartimenti di prevenzione delle ASL con esito positivo saranno trasmessi, con cadenza giornaliera, dalle ASL medesime alle regioni e province autonome di appartenenza, che

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

provvederanno, a loro volta, sempre con cadenza giornaliera, ad inoltrarli all'Istituto Superiore di Sanità tramite la piattaforma di cui alla richiamata Ordinanza del Capo Dipartimento della protezione civile n. 640 del 2020. Con il predetto invio, le regioni e le province autonome avranno cura di specificare in apposito campo, creato dall'Istituto Superiore di Sanità nella predetta piattaforma, l'appartenenza alla categoria del personale scolastico del soggetto risultato positivo al test molecolare. L'Istituto comunicherà, a sua volta, tempestivamente i dati in questione, in forma aggregata e anonima, al Commissario Straordinario, limitatamente al numero dei test effettuati, nonché alla Direzione generale della prevenzione sanitaria del Ministero della salute che ne curerà la pubblicazione nel rispetto delle modalità e dei limiti prescritti dalle vigenti disposizioni in materia di protezione dei dati personali.

6. La struttura del Commissario Straordinario provvederà alla distribuzione dei dispositivi per lo screening sierologico, presso i punti di consegna indicati dalle regioni e dalle province autonome; queste ultime li assegneranno alle ASL tenendo conto delle indicazioni del Commissario medesimo; infine, le ASL assicureranno la consegna dei dispositivi ai MMG, ripartendoli in proporzione al numero degli assistiti degli stessi, tenendo anche conto del numero degli assistiti di ciascuno di essi risultante dall'applicativo dedicato del Sistema Tessera Sanitaria.

Si invita a dare tempestiva diffusione alla presente circolare ai soggetti interessati.

IL DIRETTORE GENERALE
DELLA DGPREV
(Giovanni Rezza)

IL DIRETTORE GENERALE
DELLA DGSISS
(Giuseppe Viggiano)

Azienda Zero - Prot. n. 0011619/2020 - E - 21/05/2020
PROTOCOLLO.U.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 21 MAG. 2020 Protocollo N° 201346 Class: Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: COVID-19. Sistema di biosorveglianza per il monitoraggio dei caso positivi per SARS-CoV-2.

Egregi Direttori Generali
Aziende ULSS del Veneto
Azienda Ospedale Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Istituto Oncologico del Veneto

E p.c.
Direttore Generale
Azienda Zero

A fronte all'attuale scenario globale e regionale determinato dall'epidemia di infezioni da SARS-CoV-2, al fine di monitorare puntualmente l'andamento epidemiologico regionale dell'infezione da COVID-19, Azienda Zero ha predisposto, oltre a quanto già comunicato con la nota n. 111476 del 09/03/2020, un sistema di biosorveglianza per il monitoraggio dei tamponi effettuati e dei casi positivi riscontrati nella Regione Veneto.

Tale sistema permette di avere una visione complessiva per la Regione Veneto dei:

- tamponi eseguiti distinti tra positivi, negativi e microbiologia;
- casi distinti tra attualmente infetti, guariti, negativi, deceduti, ricoverati, ricoverati in terapia intensiva, in quarantena, per comune, per provincia, per azienda ulss di assistenza
- andamento giornaliero dei casi positivi, dei tamponi di ricerca e dell'incidenza dei nuovi positivi sui tamponi di ricerca;
- georeferenziazione dei casi infetti, guariti e deceduti;
- operatori sanitari distinti tra attualmente infetti, guariti, negativi, deceduti e per Azienda Sanitaria di lavoro;
- ospiti dei centri residenziali distinti tra attualmente infetti, guariti, negativi, deceduti;
- georeferenziazione dei focolai;
- analisi dei dati relativi ai test sierologici.

In considerazione del carattere di urgenza determinata dall'attuale criticità COVID-19, previa richiesta da inviare all'indirizzo mail coronavirus@azero.veneto.it, saranno abilitati alla

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30125 Venezia
e.mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it
pec: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

suddetta piattaforma gli utenti delle Aziende Sanitarie, in accordo con le rispettive Direzioni Generali, ad accedere ai dati della propria azienda di appartenenza (con un dettaglio fino al singolo utente) o ai dati aggregati di livello regionale.

Si precisa che, oltre al personale dipendente di Codeste Aziende, accederanno al sistema di biosorveglianza anche operatori sanitari e amministrativi di Azienda Zero e della Regione del Veneto per la necessaria funzione di monitoraggio quotidiano e di coordinamento regionale della criticità da COVID-19.

Distinti saluti

Il Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale
dr. *Domenico Mantoan*

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin – S. Polo, 2514 – 30125 Venezia
e.mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it
pec: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

Azienda Zero - Prot. n. 0006520/2020 - E - 18/03/2020
PROTOCOLLO: 0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 18 MAR. 2020 Protocollo N° 125568 Class: G.92.04.1 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: sospensione trasmissione schede di notifica da virus respiratori

Alla c.a
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
Direttori dei Servizi di Igiene Sanità Pubblica
Referenti Profilassi malattie infettive e vaccinazioni
Aziende Ulss

E p.c.
Direttore Generale Azienda Zero

LORO SEDI

Con la presente si informa che il Ministero della Salute ha disposto, a partire dalla data odierna, la sospensione dell'invio delle schede di sorveglianza dei casi positivi di COVID-19 (schede di notifica dei casi da virus respiratori, All.3 della procedura regionale) Pertanto, tali schede non dovranno essere più inviate alla Regione all'indirizzo: malattieinfettive@regione.veneto.it.

La trasmissione dei dati avverrà esclusivamente utilizzando le informazioni inserite nella piattaforma Regionale (PIC-19) a cui è stato dato accesso a tutte le Azienda ULSS. Tali dati verranno poi trasmessi dalle Regione, con cadenza giornaliera all'Istituto Superiore di Sanità e da questo, al Ministero.

Pertanto **si raccomanda di alimentare tempestivamente e con completezza, per tutti i casi con tampone positivo per SARS-CoV-2, la piattaforma Regionale (PIC-19).**

Si comunica inoltre che, al momento, nella piattaforma SIMIWEB delle notifiche malattie infettive **non vanno inserite le notifiche per COVID-19.**

Sarà nostra cura tenervi aggiornati su eventuali ulteriori disposizioni in merito.

Cordiali saluti

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Responsabile dell'istruttoria: Francesca Zanella
Tel. 041-2791358
Segreteria: 0412791352-53

Azienda Zero - Prot. n. 0019981/2020 - E - 28/08/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 28 AGO. 2020 Protocollo N° 337755 Class: G.320.04.1 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: sviluppo e adeguamento degli applicativi per la registrazione dei test di screening per COVID-19 e relativa reportistica per il monitoraggio delle attività

Alla c.a.
Direttore Generale
Direttore Sanitario
Azienda Zero

Si fa seguito alla comunicazione del 21.8.2020 prot. 330273, con la quale la scrivente Direzione ha trasmesso la DGR n. 1104 del 06/08/2020 "*Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening*" e con la quale si evidenzia l'importanza di monitorare tutte le attività di screening eseguite e previste dal piano regionale e con la quale si precisava che Azienda Zero avrebbe provveduto a definire le modalità di registrazione.

Come già concordato per le vie brevi si condivide di procedere attraverso la definizione di un sistema di registrazione dei dati nonché di monitoraggio degli stessi che consenta, per tutti i test eseguiti indipendentemente dalla tipologia e dal soggetto che effettua e registra il test stesso, di tracciare e monitorare quanto eseguito e i relativi esiti, nel rispetto della normativa che regola la protezione dei dati personali.

Nello specifico si conferma la necessità di implementazione delle seguenti funzioni in ragione degli applicativi già in uso a livello regionale e di quelli maggiormente adottati dalle singole Aziende sanitarie per la preaccettazione, la registrazione dei risultati, per la comunicazione degli esiti e per le attività di monitoraggio e reportistica:

- utilizzo del *SW di Screening* per effettuare l'identificazione anagrafica e la preaccettazione per i test effettuati con finalità di screening in accordo con la citata DGR, (test di biologia molecolare, test sierologici e test rapidi antigenici) inserendo le informazioni sui test oltre che sulla **categoria** di appartenenza del soggetto e sulla **provenienza** (paese straniero quando previsto); si evidenzia la necessità di considerare anche i futuri possibili aggiornamenti delle categorie stesse;
- sia i dati relativi ai test processati e refertati dal Laboratorio analisi che i quelli relativi ai test rapidi letti direttamente dall'operatore (e registrarsi attraverso l'app operatore del SIAVR) devono essere **integrati con le banche dati regionali (sistema di biosorveglianza)** per le necessarie attività di monitoraggio (prevedendo un'apposita sezione per il monitoraggio delle attività di screening considerando le diverse categorie e i paesi di provenienza per i rientri dall'estero); a tal proposito, anche in considerazione della registrazione e della relativa reportistica, va considerato che, allo stato attuale, i test rapidi (sierologici o antigenici) positivi vanno sempre confermati con test di biologia molecolare;

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- per quanto concerne le **attività di screening per il personale docente e non docente**, è necessario prevedere un sistema di reportistica, come già anticipato, che consenta già in questa fase e con urgenza in ragione delle tempistiche della campagna, di monitorare l'adesione allo screening e i relativi esiti, sempre prevedendo un'integrazione con il sistema di biosorveglianza;
- utilizzo del *SW di Screening* e adeguamento dello stesso anche al fine di rendere disponibile la funzionalità per **fornire automaticamente risposta al cittadino** (anche ad esempio a mezzo sms), al fine di ridurre il carico di lavoro che grava sul personale SIPS per l'invio e la comunicazione del referto; predisporre un adeguamento, con la stessa modalità, anche per i test rapidi, per i quali la comunicazione dell'esito al cittadino avviene contestualmente alla registrazione, con la finalità di produrre anche una risposta che possa essere stampata o comunque consegnata all'utente.

Rappresentando la necessità di procedere con sollecitudine a quanto sopra riportato, si porgono cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

IL DIRETTORE VICARIO
Dott. Michele Brichese

Referente dell'istruttoria: dott. Michele Tonon
Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

Azienda Zero - Prot. n. 0023903/2020 - E - 15/10/2020
PROTOCOLLO: 0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 15 OTT. 2020 Protocollo N° 438783 Class: 6.900.01.1 Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: tracciamento digitale "*App Immuni*" a supporto alle consuete attività di contact tracing

Alla c.a.
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori Servizi Socio Sanitari
Direttori Distretti
Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori UOC Cure Primarie
Direttori Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
Referenti Profilassi Vaccinale e Malattie Infettive
Aziende ULSS del Veneto

Direttore Generale
Direttore Sanitario
Azienda Zero

E p.c.

Assessorato a Sanità e Servizi Sociali
Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Il sistema di tracciamento digitale App "*Immuni*" fornisce un supporto alle consuete attività di contact tracing garantite dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dei Dipartimenti di Prevenzione, al fine di contenere e contrastare l'emergenza epidemiologica legata a COVID-19.

Per raggiungere questi obiettivi, l'app si avvale del tracciamento di prossimità (anche noto come tracciamento contatti) basato su tecnologia *Bluetooth Low Energy*, senza ricorso alla geolocalizzazione. Quando un utente installa *Immuni* sul suo smartphone, l'app inizia a scambiare identificativi anonimi (codici randomici) con altri dispositivi che hanno installato la stessa app. Tali dati rimarranno all'interno del cellulare fino all'eventuale diagnosi di contagio. Qualora il soggetto risulti positivo a seguito di un test, l'operatore sanitario autorizzato dal cittadino positivo, attraverso l'identificativo anonimo dello stesso, permette l'invio di un input/messaggio di alert per informare tutti quegli utenti identificati in modo anonimo che sono entrati in contatto con lui. Questo accade solo se su entrambi i cellulari è presente l'app *Immuni*.

Al fine di un suo corretto utilizzo, al momento della presa in carico di un caso positivo per COVID-19 al momento dell'indagine epidemiologica, l'operatore del SISP provvederà a chiedere al soggetto se ha scaricato sul proprio smartphone *Immuni*. Se *Immuni* è stata installata, l'operatore SISP deve:

- richiedere al cittadino positivo di procedere alla generazione del codice di sblocco attraverso l'apposita funzionalità dell'app ("*Impostazioni -> segnala positività*");
- il cittadino comunica all'operatore SISP che lo inserisce nell'apposito campo denominato "OTP" dell'interfaccia "*Scheda di sorveglianza*" del SIAVR-COVID-19.

Si prega di porre particolare attenzione, al fine di concludere correttamente l'operazione, nell'informare il soggetto che entro 2 minuti dalla registrazione da parte dell'operatore del codice OTP nell'interfaccia *Sorveglianza*

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SIAVR-Covid, il cittadino deve premere il tasto verifica sul suo smartphone. Nel caso tale operazione non andasse a buon fine l'intero processo deve essere ripetuto. L'inserimento del codice nella piattaforma di "*Sorveglianza SIAVR-COVID*" da parte dell'operatore SISP attiverà la notifica a tutti i cittadini che sono entrati in contatto con il soggetto positivo secondo le regole definite dalla app *Immuni*.

Si chiede ai SISP di comunicare ai Sistemi Informativi di Azienda Zero (sistemi.informativi@azero.veneto.it) **entro il 19 ottobre p.v** i riferimenti degli operatori che dovranno essere abilitati nell'applicativo *Sorveglianza SIAVR-Covid* alla trasmissione del codice di sblocco attraverso il sistema TS (Sistema Centralizzato Tessera Sanitaria). In questa prima *tranche* l'abilitazione avverrà in modalità massiva, mentre ulteriori abilitazioni future dovranno essere gestite dall'amministratore di sicurezza aziendale del Sistema TS. La richiesta dovrà pervenire specificando in oggetto "*abilitazione app immuni*". Le informazioni di dettaglio che devono essere specificate per singolo operatore sono: a) Azienda di riferimento (es. 50x, 501, 502...) b) Codice fiscale.
Si allegano le indicazioni operative che vengono proposte per il soggetto che riceve la notifica dall'App Immuni. (Allegato1)

Per i necessari chiarimenti e per fornire eventuali informazioni utili ai cittadini si segnala la sezione FAQ presente sia nell'app *Immuni* che sul sito https://www.immuni.italia.it/ dove vengono affrontati anche tutti i temi relativi alla privacy e al trattamento dei dati personali.

Si prega di dare diffusione delle presenti comunicazioni a tutti i soggetti interessati.

Ringraziando per la cortese collaborazione, si porgono cordiali saluti.

DIREZIONE PROGRAMMAZIONE SANITARIA-LEA
UNITÀ ORGANIZZATIVA CURE PRIMARIE E
STRUTTURE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI
Il Direttore
dr.ssa *Maria Cristina Ghiotto*

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Referente dell'istruttoria:dott. Michele Tonon/mc
Tel. 041-2791352-1353-1320

Il soggetto che riceve la notifica da App Immuni può procedere in uno dei seguenti modi:

1. Si rivolge al Medico di Medicina Generale

Il Medico valuta l'eventuale presenza di sintomatologia e indaga se il soggetto è a conoscenza di essere venuto a contatto con soggetti positivi a SARS-CoV-2:

- Se il soggetto presenta sintomatologia sospetta per COVID-19, il Medico valuta le condizioni cliniche e prescrive (o effettua direttamente) un test diagnostico per COVID-19.
- Se il soggetto è a conoscenza di aver avuto contatti stretti con soggetti positivi a SARS-CoV-2 e non è ancora stato preso in carico dal Dipartimento di Prevenzione, il Medico segnala il soggetto al Ddp (e/o invita il soggetto a mettersi in contatto con il Ddp) secondo l'organizzazione aziendale/regionale.
- Se il soggetto è asintomatico e non è a conoscenza di aver avuto contatti con soggetti positivi, sulla base dell'organizzazione regionale/aziendale il Medico può prescrivere o effettuare direttamente presso il suo ambulatorio il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*.

2. In assenza di sintomatologia, accede direttamente ad uno dei punti tampone dell'Azienda Sanitaria di riferimento territoriale

Il soggetto, esibendo la notifica ricevuta sul proprio smartphone dall' App *Immuni*, accede direttamente al punto tamponi attivato dall'Azienda sanitaria di riferimento territoriale sulla base della specifica organizzazione aziendale. Il personale del punto tamponi effettua il test ed informa il soggetto circa i seguenti aspetti:

- in caso di comparsa di sintomatologia sospetta per COVID-19, il soggetto deve rivolgersi in ogni caso al medico curante per le necessarie valutazioni cliniche e la presa in carico;
- se venisse a conoscenza di essere stato a contatto con soggetti positivi a SARS-CoV-2, deve segnalarsi al Dipartimento di Prevenzione.

Esito negativo del Test per SARS-CoV-2

In caso di esito negativo del Test per SARS-CoV-2, in assenza di sintomatologia sospetta e di esposizioni note a soggetti positivi a SARS-CoV-2, il soggetto non è sottoposto a quarantena. Per i 10 giorni successivi alla notifica ricevuta, il soggetto dovrà essere informato su :

- misure di automonitoraggio domiciliare circa le proprie condizioni cliniche;
- auto-misurazione quotidiana della temperatura corporea;
- rigoroso rispetto di tutte le raccomandazioni igienico-comportamentali per la prevenzione della diffusione di COVID-19 (utilizzo della mascherina, distanziamento interpersonale, igiene respiratoria, igiene della mani, evitare luoghi affollati, limitare i contatti interpersonali in particolare con soggetti anziani o fragili).

Esito positivo del Test per SARS-CoV-2

Presa in carico da parte dei Servizi Aziendali preposti sia per la gestione clinica che per le misure di isolamento e contact tracing.

Azienda Zero - Prot. n. 0002063/2020 - E - 31/01/2020
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 31 GEN. 2020 Protocollo N° 47973 Class: 6.920 Prat. 04 Fasc. 1 Allegati N° 1

Oggetto: Trasmissione del D.D.R. n. 3 del 30/01/2020 di "Istituzione di una Task force regionale per la definizione di misure di prevenzione e controllo dell'epidemia di Coronavirus "2019 – nCov", nell'ambito del Gruppo Operativo Risposta Rapida Regionale (GORR) per le emergenze in sanità pubblica".

Al Direttore Generale di Azienda Zero

Ai Direttori Generali delle Aziende ULSS del Veneto

Ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere del Veneto

Ai Direttori Sanitari delle Aziende ULSS del Veneto

Ai Direttori Sanitari delle Aziende Ospedaliere del Veneto

Ai componenti della "Task force regionale 2019 – nCov"

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

e p.c. All'Assessore a sanità, servizi sociali, programmazione socio-sanitaria, attuazione programma, rapporti con il Consiglio regionale

Al Direttore Generale Area Sanità e Sociale

A seguito della diffusione, a livello internazionale, di un nuovo tipo di coronavirus, denominato "2019-nCoV", con il D.D.R. n. 3 del 30/01/2020 è stata istituita, presso la Regione del Veneto – Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, una Task force regionale per la definizione di misure di prevenzione e controllo dell'epidemia.

Si trasmette, pertanto, allegato alla presente il citato D.D.R. n. 3/2020, contenente l'indicazione dei componenti che prenderanno parte alla suddetta Task force.

Ringraziando per la collaborazione, si porgono cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
IL DIRETTORE
Dr.ssa Francesca Russo

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Direttore: Dr.ssa Francesca Russo/MS
Segreteria: Tel. 041-2791352-1353

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-INAM, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

Azienda Zero - Prot. n. 0017445/2020 - E - 24/07/2020
PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 23 LUG. 2020 Protocollo N° 293628 Class: G.P60.04.1 Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: Trasmissione "Procedura regionale Nuovo coronavirus SARS-CoV-2 FASE 3 - Rev. 04 del 23.07.2020."

Alla c.a.
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori U.O. Malattie Infettive
Aziende ULSS
Azienda Ospedale-Universita' Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona

Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi Igiene e Sanità Pubblica
Referenti Malattie Infettive e Vaccinazioni
Aziende ULSS

Direttore UOC Microbiologia e Virologia
Laboratorio di Riferimento Regionale
Azienda Ospedaliera di Padova

Direttore Generale
Direttore Sanitario
Istituto Oncologico Veneto

Direttore IRCCS Osp. S. Cuore Don Calabria di Negrar

Presidenti regionali di AIOP e ARIS

E p.c.
Assessore a Sanità e Servizi Sociali
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Direttore Generale Azienda Zero
Componenti Task Force Regionale "2019-nCoV"
Coordinatore Unità di Crisi
Coordinatore del Comitato Tecnico Scientifico

LORO SEDI

Con la presente si trasmette l'aggiornamento del documento "Procedura regionale Nuovo coronavirus SARS-CoV-2 - FASE 3 - Rev. 04 del 23.07.2020", redatto a cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e approvato dalla Task Force e dal Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 della Regione del Veneto (DGR n. 269 del 2.3.2020).

L'aggiornamento recepisce le più recenti disposizioni ministeriali e regionali, già nelle scorse settimane trasmesse alle Aziende Sanitarie, definendo le indicazioni operative per la gestione della "fase 3" dell'epidemia COVID-19 e si integra a quanto riportato negli altri documenti regionali specifici per contesto (es. DGR n. 344 del 17.03.2020 *"Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica"* e successivo aggiornamento trasmesso con nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020; *"Istruzioni operative per la sorveglianza del personale del Sistema Sanitario Regionale"* rev. 02 del 22.04.2020, trasmesso con nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020 e aggiornato, per lo screening periodico del personale sanitario, dalla nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020; *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2"* trasmesso con nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020; *"Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale - Fase 3"*, di cui all'Allegato A all'OPGR n. 61 del 22.06.2020 e nota regionale integrativa prot. n. 255090 del 29.06.2020).

Il presente documento costituisce una versione ad interim, valida per la gestione dell'attuale scenario epidemiologico e andrà rivalutato nel tempo, in considerazione dell'evoluzione dell'epidemia e delle eventuali nuove indicazioni di carattere scientifico nazionali ed internazionali.

Cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa *Francesca Russo*

Referente dell'istruttoria: dott. Michele Tonon
Tel. 041-2791352-1353-1320

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Procedura regionale Nuovo Coronavirus

(SARS-CoV-2)

Rev. 04 del 23.07.2020

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PREMESSA **3**

1. DEFINIZIONI **5**

2. INDICAZIONI ALL'EFFETTUAZIONE DEI TEST PER SARS-COV-2 **8**

2.1 Test diagnostico su tampone nasofaringeo 8

2.2 Test sierologici di screening su sangue venoso e capillare 9

3. LABORATORI PER L'ESECUZIONE DEI TEST **9**

4. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DI CASI SOSPETTI E CONFERMATI DI COVID-19 **10**

4.1 Setting ospedaliero 11

4.2 Setting territoriale 12

5. CONTACT TRACING, GESTIONE DEI CONTATTI E SORVEGLIANZA ATTIVA **13**

5.1 Inchiesta epidemiologica e contact tracing 14

5.2 Esecuzione dei test di biologia molecolare nei contatti 14

5.3 Disposizioni di isolamento e/o quarantena e sorveglianza attiva 14

5.4 Modalità quarantena per i contatti stretti nel contesto dell'attività agonistica di squadra professionista 15

6. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI EXTRA-OSPEDALIERE **15**

7. FLUSSI DI NOTIFICA E SISTEMI INFORMATIVI **16**

7.1 Flusso informativo casi COVID-19 16

7.2 Flusso informativo decessi pazienti positivi COVID-19 17

8. ESENZIONE PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI **17**

9. FORMAZIONE DEL PERSONALE **18**

10. PROCEDURE DI SANIFICAZIONE **18**

11. GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI **21**

12. INDICAZIONI PER ATTIVITÀ FUNEBRE **23**

Allegato 1. Procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI **26**

Allegato 2. Protezione degli operatori dei servizi sanitari - FASE 3 **27**

Allegato 3. Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori **32**

Allegato 4. Scheda riassuntiva isolamento domiciliare fiduciario e quarantena **34**

Allegato 5. Indicazioni per la gestione dei soggetti in isolamento domiciliare e/o quarantena **36**

Allegato 6. Misure generali di igiene per la riduzione del rischio di contagio da SARS-CoV-2 **37**

Allegato 7. Disposizioni operative per il Distretto e i MMG/PLS/MCA **38**

Allegato 8. Flow chart accoglimento pazienti in Pronto Soccorso Emergenza COVID-19 **40**

Allegato 9. Flow-chart per la gestione telefonica (call center) **41**

Allegato 10. Flow-chart Triage MMG/PLS/MCA **42**

Allegato 11. Flow-chart per la gestione dei contatti asintomatici di caso **43**

Allegato 12. Elenco dei Laboratori di Microbiologia Autorizzati per l'esecuzione dei test **44**

PREMESSA

Il presente documento, redatto a cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e sottoposto all'approvazione del Comitato Tecnico-Scientifico della Regione del Veneto, fornisce le linee di indirizzo per la gestione della fase 3 dell'epidemia COVID-19, in cui si evidenzia una ridotta circolazione di SARS-CoV-2, con la finalità di contenere il rischio di trasmissione del virus e di ripresa di focolai epidemici, riducendo l'impatto della pandemia sui servizi socio-sanitari e assicurando il mantenimento dei servizi essenziali.

In considerazione dello scenario epidemiologico attuale e della sua prospettiva di evoluzione nel medio termine, che sarà costante oggetto di attento monitoraggio, la Regione del Veneto fonda la strategia di Sanità Pubblica per la fase 3 su un solido sistema di accertamento diagnostico dei casi sospetti e dei loro contatti, al fine di intercettare e gestire tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus. Viene rafforzata la rete dei laboratori per la diagnosi molecolare di SARS-CoV-2, intensificato il numero di test eseguiti sulla base dell'ampliamento delle indicazioni all'effettuazione del test e perfezionate le piattaforme informatiche di supporto ai flussi informativi per l'emergenza in corso, ottenendo uno stretto monitoraggio dell'andamento della trasmissione del virus sul territorio regionale.

Il presente documento definisce le nuove indicazioni operative regionali per la presa in carico dei casi sospetti, probabili e confermati di infezione da SARS-CoV-2, nonché per l'identificazione dei contatti. Si forniscono le modalità di gestione del paziente sintomatico, che può avere il primo contatto con le strutture del Servizio Sanitario Regionale tramite il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta, il Medico di Continuità Assistenziale, il Pronto Soccorso ospedaliero o il SUEMM 118. Sono, inoltre, riportate le raccomandazioni in caso di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena per tutti i contatti, al fine di interrompere tutte le possibili catene di trasmissione virale, in accordo con quanto previsto dal Piano di Sanità Pubblica regionale[1], e le modalità del flusso di notifica per la segnalazione dei casi e dei decessi di COVID-19.

La "*Procedura regionale Nuovo Coronavirus - fase 3"* si integra alle linee di indirizzo e alle indicazioni contenute, in particolare, nei documenti di seguito elencati, e successive modifiche ed integrazioni:

- **Gestione dell'operatore sanitario contatto di caso confermato di COVID-19, senza i DPI raccomandati:** *"Istruzioni operative per la sorveglianza del personale del Sistema Sanitario Regionale" rev. 02 del 22.04.2020, trasmesso con nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020 e aggiornato, per lo screening periodico del personale sanitario, dalla nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020;*
- **Indicazioni per la riapertura in sicurezza delle attività sanitarie:** *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2" trasmesso con nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020*;
- **Percorso di diagnosi e cura del bambino e adolescente COVID-19 in ambito ospedaliero:** *"Gestione ospedaliera del bambino con sospetta o accertata infezione da SARS-CoV-2" versione 01 del 28.03.2020;*
- **Indicazioni per la riapertura in sicurezza delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere: "***Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale - Fase 3", di cui all'Allegato A all'OPGR n. 61 del 22.06.2020 e nota regionale integrativa prot. n. 255090 del 29.06.2020;*
- **Attività di screening per SARS-CoV-2 previste dal Piano di Sanità Pubblica:** *DGR n. 344 del 17.03.2020 "Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica" e successivo aggiornamento trasmesso con nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020;*
- **Misure di contenimento e screening rivolte ai soggetti che rientrano dall'estero:** *OPGR n. 64 del 6.07.2020 "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni" e note regionali integrative prot. n. 255145 del 29.06.2020 "Esecuzione del tampone di ricerca SARS-CoV-2 nel personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili, di ritorno dall'estero" e prot. n. 289671 del 21.07.2020 "Esecuzione test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 con finalità di screening nel personale sanitario di rientro dall'estero".*

[1] *DGR 344 del 17.3.2020 - "Epidemia COVID-19 Interventi urgenti di Sanità Pubblica" e successivo aggiornamento con Nota regionale prot. 247521 del 23.6.2020 "Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici".*

Il presente documento costituisce una versione ad interim, che fornisce linee di indirizzo valide per la gestione dell'attuale scenario epidemiologico e andrà rivalutata nel tempo in considerazione delle eventuali nuove indicazioni di carattere scientifico, delle raccomandazioni nazionali ed internazionali e in funzione dell'evoluzione dell'epidemia. Cambiamenti significativi della situazione epidemiologica o di altre variabili di contesto comporteranno l'aggiornamento del documento.

1. DEFINIZIONI

1.1 Glossario COVID-19

Epidemia[2]
Aumento, di solito improvviso, nel numero di casi di una specifica malattia superiore a quanto atteso per la popolazione specifica di quell'area geografica.

Focolaio (outbreak) [1]
Riprende la stessa definizione di epidemia ma in genere riferito ad un'area geografica più limitata.

SARS-CoV-2
Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 indica il virus responsabile della malattia.

COVID-19
Coronavirus Disease – 2019, indica la malattia provocata dal virus SARS-CoV-2.

Droplet [1]
Goccioline di aerosol eliminate con respiro, starnuto, tosse o con il parlato e che raggiungono una breve distanza da chi le ha prodotte, in ragione della forza di gravità (in genere meno di 1 metro).

Cluster [1]
Aggregazione di casi raggruppati in un luogo e in un arco temporale, in numerosità superiore a quanto atteso, anche se il reale numero può non essere noto.

Contumacia [3]
Per contumacia si intende l'obbligo di permanere in un determinato luogo, ospedale o proprio domicilio per un dato periodo prescritto, osservando le prescrizioni igienico-sanitarie imposte dall'Autorità Sanitaria competente per il territorio.

Quarantena [4]
La quarantena è un insieme di restrizioni e rientra tra i provvedimenti definiti in passato come "misure contumaciali", applicate a **soggetti sani** presumibilmente venuti a contatto con soggetti infetti, volte a prevenire la diffusione di una malattia infettiva nella comunità.

Isolamento [4]
L'isolamento è la separazione per il periodo di contagiosità di **soggetti infetti**, in luoghi o condizioni tali da prevenire o limitare il rischio di trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettante dai soggetti infetti a quanti sono potenzialmente suscettibili. Nel contesto del presente documento, si intende il periodo in cui al soggetto viene raccomandato di restare presso il proprio domicilio (**isolamento domiciliare fiduciario**) seguendo tutte le raccomandazioni riportate in Allegato 5.

Sorveglianza attiva
La sorveglianza attiva, durante il periodo di isolamento domiciliare fiduciario o di quarantena, prevede che la persona sorvegliata venga contattata quotidianamente per avere notizie sulle sue condizioni cliniche di salute. Il soggetto è informato di provvedere all'autocontrollo domiciliare della temperatura corporea due volte al giorno e di prestare attenzione all'eventuale comparsa di sintomi (anche lievi).

---

[2] *Centers for Disease Control and Prevention – "Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition - An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics" - Page last reviewed: May 18, 2012.*
[3] *Ministero della Salute, Quesiti scientifici relativi all'infezione da Coronavirus SARS-CoV-2, Documento 26 febbraio 2020.*

1.2 Definizioni di caso

La definizione di caso si basa sulle informazioni attualmente disponibili e può essere modificata in base all'evoluzione delle conoscenze scientifiche.

Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico [4]

1. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse, difficoltà respiratoria) **e** senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica **e** storia di viaggi o residenza in aree in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.
2. Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta **e** che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.
3. Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) **e** che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) **e** senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.

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

Si raccomanda di considerare, nell'ambito della valutazione clinica, anche sintomi non esclusivamente respiratori potenzialmente correlati a COVID-19, in relazione alle attuali conoscenze scientifiche disponibili (es. anosmia, ageusia, sintomi gastrointestinali soprattutto in età pediatrica, eruzioni cutanee e congiuntiviti). [5]

Per l'età **pediatrica** la definizione di caso sospetto si attribuisce ad ogni bambino/adolescente con: febbre (TC >37,5 C ascellare) **e/o** sintomi respiratori (rinite, tosse e dispnea) **e/o** sintomi gastrointestinali (vomito, diarrea) **e/o** rash cutaneo o congiuntivite, **e** senza un'eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica, **con o senza** contatto stretto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti.

Caso probabile

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

Caso confermato

Un caso, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici, con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il Laboratorio di Riferimento Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dai Laboratori di Riferimento Regionali e dai Laboratori autorizzati dalla Regione nel rispetto dei criteri ministeriali.

1.3 Definizione di contatto

Un contatto di un caso COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso. Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

1.3.1 Definizione di contatto stretto

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

- persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19;

[4] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7922 del 9.03.2020 "COVID-2019. Aggiornamento della definizione di caso".*
[5] https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/clinical.

- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

Gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.
Le attività di ricerca e gestione dei contatti possono essere di difficile esecuzione quando la trasmissione del virus è sostenuta, ma dovrebbero essere effettuate quanto più possibile, concentrandosi su:

- contatti familiari;
- operatori sanitari;
- comunità chiuse ad alto rischio (dormitori, strutture per lungodegenti, RSA, ecc.);
- gruppi di popolazione vulnerabile.

1.4 Definizione di contact tracing (rintraccio dei contatti) [6]

Per contact tracing ci si riferisce all'attività di ricerca e di rintraccio di tutti i possibili contatti con un caso confermato di COVID-19. Tale attività, garantita dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, è una delle misure essenziali di sanità pubblica finalizzate a contrastare la diffusione di SARS-CoV-2. Il contact tracing deve essere svolto in stretta sinergia con la ricerca attiva dei casi sospetti e l'esecuzione del test di conferma diagnostica. L'applicazione rigorosa e tempestiva del contact tracing durante il periodo caratterizzato dalla presenza di casi sporadici assume un ruolo ancor più rilevante.

1.5 Definizione di paziente guarito da COVID-19 e di paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2 [7]

1.5.1 Paziente che dopo essere stato sintomatico può essere considerato guarito da COVID-19

Il paziente **clinicamente guarito** da COVID-19 è colui che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche (febbre, rinite, tosse, mal di gola, eventualmente dispnea e, nei casi più gravi, polmonite con insufficienza respiratoria) associate all'infezione virologicamente documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata. Il soggetto clinicamente guarito può risultare ancora positivo al test per la ricerca di SARS-CoV-2.
Il paziente **guarito** da COVID-19 è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione e risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2.

1.5.2 Paziente con clearance (eliminazione) del virus SARS-CoV-2

La definizione di "clearance" del virus indica la scomparsa di RNA del SARS-CoV-2 rilevabile nei fluidi corporei, sia in persone che hanno avuto segni e sintomi di malattia, sia in persone in fase asintomatica senza segni di malattia. Tale eliminazione solitamente si accompagna alla comparsa di anticorpi specifici di tipo IgG per il virus SARS-CoV-2 prodotti dall'organismo. Per il soggetto asintomatico, si ritiene opportuno suggerire di ripetere il test per documentare la negativizzazione non prima di 14 giorni (durata raccomandata del periodo di isolamento/quarantena) dal riscontro della positività. La definizione di scomparsa dell'RNA virale è attualmente data dall'esecuzione di due test molecolari,

[6] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 18584 del 29.05.2020.*
[7] *Parere del Gruppo di lavoro permanente del Consiglio Superiore di Sanità espresso in data 28 febbraio 2020, a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti (Circolare del Ministero della Salute prot. n. 6607 del 29.02.2020).*

effettuati normalmente a distanza di 24 ore, aventi entrambi esito negativo. La negatività del test deve accompagnarsi alla scomparsa dei sintomi della malattia eventualmente presenti.

Si ritiene ad oggi che due test molecolari consecutivi per il SARS-CoV-2, con esito negativo, accompagnati nei pazienti sintomatici dalla scomparsa di segni e sintomi di malattia, siano indicativi di "clearance" virale dall'organismo. L'eventuale comparsa di anticorpi specifici rinforza la nozione di eliminazione del virus e di guarigione clinica e virologica.

Non è raccomandato effettuare ulteriori test se non in caso di ricomparsa di quadro clinico sospetto. Il soggetto con tampone persistentemente positivo (almeno dopo 30 giorni di positività), in assenza di sintomatologia clinica dovrebbe eseguire coltura virale per escludere l'infettività.

2. INDICAZIONI ALL'EFFETTUAZIONE DEI TEST PER SARS-COV-2

2.1 Test diagnostico su tampone nasofaringeo

L'esecuzione del test diagnostico di biologica molecolare è raccomandata per:

- tutti i casi clinici sintomatici o paucisintomatici sospetti per COVID-19[8];
- tutti i contatti stretti di un caso confermato di COVID-19 (es. conviventi);
- tutti i contatti, anche non stretti, comunque individuati come a rischio durante l'inchiesta epidemiologica, anche se asintomatici;
- tutti i contatti posti in quarantena, prima del termine della stessa;
- soggetti paucisintomatici o asintomatici che possono essere potenzialmente collegati ad un cluster[9], su valutazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica per ricostruire le catene di contagio.

Tali indicazioni vanno integrate con le indicazioni all'effettuazione del tampone rinofaringeo per le attività di screening (es. operatori sanitari, ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere, ricoveri ospedalieri, ingressi in Italia dall'estero, ecc.), di cui ai documenti elencati in premessa.

Vanno inoltre sottoposti a tampone tutti i **pazienti ospedalizzati** in accordo con quanto previsto dalle *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2"*[10] (nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020); si precisa che i tamponi eseguiti in previsione di un ricovero programmato sono da considerarsi validi se effettuati nelle 48 ore precedenti il ricovero. Inoltre, l'accesso ai servizi durante il ricovero non richiede esecuzione di ulteriore test diagnostico per SARS-CoV-2. Per l'età pediatrica la procedura di ricovero deve prevedere l'esecuzione di tampone nasofaringeo anche al caregiver, possibilmente riducendo il numero di persone che si alternano nell'assistenza al bambino.

Per garantire l'efficacia nella strategia di ricerca dei casi e dei contatti, l'esecuzione, il processamento e la comunicazione dei risultati dei test devono essere tempestivi.

Le indicazioni del Ministero della Salute sono, in caso di necessità, di applicare i seguenti criteri di priorità:

- pazienti ospedalizzati con infezione acuta respiratoria grave (SARI);
- tutti i casi di infezione respiratoria acuta ospedalizzati o ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e nelle altre strutture di lunga degenza, in considerazione del fatto che ivi risiedono i soggetti esposti al maggior rischio di sviluppare quadri gravi o fatali di COVID-19;
- operatori sanitari esposti a maggior rischio, operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici o paucisintomatici, operatori, anche asintomatici, delle RSA e altre strutture residenziali per anziani;

[8] *Ministero della Salute attraverso la Circolare prot. n. 11715 del 3.04.2020.*
[9] *Piano di Sanità Pubblica approvato con DGR n. 344/2020 Regione del Veneto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di Sanità Pubblica".*
[10] *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2" (nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020)*

- persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili, come persone anziane con comorbidità (quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione) con segni di malattia acuta respiratoria, che possono richiedere ospedalizzazione e cure ad alta intensità per COVID-19; ivi incluse le persone vulnerabili, quali le persone che risiedono in residenze per anziani;
- primi individui sintomatici all'interno di comunità chiuse per identificare rapidamente i focolai e garantire misure di contenimento. Se la capacità di esecuzione dei test è limitata, tutti gli altri individui che presentano sintomi possono essere considerati casi probabili e isolati senza test supplementari.

2.2 Test sierologici di screening su sangue venoso e capillare

Nell'attuale fase dell'emergenza COVID-19, assume particolare rilevanza la tematica dei test diagnostici di tipo sierologico, che possono essere utilizzati per la rilevazione di eventuali anticorpi diretti contro SARS-CoV-2. I test sierologici sono utili nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale in quanto:

- sono uno strumento importante per stimare la diffusione dell'infezione in una comunità;
- la sierologia può evidenziare l'avvenuta esposizione al virus;
- i metodi sierologici possono essere utili per l'identificazione dell'infezione da SARS-CoV2 in individui asintomatici o con sintomatologia lieve o moderata che si presentino tardi alla osservazione clinica.

Le attuali conoscenze scientifiche relative ai test sierologici per il COVID-19 sono però lacunose relativamente alla capacità di fornire informazioni riguardo la presenza di anticorpi neutralizzanti e la loro persistenza a lungo termine.
L'OMS evidenzia che sono necessarie ulteriori evidenze sulla performance e utilità operativa dei test sierologici e, secondo il parere espresso dal Comitato Tecnico Scientifico, **non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei**.[11]

3. LABORATORI PER L'ESECUZIONE DEI TEST

I test microbiologici per la ricerca diretta di SARS-CoV-2 sono effettuati presso i laboratori di Microbiologia autorizzati dalla Regione del Veneto e riportati in Allegato 12. Le Aziende Ulss, ove lo ritengano necessario al fine di garantire un'analisi tempestiva dei test molecolari effettuati, possono avvalersi di laboratori di Analisi privati accreditati ed autorizzati, sulla base delle indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute n. 9774 del 20 marzo 2020, secondo apposita Flow-Chart regionale[12].

Il referto, sia esso positivo o negativo, dovrà essere caricato dal Laboratorio sui sistemi informativi aziendali/regionali preposti ai quali accederanno le strutture sanitarie abilitate. È importante assicurarsi che anche il referto negativo venga comunicato il prima possibile al paziente, indipendentemente da dove quest'ultimo si trovi, per limitare il carico di ansia associato.

Il **Laboratorio di Riferimento Regionale (LRR)** svolge funzione di coordinamento per i laboratori aggiuntivi identificati dalla Regione per effettuare la diagnosi SARS-CoV-2, fornendo il supporto e le indicazioni necessarie. Per ogni quesito specialistico o nel caso di test dubbi i laboratori potranno aprire un confronto con il LRR.

Secondo quanto definito dalla Circolare del Ministero della Salute n. 11715 del 3 aprile 2020:

- quale criterio per la valutazione delle capacità diagnostiche per infezione da COVID-19 dei nuovi Laboratori arruolati dalla Regione, si ritiene sufficiente un riscontro dei risultati di diagnosi riguardanti i loro primi 5 campioni positivi e 10 campioni negativi con quanto rilevato presso il LRR;

[11] *Ministero della salute attraverso la Circolare prot. n. 16106 del 09.05.2020.*
[12] *COVID-19 – procedura di "autorizzazione" dei laboratori privati accreditati e delle case di cura accreditate per analisi dei test molecolari per la ricerca del virus sars-cov-2, Regione del Veneto, Rev. 13 maggio 2020.*

- in aree con diffusa trasmissione di COVID-19, è considerata sufficiente quale diagnosi di laboratorio la positività al test RT-PCR rilevata su un singolo gene target di SARS-CoV-2 dal Laboratorio di Riferimento Regionale e dai laboratori aggiuntivi individuati dalla Regione;
- viene richiesto il solo invio di un numero rappresentativo di campioni clinici al Laboratorio di Riferimento Nazionale in ISS, previo accordo, al fine di monitorare l'epidemiologia molecolare di SARS-CoV-2;
- tutti i campioni risultati positivi SARS-CoV-2 in pazienti deceduti devono essere conservati congelati a -80°C presso la struttura che effettua il prelievo e/o la diagnosi di laboratorio e inviati successivamente al Laboratorio di Riferimento Nazionale in ISS su espressa richiesta;
- si ribadisce, inoltre, che nei laboratori autorizzati per le analisi dei tamponi, la presentazione di campioni afferenti a personale sanitario dovrà ottenere priorità assoluta e la comunicazione del risultato dovrà avvenire in un arco di tempo massimo di 36 ore.

TAMPONI IN POOL E RICERCA CARICA VIRALE

Come indicato nel documento "EMERGENZA COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici (DGR 344/2020 e successive modifiche ed integrazioni)", trasmesso con nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020, al fine di ottimizzare l'efficienza dei test diagnostici con tampone, si suggerisce di valutare l'adozione della metodica del *pooling sample* per i campioni effettuati per lo screening.
Per poter effettuare valutazioni specifiche sull'infettività dei nuovi positivi, tutti i laboratori del Veneto abilitati all'effettuazione dei test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 dovranno, per ogni nuovo positivo, rilevare ed inviare all'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana (UOC Microbiologia, Ospedale di Treviso) i seguenti parametri: i target rilevati, i CT rilevati (cicli nel quale si registra la positività) e un inquadramento sintetico del paziente.

Per tutti i test effettuati deve, inoltre, essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato.

In questa fase epidemiologica caratterizzata da bassa prevalenza, i test positivi al tampone con CT>30 dovrebbero essere considerati dubbi e ripetuti per migliorare il valore predittivo positivo che è in funzione della prevalenza e dei falsi positivi. Allo stesso modo, per i soggetti asintomatici, in caso di tampone positivo si raccomanda di ripetere il test: in caso di test ripetuto positivo si conferma l'esito; in caso di test negativo si ripete un ulteriore test che se positivo confermerà il primo esito.

4. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DI CASI SOSPETTI E CONFERMATI DI COVID-19

Poiché la manifestazione dell'infezione da COVID-19 è talvolta subdola, comprendendo un ampio spettro di segni/sintomi e quadri clinici, che vanno dal paziente completamente asintomatico o con sintomi lievi, al paziente con sintomatologia respiratoria critica con distress respiratorio, ipossiemia severa, shock, disfunzione multiorgano e morte, è di importanza assoluta l'identificazione ed intercettazione dei soggetti in grado di veicolare l'infezione, per evitare che entrino in contatto con quelli a rischio di contrarla, ivi compresi gli operatori sanitari. Tutti gli operatori sanitari operanti nel percorso diagnostico-terapeutico di un caso sospetto o confermato di COVID-19 devono essere muniti degli idonei DPI (Allegato 2). Si richiama l'attenzione sulla necessità di assicurare la formazione del personale sanitario sulle corrette metodologie per indossare e rimuovere i DPI (Allegato 1).

4.1 Setting ospedaliero [13]

4.1.1 Gestione del caso sospetto (presentazione spontanea al Pronto Soccorso o chiamata al SUEM 118)

All'interno dei Pronto Soccorso devono essere mantenuti distinti e funzionalmente separati i percorsi di gestione e cura dei pazienti con e senza sintomi sospetti per COVID-19 (percorso pulito e percorso sporco). Gli utenti e gli eventuali accompagnatori autorizzati devono essere dotati di mascherina chirurgica e deve essere favorita e raccomandata la frequente igienizzazione delle mani. Nelle aree comuni del PS deve essere rispettato il distanziamento sociale di

[13] *nota regionale prot. 170839 del 28.04.20 "Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2 - COVID-19".*

almeno un metro e osservate tutte le misure igienico-comportamentali.

Tutti gli utenti che accedono al PS, come riportato nel diagramma di flusso (Allegato 8), devono transitare in un'area di pre-accettazione esterna alla struttura dove vengono identificati attraverso pre-triage i casi sospetti per COVID-19 che verranno avviati alla valutazione all'interno al **percorso compatibile COVID-19**.

Il caso sospetto dovrà essere sottoposto a tampone naso-faringeo e sostare in spazi del PS dedicati e almeno funzionalmente separati, secondo un percorso distinto da quello per gli utenti ordinari fino all'arrivo del referto del tampone, stratificando il rischio del paziente al fine di individuare precocemente gli utenti con alto rischio di sviluppare nel breve periodo un quadro clinico di insufficienza respiratoria acuta:

- nel caso in cui non sia necessario trattenere il paziente in osservazione, lo stesso potrà essere dimesso a domicilio con disposizione di rimanere in isolamento fino a esito del tampone e con indicazione a contattare telefonicamente il proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta per la successiva presa in carico con eventuale supporto delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale;
- in caso di emergenza/urgenza che non consente di attendere il referto, la persona va trattata come infetta da COVID-19 e gestita con tutte le precauzioni del caso.

In tutti i casi non sospetti per COVID-19, individuati tramite pre-triage, è invece previsto l'avvio al **percorso standard**. Rimane di fondamentale importanza mantenere un elevato indice di sensibilizzazione da parte del personale sanitario sul riconoscimento e l'intercettazione dei sintomi sospetti per COVID-19, oltre che garantire un elevato standard delle norme di Prevenzione e Controllo delle Infezioni (PCI).

Analogo approccio per i casi sospetti che contattano telefonicamente la Centrale Operativa SUEM 118:

- in caso di sintomatologia lieve che non richiede il ricovero ospedaliero la Centrale Operativa SUEM 118 reindirizza il paziente al proprio Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta per la successiva presa in carico.
- in caso di sintomatologia grave che richiede il ricovero ospedaliero il pre-triage va effettuato al momento della chiamata ed eventualmente sul luogo del soccorso. All'arrivo in pronto soccorso si adotterà la procedura descritta al capitolo 4.1.1.

4.1.2 Gestione ospedaliera del caso confermato

Ogni Azienda/struttura sanitaria dovrà dotarsi, secondo propri modelli organizzativi, di aree di degenza COVID-19, per le quali dovranno essere rispettate le seguenti indicazioni:

- l'accesso all'area di degenza dovrà essere strettamente riservato alle sole persone cui sono dedicate;
- i pazienti degenti in questa area non potranno ricevere visite e dovranno sottostare ad isolamento e alle relative misure;
- dovranno essere limitate al minimo le consulenze in presenza e, per quanto possibile, si dovranno utilizzare le risorse della telemedicina;
- la pulizia e la sanificazione degli ambienti dovranno avvenire applicando rigidamente le norme previste.

In alternativa, i casi confermati di COVID-19 che richiedono ospedalizzazione vanno collocati, ove possibile, in stanze d'isolamento singole a pressione negativa, con bagno dedicato e, possibilmente, anticamera. Qualora ciò non sia realizzabile, il caso confermato deve comunque essere ospedalizzato in una stanza singola con bagno dedicato e trasferito quanto prima in una struttura con idonei livelli di sicurezza. Si raccomanda che tutte le procedure che possono generare aerosol siano effettuate in una stanza d'isolamento con pressione negativa. Nel caso in cui quanto descritto non trovasse possibilità di applicazione si procederà all'isolamento per coorte.

4.1.3 Dimissione dall'ospedale

Qualora fossero dimessi casi confermati di COVID-19 senza la prova di avvenuta negativizzazione, questi devono rimanere in isolamento domiciliare fiduciario dal giorno della dimissione per almeno 7 giorni e comunque non meno di

14 giorni dalla data di esecuzione del primo tampone positivo. Si rimanda all'Allegato 4 per la gestione dell'isolamento domiciliare fiduciario. Per tutti i soggetti dimessi dall'Ospedale con diagnosi di COVID-19, la U.O. dimettente provvede a notificare al SISP la dimissione per il seguito di competenza. Le Aziende ULSS definiscono specifici percorsi per la presa in carico domiciliare in stretta collaborazione tra MMG/PLS e USCA, con il coordinamento della COT.

4.2 Setting territoriale

In via transitoria, al fine di evitare le occasioni di contatto, l'accesso degli utenti allo studio medico deve preferibilmente avvenire su appuntamento, previo contatto telefonico con il MMG/PLS/MCA (qui di seguito il Medico). Pertanto, la presentazione spontanea di utenti con sintomi sospetti per COVID-19 presso lo studio medico deve costituire un'eccezione.

4.2.1 Gestione del caso sospetto (presentazione spontanea all'ambulatorio o contatto telefonico)

Se il caso sospetto si presenta in ambulatorio, dev'essere immediatamente dotato di mascherina chirurgica e isolato, se possibile, in un locale separato dagli altri pazienti. Il personale sanitario che entra in contatto stretto con il paziente deve utilizzare gli opportuni DPI e dispositivi medici (Allegato 2).

In caso di sintomatologia grave, il medico deve immediatamente contattare il SUEM 118.
In caso di sintomatologia lieve:

- il **Medico di Medicina Generale**, dopo valutazione:
  - invita il paziente a rimanere presso il proprio domicilio;
  - raccomanda di seguire le indicazioni igienico-comportamentali di cui all'Allegato 5;
  - dispone l'esecuzione del tampone;
  - rilascia certificato di malattia;
  - notifica il caso sospetto al SISP e alla COT.

- il **Pediatra di Libera Scelta**, dopo valutazione:
  - invita il paziente a rimanere al proprio domicilio;
  - raccomanda di seguire le indicazioni igienico-comportamentali di cui all'Allegato 5;
  - dispone l'esecuzione del tampone, con priorità nell'effettuazione e refertazione dello stesso in caso di un bambino frequentante una collettività;
  - notifica il caso sospetto al SISP e alla COT;

Il SISP, ricevuta la notifica, valuta le opportune disposizioni di isolamento domiciliare e quarantena per il soggetto e per i contatti a rischio, in attesa di refertazione del tampone per SARS-CoV-2, e pone il paziente in sorveglianza attiva e automonitoraggio, in collaborazione con il MMG/PLS secondo organizzazione aziendale (Allegato 4) e secondo una procedura operativa fornita dal SISP territorialmente competente.

Il Medico di Medicina Generale, per la gestione del caso e l'esecuzione del tampone, potrà avvalersi delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (Allegato 7).

In caso di test diagnostico positivo il caso diventa confermato, in caso di test negativo il medico valuterà come proseguire l'iter diagnostico.

4.2.2 Gestione territoriale del caso confermato da parte del MMG e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) [14]

I **MMG** comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'USCA che opera per le valutazioni dei soggetti con sintomatologia, che devono essere considerati come casi sospetti di COVID-19 o che sono casi confermati di COVID-19.

[14] *"Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in RSA" del 1.04.2020.*

Al momento dell'attivazione il MMG fornirà al Medico dell'USCA tutte le necessarie informazioni cliniche e anamnestiche del paziente.

Per la gestione domiciliare dei pazienti sospetti o affetti da COVID-19 è necessario che i **medici dell'USCA lavorino in stretta integrazione con i MMG** al fine di assicurare la necessaria continuità dell'assistenza. Pertanto, ciascuna Unità Operativa di Cure Primarie è tenuta ad individuare esattamente l'afferenza di ciascun MMG ad un'unica USCA, prevedendo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'USCA. L'attività domiciliare dei medici dell'USCA verrà effettuata preferibilmente con accesso congiunto con un infermiere del Servizio di Assistenza Domiciliare del Distretto o della Medicina di Gruppo Integrata qualora insista nel bacino di riferimento. L'accesso congiunto è da preferirsi in quanto permette il supporto e la supervisione per le manovre di vestizione/svestizione dei DPI e l'immediata esecuzione di eventuale attività infermieristica necessaria. Il medico dell'USCA potrà, prima di effettuare l'intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento. Spetterà al medico dell'USCA, adeguatamente formato, decidere, in base alle richieste ricevute e a quelle eventualmente rimaste inevase nei giorni precedenti, quali priorità assegnare all'attività. Durante la visita domiciliare è possibile utilizzare un dispositivo elettronico per effettuare una videochiamata con il MMG, qualora ritenuto necessario.

Il medico dell'USCA, in base al quadro clinico evidenziato ed in accordo con il MMG, potrà decidere se seguire il paziente a domicilio o attivare il ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche, con attivazione del 118.

Al termine di ogni visita domiciliare, il medico dell'USCA dovrà compilare apposita modulistica (meglio se informatizzata) con cui comunicare al MMG l'esito dell'intervento effettuato. Sulla base della valutazione, il medico provvederà a **notificare il caso al SISP, se non già notificato**; la notifica dovrà essere aggiornata al momento della conferma diagnostica (tampone nasofaringeo). Il MMG provvede a rilasciare eventuale certificazione di malattia e/o certificazione di isolamento sulla base della disposizione contumaciale rilasciata dal SISP. Non rientra fra i compiti del medico dell'USCA alcun atto certificativo, che deve rimanere in capo al MMG, opportunamente informato. Analoghe modalità organizzative dovranno essere implementate per i pazienti COVID-19 all'interno di RSA o strutture di ricovero intermedie.

4.2.3 Gestione territoriale del caso confermato da parte del PLS e delle U.O. di Pediatria

I **PLS**, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, secondo procedura operativa fornita dallo stesso SISP e sotto il coordinamento di quest'ultimo, seguiranno i casi sospetti e confermati asintomatici o paucisintomatici, eventualmente anche con mezzi di teleconsulto. Nel caso di peggioramento delle situazioni cliniche che necessitino di visita od esami di approfondimento, il bambino sarà inviato presso il reparto di Pediatria di riferimento.

5. CONTACT TRACING, GESTIONE DEI CONTATTI E SORVEGLIANZA ATTIVA

Il rintraccio (contact tracing) e la presa in carico di tutti i contatti di un caso probabile o confermato ha lo scopo di identificare precocemente possibili casi secondari e interrompere le catene di trasmissione virale. Tale obiettivo è realizzabile attraverso le seguenti azioni:

- pronta identificazione dei casi probabili e confermati;
- disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario di tutti i casi;
- disposizione di quarantena per tutti i contatti stretti e comunque tutti i contatti a rischio identificati dall'inchiesta epidemiologica;
- comunicazione delle norme di isolamento, delle raccomandazioni igienico-comportamentali e invito all'auto-monitoraggio per la comparsa di eventuali sintomi;
- sorveglianza attiva;
- utilizzo del test di conferma diagnostica.

Le operazioni di contact tracing, inchiesta epidemiologica, disposizioni contumaciali e sorveglianza attiva dei contatti sono affidate al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica in sinergia con gli altri servizi del Dipartimento di Prevenzione, anche avvalendosi della collaborazione di ulteriore personale reclutato in caso di necessità e in funzione dello scenario epidemiologico.

5.1 Inchiesta epidemiologica e *contact tracing* [15]

Il SISP effettua l'inchiesta epidemiologica raccogliendo informazioni sulla storia clinica e su tutti i possibili contatti valutando la tipologia di rischio per il tipo di contatto. L'intervista deve essere prioritariamente condotta a mezzo telefono. In caso di soggetti ricoverati, o comunque se l'intervista telefonica non è possibile, il personale del SISP può avvalersi della collaborazione dei familiari, del personale ospedaliero e/o del medico curante.

- Per identificare la **fonte del contagio**, durante l'intervista con il caso, devono essere raccolti dettagli sulle possibili esposizioni nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi (o della data della raccolta del campione se la persona è asintomatica);
- Per identificare, invece, i **contatti a cui il caso potrebbe avere trasmesso l'infezione**, è necessario considerare il periodo da 48 ore prima a 14 giorni dopo l'inizio dei sintomi nel caso (o, se la persona è asintomatica, da 48 ore prima a 14 giorni dopo la data della raccolta del campione), ricostruendo meticolosamente le sue attività e spostamenti e individuando gli individui esposti.

Il SISP identifica **tutti i possibili contatti stretti e comunque tutti i contatti considerati a rischio sulla base di quanto emerso dell'inchiesta epidemiologica**. Nella raccolta delle informazioni, si deve prestare attenzione all'appartenenza del contatto a uno dei gruppi a rischio di sviluppare forme gravi di COVID-19 e all'attività lavorativa svolta, quale assistenza ad anziani, a persone immunocompromesse e ad altre popolazioni vulnerabili. La ricerca dei contatti deve focalizzarsi sulle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

- In caso di soggetti afferenti ad altra Azienda ULSS le informazioni devono essere comunicate al SISP territorialmente competente.
- In caso di residenti/domiciliati fuori Regione, le informazioni devono essere comunicate dall'Autorità sanitaria regionale di identificazione del caso all'Autorità sanitaria della Regione o Provincia Autonoma di residenza/domicilio e al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria - Ufficio 5.
- In caso di residenti/domiciliati all'estero, le informazioni devono essere comunicate dall'Autorità sanitaria regionale di identificazione del caso al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria - Ufficio 5, che informerà lo Stato coinvolto, attraverso la piattaforma della Commissione Europea EWRS – "Early Warning Response System" o tramite la rete dei "National Focal Point" (NFP) previsti dal Regolamento Sanitario Internazionale (IHR 2005).

5.2 Esecuzione dei test di biologia molecolare nei contatti

A seguito dell'inchiesta epidemiologica effettuata per ogni caso sospetto o confermato di COVID-19, **tutti i conviventi, i contatti stretti, e comunque i contatti considerati a rischio** sulla base della valutazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, devono essere tempestivamente sottoposti ad esecuzione del test diagnostico di biologia molecolare al fine di un'identificazione precoce di possibili nuovi casi e per la ricostruzione della catena di contagio (Allegato 4). La priorità sarà rivolta nei confronti di soggetti sintomatici e dei contatti stretti a partire dai conviventi.

5.3 Disposizioni di isolamento e/o quarantena e sorveglianza attiva

Per le definizioni di isolamento e quarantena si rimanda al capitolo 1, paragrafo 1.1.
Il SISP fornisce indicazioni e informazioni chiare, anche in forma scritta, sulle misure precauzionali da attuare (Allegato 5). Il SISP, provvede alla disposizione di isolamento e/o quarantena e informa il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta (anche ai fini della certificazione INPS[16]), informando contestualmente anche la COT, ed

[15] *Rapporto ISS COVID-19 n.53/2020 v. del 25 giugno 2020 "Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19".*
[16] *Circolare INPS HERMES 25 febbraio 2020 0000716 del 25 febbraio 2020.*

accerta l'eventuale disponibilità del MMG/PLS ad effettuare la sorveglianza sanitaria del proprio assistito tramite triage telefonico, secondo procedura operativa fornita dallo stesso SISP e sotto il coordinamento di quest'ultimo. Le indicazioni sulla durata dell'isolamento e/o quarantena e sulla sorveglianza attiva sono riportate in Allegato 4. L'Azienda Ulss che adotta il provvedimento di collocazione in isolamento e/o quarantena, in relazione al numero dei conviventi nell'abitazione, può disporre l'effettuazione dell'isolamento e/o quarantena presso strutture alternative individuate dall'Azienda medesima in collaborazione con la Protezione Civile in conformità con le disposizioni regionali [17].

In caso di necessità di certificazione INPS per l'assenza da lavoro, il SISP procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al Medico di Medicina Generale, informando che per motivi di sanità pubblica il contatto è posto in isolamento e/o quarantena, specificando la data di inizio e di fine.

Per tutta la durata dell'isolamento e/o quarantena, il SISP mantiene la sorveglianza attiva per monitorare la condizioni cliniche del soggetto. Se non ne dispongono, il SISP fornisce ai contatti mascherine chirurgiche e termometro. Con il supporto della COT, dovranno essere attivate forme di supporto d'intesa tra servizi sociali delle amministrazioni comunali, associazioni di volontariato e SISP al fine di garantire, in caso di specifiche necessità, alcune funzioni di supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver ed eventuale supporto psicologico. Qualora le condizioni abitative non siano idonee al periodo di isolamento e/o quarantena, si raccomanda di proporre il trasferimento in strutture di tipo residenziale appositamente dedicate ed attivate.[18]

5.4 Modalità attuative della quarantena per i contatti stretti dei casi COVID-19 nel contesto dell'attività agonistica di squadra professionista

Come previsto dalla circolare del Ministero della Salute 21463 del 18/06/2020[19], l'operatore di sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente, nel caso in cui risulti positivo un giocatore, ne dispone l'isolamento ed applica la quarantena dei componenti del gruppo squadra che hanno avuto contatti stretti con un caso confermato. Il Dipartimento di prevenzione può prevedere che, alla luce del citato parere del 12 giugno 2020 n. 88 del Comitato tecnico scientifico nominato con ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 630 del 3 febbraio 2020, alla quarantena dei contatti stretti possa far seguito, per tutto il "gruppo squadra", l'esecuzione del test, con oneri a carico delle società sportive, per la ricerca dell'RNA virale, il giorno della gara programmata, successiva all'accertamento del caso confermato di soggetto Covid-19 positivo, in modo da ottenere i risultati dell'ultimo tampone entro 4 ore e consentire l'accesso allo stadio e la disputa della gara solo ai soggetti risultati negativi al test molecolare. Al termine della gara, i componenti del "gruppo squadra" devono riprendere il periodo di quarantena fino al termine previsto, sotto sorveglianza attiva quotidiana da parte dell'operatore di sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente, fermi gli obblighi sanciti dalla circolare di questa direzione generale del 29 maggio 2020.

6. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI EXTRA-OSPEDALIERE

Le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere dedicate ad anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale, presentano delle caratteristiche che richiedono una particolare attenzione nelle strategie di sanità pubblica finalizzate al contenimento della diffusione di SARS-CoV-2 in tali contesti di vita. La popolazione ospite delle suddette strutture è costituita da persone più vulnerabili rispetto alla popolazione generale a causa delle peggiori condizioni di salute e/o maggior esposizione a fattori di rischio ed è, quindi, da considerarsi potenzialmente a maggior rischio di infezione da SARS-CoV-2.

All'interno dei luoghi chiusi il virus può essere introdotto e circolare tramite il personale lavorativo, i nuovi ingressi o i familiari in visita. Pertanto, è essenziale prevedere delle procedure specifiche per l'accesso di nuovi ospiti e delle

[17] *Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n.64 del 6 luglio 2020.*
[18] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7865 del 25.03.2020.*
[19] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 21463 del 18.06.2020.*

persone esterne nonché per diagnosticare tempestivamente i casi sospetti al fine di identificare rapidamente eventuali focolai e garantire adeguate misure di contenimento[20].

Per le indicazioni in tali contesti si fa riferimento agli specifici documenti ed in particolare alle "L*inee di indirizzo - Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale*" [21] del 22 giugno 2020 e alle "*Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in Strutture Residenziali per Anziani*"[22] del 1 aprile 2020, tenendo conto di possibili successive modificazioni o aggiornamenti.

7. FLUSSI DI NOTIFICA E SISTEMI INFORMATIVI

Si ribadisce che, per tutti i casi con tampone positivo per SARS-CoV-2, ciascuna Azienda Sanitaria provvede ad **alimentare tempestivamente e con completezza gli applicativi regionali**. Tali dati vengono successivamente trasmessi dalla Regione, con cadenza giornaliera, all'Istituto Superiore di Sanità e da questo al Ministero. Sulla base dei dati registrati e sulla loro completezza vengono calcolati gli indicatori previsti nel Monitoraggio del Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità[23].

7.1 Flusso informativo casi COVID-19

Il Medico segnalatore provvede a notificare al SISP tutti i casi COVID-19 confermati o sospetti (in attesa di esecuzione o esito del tampone), in accordo con la procedura azienale. I casi devono essere segnalati al SISP inviando la Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori (Allegato 3). Per tutti i casi confermati dovranno essere aggiornati gli applicativi regionali:

- piattaforma **PiC-19**[24] per i soggetti ricoverati in ospedali per acuti ed in Ospedali di Comunità. Devono essere registrati anche informazioni relative al link epidemiologico con Strutture Residenziali per Anziani o strutture penitenziarie, in qualità di ospiti/detenuti o dipendenti di tali strutture. Nello stesso strumento devono essere registrati anche i decessi avvenuti in ospedale o a domicilio, sia per soggetti positivi che per soggetti negativizzati.
- **SIAVR-Covid** per le attività del SISP di inchiesta epidemiologica, di sorveglianza sanitaria ed isolamento dei soggetti assistiti a domicilio.

I data base si alimentano a partire dai flussi dei referti degli esami di laboratorio per ricerca diretta del virus tramite PCR su tamponi nasofaringei. In caso di positività i referenti aziendali delle suddette piattaforme provvedono ad integrare i campi relativamente a fattori di esposizione, ad eventuale ricovero e decesso. La Piattaforma PIC-19 è inoltre integrata con altri flussi regionali quali l'anagrafe dei dipendenti e convenzionati ed il flusso dei residenti in strutture residenziali per anziani, per automatizzare l'integrazione di tali fattori epidemiologici, e permettere l'identificazione precoce di cluster a carico di operatori sanitari e di ospiti di Case di riposo. Le due piattaforme regionali (PiC-19 e SIAVR-Covid) interagiscono tra loro tramite un flusso informatizzato strutturato dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, al fine di integrare le informazioni inserite relativamente alle indagini epidemiologiche svolte dai servizi territoriali competenti. Si precisano di seguito **i campi, compilati su PIC-19 o su SIAVR-Covid, che assumono particolare rilevanza ai sensi del monitoraggio ministeriale**: data inizio sintomi, stato clinico iniziale e relativa data, mutamenti di stato clinico (diarie per SIAVr-Covid) e relative date, presa in carico di ogni soggetto caricato in SIAVr-Covid tramite lo "Stato Sorveglianza" per identificarne l'approfondimento epidemiologico, "esposizione" per

[20] *Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 v. del 17 aprile 2020.*
[21] *Linee di indirizzo - Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale* del 22 giugno 2020, Regione del Veneto.
[22] *Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in Strutture Residenziali per Anziani* del 1 aprile 2020, Regione del Veneto.
[23] *Decreto del Ministro della Salute del 30.04.2020 - Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020; Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità - Sistema Indicatori di cui al D.M. 30 aprile 2020 Documento metodologico.*
[24] *Note regionali prot n. 111476 del 09.03.2020 e prot n. 127224 del 19.03.2020.*

identificare la provenienza del caso. Si sottolinea l'importanza di verificare la coerenza dei dati inseriti e delle date indicate (es. un soggetto con sintomi registrati e la compilazione puntuale della data di inizio sintomi).

Si ricorda che, come già comunicato, l'inserimento dei dati dai SIPS presso la piattaforma regionale PiC-19 ed in SIAVR-Covid ha sostituito l'invio alla Regione delle schede di sorveglianza dei casi positivi di COVID-19 (Schede per la Notifica di casi da Virus Respiratori Allegato 3). Inoltre, nella piattaforma SIMIWEB per la notifica di malattie infettive non vanno inserite le notifiche per COVID-19. Ai sensi del DM 1990, rimane invariato l'obbligo a carico del medico che effettua la diagnosi di segnalare al SISP territorialmente competente ogni caso sospetto o confermato di COVID-19 utilizzando la Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori (Allegato 3).

7.2 Flusso informativo decessi pazienti positivi COVID-19

Per tutti i soggetti COVID-19 deceduti, deve essere aggiornata tempestivamente la piattaforma regionale **PiC-19**[25]. Le singole Aziende definiscono i flussi con cui registrare tale informazione.

Per tutti i decessi di paziente deceduti con una diagnosi di COVID-19, indipendentemente dalla data di diagnosi o di negativizzazione[26], dovranno essere inviate ad ISS[27] attraverso il portale accessibile all'indirizzo https://w3.iss.it/site/covid19, tempestivamente e comunque non oltre le 48 ore dal decesso, le seguenti informazioni:

- nel caso di decesso avvenuto in ospedale, dovrà essere caricata la cartella clinica e la copia della relativa scheda di morte ISTAT[28] direttamente dalla Struttura Ospedaliera in cui è avvenuto il decesso.
- nel caso di decesso avvenuto sul territorio, è sufficiente il caricamento di copia della scheda di morte ISTAT[29] unita ai dati identificativi del paziente, che sarà caricata sul portale a cura del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di riferimento territoriale.

Ogni struttura ospedaliera e ogni Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dovrà provvedere al proprio accreditamento alla piattaforma ISS per il caricamento della documentazione all'indirizzo indicato. Per necessità è possibile contattare l'Istituto Superiore di Sanità via e-mail all'indirizzo *decessicovid-19@iss.it* o al n. 06.49903000.

8. ESENZIONE PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Come disposto dalla DGR n. 567 del 05 maggio 2020 "*Disposizioni relative alla prescrizione di tamponi per la determinazione del virus SARS-CoV-2 a seguito dell'attuale emergenza sanitaria*":

- la prescrizione del tampone può essere fatta su ricetta dematerializzata utilizzando il codice di prestazione già previsto nel Nomenclatore Tariffario Regionale (NTR) "91.12.1_0 VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (PREVIA RT-PCR) (Inclusa estrazione, amplificazione, rivelazione)", specificando nel campo quesito diagnostico "tampone per ricerca SARS-CoV-2";
- è estesa ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta la facoltà di immissione del dato relativo all'esenzione codice 5G1.

Si ribadisce che l'esenzione 5G1, per questa circostanza, non è solo richiedibile su prescrizione del Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, ma anche da parte di tutti gli Specialisti coinvolti nei percorsi clinici di supporto alle UU.OO. coinvolte nell'inquadramento diagnostico dei casi sospetti.

---

[25] *Nota regionale prot. n. 137157 del 30.3.2020.*
[26] *Tali indicazioni derivano dalle attuali raccomandazioni fornite dall'Istituto Superiore di Sanità.*
[27] *Nota regionale prot. n. 137957 del 30 marzo 2020 - Indicazioni sul flusso di trasmissione delle schede di notifica dei casi di virus respiratori, schede ISTAT, schede decessi, cartelle cliniche e aggiornamente piattaforma regionale Pic-19. Compiti assegnati all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dall'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 640 del 27/2/2020 e in base alle indicazioni emanate dal Ministero della Salute con Circolare prot. 5889 del 25 febbraio 2020 avente ad oggetto "Richiamo in ordine a indicazioni fornite con la circolare del 22.2.2020", la certificazione di decesso a causa di COVID-19 dovrà essere accompagnata da parere dell'ISS.*
[28] *Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020 "COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte".*
[29] *Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020 "COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte".*

Si raccomanda alle Direzioni Aziendali di comunicare semestralmente alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria le spese sostenute per questa esigenza di Sanità Pubblica (ad es: per acquisto DPI, per prestazioni specialistiche e ricoveri erogati a pazienti sintomatici non iscritti al SSN), al fine di successiva rendicontazione alla Protezione Civile.

9. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Per contenere il rischio di trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 è richiesta la definizione di misure adeguate ed omogenee in tutte le strutture socio-sanitarie regionali, tali da orientare i comportamenti di tutti i soggetti interessati nei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie, attraverso un'adeguata formazione continua di tutto il personale coinvolto (medici, infermieri, operatori sanitari, ecc.) in materia di prevenzione e controllo dell'infezione, cui potrà essere offerta la partecipazione alle numerose FAD prodotte dai diversi organismi istituzionali, reperibili anche al sito web di Azienda Zero al seguente link https://www.azero.veneto.it/-/emergenza-coronavirus, con modalità di fruizione e riconoscimento dell'impegno orario che ogni Azienda sanitaria stabilirà in proprio.

Il personale suddetto va, inoltre, responsabilizzato sulla necessità di osservare scrupolosamente le disposizioni in materia di contenimento del contagio previste dai provvedimenti in vigore. In ogni reparto/servizio va documentata la presa d'atto di ogni dipendente di queste disposizioni e verificata la sua effettiva comprensione dei comportamenti da adottare in caso di sintomatologia sospetta per COVID-19.

Pertanto, si raccomanda che ogni struttura predisponga momenti formativi interni per il personale, sia via FAD che in presenza, che includano le procedure regionali descritte nel presente documento, le procedure aziendali organizzative interne per la gestione di casi sospetti e confermati di COVID-19, il corretto uso dei DPI, comprese le fasi di vestizione e svestizione, ecc. (Allegato 1).

10. PROCEDURE DI SANIFICAZIONE

10.1 Sanificazione dei locali ospitanti pazienti sospetti o positivi per COVID-19 [30]

La contaminazione ambientale deve essere considerata una potenziale modalità di contagio indiretta: l'evidenza emersa da precedenti studi sui coronavirus mostra che questo particolare gruppo è più stabile nell'ambiente degli altri virus con envelope. La pulizia e l'utilizzo delle corrette misure di igiene degli ambienti costruiti rappresentano un punto cardine nella prevenzione della diffusione di SARS-CoV-2. La trasmissione di SARS-CoV-2 avviene principalmente con due modalità: attraverso particelle respiratorie (droplets, > 5 µm) e per contatto, diretto o indiretto. Sono state proposte anche altre vie di trasmissione, come la trasmissione aerea tramite aerosol (particelle < 5 µm) e una trasmissione legata alla eliminazione fecale, che tuttavia non sono state ancora del tutto chiarite. In generale, i coronavirus umani possono rimanere vitali e mantenere la capacità infettante su superfici inanimate a temperatura ambiente per un periodo variabile da 2 ore a 9 giorni, a seconda del contesto analizzato. Trattandosi di virus con envelope, sono i più sensibili all'inattivazione da parte dei disinfettanti, quali ipoclorito di sodio (0.1% - 0.5%), etanolo (62-71%) o perossido di idrogeno (0.5%), che compromettono l'integrità del virus e ne neutralizzano la capacità infettiva. Pertanto, in accordo con quanto suggerito dall'OMS, sono procedure efficaci e sufficienti una "*pulizia accurata delle superfici ambientali con acqua e detergente seguita dall'applicazione di disinfettanti*".

La **sanificazione** è l'insieme dei procedimenti atti ad igienizzare ambienti e superfici mediante l'attività di pulizia e di disinfezione. La **pulizia** rimuove polveri, materiale non desiderato o sporcizia dalle superfici, rendendole visibilmente pulite. Con **disinfezione** s'intende il complesso di procedimenti atti a sanificare gli ambienti mediante la distruzione o inattivazione di microrganismi patogeni. I prodotti per la pulizia includono sapone liquido, detergenti enzimatici e detersivi che, combinati con l'acqua, rimuovono il materiale organico (es. sporco, fluidi corporei, ecc.) utilizzando

[30] *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020.*

l'azione meccanica (es. strofinamento e frizione). I disinfettanti servono solo per la disinfezione dopo la pulizia e non sono sostituti della pulizia. Prima della disinfezione, utilizzare un prodotto di pulizia per rimuovere tutto il materiale organico e lo sporco. I sistemi meccanizzati di pulizia di grandi superfici devono essere evitati perché producono aerosol o disperdono la polvere nelle aree di cura del paziente come pure è sconsigliato spazzare a secco, spruzzare, spolverare. Preferire quindi le metodiche ad umido.

Di seguito verranno presi in esame i seguenti setting in cui sia necessario eseguire un intervento di sanificazione.

10.1.1 Setting ospedaliero

Gli ambienti ospedalieri che ospitano casi sospetti o confermati di COVID-19 (stanze dei pazienti, aree di attesa, sale per le procedure mediche, sale di rianimazione) devono essere puliti e disinfettati almeno due volte al giorno dal personale addetto munito di adeguati DPI e specificamente formato per la bonifica di ambienti a rischio biologico. Prima di procedere alla bonifica, i locali devono essere aerati adeguatamente per almeno un'ora (1-3 ore se eseguite procedure generanti aerosol e non a pressione negativa) tramite ventilazione naturale o tramite l'impianto di ventilazione meccanica controllata (VCM).

Inoltre, per procedere alla sanificazione è necessario definire due squadre oppure due tempi d'intervento: uno dedicato alla rimozione degli effetti letterecci e della biancheria (dal momento che si tratta di attività a rischio di aerosolizzazione, è necessario non agitare la biancheria durante il cambio e raccoglierla in contenitori chiusi, sostituendola con quella sanificata) ed uno per la pulizia e disinfezione dei locali, procedendo dalle aree più pulite verso quelle più contaminate.

Le superfici devono essere accuratamente pulite con un detergente neutro e successivamente disinfettate mediante prodotti con attività virucida, con particolare attenzione ai servizi igienici, e alle superfici ad alta frequenza di contatto. É anche possibile effettuare in un tempo unico l'azione di pulizia e disinfezione impiegando prodotti detergenti - disinfettanti con azione virucida. In alternativa, è suggerito, dopo la fase di pulizia, l'utilizzo di soluzioni a base di ipoclorito di sodio di cloro attivo allo 0,1% o 0,5%. Per superfici che possono essere danneggiate dall'ipoclorito di sodio, possono essere utilizzati i prodotti a base di etanolo (almeno il 70%).

Si raccomanda l'uso di dispositivi di pulizia monouso o dedicati; i dispositivi medici e i DPI non monouso devono essere decontaminati utilizzando adeguati prodotti registrati come dispositivi medici, o, in alternativa, ipoclorito di sodio allo 0,1% di cloro attivo o etanolo al 70%).

Se si usano prodotti chimici per la pulizia, è importante mantenere l'ambiente arieggiato sia durante che dopo l'uso per proteggere la salute del personale addetto alle pulizie. Il personale che ha effettuato le procedure non va considerato come contatto salvo in caso di mancata osservanza delle misure di protezione o di esposizione accidentale.

10.1.2 Setting assistenziale

Nelle strutture assistenziali e comunitarie, quali indicativamente le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), comunità terapeutiche, poliambulatori, particolare considerazione dovrebbe essere data all'applicazione di misure di pulizia e disinfezione nelle aree comuni (bagni, sale, corridoi, ascensori, ecc.) come misura preventiva generale durante tutta l'epidemia di COVID-19. Inoltre, devono essere tenuti di conto gli oggetti che vengono toccati frequentemente, come maniglie, pulsanti degli ascensori, corrimano, interruttori, maniglie delle porte, ecc.

Per le stanze o le aree specifiche esposte ai casi di COVID-19 si dovrebbe:

- garantire un buon ricambio dell'aria;
- pulire accuratamente con un detergente neutro;
- disinfettare le superfici che si sporcano con secrezioni respiratorie o altri fluidi corporei (es. toilette, lavandini, ecc.) con un disinfettante (presidio medico-chirurgico PMC) ad azione virucida o con ipoclorito di sodio contenente lo 0,1% di cloro attivo o, se non adatto, utilizzare alcol etilico al 70%. Per superfici porose come

moquette e tappeti, rimuovere la contaminazione visibile, pulire con detergenti e disinfettanti appropriati secondo le istruzioni del produttore;
- risciacquare con acqua pulita dopo 10 minuti di contatto con il cloro;
- raccogliere la biancheria sporca in contenitori chiusi in attesa di lavaggio e sanificazione.

Il personale dedicato alla pulizia ambientale degli spazi pubblici frequentati da una persona sospetta o confermata COVID-19 deve indossare i dispositivi medici e i DPI. Quando possibile, usare solo materiali di pulizia monouso, in alternativa disinfettare adeguatamente gli attrezzi per la pulizia non porosi con una soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,5% di cloro attivo o secondo le istruzioni del produttore prima dell'uso per altri ambienti. I materiali di scarto prodotti durante la pulizia devono essere collocati in un sacchetto separato e ben chiuso, che può essere smaltito con la spazzatura indifferenziata.

In generale, le aree pubbliche in cui un caso confermato COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.

10.1.3 Setting domestico

In ambito domestico si devono rispettare due tempi d'intervento: uno dedicato alla biancheria e uno per la pulizia e disinfezione dei locali. Per la pulizia di una stanza domestica in cui è stato isolato un paziente COVID-19, si applicano le stesse procedure descritte per i setting precedenti:
- la stanza deve essere arieggiata in maniera naturale per almeno un'ora;
- successivamente pulire accuratamente con un detergente neutro;
- disinfettare utilizzando un prodotto efficace contro i virus, con particolare attenzione alle superfici toccate più frequentemente (es. porte, maniglie delle porte, finestre, tavoli, interruttori della luce, servizi igienici, rubinetti, lavandini, scrivanie, sedie, telefoni cellulari, tastiera, telecomandi). Utilizzare panni in microfibra inumiditi con un prodotto detergente-disinfettante o in alternativa con alcol etilico al 70%, con una soluzione di ipoclorito di sodio diluita allo 0,5% di cloro attivo per i servizi igienici e allo 0,1% di cloro attivo per tutte le altre superfici, tenendo in considerazione la compatibilità con il materiale da detergere, l'uso e l'ambiente. I detergenti a base di cloro non sono utilizzabili su tutti i materiali. Per superfici porose come moquette e tappeti, rimuovere la contaminazione visibile, pulire con detergenti e disinfettanti appropriati secondo le istruzioni del produttore;
- non agitare la biancheria durante il cambio e raccoglierla in contenitori chiusi, lavandola con un ciclo ad acqua calda da 60°C a 90°C per almeno 30 minuti con un comune detersivo per il bucato.

La persona che pulisce dovrebbe indossare guanti e una maschera chirurgica. L'igiene delle mani deve essere eseguita ogni volta dopo aver rimosso guanti o maschera. Si consiglia l'uso di attrezzature monouso per la pulizia. I materiali di scarto prodotti durante la pulizia devono essere collocati in un sacchetto separato e ben chiuso, che può essere smaltito come rifiuti indifferenziati.

10.1.4 Opzioni di sanificazione per tutti i tipi di locali

Durante la pandemia di COVID-19 anche nei locali senza casi confermati di COVID-19 è consigliato:
- Usare attrezzature diverse per pulire spazi frequentati dal pubblico e spazi per i dipendenti.
- Pulire frequentemente le superfici più toccate (almeno giornalmente se possibile). Esempi di queste superfici sono maniglie e barre delle porte, delle finestre, sedie e braccioli, tavoli, interruttori della luce, corrimano, rubinetti dell'acqua, pulsanti dell'ascensore, ecc.

L'uso di un detergente neutro per la pulizia di superfici in locali generali (vale a dire non per i locali che sono stati frequentati da un caso sospetto o confermato di COVID-19) si ritiene sufficiente.

La pulizia di servizi igienici pubblici, lavandini del bagno e servizi igienici utilizzati da più persone (es. nei centri commerciali, stazioni ferroviarie, aeroporti, ecc.) devono essere eseguiti con cura. Considerare l'uso di un disinfettante efficace contro virus, o soluzioni a base di ipoclorito di sodio allo 0,1% di cloro attivo o altri prodotti virucidi autorizzati seguendo le istruzioni per l'uso fornite dal produttore.

Possono essere impiegati strumenti meccanizzati di pulizia quali spazzatrici, lavasciuga pavimenti, aspirapolvere, purché dotati di un sistema efficace di ritenzione polveri e se il flusso di aria e polvere viene filtrato in uscita attraverso un filtro HEPA o ULPA (testato secondo la norma EN1822). Il personale che conduce le macchine deve essere dotato degli adeguati dispositivi di protezione individuale.

Sprayer, nebulizzatori e atomizzatori consentono di spruzzare biocidi (PMC) o disinfettanti, quali perossido di idrogeno, ozono o cloro attivo generati in situ, in forma nebulizzata o atomizzata su superfici anche difficilmente raggiungibili e sugli oggetti presenti nell'ambiente. È necessario che gli operatori siano adeguatamente protetti e formati per utilizzare queste apparecchiature e in grado di verificare la compatibilità delle concentrazioni necessarie per l'attività di sanificazione, se spruzzate con queste strumentazioni. Durante l'uso è fondamentale indossare DPI adeguati. Pertanto, in accordo con la Circolare del Ministero della Salute del 22 maggio 2020, tali procedure possono essere utilizzate per finalità di sanificazione, intesa in questo caso come il complesso di procedimenti e operazioni atti a rendere sani determinati ambienti mediante la pulizia e il controllo e il miglioramento della qualità dell'aria.

Le procedure di utilizzo delle sostanze sanificanti possono essere complementari a procedure di pulizia ambientale, o essere integrate con attività di disinfezione. In questo ultimo scenario, la procedura deve prevedere la preventiva disinfezione diretta delle superfici esposte secondo il seguente ordine:

1. pulizia;
2. disinfezione diretta delle superfici esposte con disinfettanti autorizzati;
3. trattamento di sanificazione con sostanze generate in situ a completamento ed ottimizzazione delle procedure di pulizia e disinfezione;
4. adeguata areazione dei locali.

Il personale impegnato nella pulizia ambientale deve indossare i dispositivi medici e i DPI durante le attività di pulizia. L'utilizzo del solito set di DPI (es. uniforme, che viene rimossa e lavata frequentemente in acqua calda, e guanti) è sufficiente per la protezione durante la pulizia dei locali generali. Il materiale di pulizia deve essere adeguatamente pulito alla fine di ogni sezione di pulizia. L'igiene delle mani deve essere eseguita ogni volta che vengono rimossi DPI come guanti. Il materiale di scarto prodotto durante la pulizia deve essere collocato nei rifiuti indifferenziati.

In occasione del periodo pandemico SARS-COV-2 è importante che l'operatore tenga traccia del processo di sanificazione ambientale, tramite checklist cartacea o elettronica dove controfirma le fasi previste ed eseguite di sanificazione, data e orario.

11. GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI [31]

I rifiuti potenzialmente contaminati devono essere trattati ed eliminati come materiale infetto categoria B (UN3291).

11.1 Soggetti positivi al tampone in isolamento o in quarantena obbligatoria (anche in attesa di conferma di positività)

I rifiuti urbani prodotti nelle abitazioni dove soggiornano i soggetti sopracitati, dovrebbero essere considerati equivalenti a quelli che si possono generare in una struttura sanitaria, come definiti dal DPR 254/2003. In tale contesto dovrebbero essere applicate le prescrizioni del DPR. Tuttavia, data la difficoltà di applicazione delle stesse, si raccomanda che nelle abitazioni in cui siano presenti soggetti positivi al tampone, in isolamento o in quarantena

[31] *Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti. Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2).*

obbligatoria, sia interrotta la raccolta differenziata, ove in essere, e che tutti i rifiuti domestici, indipendentemente dalla loro natura, includendo fazzoletti di carta, carta in rotoli, teli monouso, mascherine e guanti, siano equiparati a rifiuti indifferenziati e pertanto raccolti e conferiti insieme. Le mascherine e i guanti dovranno, per ulteriore precauzione, essere inseriti in una busta, prima di essere introdotti nel sacco dei rifiuti indifferenziati, per limitare il più possibile errori nella raccolta e nel conferimento dei rifiuti a salvaguardia della sicurezza in ambito domestico e della salute degli operatori ecologici professionali e dei volontari addetti alla raccolta dei rifiuti.

Per la raccolta dovranno essere utilizzati almeno due sacchetti uno dentro l'altro o in numero maggiore in dipendenza della loro resistenza meccanica, possibilmente utilizzando un contenitore a pedale.
Si raccomanda di:

- chiudere adeguatamente i sacchi utilizzando guanti monouso;
- non comprimere i sacchi con le mani;
- non danneggiare e/o contaminare esternamente i sacchi;
- ogni qualvolta siano presenti oggetti taglienti, eseguirne il conferimento con particolare cura (es. avvolgendoli in carta);
- evitare l'accesso di animali da compagnia ai locali dove sono presenti sacchetti di rifiuti;
- far smaltire il rifiuto dalla propria abitazione con le procedure in vigore sul territorio (esporli fuori dalla propria porta negli appositi contenitori o gettarli negli appositi cassonetti condominiali o stradali destinati ai rifiuti indifferenziati);
- i guanti monouso utilizzati per l'operazione dovranno essere rimossi rovesciandoli ed eliminati nel successivo sacco di rifiuti indifferenziati;
- nel caso in cui il soggetto positivo o in quarantena non possa far ritirare i rifiuti da qualcuno che si faccia carico del loro conferimento o con altra modalità prevista sul territorio, si raccomanda di istituire un servizio dedicato di ritiro da parte di operatori addestrati (es. Protezione Civile, Esercito, Croce Rossa, ecc.).

11.2 Soggetti non positivi e non in isolamento o quarantena obbligatoria

Per i rifiuti urbani prodotti dalla popolazione generale in abitazioni dove non soggiornano soggetti positivi al tampone in isolamento o in quarantena obbligatoria si raccomanda di mantenere le procedure in vigore nel territorio di appartenenza, non interrompendo la raccolta differenziata. A scopo cautelativo fazzoletti o rotoli di carta, mascherine e guanti eventualmente utilizzati, dovranno essere smaltiti nei rifiuti indifferenziati.

11.3 Raccomandazioni per gli operatori del settore di raccolta e smaltimento rifiuti

Per gli operatori del settore della Raccolta e Smaltimento Rifiuti, che dovranno essere adeguatamente formati, si raccomanda l'adozione di DPI, come da gestione ordinaria, in particolare di mascherine (filtranti facciali FFP2 o FFP3), compatibilmente con la valutazione del rischio in essere in azienda. Alla luce delle conoscenze scientifiche attualmente disponibili, le mascherine chirurgiche opportunamente certificate e preferibilmente del tipo IIR o equivalente, in grado di proteggere l'operatore che le indossa da schizzi e spruzzi, rappresentano una protezione sufficiente nella maggior parte dei casi.[32]
Esclusivamente nel caso di raccolta presso utenze di soggetti positivi a COVID-19 o in quarantena obbligatoria, si raccomanda l'utilizzo di guanti monouso al di sotto dei normali guanti da lavoro non monouso al fine di prevenire il contatto della pelle con gli indumenti da lavoro e le mascherine; si consiglia, inoltre, agli operatori di procedere alla svestizione a fine turno come di seguito descritto:

- rimuovere la tuta monouso nell'apposito locale e inserirla nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire fornito dalla Azienda e presente nello spogliatoio;
- rimuovere i guanti da lavoro non monouso riponendoli, se sanificabili, in apposito sacco di plastica predisposto, dove verrà eventualmente inserita anche la divisa da lavoro. Nel caso non siano sanificabili, o

[32] *Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2).*

siano stati manipolati sacchi danneggiati e/o con visibile contaminazione esterna, devono essere conferiti nel contenitore degli indumenti da smaltire;
- rimuovere i copriscarpe monouso e gettarli nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire;
- procedere alla sanificazione dei guanti monouso ancora indossati, simulando le operazioni di lavaggio delle mani, anche mediante l'apposito disinfettante a base alcolica (75% v/v);
- rimuovere le calzature antinfortunistiche avendo cura di non farle entrare in contatto con gli altri indumenti ancora indossati;
- rimuovere la divisa da lavoro senza scuotere gli abiti, avendo cura di non farla entrare in contatto con l'arredo del locale e, secondo le regole aziendali, riporla nell'apposito sacco degli indumenti da inviare a sanificazione;
- rimuovere i guanti monouso rovesciandoli e inserirli nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire;
- dopo aver applicato le consuete obbligatorie norme igieniche alle mani (acqua e sapone e/o gel idroalcolico), procedere alla rimozione dei DPI a protezione delle vie respiratorie avendo cura di non toccare le parti esterne e gettarli nel contenitore per i dispositivi da smaltire.

11.4 Raccomandazioni per i volontari

Poiché esistono sul territorio iniziative di volontariato atte a sostenere le esigenze di persone anziane, sole, o affette da patologie, si raccomanda quanto segue:

- i volontari non possono prelevare rifiuti presso abitazioni in cui siano presenti soggetti positivi al tampone, in isolamento o in quarantena obbligatoria
- nelle abitazioni nelle quali siano presenti soggetti NON positivi al tampone, e non in isolamento o in quarantena obbligatoria, i volontari possono prelevare i rifiuti sulla base delle seguenti precauzioni e osservando norme comportamentali di seguito elencate:
    - utilizzare guanti monouso, che successivamente all'uso dovranno essere smaltiti come rifiuti indifferenziati;
    - non prelevare sacchetti aperti o danneggiati;
    - gettare il sacchetto come da procedure già in vigore (es. apposito cassonetto dell'indifferenziato o contenitore condominiale).

11.5 Raccomandazioni per gli operatori addestrati che svolgono assistenza domiciliare

Agli operatori addestrati (es. Protezione Civile, Esercito, Croce Rossa, ecc.) che svolgono assistenza domiciliare ai soggetti positivi al tampone o in quarantena obbligatoria si raccomanda quanto segue:

- qualora non già fornito dal Gestore della Raccolta Rifiuti, consegnare il materiale necessario al confezionamento del rifiuto quale sacchi, nastro adesivo o lacci per il successivo ritiro del rifiuto indifferenziato;
- ritirare i rifiuti se confezionati come previsto nel presente documento;
- verificare che i sacchi non siano danneggiati e non presentino contaminazioni esterne;
- conferire in cassonetto condominiale o stradale di indifferenziata con frequenza di almeno due volte a settimana (compatibilmente con i giorni di ritiro previsti sul territorio).

11.6 Gestione rifiuti indifferenziati

I rifiuti indifferenziati dovranno essere gestiti come da procedure vigenti sul territorio e, ove siano presenti impianti di termodistruzione, deve essere privilegiato l'incenerimento, al fine di minimizzare ogni manipolazione del rifiuto stesso.

12. INDICAZIONI PER ATTIVITÀ FUNEBRE [33]

In tutti i casi di morte di pazienti positivi COVID-19 e in tutti i casi di morte nei quali non si possa escludere con certezza che la persona fosse affetta da COVID-19, per il principio di precauzione, si applicano le cautele specifiche per defunti già adottate in presenza di sospetta o accertata patologia da microrganismi di gruppo 3 o prioni.

12.1 Precauzioni per tutti i defunti per i quali non si possa escludere la contrazione in vita di Covid-19

Premesso che con il decesso cessano le funzioni vitali e si riduce nettamente il pericolo di contagio (la trasmissione di SARS-CoV-2 è via droplets e per contatto) non essendo, il paziente deceduto, fonte di dispersione del virus nell'ambiente, è tuttavia utile osservare le seguenti precauzioni:

- la manipolazione del defunto antecedente la chiusura nel feretro deve avvenire adottando tutte le misure di sicurezza atte ad evitare il contagio tramite droplets, aerosol o contatto con superfici nonché fluidi e materiali biologici infetti;
- il personale adibito alla manipolazione del cadavere deve adottare DPI appropriati, secondo le indicazioni dei competenti servizi di sicurezza e protezione dei lavoratori, nonché dal medico competente, tenendo conto delle indicazioni fornite per gli operatori sanitari - per procedure con analogo livello di rischio - con circolari del Ministero della Salute;
- garantire un'adeguata aerazione dei locali, al termine delle attività, e un'accurata pulizia con disinfezione delle superfici e degli ambienti adibiti alle attività;
- prima dell'arrivo del personale incaricato del trasporto funebre, il personale sanitario deve provvedere all'isolamento del defunto all'interno di un sacco impermeabile sigillato e disinfettato esternamente per ridurre il rischio di contagio durante le operazioni di incassamento. In caso di decesso al di fuori delle strutture sanitarie, il personale incaricato del trasporto funebre, laddove il defunto non sia già isolato all'interno di sacco impermeabile sigillato, disinfettato, provvede all'incassamento riducendo al minimo le occasioni di contatto, avvolgendo il defunto in un lenzuolo imbevuto di disinfettante;
- sono vietati la vestizione del defunto, la sua tanatocosmesi, come qualsiasi trattamento di imbalsamazione o conservativo, o altri quali lavaggio, taglio di unghie, capelli, barba e di tamponamento;
- dopo l'incassamento il feretro, confezionato diversamente in funzione della destinazione, è chiuso e sottoposto a disinfezione esterna sia superiormente, sia lateralmente che inferiormente
- il feretro e il suo confezionamento dovranno avere le caratteristiche stabilite dall'Allegato 1 della Circolare Ministeriale prot. n. 15280 del 2.05.2020;
- le cerimonie funebri sono consentite purché svolte nei termini previsti dalla normativa vigente.

12.2 Esami autoptici e riscontri diagnostici

1. L'esecuzione di autopsie o riscontri diagnostici nei casi conclamati di COVID-19, sia se deceduti in corso di ricovero presso un reparto ospedaliero sia se deceduti presso il proprio domicilio è svolta, anche in questa terza fase emergenziale, con l'applicazione rigorosa dei protocolli di sicurezza.
2. In caso di esecuzione di esame autoptico o riscontro diagnostico, oltre ad una attenta valutazione preventiva dei rischi e dei vantaggi connessi a tale procedura, devono essere adottate tutte le precauzioni seguite durante l'assistenza del malato. Le autopsie e i riscontri possono essere effettuate solo in quelle sale settorie che garantiscano condizioni di massima sicurezza e protezione infettivologica per operatori ed ambienti di lavoro.
3. Oltre agli indumenti protettivi, l'anatomo patologo e tutto il personale presente in sala autoptica indosseranno un doppio paio di guanti in lattice, con interposto un paio di guanti antitaglio. È obbligatorio l'impiego di dispositivi di protezione delle vie respiratorie (FFP2 o superiori) associati a dispositivi di protezione di occhi e mucose (visiera o schermo facciale).
4. Evitare procedure e strumentario che possono determinare la formazione di aerosol.

[33] *Circolare Ministeriale prot. n. 15280 del 2.05.2020 e Circolare Ministeriale prot. n. 18457 del 28.05.2020.*

5. Evitare l'irrigazione delle cavità corporee; il lavaggio di tessuti ed organi deve essere eseguito utilizzando acqua fredda a bassa pressione, fatta defluire a distanza ravvicinata in modo da evitare la formazione di aerosol; i fluidi corporei devono essere raccolti per mezzo di materiale assorbente, immesso nelle cavità corporee.
6. Campioni di tessuti ed organi, prelevati per esami istologici, devono essere immediatamente fissati con soluzione di Zenker, formalina al 10% o glutaraldeide per la microscopia elettronica.
7. Al termine dell'autopsia o del riscontro diagnostico, la sala settoria deve essere accuratamente lavata con soluzione di ipoclorito di sodio o di fenolo.
8. Evitare le manipolazioni non necessarie, così come qualsiasi contatto con la salma da parte di parenti, conviventi o altre persone diverse da quelle incaricate delle operazioni necessarie.

12.3 Riduzione dei tempi di osservazione e per eseguire il trasporto funebre in cimitero o crematorio

1. Il primo medico intervenuto, se il decesso avviene all'esterno di strutture sanitarie accreditate o di ricovero e cura, per il principio di precauzione, sospende ogni intervento sul defunto, allontana i presenti e allerta tempestivamente la struttura territoriale competente per l'intervento del medico necroscopo;
2. in caso di decesso sulla pubblica via, in luogo pubblico, o comunque in luoghi diversi da abitazione, strutture di ricovero e cura, RSA e similari, gli operatori intervenuti osservano le precauzioni di massima cautela, comportandosi come se la persona defunta possa essere portatore asintomatico di COVID-19;
3. se il decesso avviene all'interno di strutture sanitarie accreditate o di ricovero e cura, il personale sanitario, attenendosi alle istruzioni puntuali della Direzione sanitaria, allontana i presenti;
4. in caso di decesso presso struttura sanitaria le direzioni di presidio riducono il periodo di osservazione della salma ricorrendo all'accertamento strumentale della morte, ai sensi del D.M. Salute 11 aprile 2008;
5. in caso di decesso al di fuori di strutture sanitarie, i medici necroscopi, constatata la morte mediante visita necroscopica, riducono il periodo di osservazione al tempo dell'esecuzione della loro visita e consentono il più rapido incassamento del cadavere e il successivo trasporto funebre;
6. in assenza di volere degli aventi titolo per il trasporto funebre e la successiva sepoltura o cremazione, decorse al massimo 48 ore dal decesso, la Prefettura può disporre d'ufficio il trasporto funebre, fatta salva una tempistica inferiore disposta dal sindaco (v. OCDPC n.655 del 25 marzo 2020);
7. tutti i defunti di cui al precedente punto 2) sono obbligatoriamente trasportati al Servizio mortuario della struttura sanitaria territoriale di riferimento o all'obitorio, secondo le indicazioni ricevute dall'Autorità intervenuta, sia essa giudiziaria, di polizia giudiziaria, o sanitaria.

I rifiuti sono trattati nel rispetto delle norme applicabili in base alla natura e, laddove se ne ravvisi la necessità, secondo quanto previsto dalla normativa sui rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo di cui al D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254.

Allegato 1. Procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI

Negli ambienti ospedalieri, la vestizione e la svestizione devono essere eseguite nell'anti-stanza/zona filtro, prima di entrare nella stanza di degenza del paziente.
Si raccomanda di eseguire le operazioni rispettando scrupolosamente l'ordine sotto indicato.

Procedura di vestizione:

- togliere ogni monile e oggetto personale;
- praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica;
- controllare l'integrità dei dispositivi; non utilizzare dispositivi non integri;
- indossare un primo paio di guanti;
- indossare sopra la divisa il camice monouso, ove indicato;
- indossare mascherina chirurgica o idoneo filtrante facciale, ove indicato;
- indossare gli occhiali di protezione, ove indicato;
- indossare un secondo paio di guanti, ove indicato, avendo cura di coprire il polsino del camice con il secondo paio di guanti.

Procedura di svestizione:

- evitare ogni contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute;
- i DPI monouso vanno smaltiti in apposito contenitore impermeabile;
- decontaminare i DPI riutilizzabili;
- rispettare la sequenza indicata, cercando di partire dal DPI più contaminato, ossia sovrascarpe se presente e paio di guanti esterno, a seguire camice, ecc.:

  1. rimuovere il sovrascarpe se presente,
  2. rimuovere i guanti esterni e smaltirli nel contenitore,
  3. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
  4. rimuovere il camice monouso, arrotolandolo dalla parte interna e smaltirlo nel contenitore,
  5. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
  6. rimuovere gli occhiali (prendendoli dal laccio posteriore e non dal davanti) e sanificarli (o riporli nell'apposito contenitore per successiva sanificazione),
  7. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
  8. rimuovere la maschera o filtrante facciale maneggiando dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore,
  9. rimuovere ultimo paio di guanti,
  10. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone.

Azienda Zero mette a disposizione dei video tutorial dimostrativi su alcune procedure assistenziali di base utili per la gestione di persone assistite affette da COVID-19, tra le quali le procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI, al seguente link https://www.azero.veneto.it/-/emergenza-coronavirus.

Allegato 2. Protezione degli operatori dei servizi sanitari - FASE 3

È documentato che i soggetti maggiormente a rischio d'infezione da SARS-CoV-2 sono coloro che sono a contatto stretto con un paziente affetto da COVID-19, in primis gli operatori sanitari impegnati in assistenza diretta ai casi, e il personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni biologici di un caso di COVID-19, senza l'impiego e il corretto utilizzo dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei. **Risulta, pertanto, di fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale siano opportunamente formati e aggiornati in merito alle modalità e ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19.**
Si riporta di seguito la Tabella 1. tratta e adattata dal *Rapporto ISS COVID-19, n. 2/ 2020 Rev. 2, a cura del Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020.*

Si segnala che in caso di utilizzo di dispositivi FFP2 e FFP3 con valvola, è necessario indossare sopra agli stessi anche la mascherina chirurgica.

Tabella 1. DPI e dispositivi medici indicati per la prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 per contesto lavorativo e destinatari dell'indicazione.

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
Aree di degenza			
Stanza di pazienti COVID-19[34]	Operatori sanitari (si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Assistenza diretta a pazienti COVID-19	FFP2 Camice monouso/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Procedure o setting a rischio di generazione di aerosol[35]	FFP3 o FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esecuzione tampone oro e rinofaringeo (stessi DPI anche per tamponi effettuati in comunità)	FFP2 Camice/grembiule monouso Occhiali di protezione (occhiale a mascherina/visiera)

[34] *In UTI l'operatore che passa da un paziente ad un altro effettuando procedure differenziate dovrebbe indossare sempre FFP2/FFP3, per un minor consumo di dispositivi o FFP3 o Powered Air Purifyng Respirator (PAPR) o sistemi equivalenti.*
[35] *Ad esempio rianimazione cardiopolmonare, intubazione ed estubazione con le relative procedure come ventilazione manuale e aspirazione aperta del tratto respiratorio, broncoscopia, induzione di espettorato, terapie in grado di generare nebulizzazione*, NIV, BiPAP, CPAP, ventilazione ad alta frequenza oscillatoria, ossigenazione nasale ad alto flusso*, tampone nasofaringeo (anche effettuato in comunità), procedure correlate alla tracheotomia/tracheostomia, broncoscopia, chirurgia e procedure autoptiche che includono apparecchiature ad alta velocità*, alcune procedure dentistiche (es. trapanazione ad alta velocità)*, procedure endoscopiche (es. gastrointestinale dove è presente aspirazione aperta del tratto respiratorio superiore)* Le procedure con (*) non sono incluse nella lista di procedure che generano aerosol indicata dall'OMS (vedi "Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages").*

			Guanti
	Addetti alle pulizie (si raccomanda riduzione al minimo del numero di addetti esposti; formazione e addestramento specifici)	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse
	Visitatori (necessario limitare l'accesso)[36]	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19, qualora eccezionalmente permesso	Mascherina chirurgica Camice monouso Guanti
Altre aree di transito e trasporto interno dei pazienti (es. reparti, corridoi)	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Nessuna attività che comporti contatto con pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica
Aree di degenza senza pazienti COVID accertati o sospetti, incluse unità di lungodegenza, Day Hospital, Day Services	Operatori sanitari	Contatto diretto con pazienti non sospetti COVID-19	DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria attività
Triage (in ambito ospedaliero per accettazione utenti)	Operatori sanitari (si raccomanda riduzione al minimo del numero di esposti; formazione e addestramento specifici)	Screening preliminare che non comporta contatto diretto	Mascherina chirurgica Vetrata, interfono/citofono. In alternativa mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro se possibile
		Screening con contatto diretto paziente COVID 19 positivo o sospetto	FFP2 Camice monouso/grembiule monouso Guanti monouso Occhiali/visiera protettivi
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere una distanza dall'operatore di almeno 1 mt (in assenza di vetrata e interfono) Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)* Isolamento in stanza singola con porta chiusa e adeguata ventilazione se possibile;

[36] *I visitatori al momento della redazione di questo documento non sono consentiti in base alla circolare del Ministero della Salute del 24/2/2020. Se i visitatori devono entrare nella stanza di un paziente con COVID-19, devono ricevere istruzioni chiare su come indossare e rimuovere i DPI e sull'igiene delle mani da effettuare prima di indossare e dopo aver rimosso i DPI; questo dovrebbe essere supervisionato da un operatore sanitario.*

			alternativamente, collocazione in area separata sempre a distanza di almeno 1 mt
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)* Mantenere una distanza dagli altri pazienti di almeno 1 metro
Laboratorio locale o di riferimento regionale e nazionale ISS	Tecnici di laboratorio (si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Manipolazione di campioni respiratori	Laboratorio BSL di classe 3 (coltura per isolamento del virus) con procedure e DPI conseguenti Laboratorio BSL di classe 2 (diagnostica con tecniche di biologia molecolare) con procedure e DPI conseguenti
Aree amministrative	Tutti gli operatori	Attività amministrative che non comportano contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza interpers. di almeno 1 metro

Ambulatori ospedalieri e del territorio nel contesto di COVID-19			
Ambulatori	Operatori sanitari	Esame obiettivo di pazienti con sintomi respiratori	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esame obiettivo di pazienti senza sintomi respiratori	Mascherina chirurgica
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica
	Addetti alle pulizie	Dopo l'attività di visita di pazienti con sintomi respiratori. Areare gli ambienti dopo l'uscita del paziente e prima di un nuovo ingresso	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

Sale d'attesa	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)* Isolare immediatamente il paziente in area dedicata o comunque separata dagli altri; se tale soluzione non è adattabile assicurare la distanza di almeno 1 metro dagli altri pazienti
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica Distanza di almeno 1 mt
Aree amministrative	Tutti gli operatori	Attività amministrative	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza interpers. di almeno 1 metro
Triage (accettazione utenti)	Operatori sanitari	Screening preliminare che non comporta contatto diretto[37]	Mascherina chirurgica e, se possibile, mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere la distanza dal paziente di almeno 1 metro Mascherina chirurgica se tollerata (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)*
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica
	Accompagnatori	Accesso in stanza del paziente senza prestare cure o assistenza diretta	Mascherina chirurgica
Assistenza al domicilio	Paziente sospetto con sintomi respiratori – paziente COVID-19	Assistenza diretta al domicilio di paziente COVID-19 o di pazienti con sintomi respiratori	Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente
	Operatori sanitari	Assistenza diretta al domicilio di paziente COVID-19 o di pazienti con sintomi respiratori	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera

Ambulanza o mezzi di trasporto			
Ambulanza o mezzi di trasporto	Operatori sanitari	Trasporto con permanenza con il sospetto caso	FFP2 Camice/grembiule

[37] *Questa categoria include l'utilizzo di termometri senza contatto, termocamere e la limitazione del tempo di osservazione e di domande, il tutto mantenendo una distanza spaziale di almeno 1 metro.*

		COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento	monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
	Addetti alla guida	Solo guida del mezzo con sospetto o confermato caso di COVID-19 a bordo e separazione del posto di guida da quello del paziente senza circuiti di ricircolo dell'aria tra i due compartimenti del mezzo	Mantenere la distanza di almeno 1 metro Non sono necessari DPI
		Assistenza nelle fasi di carico e scarico del paziente sospetto per COVID-19	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Nessun contatto diretto con paziente sospetto COVID-19 ma senza separazione del posto di guida da quello del paziente	Mascherina chirurgica
	Paziente con sospetta infezione da COVID-19	Trasporto alla struttura sanitaria di riferimento	Mascherina chirurgica se tollerata
	Addetti alle pulizie delle autoambulanze	Pulizie dopo e durante il trasporto dei pazienti con sospetta infezione da COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento (alla fine del trasporto del paziente, nel caso in cui sia possibile areare il mezzo, mascherina chirurgica)	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

Allegato 3. Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori

SCHEDA PER LA NOTIFICA DI CASI DA VIRUS RESPIRATORI

Stagione 2019-2020

I dati della scheda dovranno essere inseriti nel sito al seguente indirizzo https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx
Copia della scheda dovrà essere inviata a malinf@sanita.it ed a sorveglianza.influenza@iss.it

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dati della segnalazione

Data di segnalazione: |_____|

Regione: |_____| **Asl:** |_____|

Dati di chi compila la scheda

Nome: |_____| **Cognome:** |_____|

Telefono: |_____| **Cellulare:** |_____| **E-mail:** |_____|

Informazioni Generali del Paziente

Nome: |_____| **Cognome:** |_____| **Sesso:** M|__| F|__|

Data di nascita: |_____| se data nascita non disponibile, specificare età in anni compiuti: |__|__| o in mesi: |__|__|

Comune di residenza: |_____|

In stato di gravidanza? Si|__| No|__| Non noto|__| se sì, mese di gestazione |___|

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Si|__| No|__| Non noto|__|

se si, **Nome commerciale del vaccino:** |_____| **Data della vaccinazione:** |_____|

Informazioni Cliniche del Paziente

Data insorgenza primi sintomi: |_____|

Data ricovero: |_____| **Nome Ospedale**: |_____|

Reparto: Terapia intensiva/rianimazione (UTI) |__| Intubato |__| ECMO |__|
DEA/EAS |__|
Terapia sub intensiva |__|
Cardiochirurgia |__|
Malattie Infettive |__|
Altro, specificare |__| _____

Terapia Antivirale: Si|__| No|__| Non noto|__|

se si, Oseltamivir |__| Zanamivir |__| Peramivir |__| **Data inizio terapia:** |_____| **Durata:** |___| (giorni)

Malattie respiratorie	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Malattie renali	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Malattie metaboliche	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Obesità BMI tra 30 e 40	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Obesità BMI>40	Si|__|	No|__|	Non noto|__|

Altro, specificare: _____

Dati di Laboratorio

Data prelievo del campione: |_____|

Diagnosi per: |__| A(H1N1)pdm09
|__| A(H3N2)
|__| A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)
|__| A/Altro sottotipo |_____|
|__| B
|__| nuovo coronavirus (2019 – nCoV)

Data diagnosi del laboratorio: |_____|

Invio del campione al Laboratorio NIC presso ISS: Si|__| No|__| se si, **Data di invio:** |_____|

Se presenza complicanze, specificare: |_____|

Data complicanza: |_____| **Eseguita radiografia:** Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Polmonite influenzale primaria:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Polmonite batterica secondaria:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Polmonite mista:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI) [4]**:**	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) [5]**:**	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Altro, specificare:	Si|__|	No|__|	Non noto|__| _____

Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da **nuovo coronavirus**? Si|__| No|__| Non noto|__| Se sì,

dove _____ data di arrivo : |___||___||_____| data di partenza : |___||___||_____|

dove _____ data di arrivo : |___||___||_____| data di partenza : |___||___||_____|

dove _____ data di arrivo : |___||___||_____| data di partenza : |___||___||_____|

data di arrivo in Italia: |___|/|___|/|_____|

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da **nuovo coronavirus**? Si|__| No|__| Non noto|__|

[4] **Definizione di caso di SARI**: un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:
- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbricola, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

[5] **Definizione di ARDS:** paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:
sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento

Se sì, specificare dove: _____

data esposizione: |___|/|___|/|_____|

Esito e Follow-up

Esito:	Guarigione	|__|	**Data:** |_____|
	Decesso	|__|	**Data:** |_____|
	Presenza esiti	|__|	Specificare _____

Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali, inclusa la sottotipizzazione per A(H1N1)pdm09 e A(H3N2), per tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sopra riportate).

Per i casi con conferma di laboratorio per influenza si raccomanda di far pervenire il campione biologico al Centro Nazionale Influenza (NIC) presso L'ISS, previa comunicazione tramite **flulab@iss.it**, se da soggetti con età <65 anni e non aventi patologie croniche favorenti le complicanze. In caso di virus di tipo A non sottotipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2) e appartenente ad altro sottotipo (es. H5, H7, H9, H1N1v, H3N2v) e in caso di 2019-nCoV, si raccomanda di contattare tempestivamente e far pervenire al NIC il campione biologico.

Allegato 4. Scheda riassuntiva isolamento domiciliare fiduciario e quarantena

CASO CONFERMATO O SOSPETTO

CASO CONFERMATO	INIZIO	Corrisponde alla data di prelievo del tampone positivo.
	DURATA	**14 giorni**
	TERMINE	I due tamponi di negativizzazione a distanza di almeno 24 ore l'uno dall'altro vengono eseguiti a partire dal 15° giorno, se il soggetto non accusa febbre e ha un miglioramento degli altri sintomi da almeno 72 ore. L'isolamento termina appena disponibile il referto negativo del secondo tampone.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Il termine previsto verrà differito di sette giorni in sette giorni, qualora uno dei due tamponi risulti ancora positivo o qualora il soggetto presenti febbre o altra sintomatologia importante nelle ultime 72 ore del periodo.

CASO SOSPETTO*	INIZIO	Corrisponde inizialmente alla data di inizio sintomi.
	DURATA	**fino a esito tampone**
	TERMINE	**fino a esito tampone**
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il caso diventa confermato si seguono le indicazioni per il caso confermato.

** Il caso sospetto, come da indicazioni nazionali e regionali, deve essere sottoposto a test diagnostico.*

CASO CONFERMATO DIMESSO SENZA NEGATIVIZZAZIONE	INIZIO	Corrisponde al giorno della dimissione.
	DURATA	**7 giorni dalla data di dimissione e comunque non meno di 14 giorni dalla data di esecuzione del primo tampone positivo.**
	TERMINE	All'8° giorno, se il soggetto non accusa febbre e ha un miglioramento degli altri sintomi da almeno 72 ore e abbia eseguito due tamponi risultati negativi effettuati a distanza di almeno 24 ore l'uno dall'altro.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Il termine previsto verrà differito di sette giorni in sette giorni, qualora uno dei due tamponi di negativizzazione risulti ancora positivo o qualora il soggetto presenti febbre o non siano migliorati i restanti sintomi da almeno 72 ore dal termine previsto.

CONTATTI DI CASO

Si ricordano le indicazioni all'effettuazione del test diagnostico per SARS-CoV-2 su tampone nasofaringeo per i contatti di caso confermato di COVID-19, di cui al capitolo 2.1.

CONTATTO DI CASO CONFERMATO	INIZIO	Corrisponde alla data dell'ultimo contatto con il caso. Se convivente, corrisponde alla data dell'isolamento funzionale a domicilio del caso.
	DURATA	**14 giorni** *N.B. Si ricorda che per il caso confermato non è raccomandato effettuare ulteriori test se non per la negativizzazione o in caso di ricomparsa di quadro clinico sospetto. La durata dell'isolamento del contatto non è comunque influenzata dall'eventuale ripetuta positività al tampone del caso confermato.*
	TERMINE	Al 15° giorno se il soggetto è rimasto asintomatico per tutto il periodo di quarantena. **Deve essere eseguito un tampone al termine della quarantena a tutti i contatti stretti, e comunque a tutti i contatti considerati a rischio in base alla valutazione del SISP, anche se asintomatici.**
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il soggetto presenta sintomatologia sospetta per COVID-19 durante il periodo di quarantena devono essere osservate le disposizioni per caso sospetto. In caso di tampone positivo eseguito per sintomi comparsi o per controllo al termine della quarantena, si seguono le indicazioni per il caso confermato. *N.B. Se durante il periodo di sorveglianza attiva, l'operatore di sanità pubblica rilevasse che l'isolamento non fosse stato condotto correttamente o comunque fossero ipotizzabili dei contatti definiti a rischio, valuta di prolungare l'isolamento.*

** In presenza di contatto di caso sospetto si seguono le indicazioni di isolamento per i contatti in attesa della conferma.*

CONVIVENTE DI CASO CONFERMATO AL MOMENTO RICOVERATO	INIZIO	Corrisponde alla data dell'ultimo contatto a rischio con il caso convivente, prima del ricovero di quest'ultimo.
	DURATA	**14 giorni** *N.B. Qualora il caso confermato venisse dimesso con tampone positivo, il periodo di quarantena dei conviventi rimasti asintomatici non verrà prolungato.*
	TERMINE	Al 15° giorno, se il soggetto è rimasto asintomatico per tutto il periodo di quarantena. Deve essere eseguito un tampone al termine della quarantena a tutti i conviventi, anche se asintomatici, e deve essere risultato negativo prima del termine dell'isolamento.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il soggetto presenta sintomatologia sospetta per COVID-19 durante il periodo di quarantena devono essere osservate le disposizioni per caso sospetto. In caso di tampone positivo eseguito per sintomi comparsi o per controllo al termine della quarantena, si seguono le indicazioni per il caso confermato. *N.B. Se durante il periodo di sorveglianza attiva, l'operatore di sanità pubblica rilevasse che l'isolamento non fosse stato condotto correttamente o comunque fossero ipotizzabili dei contatti definiti a rischio, valuta di prolungare l'isolamento.*

Allegato 5. Indicazioni per la gestione dei soggetti in isolamento domiciliare e/o quarantena

1. Il soggetto deve rimanere in una **stanza dedicata** e dotata di **buona ventilazione**, possibilmente con **bagno dedicato**, dormire da solo/a. Se disponibile un solo bagno, dopo l'uso pulire con prodotti a base di cloro attivo 0.5% oppure con alcool 70%.
2. **Escludere eventuale impianto di ricircolo aria**.
3. **Limitare al massimo i movimenti del soggetto negli spazi comuni della casa**. Assicurarsi che gli **spazi condivisi** (ad es. cucina, bagno) siano **ben ventilati** (es. tenere le finestre aperte). **In presenza di altre persone**, mantenere una distanza di almeno un metro e assolutamente **evitare ogni contatto diretto**.
4. **Evitare ogni possibile condivisione di oggetti**. Il soggetto deve utilizzare **lenzuola, asciugamani, salviette e stoviglie dedicati**. Lavarli con cura con normale detergente prima di permettere il riutilizzo da parte di altre persone.
5. Vi è il **divieto di spostamenti** o viaggio e **l'obbligo** di rimanere **raggiungibile per le attività di sorveglianza**.
6. Vi è il **divieto di ricevere visite** fino al termine del periodo di isolamento e/o quarantena se il soggetto è asintomatico, e comunque fino a guarigione clinica se sintomatico.
7. Il soggetto deve indossare il più possibile una **mascherina chirurgica** per contenere le secrezioni respiratorie. Se questa non dovesse essere tollerata, osservare le norme di **igiene respiratoria** (coprire naso e bocca usando fazzoletti quando starnutisce o tossisce, tossire nel gomito; eliminare i fazzoletti monouso in un doppio sacco impermeabile in una pattumiera chiusa con apertura a pedale; lavarsi immediatamente le mani).
8. Le **persone incaricate di assistere il soggetto dovrebbero essere in buona salute**, non affette da patologie croniche o che compromettono il sistema immunitario.
9. Le **persone che assistono il soggetto devono indossare mascherina chirurgica** monouso (che non deve essere toccata durante l'uso e deve essere cambiata se umida o danneggiata), da eliminare in un doppio sacco impermeabile posto in pattumiera chiusa con apertura a pedale, procedendo successivamente a lavaggio delle mani. Se possibile, mantenere una distanza di almeno 1 metro dal soggetto.
10. I conviventi e le **persone che forniscono assistenza devono evitare ogni contatto diretto con il soggetto**. Se l'assistenza prevede contatto con secrezioni respiratorie, feci o urine è necessario l'utilizzo dei guanti monouso che devono essere poi eliminati con cura in un doppio sacco impermeabile in pattumiera chiusa con apertura a pedale, seguito dal lavaggio delle mani.
11. **Pulire e disinfettare almeno una volta al giorno le superfici** dei locali utilizzati dal soggetto con detergenti e successivamente con prodotti a base di cloro attivo 0.5% oppure con alcol 70%, con particolare attenzione alle superfici toccate di frequente. Indossare un camice monouso (o un grembiule dedicato) e guanti monouso; in caso di guanti domestici in gomma spessa riutilizzabili, questi devono essere puliti e disinfettati dopo l'uso.
12. **Non scuotere la biancheria** del soggetto, deporla in un sacco dedicato, separatamente da quella del resto della famiglia e lavarla in **lavatrice ad almeno 60°** per trenta minuti, usando comune detersivo. Utilizzare mascherina chirurgica e guanti durante queste procedure.
13. I **rifiuti** (guanti, mascherine, fazzoletti, ecc.) prodotti dal soggetto in isolamento o nell'attività di assistenza, devono essere **smaltiti in un doppio sacchetto di plastica chiuso e disposto in pattumiera chiusa**.
14. Sebbene al momento non esistano prove che dimostrino che animali come cani o gatti possano essere una fonte di infezione per l'uomo, a scopo puramente precauzionale, si suggerisce di limitare il contatto con gli animali.
15. **Lavarsi le mani** (con sapone e acqua, per almeno 40 secondi, o con soluzione idroalcolica):
    - dopo contatto col soggetto o il suo ambiente;
    - prima e dopo aver preparato il pasto, usato il bagno, soffiato il naso e comunque in relazione a contatti potenzialmente a rischio;
    - prima e dopo la vestizione/svestizione dei DPI (mascherina, guanti, ecc.).

Il SISP (o in alternativa MMG/PLS secondo l'organizzazione e in funzione dell'evoluzione epidemiologica) provvede a contattare telefonicamente, una volta al giorno, il soggetto in isolamento, il quale è anche invitato a misurare ed annotare la temperatura corporea due volte al giorno e a **contattare solo telefonicamente SISP/118 nel caso di comparsa o peggioramento di febbre o altri sintomi**.

Allegato 6. Misure generali di igiene per la riduzione del rischio di contagio da SARS-CoV-2

Le misure generali di prevenzione e mitigazione del rischio di infezione da SARS-CoV-2 sia nei contesti sanitari sia di comunità, includono le seguenti azioni:

- praticare frequentemente l'igiene delle mani con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi o con soluzioni/gel a base alcolica e in tutti i momenti raccomandati (prima e dopo il contatto interpersonale, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo essersi soffiati il naso o aver tossito o starnutito, dopo l'uso del bagno, dopo il contatto con superfici o oggetti che vengono toccati da molte persone come maniglie, rubinetti, interruttori, banconi, denaro);
- indossare la mascherina o altra idonea protezione delle vie respiratorie ed eseguire l'igiene delle mani prima di indossarla e dopo averla rimossa ed eliminata;
- evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani, senza prima essersele lavate o deterse accuratamente;
- tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;
- evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori;
- in caso di febbre e/o sintomi respiratori (e/o gastrointestinali in particolare nei bambini) non uscire di casa e contattare il proprio medico curante;
- praticare un'accurata igiene degli ambienti e delle superfici con particolare attenzione a quelle che più frequentemente vengono toccate o manipolate o sulle quali possono depositarsi goccioline prodotte con il respiro, il parlato o colpi di tosse e starnuti;
- aerare frequentemente i locali e privilegiare le attività all'aria aperta evitando i luoghi chiusi e affollati.

Tali principi per prevenire la trasmissione e contenere la diffusione di SARS-CoV-2 devono essere divulgati tramite appositi materiali informativi. Inoltre, le attività e gli ambienti in tutte le strutture sanitarie e nei luoghi affollati (ad esempio aeroporti, stazioni ferroviarie, porti, metropolitane, scuole, centri commerciali, mercati, centri congressuali) devono essere riorganizzate nel rispetto delle indicazioni sopra riportate.

Uso della mascherina a protezione delle vie aeree

La mascherina riduce la trasmissione dei patogeni che vengono trasportati dalle goccioline emesse quando si tossisce, si starnutisce o ci si soffia il naso, svolgendo una funzione di barriera meccanica. La mascherina è efficace solo se usata in modo appropriato, altrimenti rischia di essere controproducente diventando un ricettacolo di patogeni e favorendone la trasmissione. Le regole per il corretto uso della mascherina sono:

- prima di indossarla, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone oppure con soluzione idroalcolica;
- far aderire bene la mascherina al volto in modo che non ci sia spazio libero tra il bordo della mascherina e la pelle;
- mentre si indossa la mascherina, evitare di toccarla con le mani per non rischiare di contaminarla oppure di contaminarsi le mani;
- se la mascherina si inumidisce o danneggia, è necessario cambiarla perché il tessuto di cui è fatta svolge un'efficace funzione di barriera solo quando è asciutto ed integro;
- per togliersi la mascherina, afferrarla per le stringhe o gli elastici evitando di toccare la parte a contatto con il viso, per evitare di contaminarsi le mani con eventuali goccioline depositatesi sulla mascherina;
- dopo essersi tolti la mascherina, gettarla immediatamente in un sacchetto impermeabile ed evitare di lasciarla in giro o di porla a contatto con oggetti e superfici per non contaminare l'ambiente;
- dopo aver gettato la mascherina, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone oppure con soluzione idroalcolica e non toccare il proprio corpo, gli oggetti o le superfici circostanti finché non ci si è lavati le mani.

Per richieste di informazioni sono disponibili i seguenti numeri:

- **numero verde Regione Veneto: 800.462.340**
- **numero verde Azienda ULSS: _____**
- **numero di pubblica utilità: 1500**

Allegato 7. Disposizioni operative per il Distretto e i MMG/PLS/MCA

Le procedure di gestione dei pazienti in relazione alla epidemia COVID-19, che coinvolgono principalmente i Distretti e i MMG/PLS/MCA, si articolano in percorsi operativi atti a facilitare l'individuazione, attraverso criteri epidemiologici e clinici, dei casi e dei contatti e la relativa presa in carico, nonché le modalità organizzative a supporto.

Sulla base di quanto disposto dal Decreto Legge n.23 dell'8 aprile 2020 – art 38, i MMG/PLS, per le necessità connesse al contenimento dell'emergenza pandemica da COVID-19, per tutta la durata dell'emergenza, devono garantire (comma 3) la reperibilità a distanza (telematica, SMS, Sistemi di messaggistica, sistemi di videocontatto e videoconsulto) per tutta la giornata. I medici si dotano, con oneri a proprio carico, di sistemi di piattaforme digitali che consentano il contatto ordinario e prevalente con i pazienti fragili e cronici gravi e collaborano a distanza nel caso non siano dotati di DPI idonei, per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli ospedali (comma 4).

Corretto utilizzo del numero verde della Regione del Veneto: 800462340

Il numero verde regionale è a disposizione dei cittadini per informazioni generali e risponde sulla base dello schema riportato nell'Allegato 9. Si precisa che è un **servizio esclusivamente informativo** e non può in alcun modo attivare l'esecuzione di tamponi a domicilio o altre prestazioni dirette sulla persona chiamante. Le singole Aziende ULSS possono attivare singoli numeri di carattere informativo o a supporto della gestione, la cui organizzazione sarà regolata dalle singole procedure aziendali.

La gestione dei singoli casi spetta al MMG/PLS/MCA. I MMG potranno avvalersi del supporto delle USCA per la gestione dei casi sintomatici segnalati dai SISP o che si rivolgono telefonicamente direttamente al Medico di riferimento. Le USCA garantiscono l'assistenza a domicilio dei pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresa l'eventuale effettuazione del tampone, la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio. Le USCA forniscono supporto anche nella gestione dell'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle RSA/Ospedali di Comunità, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio.

Per l'età pediatrica il PLS collabora con le U.O. di Pediatria alle quali, dopo preliminare accordo telefonico, potrà essere inviato il bambino COVID-19 positivo in caso di persistenza o aggravamento dei sintomi.

Richiesta da parte del MMG/PLS/MCA di effettuazione tamponi

Qualora, anche a seguito di triage telefonico, il MMG/PLS/MCA ritenga necessaria la raccolta di campione biologico a domicilio (tampone) per la diagnosi di COVID-19, si procederà come segue:

- il MMG/PLS/MCA comunica alla COT la necessità di eseguire la raccolta di un campione biologico fornendo i dati necessari, nel rispetto delle raccomandazioni;
- la COT attiva la Centrale ADI o le USCA per la raccolta del campione biologico a domicilio o in ambulatori dedicati, secondo l'organizzazione aziendale; alternativamente provvederà direttamente il MMG, se necessario supportato dal SISP; per l'età pediatrica la raccolta del campione può essere effettuata presso punti di prelievo distrettuali o aziendali o ospedalieri direttamente con impegnativa del PLS;
- l'operatore sanitario, adottando le precauzioni, i dispositivi di protezione individuale e dispositivi medici utili a minimizzare la possibilità di esposizione ad agenti patogeni, provvede alla raccolta del campione e lo consegna al Laboratorio individuato ai fini della diagnosi, secondo le procedure aziendali.

Comunicazione esiti del tampone effettuato

La UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero rende disponibile l'esito degli esami effettuati direttamente al MMG/PLS/COT.

Dispositivi di protezione individuale nell'ambito dell'Assistenza Primaria

Tutti gli operatori sanitari, compresi MMG/PLS/MCA, devono utilizzare i DPI e dispositivi medici previsti per le finalità di tutela della salute individuale e collettiva, in considerazione del ruolo da essi esercitato nell'ambito di servizi essenziali e visto l'elevato numero di possibili contatti con il virus nello svolgimento delle loro funzioni.

Le Aziende ULSS mettono a disposizione i DPI e dispositivi medici previsti da procedure aziendali o dalla normativa vigente specifici per i setting dell'Assistenza Primaria (Allegato 2) comunicando l'elenco delle sedi in cui è possibile ritirare il materiale nonché le annesse modalità (orari e quantità).

Centrale Operativa Territoriale

Le funzionalità delle COT dovranno essere opportunamente riorganizzate da parte della Direzione Generale, prevedendo di garantire anche ampliamenti di orario, al fine di poter adeguatamente supportare l'applicazione delle suddette disposizioni. In particolare le attività riguardano:

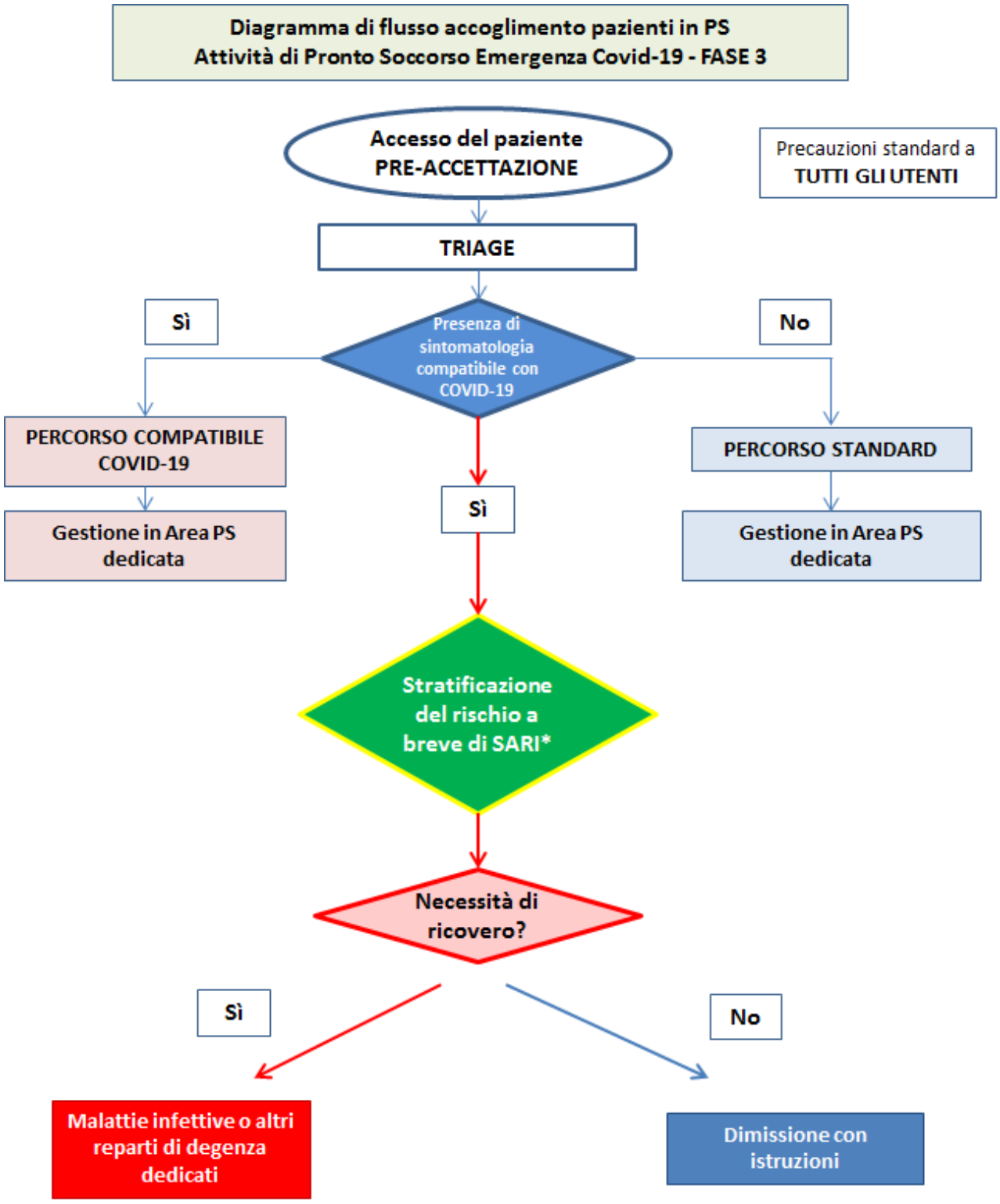
- verifica dell'esecuzione del tampone a pazienti dimessi verso RSA/strutture intermedie e verso il proprio domicilio, verificando che l'esito sia stato comunicato al MMG/PLS, all'ADI e/o ai vari servizi coinvolti nella presa in carico (es. cure palliative, ecc.);
- supporto alla gestione delle dimissioni/ammissioni o trasferimenti di pazienti COVID-19 verso i Centri COVID-19, ricevendo le richieste di trasferimento, organizzando gli accessi e i trasferimenti, registrando gli ingressi in entrata e uscita;
- supporto alla programmazione dei tamponi a domicilio, negli ambulatori dedicati e in tutte le strutture (sia per ospiti che per dipendenti del SSN);
- supporto all'attività programmatoria delle U.S.C.A. anche per la gestione dei tamponi nelle varie dimensioni aziendali (domicilio, strutture residenziali, strutture intermedie, ecc.).

Certificati Malattia

In caso di necessità di certificazione ai fini INPS per l'assenza dal lavoro, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al Medico di Medicina Generale in cui si dichiara che per motivi di Sanità Pubblica il soggetto è stato posto in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario, specificando la data di inizio e fine.

Come previsto dal DPCM del 8 marzo 2020, accertata la necessità di avviare la sorveglianza sanitaria e l'isolamento fiduciario o la quarantena a domicilio, l'operatore di Sanità Pubblica informa il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta da cui il soggetto è assistito anche ai fini dell'eventuale certificazione INPS (Circolare INPS HERMES 25 n. 716 del 25 febbraio 2020). Al fine di agevolare le misure cautelative per evitare la diffusione di SARS-CoV-2, si chiede ai Medici certificatori di malattia, all'atto della compilazione dei certificati dei soggetti interessati, di apporre chiaramente in diagnosi se si tratta di quarantena, isolamento fiduciario, febbre con sospetto di coronavirus, o in alternativa il codice V29.0 corrispondente a quarantena obbligatoria o volontaria, sorveglianza attiva, ecc.

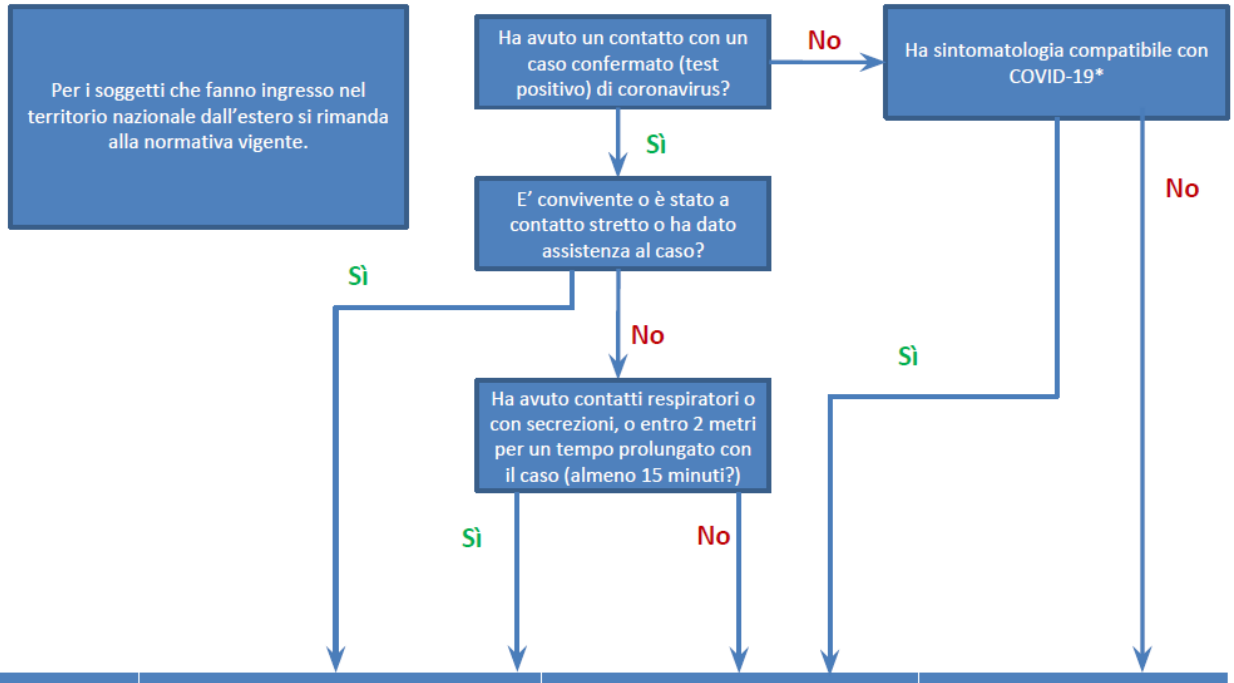
Allegato 8. Flow chart accoglimento pazienti in Pronto Soccorso Emergenza COVID-19 [38]



* SARI: Severe Acute Respiratory Infection

[38] *Flow-chart tratta dal documento "Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2 - COVID-19"*

Allegato 9. Flow-chart per la gestione telefonica (call center)



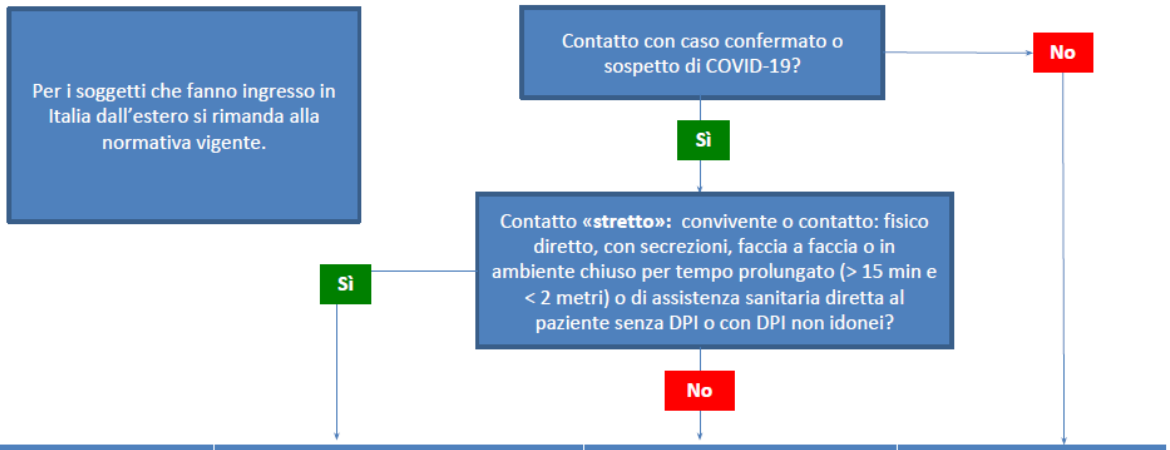
MISURE INDICATE	ALTO RISCHIO	BASSO RISCHIO	NESSUN RISCHIO IDENTIFICABILE
NESSUN SINTOMO	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena per 14 gg. Controlli insorgenza di febbre o tosse o altri sintomi sospetti*	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena a discrezione dell'operatore SISP Controlli insorgenza di febbre o tosse o altri sintomi sospetti*	Nessuna
FEBBRE E/O TOSSE E/O ALTRI SINTOMI SOSPETTI*	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena per 14 gg. Contatti telefonicamente il suo medico di medicina generale. (se difficoltà a respirare CHIAMARE 118)	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena. Contattati telefonicamente il suo medico di medicina generale. (se difficoltà a respirare CHIAMARE 118)	Contatti telefonicamente il suo medico di medicina generale.

* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

Allegato 10. Flow-chart Triage MMG/PLS/MCA



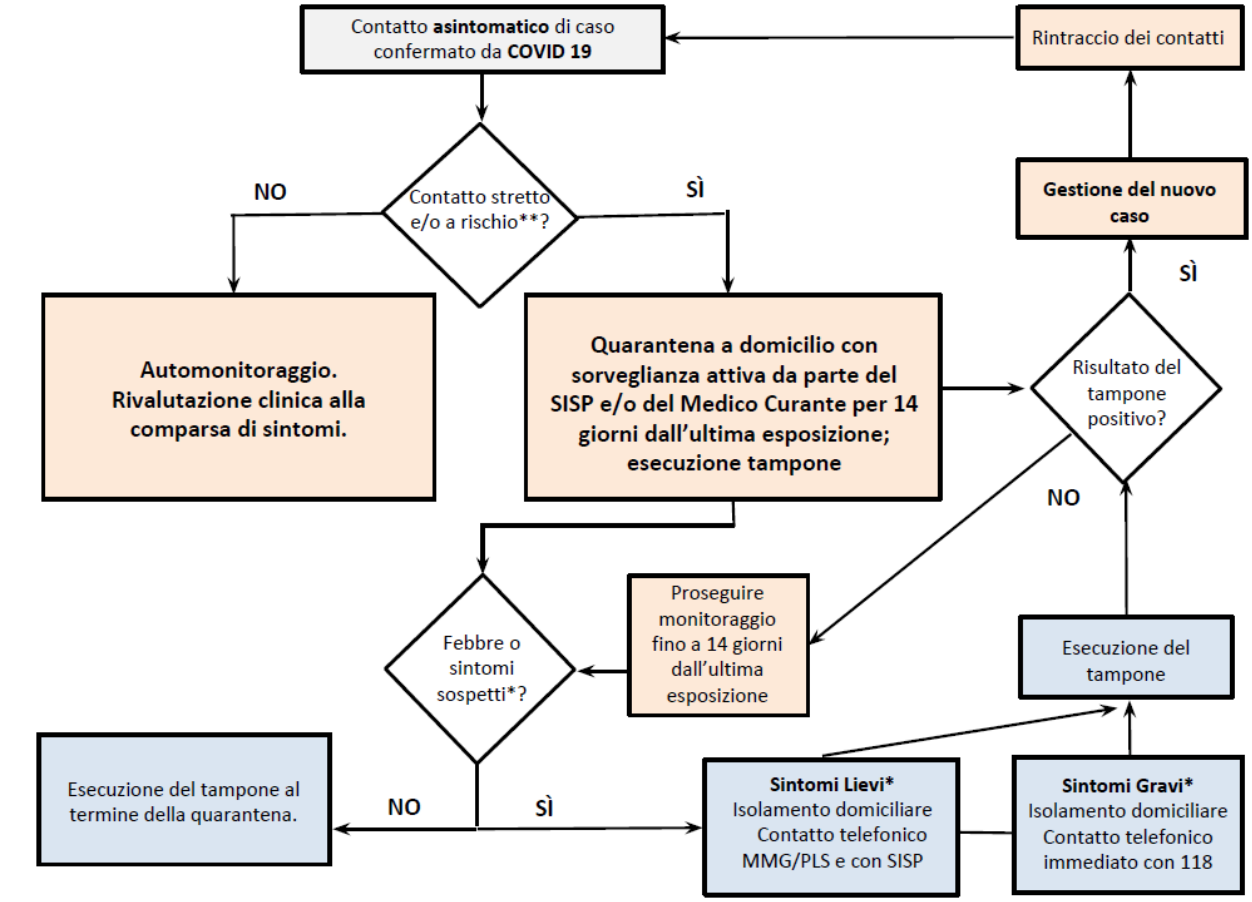
VALUTAZIONE CLINICA	CONTATTO AD ALTO RISCHIO	CONTATTO A BASSO RISCHIO	NESSUN TIPO DI CONTATTO
NESSUN SINTOMO	Paziente: Quarantena domiciliare per 14 gg; **Medico: Comunicazione alla COT/SISP** SISP: sorveglianza attiva per 14 gg	Paziente: attenersi alle disposizioni dell'operatore SISP, Auto-monitoraggio **Medico: comunicazione alla COT/SISP** SISP: quarantena per 14 giorni a discrezione dell'operatore SISP	**Paziente: attenersi alle disposizioni generali Rassicurazione**
SINTOMATOLOGIA LIEVE/MODERATA (che non richiede l'ospedalizzazione)*	Paziente: Isolamento domiciliare immediato per 14 gg; **Medico: Valutazione clinica, presa in carico, comunicazione alla COT/SISP** SISP: sorveglianza attiva per 14 gg	Paziente: Isolamento domiciliare immediato secondo disposizioni dell'operatore SISP **Medico: Valutazione clinica, presa in carico, comunicazione alla COT/SISP** SISP: valutare sorveglianza attiva	Paziente: Evitare contatti stretti; **Medico: Valutazione clinica, presa in carico, comunicazione alla COT**
SINTOMATOLOGIA GRAVE (che richiede l'ospedalizzazione)*	Paziente: Isolamento immediato **Medico: Chiamare il 118 e comunicazione alla COT/SISP**	Paziente: Isolamento immediato **Medico: Chiamare il 118 e comunicazione alla COT/SISP**	**Medico: Chiamare il 118**

* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

Allegato 11. Flow-chart per la gestione dei contatti asintomatici di caso



Adattata da: Contact tracing: Public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union - second update, 9 aprile 2020

* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

** Sulla base delle valutazioni dell'operatore SISP.

Allegato 12. Elenco dei Laboratori di Microbiologia Autorizzati per l'esecuzione dei test

I test microbiologici per la ricerca diretta di SARS-CoV-2 sono effettuati presso i laboratori di Microbiologia delle seguenti Aziende:

- Laboratorio di Virologia, Dip. Medicina Molecolare, Università degli Studi di Padova, via Gabelli 63, Padova
- Microbiologia e Virologia, Az. Universitaria Integrata di Verona, Ospedale Borgo Roma, P.le L.A. Scuro 10, Verona
- UOSD Laboratorio, ULSS 1 Dolomiti, Viale Europa, 22, Belluno
- UOC Microbiologia, ULSS 2 Marca Trevigiana, Piazzale Ospedale, 23, Treviso
- UOC Microbiologia, Ospedale dell'Angelo, ULSS 3 Serenissima, Via Paccagnella 11, Mestre (VE)
- UOC Medicina di laboratorio, ULSS 5 Polesana, Viale Tre Martiri, 140, Rovigo
- UOC Microbiologia, Ospedali Riuniti Padova Sud, ULSS 6 Euganea, Via Albere, 30, Monselice PD
- UOC Medicina di Laboratorio, Osp. San Bassiano, ULSS 7 Pedemontana, Via Dei Lotti, 40, Bassano del Grappa (VI)
- UOC Microbiologia, ULSS 8 Berica, Viale Rodolfi, 37, Vicenza
- UOC Laboratorio Analisi di Legnago, ULSS 9 Scaligera, Via Carlo Gianella, 1, Legnago (VR)
- UOSD Laboratorio Analasi di San Bonifacio, ULSS 9 Scaligera, Via Circonvallazione, 1, San Bonifacio (VR)
- UOS Laboratorio Analisi di Villafranca, ULSS 9 Scaligera, Via Ospedale 2, Villafranca di Verona (VR)
- Laboratorio diagnostica, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, Viale dell'Università, 10, Legnaro (PD)
- IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, Via Don A. Sempreboni, 5, San Vito di Negrar (VR)

Azienda Zero - Prot. n. 0006743/2020 - E - 20/03/2020
PROTOCOLLO U.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 20 MAR. 2020 Protocollo N° 128130 Class: G.920.04.1 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: Emergenza COVID-19. Tutela dei dati personali.

Alla c.a.

Direttori Generali
Direttori Sanitari
Aziende Ulss
Azienda Ospedale Università Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Azienda Zero

Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione
Aziende Ulss

LORO SEDI

e, p.c. Direttore Generale
Area Sanità e Sociale

Direttore Direzione Programmazione Sanitaria – LEA

Direttore Direzione Servizi Sociali

Direttore Direzione Farmaceutico, Protesica, Dispositivi medici

LORO SEDI

Si fa riferimento all'oggetto e, con la presente, si ritiene opportuno segnalare che il Dipartimento della Protezione Civile – Ufficio del Direttore Operativo per il coordinamento delle emergenze della Presidenza del Consiglio dei Ministri -, con nota del 16/03/2020, prot. n. COVID/0014171, ha richiamato l'attenzione *"sulle disposizioni contenute nell'art. 5 dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 630 del 3 febbraio 2020 e nell'art. 14 del D.L 9 marzo 2020, n. 14, con cui si fornisce adeguata base giuridica per il trattamento di dati personali per gestire l'emergenza sanitaria da Covid-19.*

In particolare, viene consentito ai soggetti operanti nell'ambito del Servizio nazionale di protezione civile, di cui agli articoli 4 e 13 del D.Lgs. 02/01/2018, n. 1 e ai soggetti attuatori di cui all'art.1 dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile 3 febbraio 2020, n. 630, nonché agli Uffici del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, alle strutture pubbliche e private che operano nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale e a tutti i soggetti deputati a monitorare ed eseguire le misure

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

disposte ai sensi dell'art. 3 del D.L. 23/02/2020, n. 6, convertito, con modificazioni nella Legge 5 marzo 2020, n. 13, di effettuare i trattamenti di dati personali che risultino necessari per l'espletamento delle relative funzioni attribuitegli nell'ambito dell'emergenza determinata dal diffondersi del Covid-19.

Per lo svolgimento di dette attività, in particolare, i soggetti menzionati nel citato art. 14 del D.L 9/3/2020, n. 14, assicurano la più efficace gestione dei flussi e dell'interscambio di dati personali, anche mediante il trattamento di detti dati, ivi inclusa la comunicazione tra detti soggetti.

In considerazione del contesto emergenziale in atto, anche allo scopo di assicurare la più efficace gestione dei flussi e dell'interscambio di dati personali, è consentita la comunicazione dei dati personali a soggetti pubblici e privati diversi da quelli sopra citati nonché la diffusione dei dati personali diversi da quelli di cui agli articoli 9 e 10 del Regolamento UE 2016/679, nei casi in cui ciò risulti indispensabile ai fini dello svolgimento delle attività connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria in atto.

Al fine di dare attuazione al principio di minimizzazione del dato personale, ciascuno dei predetti soggetti dovrà provvedere al trattamento dei dati nei limiti delle competenze e funzioni ad esso attribuite.

Pertanto, si pregano i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali di voler assicurare la trasmissione dei dati sopra menzionati a tutti i soggetti legittimati e, in particolare, alle Prefetture-UTG, alle Forze di Polizia, ai Vigili del Fuoco, nonché, anche al fine di assicurare i servizi di assistenza alla popolazione, ai Comuni.

Si richiama, infine, l'attenzione sul comma 3 del medesimo art. 14 che prescrive che i trattamenti dei dati personali sono effettuati nel rispetto dei principi di cui all'art. 5 del Reg. UE 2016/679, adottando misure appropriate a tutela dei diritti e delle libertà degli interessati".

Richiamato tutto quanto precede, si invita ad assicurare idonea applicazione alle indicazioni in argomento.

L'occasione è gradita per porgere i migliori saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA
ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
Dr.ssa Francesca Russo

Referente: dr. Giovanni Benzoni
Tel. 0412791312

Azienda Zero - Prot. n. 0006564/2020 - E - 19/03/2020
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 17/03/2020 Protocollo N° 124383 Class: Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: *Emergenza COVID-19. Tutela dei dati personali*

Alla c.a.
Direttori Generali
Aziende Ulss e Ospedaliere Universitarie
IRCCS – Istituto Oncologico Veneto
Azienda Zero

Ai Presidenti Regionali
AIOP
ARIS

e, p.c. Assessore alle Politiche Sanitarie e Sociali

LORO SEDI

Con la presente, si trasmette in allegato nota prot. n. 122078 del 16/3/2020 per il seguito di Vs. competenza.

Cordiali saluti

Il Direttore Generale
dell'Area Sanità e Sociale
dr. *Domenico Mantoan*

Area Sanità e Sociale
Palazzo Molin – S. Polo, 2513 – 30123 Venezia
E-mail: area.sanitasociale@regione.veneto.it
Pec: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

MODULARIO
P.C.M. - P.C. - 9

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE
UFFICIO DEL DIRETTORE OPERATIVO PER IL
COORDINAMENTO DELLE EMERGENZE

Prot. N.
Risposta al Foglio del
N.

Roma,

Indirizzi in allegato

Mod. 6
Regione del Veneto-A.O.O Giunta Regionale n.prot. 122078 data 16/03/2020, pagina 1 di 17

OGGETTO: Emergenza COVID-19. Tutela dei dati personali.

Si ritiene opportuno segnalare l'attenzione sulle disposizioni contenute nell'articolo 5 dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020 e nell'art.14 del decreto legge 9 marzo 2020, n. 14, con cui si fornisce adeguata base giuridica per il trattamento di dati personali per gestire l'emergenza sanitaria da Covid-19.

In particolare, viene consentito ai soggetti operanti nell'ambito del Servizio nazionale di protezione civile, di cui agli articoli 4 e 13 del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1 e ai soggetti attuatori di cui all'articolo 1 dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile 3 febbraio 2020, n. 630, nonché agli uffici del Ministero della Salute e dell'Istituto Superiore di Sanità, alle strutture pubbliche e private che operano nell'ambito del Servizio sanitario nazionale e a tutti i soggetti deputati a monitorare ed eseguire le misure disposte ai sensi dell'articolo 3 del decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6, convertito, con modificazioni nella legge 5 marzo 2020, n. 13, di effettuare i trattamenti di dati personali che risultino necessari per l'espletamento delle relative funzioni attribuitegli nell'ambito dell'emergenza determinata dal diffondersi del Covid-19.

Per lo svolgimento di dette attività, in particolare, i soggetti menzionati nel citato art.14 del decreto legge 9 marzo 2020, n. 14, assicurano la più efficace gestione dei flussi e dell'interscambio di dati personali, anche mediante il trattamento di detti dati, ivi inclusa la comunicazione tra detti soggetti.

In considerazione del contesto emergenziale in atto, anche allo scopo di assicurare la più efficace gestione dei flussi e dell'interscambio di dati personali, è consentita la comunicazione dei dati personali a soggetti pubblici e privati diversi da quelli sopra citati nonché la diffusione dei dati personali diversi da quelli di cui agli articoli 9 e 10 del regolamento

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

UE 2016/679, nei casi in cui ciò risulti indispensabile ai fini dello svolgimento delle attività connesse alla gestione dell'emergenza sanitaria in atto.

Al fine di dare attuazione al principio di minimizzazione del dato personale, ciascuno dei predetti soggetti dovrà provvedere al trattamento dei dati nei limiti delle competenze e funzioni ad esso attribuite.

Pertanto, si pregano i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende Sanitarie Locali di voler assicurare la trasmissione dei dati sopra menzionati a tutti i soggetti legittimati e, in particolare, alle Prefetture–UTG, alle Forze di Polizia, ai Vigili del Fuoco, nonché, anche al fine di assicurare i servizi di assistenza alla popolazione, ai Comuni.

Si richiama, infine, l'attenzione sul comma 3 del medesimo art. 14 che prescrive che i trattamenti dei dati personali sono effettuati nel rispetto dei principi di cui all'articolo 5 del Reg. UE 2016/679, adottando misure appropriate a tutela dei diritti e delle libertà degli interessati.

IL CAPO DEL DIPARTIMENTO
COORDINATORE DEGLI INTERVENTI
ex OCDPC N. 630/2020
Angelo Borrelli

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO
Luigi D'Angelo

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI – DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

Regione del Veneto-A.O.O Giunta Regionale n.prot. 122078 data 16/03/2020, pagina 2 di 17

Roma - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato – S.

Azienda Zero - Prot. n. 0008507/2020 - E - 10/04/2020
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
ULSS9 SCALIGERA

Azienda ULSS 9 - Scaligera

Sede Legale Via Valverde, 42 – 37122 Verona
cod.fisc. e P. IVA 02573090236

Direzione Generale

Prot. n. 62276

Verona, - 9 APR. 2020

Al Direttore UOC Screening e VIS
D.ssa Elena Narne
AZIENDA ZERO

E p.c.

Al Direttore
DIREZIONE PREVENZIONE, SICUREZZA ALIMENTARE REGIONE VENETO
D.ssa Francesca Russo

PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it
protocollo.azero@pecveneto.it

Mail: screening.vis@azero.veneto.it
sara.contin@azero.veneto.it

OGGETTO: COVID-19 Utilizzo della piattaforma di monitoraggio regionale PiC-19 per gli Istituti Penitenziari.

A riscontro della nota Prot. 144747 del 3 aprile u.s. del Direttore della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare, Veterinaria, che si allega in copia, si chiede di estendere l'abilitazione alla piattaforma regionale PiC-19 al responsabile UOSD Sanità Penitenziaria di questa Azienda Ulss 9, Dott. Carlo Poggi email carlo.poggi@aulss9.veneto.it.

Ringraziando per la cortese collaborazione si porgono cordiali saluti.

IL DIRETTORE GENERALE
(Dott. Pietro Girardi)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023-REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

Giunta Regionale

Data - 3 APR. 2020 | Protocollo N° 144747 | Class.: G.900.25.1 Prat. Fasc. | Allegati N°

Oggetto: COVID-19 Utilizzo della piattaforma di monitoraggio regionale PiC-19 per gli Istituti Penitenziari

Ai Direttori Generali
Aziende ULSS

Ai Referenti Unità Penitenziarie
Aziende ULSS

E p.c.

Direttore Generale
Azienda Zero

LORO SEDI

Si informa che presso i nove Istituti penitenziari del Veneto sono presenti circa 2.500 detenuti e in essi lavorano circa 1.800 agenti di Polizia Penitenziaria e circa 300 operatori sanitari.

In riferimento a ciò, al fine di registrare e monitorare gli eventuali casi positivi da riferire ai contesti penitenziari, si chiede alle SS.LL. di estendere l'abilitazione alla piattaforma regionale PiC-19 ai Responsabili SSD Sanità Penitenziaria, per l'inserimento dei dati relativi alla popolazione detenuta, non ricoverata.

I Responsabili dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica garantiranno invece l'aggiornamento dei dati relativi al personale dell'Amministrazione Penitenziaria e agli operatori sanitari che lavorano presso gli Istituti Penitenziari.

Di seguito si forniscono alcuni dettagli operativi per il corretto inserimento dei dati:

- Per i soggetti non ricoverati: nella maschera "caratteristiche paziente", selezionare nel campo "collocazione iniziale", la voce "istituto penitenziario"
- All'interno poi del campo libero "Osservazioni" è necessario che venga sempre riportata la specifica "Detenuto" o "operatore sanitario presso istituto penitenziario" (in tal caso inserendo anche i dati nei campi "operatore sanitario" e "tipo operatore sanitario") oppure "dipendente dell'amministrazione penitenziaria", riportando anche nome e sede dell'istituto penitenziario.
- Per i soggetti ricoverati: i medici incaricati dalle direzioni del monitoraggio dei pazienti ricoverati, dovranno selezionare "carcere" tra le opzioni possibili nel campo "provenienza".

Ringraziando per la collaborazione, si porgono cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa Francesca Russo

Responsabile del procedimento.
dr. Felice Alfonso Nava
Dirigente a supporto della Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
Tel. 041-2793443 3458
Mail: saluteme ntale@regione.veneto.it
Web: www.regione.veneto.it/saluteme ntale
Web: www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
Unità Organizzativa Salute mentale e sanità penitenziaria
Rio Novo - Dorsoduro 3493 - 30123 Venezia
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

Azienda Zero - Prot. n. 0008061/2020 - E - 04/04/2020
PROTOCOLLO: 0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

Data - 3 APR. 2020 | Protocollo N° 144747 | Class.: G.900.25.1 Prat. Fasc. | Allegati N°

Oggetto: COVID-19 Utilizzo della piattaforma di monitoraggio regionale PiC-19 per gli Istituti Penitenziari

Ai Direttori Generali
Aziende ULSS

Ai Referenti Unità Penitenziarie
Aziende ULSS

E p.c.

Direttore Generale
Azienda Zero

LORO SEDI

Si informa che presso i nove Istituti penitenziari del Veneto sono presenti circa 2.500 detenuti e in essi lavorano circa 1.800 agenti di Polizia Penitenziaria e circa 300 operatori sanitari.

In riferimento a ciò, al fine di registrare e monitorare gli eventuali casi positivi da riferire ai contesti penitenziari, si chiede alle SS.LL. di estendere l'abilitazione alla piattaforma regionale PiC-19 ai Responsabili SSD Sanità Penitenziaria, per l'inserimento dei dati relativi alla popolazione detenuta, non ricoverata.

I Responsabili dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica garantiranno invece l'aggiornamento dei dati relativi al personale dell'Amministrazione Penitenziaria e agli operatori sanitari che lavorano presso gli Istituti Penitenziari.

Di seguito si forniscono alcuni dettagli operativi per il corretto inserimento dei dati:

- Per i soggetti non ricoverati: nella maschera "caratteristiche paziente", selezionare nel campo "collocazione iniziale", la voce "istituto penitenziario"
- All'interno poi del campo libero "Osservazioni" è necessario che venga sempre riportata la specifica "Detenuto" o "operatore sanitario presso istituto penitenziario" (in tal caso inserendo anche i dati nei campi "operatore sanitario" e "tipo operatore sanitario") oppure "dipendente dell'amministrazione penitenziaria", riportando anche nome e sede dell'istituto penitenziario.
- Per i soggetti ricoverati: i medici incaricati dalle direzioni del monitoraggio dei pazienti ricoverati, dovranno selezionare "carcere" tra le opzioni possibili nel campo "provenienza".

Ringraziando per la collaborazione, si porgono cordiali saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
dr.ssa Francesca Russo

Responsabile del procedimento:
dr. Felice Alfonso Nava
Dirigente a supporto della Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
Tel. 041-2793443 – 3458
Mail: salutementale@regione.veneto.it
Web: www.regione.veneto.it/salutementale
Web: www.regione.veneto.it/sanitapenitenziaria

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria - LEA
Unità Organizzativa Salute mentale e sanità penitenziaria
Rio Novo – Dorsoduro 3493 – 30123 Venezia
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *P.IVA 02392630279*

Allegato 6

Documentazione Comitato Scientifico Regionale

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 03/04/2020 | Protocollo n. 7351 Class. | Allegati n.

Oggetto: Verbale Comitato Tecnico Scientifico COVID_19 – 6ª riunione del 2.4.2020

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il verbale dell'incontro del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 tenutosi in videoconferenza il 2.4.2020.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Verbale Comitato scientifico Coronavirus (ex DGR 269/2020) – 6ª riunione

2/4/2020 ore 15:00-16:00

Riunione tenutasi in modalità Videoconferenza

Presenti:

Dr. Mario Saia, Prof. Paolo Navalesi, Prof. Andrea Vianello, Prof. Vincenzo Baldo, Dr.ssa Annamaria Cattelan, Prof.ssa Liviana Da Dalt, Dr. Marco Baiocchi, Dr. Paolo Rosi, Dr. Ugo Fedeli, Dr. Michele Pellizzari, Ing. Lorenzo Gubian, Dr.ssa Gianna Vettore, Dr. Stefano Kusstatscher

Argomenti discussi:

1. Valutazione della letalità tra i pazienti ricoverati per COVID-19 - approfondimento

Nel corso dell'incontro è proseguita l'analisi dell'andamento delle ospedalizzazioni e della mortalità intraospedaliera cominciata nella precedente riunione e della quale si allega documentazione.

2. Approvazione documento "Strategia per la pratica della chirurgia digestiva e oncologica in una situazione di COVID 19"

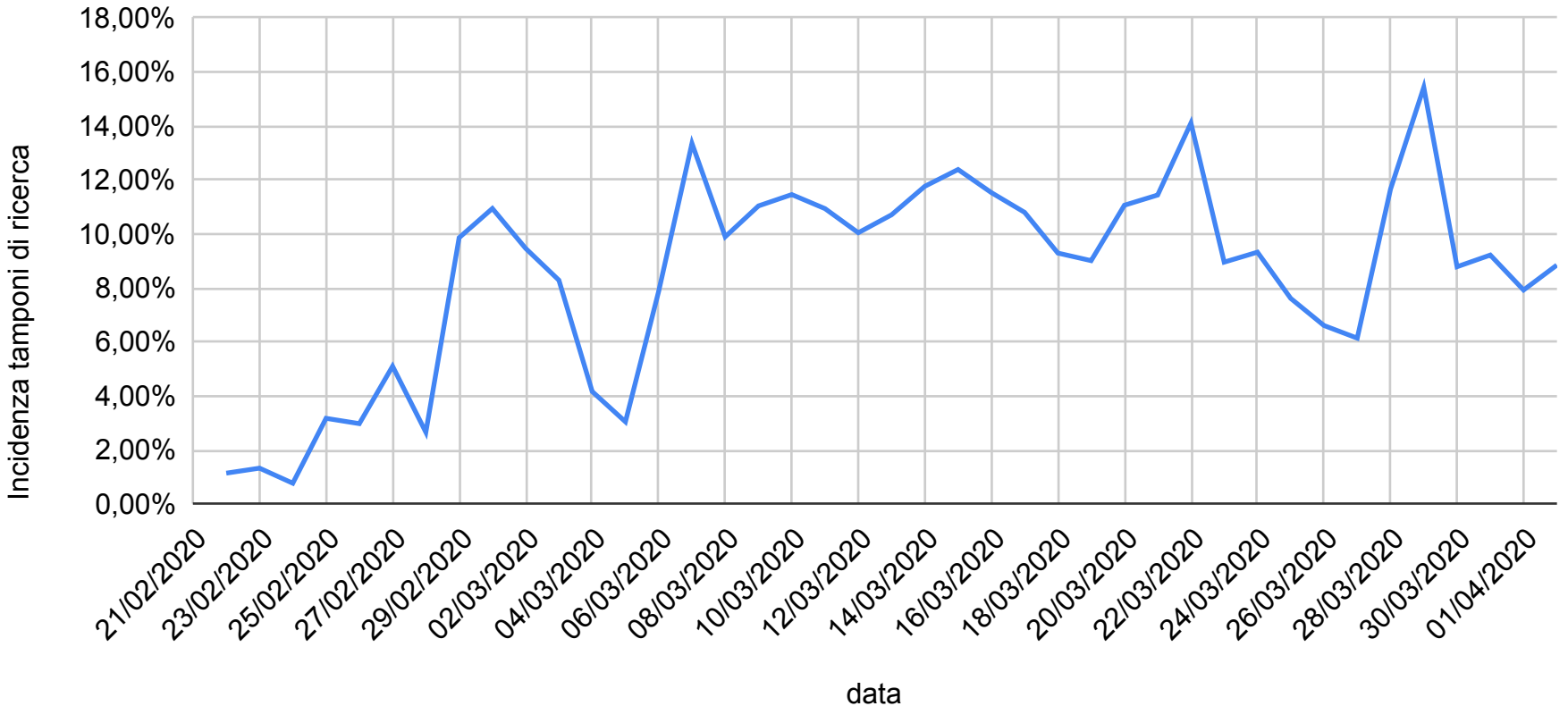
Inoltre si è preso atto dell'approvazione a maggioranza dell'allegato documento "Strategia per la pratica della chirurgia digestiva e oncologica in una situazione di COVID 19", avvenuta a mezzo mail.

Il Coordinatore
Dott. Mario Saia

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico Assistenziale
governo.clinico@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 0412791344

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

Incidenza dei nuovi casi positivi sui tamponi di ricerca



Aggiornamento database Pic-19 al 2 aprile. Data ammissione dal 1 al 1 aprile

Tutti i pazienti: caratteristiche

		N	% deceduti
Totale		**3.305**	**13,5%**
Sesso	F	1.208	12,8%
	M	2.097	13,8%
Classe d'età	0-39	118	0,0%
	40-44	64	0,0%
	45-49	160	0,6%
	50-54	251	1,6%
	55-59	326	4,3%
	60-64	298	3,0%
	65-69	388	6,2%
	70-74	382	11,0%
	75-79	412	19,2%
	80-84	430	26,0%
	85-89	288	30,2%
	90 +	184	39,7%

Aggiornamento database Pic-19 al 2 aprile. Data ammissione dal 1 al 31 marzo

Tutti i pazienti: caratteristiche

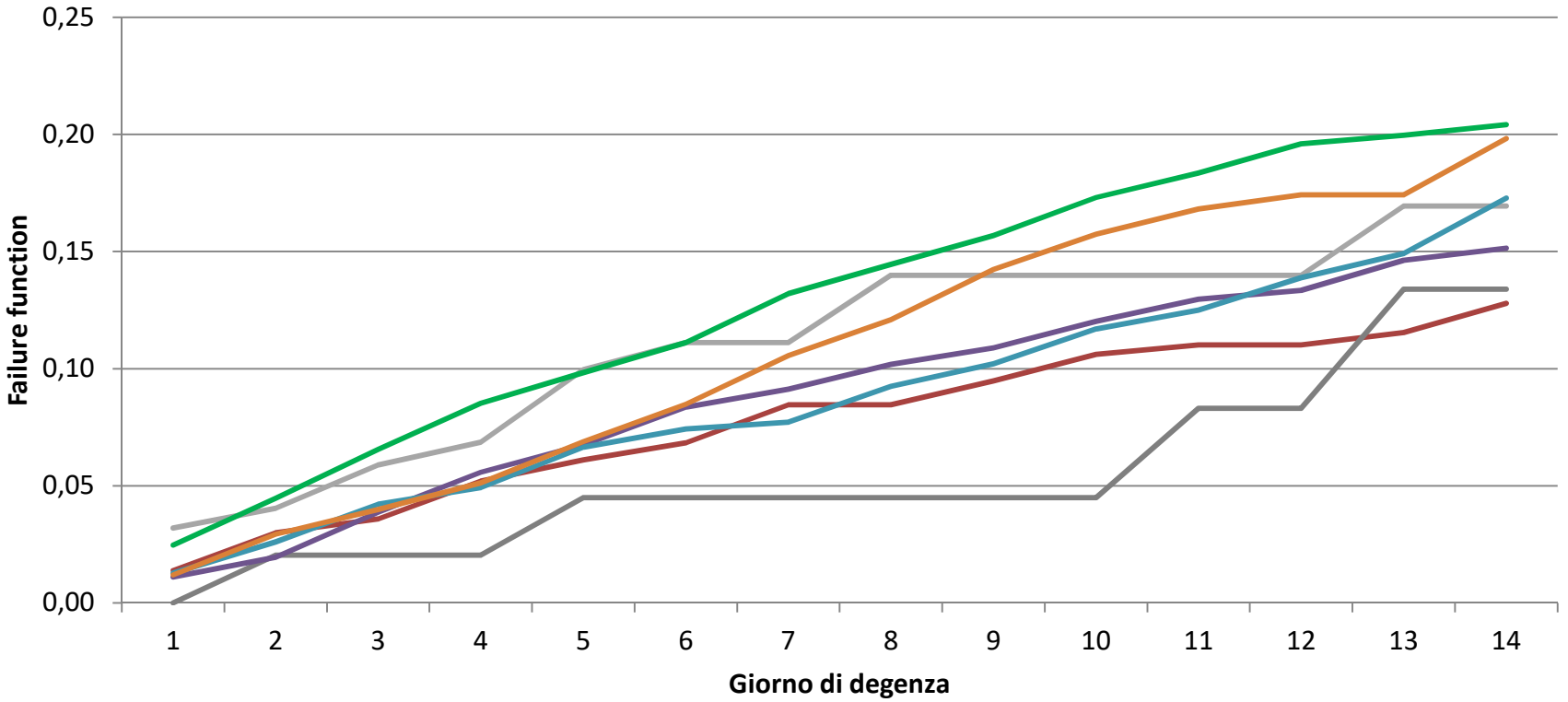
Provincia di primo ricovero	BL	125	12,0%
	PD	578	10,6%
	RO	50	8,0%
	TV	728	12,0%
	VE	472	14,8%
	VI	415	14,7%
	VR	936	15,7%
Tipo di ospedale di primo ricovero	A	1.157	13,9%
	C	835	10,8%
	H	1.312	14,8%
Transito in area critica	no	2.721	12,3%
	si	584	18,7%

Pazienti ricoverati dal 1 al 23marzo: mortalità intra-ospedaliera a 7 gg

	Deceduti a 7 gg			
Classe d'età	Femmine		Maschi	
	N	% deceduti	N	% deceduti
0-39	39	0,0%	52	0,0%
40-44	14	0,0%	30	0,0%
45-49	31	0,0%	79	0,0%
50-54	47	2,1%	123	0,8%
55-59	69	4,3%	164	1,8%
60-64	54	0,0%	150	1,3%
65-69	76	**2,6%**	192	**4,7%**
70-74	100	**3,0%**	178	**9,0%**
75-79	91	**11,0%**	210	**15,2%**
80-84	109	**14,7%**	171	**21,6%**
85-89	83	**13,3%**	98	**29,6%**
90 +	75	**28,0%**	44	**36,4%**
Totale	788	8,5%	1491	9,7%

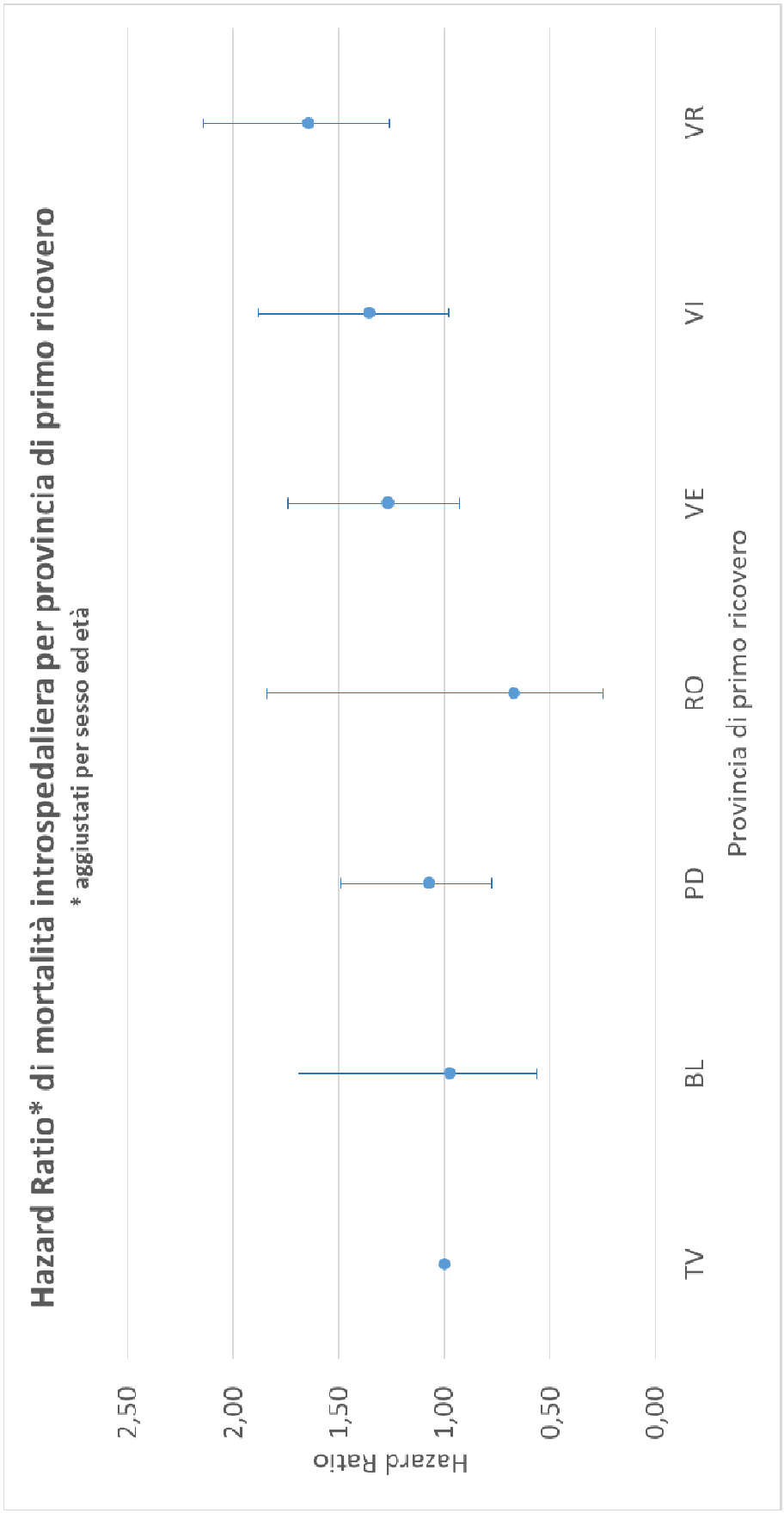
Tasso giornaliero di mortalità per gg dall'ammissione

Provincia di primo ricovero



	Rischio cum	
	7 gg	14 gg
TOT Veneto	**9%**	**17%**
PD	7%	12%
TV	9%	15%
VE	8%	15%
VI	9%	18%
VR	11%	21%

	HR	P>z	[95% Conf.	Interval]
Uomini vs. donne	1,50	0,000	1,22	1,84
Età (anni)	1,10	0,000	1,08	1,11
Area critica	1,90	0,000	1,50	2,42
BL	1,01	0,981	0,58	1,74
PD	1,05	0,769	0,76	1,46
RO	0,67	0,438	0,25	1,83
VE	1,23	0,203	0,90	1,68
VI	1,37	0,058	0,99	1,91
VR	1,64	0,000	1,26	2,14


Hazard Ratio* di mortalità introspedaliera per provincia di primo ricovero
* aggiustati per sesso ed età
Hazard Ratio
2,50
2,00
1,50
1,00
0,50
0,00
TV
BL
PD
RO
VE
VI
VR
Provincia di primo ricovero

Analisi dei periodi di ricovero presso “area critica”

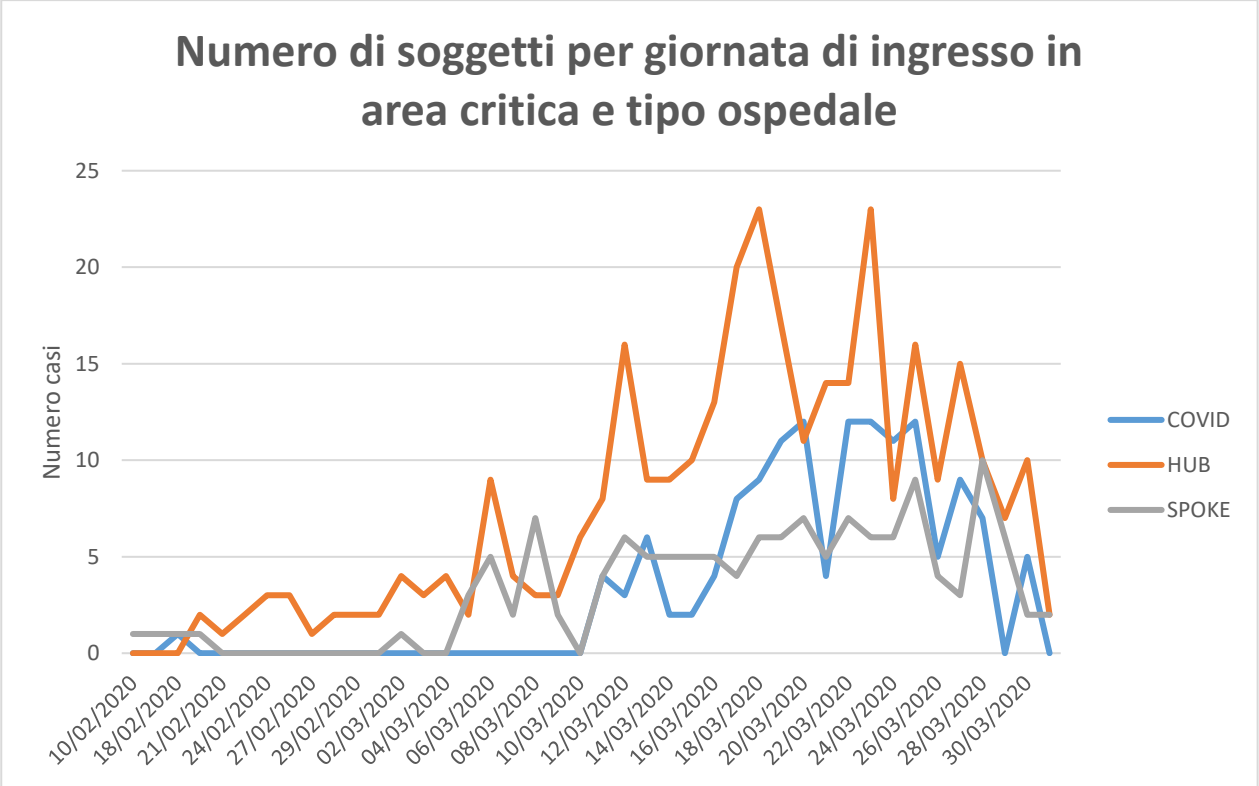
Note metodologiche

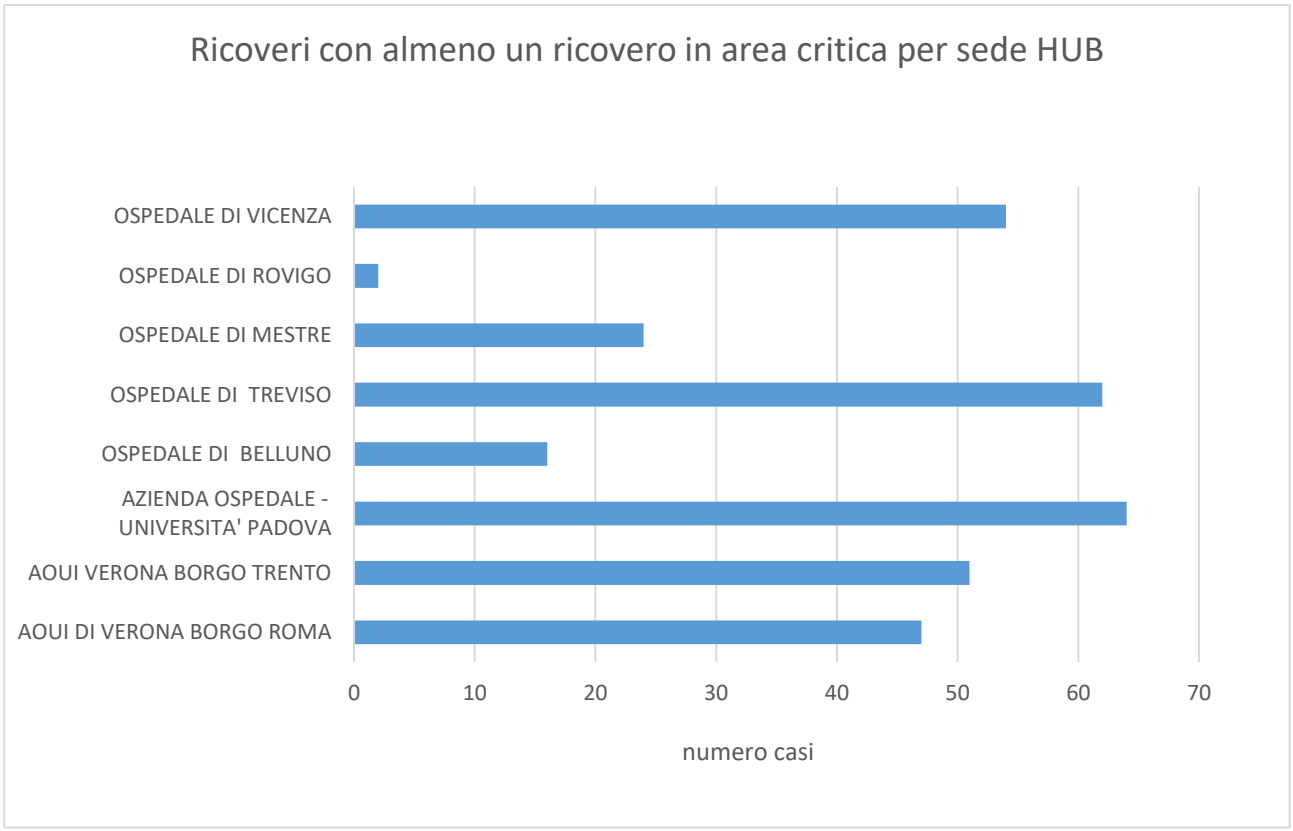
“area critica”: viene identificata all’interno del database PIC-19 della Regione Veneto. Per ogni soggetto viene analizzato esclusivamente ultimo trasferimento/ricovero in area critica.

Il momento di ingresso corrisponde alla data di trasferimento o, nel caso di ingresso diretto, dalla data di ricovero. Inoltre viene indicata la provenienza del paziente. Il dato allo stato attuale non consente la suddivisione della tipologia di assistenza effettuata durante il ricovero.

La data di termine dell’osservazione corrisponde al trasferimento presso altra struttura/reparto o alla dimissione (guarito/deceduto).

Complessivamente sono stati analizzati 589 ricoveri in area critica a partire dall’inizio dell’epidemia, comprensivi dei cluster ospedalieri, l’andamento per data di “ingresso” in area critica.





Legenda:

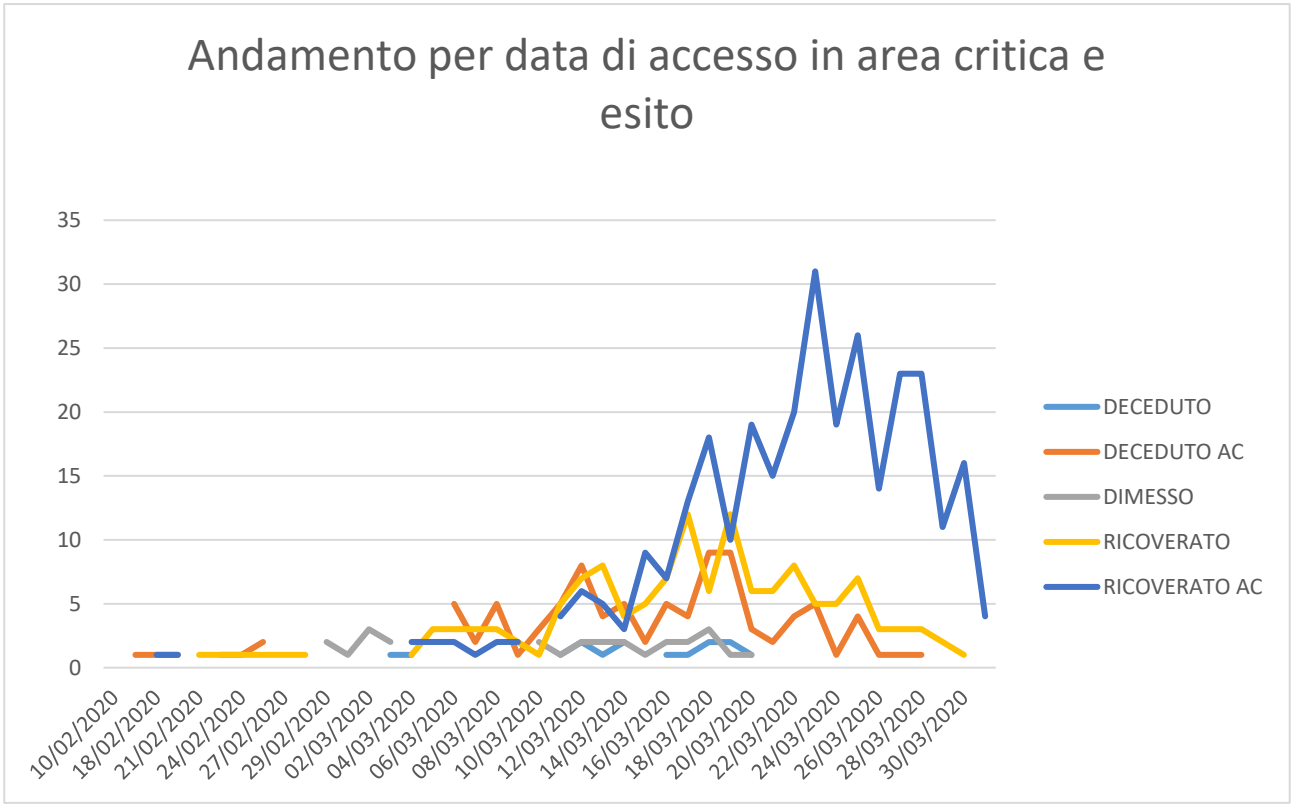
DECEDUTO: passaggio in area critica e decesso in altro reparto

DECEDUTO AC: deceduto in area critica

DIMESSO: passaggio in area critica e dimesso da altra area

RICOVERATO: dimesso da area critica ed ancora ricoverato

RICOVERATO AC: ricoverato in area critica

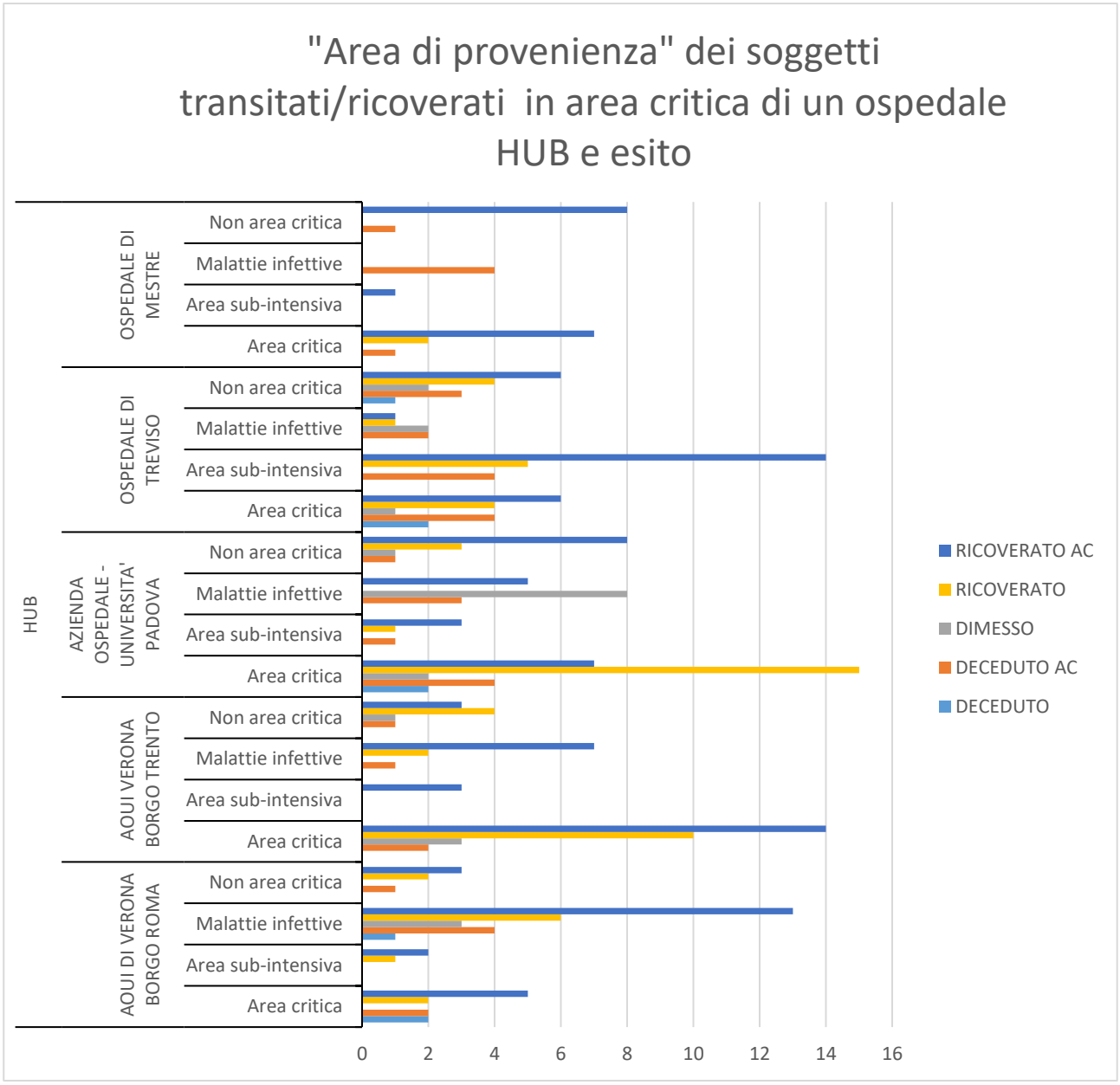

Andamento per data di accesso in area critica e esito
35
30
25
20
15
10
5
0
10/02/2020
18/02/2020
21/02/2020
24/02/2020
27/02/2020
29/02/2020
02/03/2020
04/03/2020
06/03/2020
08/03/2020
10/03/2020
12/03/2020
14/03/2020
16/03/2020
18/03/2020
20/03/2020
22/03/2020
24/03/2020
26/03/2020
28/03/2020
30/03/2020
DECEDUTO
DECEDUTO AC
DIMESSO
RICOVERATO
RICOVERATO AC

Numero assoluto

tipo ospedale	H	DECEDUTO	DECEDUTO AC	DIMESSO	RICOVERATO	RICOVERATO AC	Totale c
HUB	AOUI DI VERONA BORGO ROMA	3	7	3	11	23	47
HUB	AOUI VERONA BORGO TRENTO		4	4	16	27	51
HUB	AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITA' PADOVA	2	9	11	19	22	63
HUB	OSPEDALE DI BELLUNO		4		4	8	16
HUB	OSPEDALE DI TREVISO	3	13	5	14	27	62
HUB	OSPEDALE DI MESTRE		6		2	16	24
HUB	OSPEDALE DI ROVIGO				2		2
HUB	OSPEDALE DI VICENZA	3	10	5	10	26	54
COVID	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO				1	6	7
COVID	OSPEDALE DI DOLO	1	4		4	13	22
COVID	OSPEDALE DI JESOLO	2	4	2	12	10	30
COVID	OSPEDALE DI SANTORSO		1			9	10
COVID	OSPEDALE DI SCHIAVONIA		10		5	21	36
COVID	OSPEDALE DI TRECENTA				2	8	10
COVID	OSPEDALE DI VILLAFRANCA		3		4	17	24
SPOKE	OSPEDALE DI CONEGLIANO		5		6	7	18
SPOKE	OSPEDALE DI FELTRE				2		2
SPOKE	OSPEDALE DI ODERZO				1	5	6
SPOKE	OSPEDALE DI BASSANO	1	2		1	6	10
SPOKE	OSPEDALE DI CHIOGGIA		3		1		4
SPOKE	OSPEDALE DI CITTADELLA		1		1	5	7
SPOKE	OSPEDALE DI LEGNAGO				5	7	12
SPOKE	OSPEDALE DI MIRANO	2	5		4	10	21
SPOKE	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	1	1			8	10
SPOKE	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO				1		1
SPOKE	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO				1	6	7
SPOKE	OSPEDALE DI VENEZIA		3		1	6	10
SPOKE	OSPEDALE DON CALABRIA - NEGRAR	1	3		4	9	17
SPOKE	CASA DI CURA PRIVATA POLISP.				5	7	12
Totale complessivo		**19**	**98**	**30**	**139**	**309**	**595**

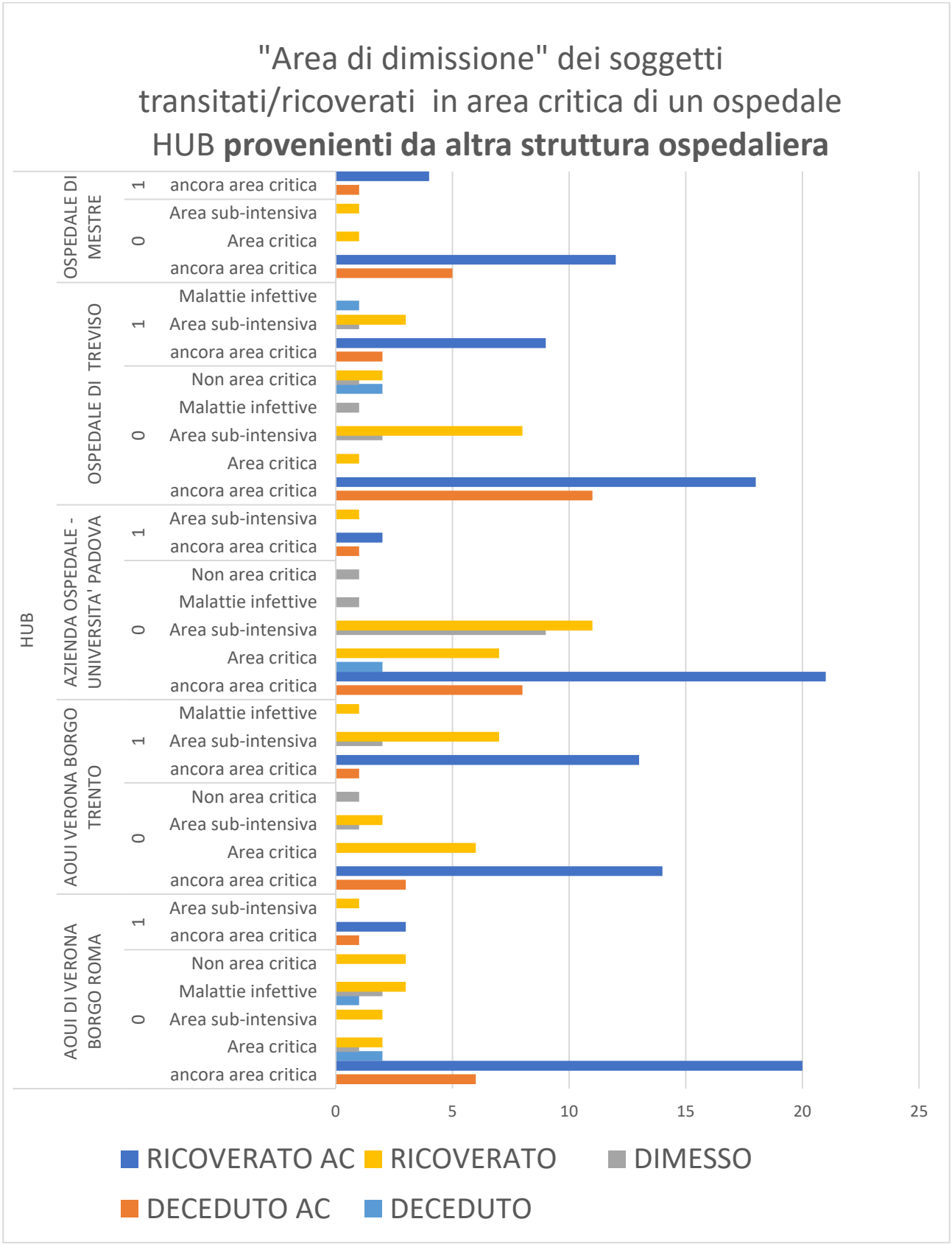
Età media

tipo ospedale	H	DECEDUTO	DECEDUTO AC	DIMESSO	RICOVERATO	RICOVERATO AC	Totale complessivo
HUB	AOUI DI VERONA BORGO ROMA	74,3	66,4	41,0	58,9	65,0	62,8
HUB	AOUI VERONA BORGO TRENTO		75,0	44,0	65,3	61,4	62,3
HUB	AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITA' PADOVA	68,5	75,9	60,2	63,9	69,3	67,0
HUB	OSPEDALE DI BELLUNO		74,3		60,0	71,4	69,3
HUB	OSPEDALE DI TREVISO	81,3	72,3	63,8	66,9	65,5	67,9
HUB	OSPEDALE DI MESTRE		64,3		51,0	63,8	62,8
HUB	OSPEDALE DI ROVIGO				69,5		69,5
HUB	OSPEDALE DI VICENZA	77,3	76,4	44,0	53,6	63,7	63,1
COVID	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO				82,0	68,7	70,6
COVID	OSPEDALE DI DOLO	62,0	73,3		67,8	66,2	67,6
COVID	OSPEDALE DI JESOLO	78,0	73,5	55,0	63,0	66,6	66,1
COVID	OSPEDALE DI SANTORSO		68,0			63,0	63,5
COVID	OSPEDALE DI SCHIAVONIA		75,3		65,8	65,7	68,4
COVID	OSPEDALE DI TRECENTA				62,0	68,9	67,5
COVID	OSPEDALE DI VILLAFRANCA		76,7		70,5	59,4	63,4
SPOKE	OSPEDALE DI CONEGLIANO		74,2		69,0	76,4	73,3
SPOKE	OSPEDALE DI FELTRE				80,0		80,0
SPOKE	OSPEDALE DI ODERZO				71,0	68,8	69,2
SPOKE	OSPEDALE DI BASSANO	77,0	75,5		59,0	50,8	59,2
SPOKE	OSPEDALE DI CHIOGGIA		75,7		57,0		71,0
SPOKE	OSPEDALE DI CITTADELLA		79,0		74,0	68,4	70,7
SPOKE	OSPEDALE DI LEGNAGO				58,6	62,3	60,8
SPOKE	OSPEDALE DI MIRANO	78,5	68,2		76,0	69,4	71,2
SPOKE	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	61,0	66,0			58,8	59,7
SPOKE	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO				81,0		81,0
SPOKE	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO				83,0	69,3	71,3
SPOKE	OSPEDALE DI VENEZIA		81,7		77,0	71,2	74,9
SPOKE	OSPEDALE DON CALABRIA - NEGRAR	73,0	67,7		60,5	69,2	67,1
SPOKE	CASA DI CURA PRIVATA POLISP.				62,4	65,0	63,9
Totale complessivo		**74,8**	**73,0**	**53,7**	**64,3**	**65,3**	**66,1**


"Area di provenienza" dei soggetti transitati/ricoverati in area critica di un ospedale HUB e esito
HUB
OSPEDALE DI MESTRE
Non area critica
Malattie infettive
Area sub-intensiva
Area critica
OSPEDALE DI TREVISO
Non area critica
Malattie infettive
Area sub-intensiva
Area critica
AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITA' PADOVA
Non area critica
Malattie infettive
Area sub-intensiva
Area critica
AOUI VERONA BORGO TRENTO
Non area critica
Malattie infettive
Area sub-intensiva
Area critica
AOUI DI VERONA BORGO ROMA
Non area critica
Malattie infettive
Area sub-intensiva
Area critica
0
2
4
6
8
10
12
14
16
RICOVERATO AC
RICOVERATO
DIMESSO
DECEDUTO AC
DECEDUTO

GIORNATE DI RICOVERO (PER I RICOVERATI AD OGGI)

tipo ospedale	H	DECEDUTO	DIMESSO	RICOVERATO	Totale
HUB	AOUI DI VERONA BORGO ROMA	5,6	11,3	10,1	9,2
HUB	AOUI VERONA BORGO TRENTO	4,0	10,3	11,9	11,1
HUB	AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITA' PADOVA	7,3	15,5	15,0	13,7
HUB	OSPEDALE DI BELLUNO	6,0		9,5	8,6
HUB	OSPEDALE DI TREVISO	7,4	13,8	11,7	10,8
HUB	OSPEDALE DI MESTRE	10,5		12,8	12,3
HUB	OSPEDALE DI ROVIGO			37,0	37,0
HUB	OSPEDALE DI VICENZA	8,1	12,2	11,8	10,9
COVID	OSPEDALE DI VITTORIO VENETO			7,9	7,9
COVID	OSPEDALE DI DOLO	9,0		8,5	8,6
COVID	OSPEDALE DI JESOLO	7,7	8,5	10,7	10,0
COVID	OSPEDALE DI SANTORSO	7,0		7,2	7,2
COVID	OSPEDALE DI SCHIAVONIA	6,5		11,8	10,3
COVID	OSPEDALE DI TRECENTA			10,4	10,4
COVID	OSPEDALE DI VILLAFRANCA	4,3		9,8	9,1
SPOKE	OSPEDALE DI CONEGLIANO	7,8		18,5	15,6
SPOKE	OSPEDALE DI FELTRE			29,0	29,0
SPOKE	OSPEDALE DI ODERZO			3,5	3,5
SPOKE	OSPEDALE DI BASSANO	5,0		11,0	9,2
SPOKE	OSPEDALE DI CHIOGGIA	0,7		7,0	2,3
SPOKE	OSPEDALE DI CITTADELLA	0,0		7,2	6,1
SPOKE	OSPEDALE DI LEGNAGO			17,1	17,1
SPOKE	OSPEDALE DI MIRANO	10,4		18,1	15,5
SPOKE	OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	5,5		10,9	9,8
SPOKE	OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO			13,0	13,0
SPOKE	OSPEDALE DI SAN BONIFACIO			5,7	5,7
SPOKE	OSPEDALE DI VENEZIA	20,7		19,9	20,1
SPOKE	OSPEDALE DON CALABRIA - NEGRAR	7,0		10,2	9,5
SPOKE	CASA DI CURA PRIVATA POLISP.			9,0	9,0
Totale		**7,4**	**13,1**	**11,9**	**11,1**


"Area di dimissione" dei soggetti transitati/ricoverati in area critica di un ospedale HUB **provenienti da altra struttura ospedaliera**
HUB
OSPEDALE DI MESTRE
1
ancora area critica
0
Area sub-intensiva
Area critica
ancora area critica
OSPEDALE DI TREVISO
1
Malattie infettive
Area sub-intensiva
ancora area critica
0
Non area critica
Malattie infettive
Area sub-intensiva
Area critica
ancora area critica
AZIENDA OSPEDALE - UNIVERSITA' PADOVA
1
Area sub-intensiva
ancora area critica
0
Non area critica
Malattie infettive
Area sub-intensiva
Area critica
ancora area critica
AOUI VERONA BORGO TRENTO
1
Malattie infettive
Area sub-intensiva
ancora area critica
0
Non area critica
Area sub-intensiva
Area critica
ancora area critica
AOUI DI VERONA BORGO ROMA
1
Area sub-intensiva
ancora area critica
0
Non area critica
Malattie infettive
Area sub-intensiva
Area critica
ancora area critica
0
5
10
15
20
25
RICOVERATO AC
RICOVERATO
DIMESSO
DECEDUTO AC
DECEDUTO

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Strategia per la pratica della chirurgia digestiva e oncologica in una situazione di COVID 19

Gianfranco DA DALT – Nicola BALDAN – Alberto FRIZIERO – Stefano MERIGLIANO

Clinica Chirurgica III – Azienda Ospedale-Università di Padova , via Giustiniani, 2 – 35128 Padova (Italia)

Parole chiave: Coronavirus, COVID-19, complicanze chirurgiche, chirurgia digestiva, cancro.

Abstract

La pandemia di COVID 19 sta cambiando l'organizzazione delle cure e sta cambiando il modo in cui viene eseguita la chirurgia digestiva. Le priorità di salute e i circuiti di cura sono modificati. La chirurgia d'urgenza rimane una priorità. Gli interventi per la chirurgia funzionale devono essere posticipati. La chirurgia laparoscopica deve seguire regole rigorose per non esporre i professionisti a un rischio eccessivo. La domanda principale riguarda la chirurgia oncologica, operare o rimandare? C'è probabilmente un rischio operativo indotto dalla pandemia che deve essere bilanciato con il ritardo nella gestione chirurgica.

Per ogni tipo di tumore, colon, pancreas, esofago-gastrico, epatocarcinoma, la morbilità e la mortalità vengono richiamate e confrontate con il rischio oncologico legato al ritardo nella chirurgia e/o al tempo di raddoppio del tumore. Questo confronto consente di proporre strategie, quindi per i tumori del colon (T1-2, N0), è desiderabile ritardare l'intervento chirurgico. Per le lesioni del colon avanzate, sembra prudente raccomandare la chemioterapia neo-adiuvante e attendere. Per i tumori del retto T3-4 e/o N+ è indicata la radio-chemioterapia, deve essere discussa una breve radioterapia (seguita da un periodo di attesa) al fine di ridurre il tempo di esposizione all'ospedale e evitare le infezioni. La maggior parte degli interventi chirurgici complessi con elevata morbilità e mortalità, esofago-gastrica, epatica o pancreatica dovrebbe probabilmente essere posticipata molto spesso.2

Introduzione

Siamo nel mezzo di una situazione senza precedenti che verifica tutti i sistemi sanitari di tutto il mondo. L'11 marzo 2020, l'OMS dichiarò che l'epidemia di COVID-19 era diventata una pandemia. Le autorità di tutto il mondo raccomandano misure igieniche preventive rafforzate che fanno appello al senso civico dei loro cittadini. I picchi epidemiologici e la gravità delle sindromi da distress respiratorio acuto rischiano di travolgere i nostri servizi di terapia intensiva. I nostri governi stanno adottando le misure necessarie per cercare di "appiattire" la curva e diluire il numero di casi che richiedono il ricovero nel tempo, e allo stesso tempo prendere misure per aumentare la nostra capacità di ricovero convenzionale in terapia intensiva.

Prendendo spunto da quanto scritto dai Consulenti Chirurghi del ministro della sanità francese, Olivier VERAN,[i] abbiamo fatte nostre le indicazioni dei Colleghi d'Oltralpe.

In linea generale, tutti Le Unità di Cura Chirurgiche sono invitate a deprogrammare senza indugio, e fatta salva la perdita di opportunità per i pazienti, tutte le procedure chirurgiche non urgenti che richiedono il ricorso alla rianimazione post-operatoria o al monitoraggio continuo. Particolare attenzione sarà richiesta per i pazienti seguiti in oncologia. Lo scopo di questa misura è di liberare posti nell'unità di terapia intensiva, ma anche di non esporre un paziente operato di recente a un'infezione deleteria da parte del virus. "

Un recente articolo pubblicato sull'esperienza dei nostri colleghi cinesi (1) sembra mostrare che i malati di cancro hanno maggiori probabilità di sviluppare infezioni da virus a causa della loro immunosoppressione secondaria alla neoplasia, alla chemioterapia e alla chirurgia. Questo articolo evidenzia inoltre che questi pazienti hanno un rischio maggiore di sviluppare episodi gravi (39% vs 8%). I pazienti che hanno subito un intervento chirurgico o hanno ricevuto la chemioterapia per il cancro nel mese precedente alla comparsa del virus avevano un rischio maggiore (75%) di sviluppare

un episodio grave rispetto a quelli che non avevano subito un intervento chirurgico o non avevano ricevuto la chemioterapia (43%). È vero che questo studio coinvolge un piccolo numero di pazienti e che è possibile formulare molte critiche "scientifiche", ma abbiamo tempo ragionevole per attendere dati più solidi prima di prendere decisioni.3

Il nostro principale punto di riflessione riguarda quindi l'impatto oncologico di un rinvio della gestione chirurgica in equilibrio con l'eccessivo rischio di mortalità in caso di grave infezione respiratoria dovuta al coronavirus.
Abbiamo ritenuto utile diffondere le linee di riflessione e le proposte di strategie dei nostri Colleghi Francesi, da mettere in atto per gestire, anche nella nostra Regione, questa insolita crisi che dobbiamo affrontare. Riflessioni per la cura dei pazienti, ma anche riflessioni sulla protezione dei caregiver che, a loro volta, sono sovraesposti al rischio di contaminazione

1. Strategia globale per la pratica della chirurgia viscerale in caso di epidemia di COVID 19
Le patologie digestive e parietali inducono un numero significativo di interventi chirurgici, che rappresentano il 12% dei ricoveri chirurgici per l'anno 2015.
Siamo solo all'inizio dell'infezione, ma la situazione è già grave e impone una mobilitazione senza precedenti. La situazione è semplice per i casi urgenti (patologie infettive, ischemiche, occlusive, traumatiche) che devono essere trattati senza indugio.
Anche le patologie che non possono essere posticipate di più di un mese dovrebbero essere gestite, se possibile in laparoscopia, al fine di ridurre al minimo l'impatto postoperatorio sulla funzione respiratoria. In tutti i casi si deve considerare che il paziente è eventualmente infetto e, di fatto, prevenire le infezioni crociate.
Si raccomanda di non eseguire un intervento chirurgico elettivo per una patologia benigna poiché questo intervento può essere eseguito senza influenzare il risultato quando l'epidemia viene messa sotto controllo. È importante informare il paziente e la sua famiglia dei motivi medici che ci fanno ritardare l'intervento, vale a dire un interesse collettivo (liberare i letti di ricovero e ricovero convenzionali, proteggere il personale infermieristico ...) e un interesse individuale. (evitare un'infezione respiratoria più grave dopo l'intervento chirurgico). È anche utile informare il paziente che l'intervento di cui avrà bisogno sarà probabilmente rimandato dopo la fine dell'epidemia perché ci sarà un gran numero di pazienti da trattare, questo numero dipenderà dalla durata dell'epidemia.4

Un caso speciale è quello del paziente infetto o sospettato di infezione da COVID-19 che presenta una patologia chirurgica urgente su cui operare. In questa situazione devono essere presi in considerazione due parametri: la protezione del personale infermieristico e la riduzione al minimo dell'impatto respiratorio dell'intervento. Un'ampia comunicazione dovrebbe essere la regola con il team della sala operatoria, il dipartimento di anestesia e altri servizi correlati e l'operazione deve essere eseguita sotto stretta protezione. La sala di intervento sarà, se possibile, a pressione negativa per evitare la diffusione e la contaminazione del personale e delle superfici esterne alla sala. La scelta della tipologia d'intervento (Chirurgia open o Laparoscopia) dovrebbe essere discussa caso per caso con l'anestesista: la laparoscopia dovrebbe essere preferita se la patologia lo consente o la ritiene indicata e se lo stato cardio-respiratorio è stabile; in altri casi è indicata una laparotomia.
Precauzioni riguardanti la laparoscopia (appendicectomia, esplorazione ...)
La laparoscopia ha molti vantaggi, principalmente per quanto riguarda l'impatto sulla funzione respiratoria e la durata della degenza ospedaliera. Tuttavia, è necessario prestare molta attenzione quando la si esegue poiché esiste il rischio di esposizione professionale e infezione del personale presente. Il rischio principale risiede nella presenza di un agente patogeno nel pneumoperitoneo,

favorita dalla dissezione. L'aerosol rilasciato nella stanza durante l'intervento (perdite) o alla fine dell'intervento (esufflazione), che può contaminare il personale presente nell'aria ma contaminare anche i mobili e tutte le superfici della sala di intervento.
Si consiglia se l'approccio laparoscopico è selezionato:

1) controllare tutti gli strumenti e il corretto funzionamento del sistema di aspirazione il cui uso deve essere sistematico, e questo prima dell'incisione tramite una corretta Check List di controllo;
2) creare incisioni adeguate per l'introduzione di trocars senza perdite e utilizzare, se possibile, trocars a palloncino;
3) è da proscrivere l'essufflazione dei fumi endoperitoneale direttamente, ma utilizzare il sistema aspirativo a circuito chiuso in uso per i liquidi
4) aspirare l'intero pneumoperitoneo prima di effettuare un'incisione ausiliaria e al termine della procedura prima di rimuovere i trocars.

In caso di dubbio o mancanza di esperienza di laparoscopia, dovrebbe essere preferita una laparotomia.

Adattamento del periodo post-operatorio

Dopo qualsiasi intervento chirurgico, il personale medico, paramedico e di pulizia deve adottare drastiche misure di protezione in conformità con le raccomandazioni nazionali e regionali, sarà lo stesso per la sala di sorveglianza post-operatoria (Post Anesthesia Care Unit - PACU). Dopo l'intervento, il paziente verrà ricoverato in una sezione ospedaliera adattata alle sue condizioni respiratorie. Sembra auspicabile che le aree ospedaliere siano allestite in stanze singole durante il periodo epidemico al fine di limitare le infezioni crociate con altri pazienti o familiari. Le camere singole facilitano anche la gestione dell'isolamento se risulta necessario. Sembra importante informare il paziente e la sua famiglia che le visite non sono consentite. Questo divieto mira a proteggere il paziente, il visitatore e il personale. Anche se i tempi di trattamento per paziente sono più lunghi del solito a causa delle precauzioni ancora più severe adottate per evitare l'infezione crociata, sembra auspicabile istituire un sistema di comunicazione dematerializzato (telefono, e-mail) con un membro della famiglia in modo che quest'ultimo sia informato dello stato di salute della persona amata. In effetti, il fatto che i propri cari non possano venire in ospedale e l'attuale stato di crisi sanitaria stanno causando stress e preoccupazioni. È probabilmente necessario, oltre ai numeri di telefono, pensare di creare una raccolta di e-mail dai contatti della famiglia.

Adattamento del sistema di Visita Ambulatoriale

Tutte le visite ambulatoriali non essenziali devono essere annullate o rinviate. Nella migliore delle ipotesi, saranno sostituite da consulti mediante telemedicina o utilizzando il telefono. Ridurre il numero di visite ambulatoriali dovrebbe ridurre il rischio di infezione crociata.
Se la visita ambulatoriale è essenziale, dovrebbe essere pianificata chiedendo al paziente se ha segni respiratori, spiegando al paziente che è desiderabile che venga da solo o accompagnato da una persona al fine di evitare la moltiplicazione di possibili contatti. . Nella stessa logica, le visite dovrebbero essere programmate con lunghi intervalli tra di loro al fine di evitare il sovraffollamento nella sala d'attesa degli ambulatori.
I contatti con i pazienti devono essere limitati, se un esame clinico è essenziale verrà effettuato con le mani guantate. Il personale medico deve cambiare i guanti dopo ogni Paziente visitato.

immediatamente dopo essere entrato in contatto con pazienti, fluidi corporei o materiali contaminati; utilizzare un gel per mani idroalcolico ad asciugatura rapida e osservare rigorosamente

le disposizioni Generali e Regionali pertinenti alla protezione per il personale medico, compresi i tempi di cambio della mascherina chirurgica.
Gli Ambulatori e le sale di attesa devono essere regolarmente ventilate e le superfici devono essere disinfettate nell'intervallo tra due pazienti da visitare.

2. Strategia per la pratica della chirurgia digestiva oncologica in caso di epidemia di COVID 19

L'infezione COVID-19 sconvolge la nostra vita quotidiana ma anche il modo in cui dobbiamo gestire i pazienti e in particolare quelli con patologia tumorale. Questo nuovo coronavirus è principalmente trasmesso da goccioline respiratorie, ma esiste anche la possibilità di trasmissione per contatto e per via oro-fecale. Questa infezione ha un periodo di incubazione da 1 a 14 giorni. I pazienti asintomatici durante il periodo di incubazione possono essere contagiosi e i test negativi non escludono l'infezione. Il malato di cancro è un paziente fragile spesso denutrito con un sistema immunitario compromesso dal cancro ma anche dai trattamenti; sembra che ci sia un aumento delle ARDS gravi in questi pazienti. D'altra parte, durante questo particolare periodo, sembra saggio preservare le risorse mediche senza compromettere la prognosi dei pazienti.
Per i casi non urgenti, dovrebbero essere preferiti i trattamenti non chirurgici, la chirurgia verrà eseguita una volta che l'epidemia sarà sotto controllo. Tuttavia, dobbiamo anticipare il fatto che una volta che l'epidemia sarà fermata, il ritorno al normale funzionamento avrà luogo gradualmente perché le equipe mediche, in particolare gli anestesisti e i rianimatori, saranno sfiniti da un significativo impegno di diverse settimane sul fronte infezione. Inoltre, ci sarà un gran numero di pazienti da trattare a causa del rinvio dell'intervento chirurgico durante il periodo dell'epidemia.

Quindi dobbiamo stabilire una ragionevole strategia di gestione che tenga conto della gestione dell'epidemia e del trattamento del cancro. Risparmio di tempo, controllando la progressione della malattia durante il periodo dell'epidemia e quella di un ritorno alla normalità, è la sfida che dobbiamo affrontare.
Le cure dovranno essere adattate alla situazione sanitaria nella regione, alle previsioni sull'evoluzione dell'epidemia e al rischio di superare i nostri sistemi sanitari. È consigliabile anticipare questo rischio di superamento e passare in anticipo alla modalità di gestione contenuta di questi pazienti. Un paziente la cui gestione richiede assistenza respiratoria postoperatoria a causa di un intervento chirurgico importante o di una possibile complicazione potrebbe non essere in grado di beneficiarne se il nostro sistema fosse saturo.
Ci sono punti in comune nella cura dei malati di cancro: 1) combattere la denutrizione promuovendo una dieta equilibrata, fornendo integratori alimentari o stabilendo una dieta enterale alimentando la cannula; 2) evitare un significativo deterioramento del sistema immunitario con trattamenti aggressivi; 3) evitare ricoveri, visite, degenze ospedaliere che favorirebbero la contaminazione da parte del virus; 4) favorire una sequenza terapeutica che non imponga una tempistica chirurgica rigorosa che potrebbe non essere possibile; 5) discutere l'assistenza in un incontro multidisciplinare al fine di definire il piano di assistenza personalizzato più adatto al paziente e al periodo epidemico. Tali riunioni devono essere organizzate virtualmente (Meeting Multidisciplinari in streaming) o in Comitati ristretti (pratica di segmentazione dei team), al fine di evitare la diffusione del virus tra i vari team medici; 6) un aiuto psicologico dovrebbe essere offerto ai pazienti che devono occuparsi della gestione del cancro e della gestione dell'epidemia
I colleghi cinesi hanno pubblicato diversi articoli che suggeriscono di cambiare le pratiche, adattando le strategie (2-5).

Specificità del trattamento per tipo di tumore

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Due punti sono essenziali nella nostra riflessione sulla strategia di cura

1. Quali sono i rischi operativi noti e i rischi eccessivi di infezioni respiratorie? Gli ultimi dati di ricerca mostrano che i pazienti con tumori hanno maggiori probabilità di essere infettati da nuovi coronavirus a causa dell'immunodeficienza sistemica causata da malattie tumorali, trattamenti oncologici (radioterapia, chemioterapia) e chirurgia. I pazienti operati o trattati con chemioterapia nel mese precedente l'infezione avevano una forma grave nel 75% dei casi, rappresentando un rischio relativo nell'analisi multivariata di 5,34 (IC 95% 1,80-16,18, p = 0, 0026) (1). In questo senso, l'esposizione dei pazienti a un rischio di morbilità e mortalità post-operatoria deve essere presa in considerazione e inclusa nella scelta della strategia.
2. Quale sarebbe l'impatto oncologico di un lungo periodo di attesa (da 6 a 12 settimane) correlato all'epidemia? In effetti, il tempo impiegato per sottoporsi a un trattamento chirurgico è spesso considerato una misura della qualità delle cure. Tuttavia, anche se il tempo di attesa è nella maggior parte dei casi dovuto al sovraccarico di programmi operativi, è stato dimostrato che questa volta può anche essere possibile selezionare i migliori candidati "chirurgici" (resecabili reali) e prepararli per l'intervento (riabilitazione, gestione della possibile anemia, nutrizione preoperatoria). Nella situazione attuale e alla luce dei rischi connessi, è essenziale mettere in discussione l'impatto oncologico di questo periodo "imposto" dalla situazione sanitaria.
Questi punti saranno dettagliati organo per organo.

Specificità della gestione dei tumori del colon-retto

Morbilità e mortalità:

Nella chirurgia colo-rettale, la mortalità e la morbilità postoperatorie sono stimate rispettivamente al 3,4% e al 35% nello studio AFC (6). Questo studio prospettico includeva 1421 pazienti e la mortalità a tre mesi era del 6,3%. Sono stati isolati quattro fattori di rischio per la mortalità, accessibili prima dell'intervento: l'urgenza dell'intervento (rischio relativo 4,42), anamnesi neurologica (rischio relativo 3,85), perdita di peso superiore al 10% del peso iniziale (rischio relativo 3,42) e età superiore a 70 anni (rischio relativo 2,16). Questo studio ha dimostrato che maggiore è il numero di fattori di rischio per la mortalità, maggiore è il tasso di mortalità. Per la chirurgia rettale, è la fistola anastomotica che è la complicazione più temuta, con una frequenza dal 15 al 26% (Greccar 5) e una mortalità associata tra il 6 e il 39% (7).

Impatto oncologico del tempo di attesa

Questo impatto è stato misurato poco nella chirurgia del colon. Per le forme avanzate di carcinoma del retto, è necessario un trattamento neo-adiuvante con un ritardo tra la fine della radio-chemioterapia e la chirurgia di 8 settimane, che può essere aumentato a 12 settimane senza conseguenze dannose (Greccar 6) (8). Non saranno quindi i pazienti all'inizio o durante il trattamento a essere problematici, ma i pazienti che hanno già completato questo trattamento e il cui intervento chirurgico era già stato pianificato.

sintesi:

- Per lesioni precancerose e tumori con una buona prognosi (T1-2, N0), è desiderabile ritardare la gestione chirurgica in modo appropriato alla situazione dell'epidemia. - Per le lesioni del colon avanzate, sembra prudente raccomandare la chemioterapia neo-adiuvante e attendere la fine del picco dell'epidemia prima di proporre un intervento chirurgico radicale. Queste situazioni dovrebbero essere discusse caso per caso al fine di tener conto del rischio oncologico, del rischio di progressione verso l'occlusione e del rischio di immunosoppressione indotta che potrebbe essere estremamente dannosa.

- Per i tumori T3-4 e / o N + è indicata la radio-chemioterapia, deve essere discussa una breve radioterapia (seguita da un periodo di attesa) al fine di ridurre il tempo di esposizione in ospedale ed evitare infezioni . La chemioterapia di induzione può anche essere discussa caso per caso.

- Per i tumori occlusivi, verrà eseguita derivazione esterna (colostomia o ileostomia) seguita da chemioterapia. Particolare attenzione verrà data durante l'esecuzione di una stomia (gesto contaminante) al fine di evitare l'infezione nel personale infermieristico.
- Per i tumori al termine del trattamento, il cui intervento deve essere pianificato, la strategia deve essere adattata alla durata dell'epidemia, al suo picco e alle risorse mediche disponibili. In alcuni casi può essere indicato un ulteriore ciclo di chemioterapia in attesa (9).

Specificità della gestione dei tumori del pancreas

Morbilità e mortalità

Nonostante gli sforzi cumulativi chirurgici, anestesiologici e di rianimazione e le misure di ottimizzazione perioperatoria (Riabilitazione migliorata, Pre-rebilitazione) le percentuali di morbilità e la mortalità per duodenopancreatectomia cefalica rimangono elevate. In effetti, l'ultima revisione dei dati in letteratura stima il tasso di mortalità all'8,2% (10). I tassi di complicanze complessive e gravi sono rispettivamente del 75% e del 30%, con complicanze specifiche (fistola pancreatica, emorragia) e complicanze infettive in ordine di frequenza (11).
Dopo splenopancreatectomia sinistra, sebbene i tassi di mortalità siano più limitati (3%), il tasso di complicanze gravi è di circa il 25%.

Impatto oncologico del tempo di attesa:

Due studi di coorte retrospettivi sui dati del registro nazionale nordamericano (12, 13) hanno valutato l'impatto del tempo di attesa prima della pancreatectomia per il cancro. Mirkin et al. (12) hanno suggerito che la sopravvivenza a lungo termine non è stata influenzata dal tempo di attesa. Nello studio pubblicato da Swords et al. (13) il tempo di accesso all'intervento è stato breve (1-14 giorni) per il 34,4% dei pazienti, medio (15-42 giorni) per il 51,6% dei pazienti e lungo (43-120 giorni) per il 14% dei pazienti. I tassi di mortalità erano più bassi per i pazienti con tempi di attesa medi (rapporto di rischio 0,94; IC al 95%, da 0,90 a 0,97) e lunghi (rapporto di rischio 0,91 ; IC al 95%, da 0,86 a 0,96). Non ci sono state differenze nei tassi di invasione dei linfonodi, resecabilità locale, scoperta dell'estensione metastatica all'esplorazione e nessun margine positivo. La mortalità a 90 giorni era inferiore nel gruppo con tempo di attesa medio (odds ratio 0,75; IC 95%, da 0,65 a 0,85) e nel gruppo con tempo di attesa lungo (odds ratio 0,72; IC 95%, da 0,60 a 0,88).

sintesi:
- In assenza di documentazione istologica:
- Per i tumori peri-ampollari, verrà proposto di rimandare la gestione
chirurgico, per quanto riguarda i rischi operativi, a seguito dell'epidemia
- Per le lesioni corporo-caudali, a seconda delle possibilità di accesso operativo e dell'evoluzione dell'epidemia, potrebbe essere indicato l'intervento in pazienti a basso rischio
ma dovrebbe essere rimandato altrimenti.
- In caso di documentazione istologica a favore di un adenocarcinoma pancreatico:
- potrebbe essere indicata la chemioterapia d' attesa per le neoplasie cefaliche. Queste situazioni dovrebbero essere discusse caso per caso al fine di tener conto del rischio oncologico e del rischio di immunosoppressione indotta che potrebbe essere estremamente dannosa (drenaggio biliare e denutrizione in particolare).
- Per le lesioni che richiedono una splenopancreatectomia sinistra, l'intervento potrebbe essere proposto in pazienti a basso rischio operativo (comorbidità, stato nutrizionale), ma dovrebbe essere rimandato altrimenti, con possibile chemioterapia d'attesa. Queste situazioni dovrebbero essere discusse caso per caso al fine di tener conto del rischio oncologico e del rischio di immunosoppressione indotta che potrebbe essere estremamente dannoso.

Specificità della gestione dei tumori esogastrici

Morbilità e mortalità

La chirurgia per i tumori eso-gastrici rimane un intervento chirurgico ad alto rischio di complicanze. In effetti, i tassi di complicanze maggiori dopo esofago-gastro-plastica sono elevati, tra il 36 e il 64% nello studio MIRO, con tassi di complicanze respiratorie maggiori tra il 18 e il 30% (14). Dopo

gastrectomia totale, i tassi di complicanze maggiori, che sono certamente più bassi, sono circa dal 10 al 15%, dominati da complicanze respiratorie e settiche (15, 16).

Impatto oncologico del tempo di attesa

I tumori esofago-gastrici localizzati generalmente progrediscono relativamente lentamente (indipendentemente dal sottotipo istologico) e il tempo medio di progressione da uno stadio localizzato a uno stadio localmente avanzato o metastatico è di 34-44 mesi, in base ai dati della letteratura asiatica. Inoltre, il tempo di raddoppio per il carcinoma gastrico localmente avanzato è di 6,2 mesi (17, 18). Poiché l'epidemiologia dei tumori esofago-gastrici in Francia e in Europa è diversa, questi dati devono essere analizzati con una certa prospettiva clinica. I tumori diagnosticati in una fase precoce rappresentano meno del 5% dei pazienti operati e affinché il carcinoma esofageo sia sintomatico, l'80% del lume deve essere funzionalmente occluso.

sintesi:

Alla luce di questi elementi e delle attuali strategie di trattamento preoperatorio (chemioterapia neo-adiuvante (FLOT in particolare), radio-chemioterapia neo-adiuvante) ad eccezione delle forme superficiali, i gesti della gastrectomia o dell'esofagectomia devono essere posticipati, con discussione della continuazione del trattamento preoperatorio se termina durante l'epidemia (chemioterapia di mantenimento, le cui modalità devono essere discusse nei Meeting Multidisciplinari o nei GOM e adattate caso per caso, tenendo conto del rischio non trascurabile di immunosoppressione post-chemioterapi).

Per i tumori che giustificano una gastrectomia parziale, a causa del rischio di complicanze più limitate, l'intervento potrebbe essere indicato in pazienti a basso rischio operativo, ma dovrebbe essere rimandato in caso contrario.

Specificità del trattamento dei tumori epatici primari

Morbilità e mortalità

I rischi di complicanze post-operatorie devono essere stimati in base alla natura del parenchima epatico (cirrosi, steatosi) e alla procedura chirurgica pianificata (epatectomia minore o maggiore, segmenti / settori epatici interessati). Le percentuali complessive di complicanze sono del 15% e 45% dopo epatectomia minore e maggiore, rispettivamente e 4 e 20% per complicanze gravi (19). Nel fegato cirrotico, l'ultimo studio retrospettivo dell'AFC ha documentato tassi di complicanze complessive e gravi rispettivamente del 44% e dell'11%. (20)

Impatto oncologico del tempo di attesa

Per il carcinoma epatocellulare, il rischio di progressione del tumore, che porta a una situazione di irrecuperabilità è limitato, senza mettere in pericolo la vita a breve termine. An et al. hanno analizzato retrospettivamente i dati di 175 pazienti con carcinoma epatocellulare senza alcun trattamento. Il tempo di raddoppio del volume mediano del tumore è stato di 85,7 giorni e con un estremo maggiore di 851,2 giorni (21). Sono disponibili pochi dati simili per il colangiocarcinoma intraepatico.

sintesi

Pertanto, tenuto conto del basso rischio di progressione del tumore nel periodo epidemico, verrà proposto di posticipare la gestione chirurgica dei pazienti con tumore epatico primario.

- In caso di lesione accessibile a un'asportazione epatica minore, in base alle possibilità di accesso operativo e all'evoluzione dell'epidemia, l'intervento potrebbe essere proposto in pazienti a basso rischio operativo, ma dovrebbe essere altrimenti posticipato.

- In caso di lesione che implichino un'importante demolizione parenchimale epatica, l'intervento deve essere posticipato, eventualmente con preparazione mediante embolizzazione portale se necessario e preparazione nutrizionale. Particolare attenzione deve essere prestata al colangioarcinoma ilare, in termini di rischio settico e nutrizionale.

- I pazienti candidati a gesti di distruzione per termoablazione potrebbero essere trattati in base alle possibilità di accesso operativo, eventualmente nella sala di radiologia interventistica e all'evoluzione dell'epidemia.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Bibliografia

1. Liang W, Guan W, Chen R, Wang W, Li J, Xu K, et al. Cancer patients in SARS-CoV-2 infection: a nationwide analysis in China. Lancet Oncol. 2020;21(3):335-7.

2. Zhang Y, Xu JM. [Medical diagnosis and treatment strategies for malignant tumors of the digestive system during the outbreak of novel coronavirus pneumonia]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2020;42(0):E005.

3. Chen YH, Peng JS. [Treatment strategy for gastrointestinal tumor under the outbreak of novel coronavirus pneumonia in China]. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2020;23(2):I- IV.

4. Hu XH, Niu WB, Zhang JF, Li BK, Yu B, Zhang ZY, et al. [Thinking of treatment strategies for colorectal cancer patients in tumor hospitals under the background of coronavirus pneumonia]. Zhonghua Wei Chang Wai Ke Za Zhi. 2020;23(3):E002.

5. Wu F, Song Y, Zeng HY, Ye F, Rong WQ, Wang LM, et al. [Discussion on diagnosis and treatment of hepatobiliary malignancies during the outbreak of novel coronavirus pneumonia]. Zhonghua Zhong Liu Za Zhi. 2020;42(0):E004.

6. Alves A, Panis Y, Mathieu P, Mantion G, Kwiatkowski F, Slim K, et al. Postoperative mortality and morbidity in French patients undergoing colorectal surgery: results of a prospective multicenter study. Arch Surg. 2005;140(3):278-83, discussion 84.

7. Denost Q, Rouanet P, Faucheron JL, Panis Y, Meunier B, Cotte E, et al. To Drain or Not to Drain Infraperitoneal Anastomosis After Rectal Excision for Cancer: The GRECCAR 5 Randomized Trial. Ann Surg. 2017;265(3):474-80.

8. Lefevre JH, Mineur L, Kotti S, Rullier E, Rouanet P, de Chaisemartin C, et al. Effect of Interval (7 or 11 weeks) Between Neoadjuvant Radiochemotherapy and Surgery on Complete Pathologic Response in Rectal Cancer: A Multicenter, Randomized, Controlled Trial (GRECCAR- 6). J Clin Oncol. 2016;34(31):3773-80.

9. Habr-Gama A, Perez RO, Sabbaga J, Nadalin W, Sao Juliao GP, Gama-Rodrigues J. Increasing the rates of complete response to neoadjuvant chemoradiotherapy for distal rectal cancer: results of a prospective study using additional chemotherapy during the resting period. Dis Colon Rectum. 2009;52(12):1927-34.

10. El Amrani M, Lenne X, Clement G, Delpero JR, Theis D, Pruvot FR, et al. Specificity of Procedure volume and its Association With Postoperative Mortality in Digestive Cancer Surgery: A Nationwide Study of 225,752 Patients. Ann Surg. 2019;270(5):775-82.

11. Schwarz L, Bruno M, Parker NH, Prakash L, Mise Y, Lee JE, et al. Active Surveillance for Adverse Events Within 90 Days: The Standard for Reporting Surgical Outcomes After Pancreatectomy. Ann Surg Oncol. 2015;22(11):3522-9.

12. Mirkin KA, Hollenbeak CS, Wong J. Time to Surgery: a Misguided Quality Metric in Early Stage Pancreatic Cancer. J Gastrointest Surg. 2018;22(8):1365-75.

13. Swords DS, Zhang C, Presson AP, Firpo MA, Mulvihill SJ, Scaife CL. Association of time- to-surgery with outcomes in clinical stage I-II pancreatic adenocarcinoma treated with upfront surgery. Surgery. 2018;163(4):753-60.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

14. Mariette C, Markar S, Dabakuyo-Yonli TS, Meunier B, Pezet D, Collet D, et al. Health- related Quality of Life Following Hybrid Minimally Invasive Versus Open Esophagectomy for Patients With Esophageal Cancer, Analysis of a Multicenter, Open-label, Randomized Phase III Controlled Trial: The MIRO Trial. Ann Surg. 2019.

15. Bartlett EK, Roses RE, Kelz RR, Drebin JA, Fraker DL, Karakousis GC. Morbidity and mortality after total gastrectomy for gastric malignancy using the American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program database. Surgery. 2014;156(2):298-304.

16. Wang WJ, Li R, Guo CA, Li HT, Yu JP, Wang J, et al. Systematic assessment of complications after robotic-assisted total versus distal gastrectomy for advanced gastric cancer: A retrospective propensity score-matched study using Clavien-Dindo classification. Int J Surg. 2019;71:140-8.

17. Fujiya K, Irino T, Furukawa K, Omori H, Makuuchi R, Tanizawa Y, et al. Safety of prolonged wait time for gastrectomy in clinical stage I gastric cancer. Eur J Surg Oncol. 2019;45(10):1964-8.
18. Oh SY, Lee JH, Lee HJ, Kim TH, Huh YJ, Ahn HS, et al. Natural History of Gastric Cancer: Observational Study of Gastric Cancer Patients Not Treated During Follow-Up. Ann Surg Oncol. 2019;26(9):2905-11.

19. Kawaguchi Y, Fuks D, Kokudo N, Gayet B. Difficulty of Laparoscopic Liver Resection: Proposal for a New Classification. Ann Surg. 2018;267(1):13-7.

20. Hobeika C, Fuks D, Cauchy F, Goumard C, Soubrane O, Gayet B, et al. Impact of cirrhosis in patients undergoing laparoscopic liver resection in a nationwide multicentre survey. Br J Surg. 2020;107(3):268-77.

21. An C, Choi YA, Choi D, Paik YH, Ahn SH, Kim MJ, et al. Growth rate of early-stage hepatocellular carcinoma in patients with chronic liver disease. Clin Mol Hepatol. 2015;21(3):279-86.

---

[i] Jean-Jacques TUECH 1, 2, Alice GANGLOFF 3, Fréderic DI FIORE 2, 3, Pierre MICHEL 2, 3, Cécile BRIGAND 4, Karem SLIM 5, Marc POCARD 6, Lilian SCHWARZ 1, 2.

1. Ospedale universitario di Rouen, Dipartimento di Chirurgia digestiva, 1 rue de Germont, F- 76031, Rouen Cedex, Francia
2. Normandie Univ, UNIROUEN, UMR 1245 INSERM, Ospedale universitario di Rouen, Dipartimento di Medicina genomica e personalizzata nei tumori e nei disturbi neurologici, F-76000, Rouen, Francia
3. Ospedale universitario di Rouen, Dipartimento di oncologia digestiva, 1 rue de Germont, F- 76031 Rouen cedex, Francia
4. Dipartimento di Chirurgia Generale e Digestiva, Ospedale Hautepierre, Ospedale Universitario di Strasburgo, 67200 Strasburgo, Francia.
5. Dipartimento di chirurgia digestiva, CHU Clermont-Ferrand, 63003 Clermont-Ferrand Francia.
6. Università di Parigi, UMR 1275 CAP Paris-Tech, F-75010 Parigi, Francia; Dipartimento di chirurgia digestiva e del cancro Ospedale Lariboisière 2 rue Ambroise Paré, F- 75010 Parigi, Francia

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 31/03/2020 | Protocollo n. 7693 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Verbale Comitato Tecnico Scientifico COVID_19 – 5ª riunione del 30.3.2020

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il verbale dell'incontro del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 tenutosi in videoconferenza il 30.3.2020.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Verbale Comitato scientifico Coronavirus (ex DGR 269/2020) – 5ª riunione

30/03/2020 ore 16:00-17:00

Riunione tenutasi in modalità Videoconferenza

Presenti:

Dr. Mario Saia, Prof. Paolo Navalesi, Prof. Andrea Vianello, Prof. Vincenzo Baldo, Dr.ssa Annamaria Cattelan, Prof.ssa Liviana Da Dalt, Dr. Marco Baiocchi, Dr. Paolo Rosi, Dr.ssa Giovanna Scroccaro, Dr.ssa Elena Narne, Dr. Ugo Fedeli, Ing. Lorenzo Gubian, Dr.ssa Gianna Vettore, Dr. Stefano Kusstatscher, Dr.ssa Gisella Pitter

Argomenti discussi:

1. Valutazione della letalità tra i pazienti ricoverati per COVID-19

1. Valutazione della letalità tra i pazienti ricoverati per COVID-19

Dall'analisi dell'andamento delle ospedalizzazioni, e in particolare dei ricoveri in terapia intensiva, sono emerse delle differenze non trascurabili nell'occupazione dei posti letto nel corso degli ultimi 10 giorni. Dalla prima disamina della letalità nei pazienti ricoverati per COVID-19, calcolata sulla base dei dati inseriti dalle strutture ospedaliere nella piattaforma regionale PIC-19, sono emerse inoltre alcune disomogeneità meritevoli di approfondimento tra diversi ospedali con un eccesso di mortalità nell'area veronese.
Il Comitato Scientifico concorda sulla necessità di effettuare un'analisi più approfondita tenendo conto di fattori anagrafici, presenza di comorbidità, tipologia di struttura ospedaliera e reparto e altri possibili fattori confondenti.
Attraverso un confronto fra i componenti del Comitato dovrà essere definita una metodologia condivisa per condurre l'analisi dei dati, avvalendosi del supporto dell'UOC SERR e dell'UOC Sistemi Informativi, valutando nel contempo l'opportunità di arricchire la base informativa a disposizione recuperando i dati relativi alla tipologia di ventilazione dei pazienti già dimessi dal flusso SDO.

Il Coordinatore
Dott. Mario Saia

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico Assistenziale
governo.clinico@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 0412791344

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

Comitato scientifico COVID-19, ex DGR 269/2020

Presenze e attività

Incontri del Comitato scientifico

	Presenze	Assenze	% presenze
Baiocchi	10	1	91%
Baldo	11		100%
Cattelan	11		100%
Crisanti	5	6	45%
Da Dalt	7	4**	100%
Navalesi	11		100%
Vianello	11		100%
Tacconelli	8	3	73%
Zambon*	5*	6*	*

*: Coordinatore OMS per le Regioni per l'emergenza COVID-19, partecipa in qualità di osservatore
**: assente giustificato

Documenti approvati

	parere fornito	non fornito parere	% pareri forniti
Baiocchi	56	1	98%
Baldo	57	0	100%
Cattelan	49	8	86%
Crisanti	7	50	12%
Da Dalt	54	3	95%
Navalesi	57	0	100%
Vianello	57	0	100%
Tacconelli	48	9	84%
Zambon*	31	19	*

*: Coordinatore OMS per le Regioni per l'emergenza COVID-19, partecipa in qualità di osservatore

8.10.2021

Incontri del Comitato scientifico COVID-19, ex DGR 269/2020.

n.	data	Baiocchi	Baldo	Cattelan	Crisanti	Da Dalt	Navalesi	Vianello	Tacconelli	Zambon*
1	04-mar	P	P	P	P	A**	P	P	P	A
2	09-mar	P	P	P	P	A**	P	P	P	P
3	12-mar	P	P	P	P	A**	P	P	P	A
4	27-mar	P	P	P	A	P	P	P	A	P
5	30-mar	P	P	P	A	P	P	P	A	A
6	02-apr	P	P	P	A	P	P	P	A	A
7	07-apr	P	P	P	A	P	P	P	P	A
8	05-mag	P	P	P	A	A**	P	P	P	P
9	22-lug	A	P	P	P	P	P	P	P	A
10	19-nov	P	P	P	A	P	P	P	P	P
11	16-gen	P	P	P	P	P	P	P	P	P

*: Coordinatore OMS per le Regioni per l'emergenza COVID-19, partecipa in qualità di osservatore

Nota: P: presente
A: assente
A**: assente giustificato

8.10.2021

Approvazioni del Comitato scientifico COVID-19, ex DGR 269/2020.

n.	Baiocchi	Baldo	Cattelan	Crisanti	Da Dalt	Navalesi	Vianello	Tacconelli	Zambon*	Documento e riferimenti
1	s	s	s	s	n	s	s	s	n	Protocollo Terapia infezioni da SARS-Cov-2 (nota prot. n. 5879 del 12.3.2020)
2	s	s	s	s	n	s	s	s	n	Documento "Decisioni eticamente fondate per il trattamento deli pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave secondaria a infezione da COVID-19" con il quale si contestualizza e propone il recepimento del documento della SIAARTI "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili" (nota prot. n. 5879 del 12.3.2020)
3	s	s	s	s	n	s	s	s	n	Proposta operativa sospensione interventi di elezione di pazienti candidati al ricovero in Terapia Intensiva Post Operatoria (nota prot. n. 5879 del 12.3.2020)
4	s	s	s	n	s	s	s	s	n	Misure preventive e di sicurezza per la gestione del neonato che necessita di trasporto durante epidemia da COVID-19 (nota prot. n. 6459 del 18.3.2020)
5	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Aggiornamento del Protocollo Terapia infezioni da SARS-Cov-2 comprensivo delle indicazioni per la terapia domiciliare (nota prot. n. 7447 del 28.3.2020)
6	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Protocollo per il ricondizionamento dei dispositivi medici per CPAP (nota prot. n. 7447 del 28.3.2020)
7	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Indicazioni per l'uso delle maschere facciali (nota prot. n. 7447 del 28.3.2020)
8	s	s	s	s	s	s	s	s	n	Gestione ospedaliera del bambino/adolescente con sospetta o accertata infezione da SARS-Cov-2 (nota prot. n. 8496 del 10.4.2020)
9	s	s	s	s	s	s	s	s	n	Scheda di Valutazione Strutture Residenziali Anziani e Protocollo Operativo Utilizzo del test rapido sierologico (nota prot. n. 8496 del 10.4.2020)
10	s	s	s	s	s	s	s	s	n	Progetto per la diagnostica sierologica di COVID 19 nel Veneto (nota prot. n. 8496 del 10.4.2020)
11	s	s	s	n	s	s	s	s	n	Protocollo prescrittivo per l'Ossigeno Terapia domiciliare (nota prot. n. 8973 del 17.4.2020)
12	s	s	s	n	s	s	s	s	n	Neuro-Covid Veneto presentato dall'UOC Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali (nota prot. n. 9391 del 23.4.2020)
13	s	s	s	n	s	s	s	s	n	Progetto Covid 2019 presentato dall'UOC Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali (nota prot. n. 9391 del 23.4.2020)
14	s	s	s	n	s	s	s	s	n	Istruzioni operative per la sorveglianza del personale del sistema sanitario regionale (rev 2 del 22.4.2020) (nota prot. n. 9689 del 27.4.2020)
15	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie (nota prot. n. 9689 del 27.4.2020)
16	s	s	s	n	s	s	s	s	n	Aggiornamento del protocollo terapeutico per le infezioni da SARS-Cov-2 (v.3.0 del 5.5.2020) (nota prot. n. 10209 del 5.5.2020)
17	s	s	n	n	s	s	s	n	n	Linee di indirizzo per lo svolgimento delle visite medico sportive agonistiche e non agonistiche per atleti a basso rischio di aver contratto il virus. Fase 2 Covid-19 (nota prot. n. 10537 del 8.5.2020)
18	s	s	s	n	s	s	s	n	n	Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 Covid-19- La gestione degli accessi in ospedale (nota prot. n. 11060 del 14.5.2020)
19	s	s	s	n	s	s	s	n	n	Video "Accesso al Pronto Soccorso" (nota prot. n. 11212 del 18.5.2020)
20	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Video "Accesso all'attività ordinaria" (nota prot. n. 11665 del 21.5.2020)
21	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Video "Accesso agli ospedali" (nota prot. n. 11665 del 21.5.2020)
22	s	s	n	n	s	s	s	n	s	Linee di indirizzo Strutture residenziali extraospedaliere. Indicazioni per l'accoglienza di nuovi ospiti e l'accesso di familiari, visitatori e di altro personale esterno (nota prot. n. 12264 del 28.5.2020), successivamente sottoposta a revisione (nota prot. n. 14651 del 29.6.2020)
23	s	s	s	n	s	s	s	n	n	Linee di indirizzo per la riapertura dei servizi per infanzia e adolescenza 0-17 anni. Interventi e misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di SARS-CoV-2 (nota prot. n. 12341 del 29.5.2020)
24	s	s	s	n	s	s	s	n	n	Linee di indirizzo per lo svolgimento delle Visite Medico-Sportive agonistiche e non agonistiche per atleti a rischio di aver contratto il virus o positivi al tampone. Fase 2 Covid-19. (nota prot. n. 13232 del 12.6.2020)
25	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale (nota prot. n. 13917 del 22.6.2020)
26	s	s	s	s	s	s	s	s	s	Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici (DGR 344/2020 e successive modifiche ed integrazioni) (nota prot. n. 13917 del 22.6.2020)
27	s	s	s	n	s	s	s	s	n	Linee di indirizzo strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale. Modifiche ed integrazioni. (nota prot. n. 14651 del 29.6.2020)
28	n	s	s	n	s	s	s	n	s	Protocollo per la gestione dei soggetti con patologie croniche nelle palestre della salute (nota prot. n. 16095 del 20.7.2020)
29	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Aggiornamento ddelle azioni del piano di sanità pubblica e dell'effettuazione di test diagnostici [nota prot. n. 18469 del 3.8.2020]
30	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Piano emergenziale per l'autunno 2020. [nota prot. n. 18728 del 5.8.2020]
31	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Linee di indirizzo per le attività didattiche rivolte a minori ricoverati – Scuola in ospedale (nota prot. n. 20041 del 31.8.2020)
32	s	s	s	n	s	s	s	n	s	Linee di indirizzo strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale. Precisazioni e aggiornamenti (nota prot. n. 21401 del 18.9.2020)
33	s	s	n	n	s	s	s	s	s	Indicazioni operative per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-Cov2 (nota prot. n. 22337 del 29.9.2020)
34	s	s	n	n	s	s	s	s	s	Protocollo operativo per la gestione dei contatti di caso confermato di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia (nota prot. n. 22337 del 29.9.2020)
35	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Piano di Sanità Pubblica Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione - DGR 344/2020, DGR 1104/2020 e smi (nota prot. n. 24156 del 19.10.2020)
36	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno (nota prot. n. 24237 del 20.10.2020)
37	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Linee di indirizzo circa la gestione degli accessi nelle strutture ospedaliere, ed extraospedaliere a gestione diretta, con riferimento alle aree di degenza (nota prot. n. 25313 del 2.11.2020)
38	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Indirizzi clinico-organizzativi per l'attuazione dell'Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno e attivazione Covid Hospital (nota prot. n. 25313 del 2.11.2020)
39	s	s	s	n	s	s	s	s	n	Parere sui contenuti della bozza della nota di sospensione dell'attività chirurgica programmata con necessità di TIPO e medica per la fase 4. (nota prot. n. 26007 del 6.11.2020)
40	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19 (nota prot. n. 26081 del 9.11.2020)
41	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Criteri di accesso dei pazienti COVID-19 alla Terapia Intensiva, alla Terapia Semintensiva e a Malattie Infettive (nota prot. n. 26538 del 12.11.2020)
42	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Indirizzi organizzativi di fase 5 (nota prot. n. 28769 del 4.12.2020)
43	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Parere in merito alla nota del Presidente del Direttivo ANPO e Direttivo AAFM Veneto recante "attività sanitarie in emergenza COVID-19" del 18.12.2020 (nota prot. n. 30604 del 22.12.2020)
44	s	s	s	n	s	s	s	s	s	"Linee di indirizzo per lo svolgimento delle Visite d'idoneità agonistica per atleti nel periodo di emergenza legato alla pandemia da SARS-CoV-2. Gennaio 2021" (nota prot. n. 1002 del 15.1.2021)

n.	Baiocchi	Baldo	Cattelan	Crisanti	Da Dalt	Navalesi	Vianello	Tacconelli	Zambon*	Documento e riferimenti
45	s	s	s	n	s	s	s	s	s	"Linee di indirizzo per la tutela della salute degli operatori sanitari e degli atleti nel corso dello svolgimento delle Visite Medico-Sportive agonistiche e non agonistiche per atleti nel periodo di emergenza legato alla pandemia da SARS-CoV-2. Gennaio 2021". (nota prot. n. 1002 del 15.1.2021)
46	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Nota "ripresa attività di specialistica ambulatoriale". (nota prot. n. 2085 del 28.1.2021)
47	s	s	s	n	s	s	s	s	s	Parere in merito alla nota "Ripresa attività di ricovero" (nota prot. n. 3043 del 5.2.2021)
48	s	s	n	n	s	s	s	s	s	Sistema di monitoraggio per le infezioni da SARS-CoV-2 nel contesto scolastico (nota prot. n. 3180 del 8.2.2021)
49	s	s	n	n	s	s	s	s	s	Linee di indirizzo per la Gestione dei contatti di casi di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia (nota prot. n. 3180 del 8.2.2021)
50	s	s	n	n	s	s	s	n	s	Parere in merito alla nota "Accesso per visita a pazienti in condizioni critiche – indicazioni" (nota prot. n. 5473 del 2.3.2021)
51	s	s	s	n	s	s	s	s	//	Piano di Sanità Pubblica. Aggiornamento indicazioni. Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali (nota prot. n. 7131 del 17.3.2021)
52	s	s	s	n	s	s	s	s	//	Parere in merito alla nota "Epidemia di COVID-19: sospensione delle attività" (nota prot. n. del 25.3.2021)
53	s	s	s	n	s	s	s	s	//	Parere in merito alla nota "ripresa dell'attività di ricovero programmata, non urgente, dell'attività di specialistica ambulatoriale e dell'attività di libera professione intramoenia" (nota prot. n. 11248 del 23.4.2021)
54	s	s	s	n	s	s	s	s	//	Parere in merito alla nota "Tempistica seconda dose vaccinazione anti covid-19 malati oncologici" (nota prot. n. 12714 del 10.5.2021)
55	s	s	s	n	s	s	s	s	//	Parere su "Paradise360 – proposta Business Plan per adozione COVID19 Wiki Index (CWI) da parte di Regione Veneto" (nota prot. n. 13805 del 21.5.2021)
56	s	s	s	n	s	s	s	s	//	Parere in merito al documento "Emergenza Covid-19. Piano di Sanità Pubblica. Aggiornamento indicazioni. Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali. Bozza Maggio 2021" (nota prot. n. 14773 del 3.6.2021)
57	s	s	n	n	s	s	s	s	//	Parere in merito al documento "Integrazione al Piano di Sanità Pubblica. AGGIORNAMENTO INDICAZIONI DGR n. 727/2021. Rafforzamento delle attività di testing e di sequenziamento per la sorveglianza ed il monitoraggio della circolazione virale e delle varianti di SARS-CoV-2" (nota prot. n. 16595 del 21.6.2021)

*: Coordinatore OMS per le Regioni per l'emergenza COVID-19, partecipa in qualità di osservatore e ha fornito contributi

Nota: s - ha fornito il proprio parere.
n - non ha fornito parere

8.10.2021

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 03/03/2020 | Protocollo n. 5663 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Verbale Comitato Tecnico Scientifico COVID_19 – 2ª riunione del 9.3.2020

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il verbale dell'incontro odierno del Comitato Tecnico Scientifico COVID_19.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Verbale Comitato scientifico Coronavirus (ex DGR 269/2020) – 2ª riunione

09/03/2020 ore 11:00-12:30

Presenti:

Dr. Mario Saia, Prof. Andrea Crisanti (in VDC), Prof. Vincenzo Baldo, Dr. Francesco Zambon (in VDC), Prof. Paolo Navalesi, Prof. Andrea Vianello, Prof.ssa Evelina Tacconelli (in VDC), Dr.ssa Annamaria Cattelan, Dr. Marco Baiocchi, Dr.ssa Gisella Pitter

Argomenti discussi:

1. Variazioni composizione Comitato scientifico
2. Flow-chart per l'invio dei pazienti COVID-19 con insufficienza respiratoria in area sub-intensiva e intensiva
3. Video-tutorial
4. Protocollo terapeutico per pazienti COVID-19
5. Protocollo per la gestione degli operatori sanitari contatti stretti caso COVID-19
6. Sospensione delle prove di funzionalità respiratoria
7. Documento strategico redatto dal Prof. Crisanti sulla base dei risultati preliminari sul Comune di Vo'

1) Variazioni composizione Comitato scientifico

Viene comunicato che il giorno 08.03.20 il Prof. Merler ha rassegnato le dimissioni, pertanto d'ora in avanti le attività epidemiologiche di sviluppo di modelli previsionali verranno coordinate dal Prof. Baldo. Il Dr. Francesco Zambon, Direttore dell'Ufficio OMS di Venezia, evidenzia l'impegno dell'OMS a sostegno dell'Italia nella gestione dell'emergenza e si rende disponibile a mettere gli esperti regionali in contatto con gli esperti dell'OMS e si prende atto che l'assenza della Prof.ssa Da Dalt, per motivi di salute.

2) Flow-chart per l'invio dei pazienti COVID-19 con insufficienza respiratoria in area sub-intensiva e intensiva

Il Comitato scientifico approva l'aggiornamento della flow-chart redatta dal Prof. Navalesi che verrà diffusa con nota del Direttore dell'Area Sanità e Sociale. L'aggiornamento non sostituisce i precedenti indirizzi procedurali ma li affianca essendo applicabile presso gli ospedali dotati di terapie semintensive respiratorie.

3) Video-tutorial

L'equipe del Prof. Navalesi ha prodotto alcuni video-tutorial che illustrano le procedure di vestizione-svestizione, l'utilizzo dell'ossigeno-terapia ad alto flusso in nasocannula, l'utilizzo della CPAP e le modalità di esecuzione della broncoaspirazione a circuito chiuso. In considerazione della validità degli stessi, il Comitato scientifico suggerisce vengano diffusi a livello regionale.

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico Assistenziale
governo.clinico@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 0412791344

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

4) Protocollo terapeutico per pazienti COVID-19

Il protocollo proposto dalla Prof.ssa Tacconelli e dalla Dr.ssa Cattelan, già condiviso con gli tutti i Direttori di Malattie Infettive del Veneto verrà revisionato entro questa sera a seguito delle osservazioni emerse.

5) Protocollo per la gestione degli operatori sanitari contatti stretti di caso COVID-19

Si informa il Comitato che è attesa per domani la promulgazione di un provvedimento che dovrebbe consentire il ritorno precoce in servizio degli operatori negativi al tampone. A seguire, la Task Force regionale approverà il protocollo già diffuso ai componenti del Comitato.

6) Sospensione delle prove di funzionalità respiratoria

Il Comitato scientifico concorda di proporre l'estensione all'ambito clinico della sospensione delle prove di funzionalità respiratoria già disposta in ambito medico-legale, con la sospensione di tutti i test di funzionalità respiratoria (spirometria, test di diffusione polmonare e test broncodinamici) eccezion fatta per le valutazioni preoperatorie.

7) Documento strategico redatto dal Prof. Crisanti sulla base dei risultati preliminari sul Comune di Vo'

Il Prof. Crisanti informa il Comitato che attualmente sono stati sottoposti a secondo tampone (a 12 giorni da quello basale) circa 2000 abitanti del comune di Vo', su un totale di circa 2800. A fronte di una prevalenza iniziale di infetti del 3% si è giunti a un'incidenza di nuove infezioni pari a circa l'1‰. Il Prof. Crisanti ritiene che questi risultati, sebbene non ancora definitivi, indichino come la strategia di identificazione sistematica e il conseguente isolamento dei casi positivi (seppur asintomatici) adottata abbia di fatto interrotto la trasmissione dell'infezione nella comunità. Pertanto propone di adottare in tempi rapidi lo stesso modello di intervento anche negli altri focolai epidemici regionali.

I componenti del Comitato chiedono, per una valutazione compiuta che la proposta del Prof. Crisanti sia corredata dai dati di Vo' e da una descrizione analitica delle procedure di screening di popolazione proposte prima del prossimo incontro, previsto per il 12 marzo 2020.

Il Coordinatore
Dott. Mario Saia

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico Assistenziale
governo.clinico@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 0412791344

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ZERO

Data 04/03/2020 | Protocollo n. 5123 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Verbale Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 – 1ª riunione del 4.3.2020.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan
Regione del Veneto

Con la presente si trasmette in allegato il verbale dell'incontro odierno del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Verbale Comitato Tecnico-scientifico Coronavirus – 1ª riunione.
04.03.2020 ore 11:00-12:30

Presenti:
Dr. Mario Saia, Prof. Andrea Crisanti, Prof. Vincenzo Baldo, Prof. Stefano Merler (in VDC), Prof. Paolo Navalesi, Prof. Andrea Vianello, Prof.ssa Evelina Tacconelli (in VDC), Dr.ssa Annamaria Cattelan, Dr. Marco Baiocchi, Dr.ssa Gisella Pitter.

Argomenti discussi:
1. Modelli previsionali sull'evoluzione dell'epidemia
2. Gestione dei pazienti COVID-19 che necessitano di supporto respiratorio
3. Gestione degli operatori sanitari contatti stretti di caso COVID-19
4. Protocolli terapeutici con farmaci off-label e dimissione pazienti COVID-19
5. Protocolli per il trasporto dei pazienti COVID-19 all'interno delle strutture sanitarie.

1) Modelli previsionali sull'evoluzione dell'epidemia

E' prioritario per la Regione del Veneto disporre di scenari che descrivano la possibile evoluzione dell'epidemia ed il relativo impatto sul sistema sanitario regionale, al fine di poter programmare tempestivamente il numero di posti letto e le risorse umane e strumentali necessarie nelle diverse aree di intensità di cura. Per produrre scenari attendibili è necessario altresì avere a disposizione dati completi sui casi identificati, inclusa la data di inizio dei sintomi e la situazione clinica. Viene precisato che un gruppo di lavoro costituito ad hoc sta ultimando l'alimentazione del dataset relativamente ai dati mancanti e pertanto esso sarà a disposizione entro la giornata del 05.03.2020 e di conseguenza si potrà disporre di una stima della situazione (mensile) entro 1 giorno dal conferimento del dato.
Il Prof. Merler informa il Comitato che le evidenze attualmente disponibili indicano come circa il 70% degli infetti sia a bassa contagiosità, con solo alcuni infetti, anche asintomatici, che si comportano come super-diffusori dell'infezione, contagiando da soli fino a 10-15 persone.
Il Prof. Crisanti sottolinea il rischio che con il passare del tempo si selezionino varianti virali maggiormente contagiose, e pertanto il valore dell'indicatore R0 potrebbe variare/aumentare con l'evolversi dell'epidemia.
Il Prof. Baldo evidenzia un altro elemento di incertezza scientifica dei modelli previsionali in quanto attualmente non vi sono evidenze certe che l'infezione, una volta superata, possa conferire immunità.
Il Prof. Merler condividerà i riferimenti dei modelli matematici in uso.

2) Gestione dei pazienti COVID-19 che necessitano di supporto respiratorio

Il Comitato tecnico scientifico, concorde sulla identificazione di sezioni di degenza sub-intensiva respiratoria da dedicare ai pazienti con COVID-19 alla luce dei requisiti strutturali già individuati, sottolinea come le misure di contenimento del rischio infettivo siano legate alla tipologia di isolamento, dal singolo paziente a un isolamento di coorte, in virtù di scenari epidemiologici in evoluzione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

L'evoluzione di tali scenari andrà a impattare sui trasporti legati alla centralizzazione dei soggetti positivi in determinate aree e/o strutture, e si ritiene di conseguenza opportuno potersi avvalere di un coordinamento sovra-aziendale delle Terapie Intensive per la gestione dei casi di COVID-19, finalizzato da un lato al monitoraggio della situazione per consentire una eventuale tempestiva sospensione dell'attività chirurgica elettiva che necessita del posto letto in terapia intensiva post operatoria.

3) Gestione degli operatori sanitari contatti stretti di caso COVID-19

Il Comitato tecnico scientifico proporrà un protocollo per la gestione degli operatori sanitari venuti a contatto stretto con casi di COVID-19 senza indossare gli opportuni DPI, finalizzato a consentire la permanenza in servizio su base volontaria degli operatori asintomatici, e che prevede la negatività di un tampone per SARS-CoV-2 da eseguire quotidianamente a fine turno e che dovrà essere necessariamente refertato entro l'inizio del turno successivo.

Tale proposta di protocollo dovrà essere concordata tra tutti i Direttori delle Malattie Infettive del Veneto.

4) Protocolli terapeutici con farmaci off-label e gestione della dimissione dei pazienti COVID-19

Il Comitato tecnico scientifico proporrà un protocollo per l'utilizzo off-label di farmaci anti-virali e anti-parassitari, sulla base delle seppur limitate evidenze scientifiche, dei protocolli già in uso presso l'INMI Spallanzani e dell'esperienza accumulata in queste settimane presso le UOC di Malattie Infettive del Veneto. Il protocollo potrà definire criteri di ammissione all'uso di tali farmaci, posologia ed eventuali indicazioni all'utilizzo di cortisonici.

Verrà inoltre proposto un protocollo per la dimissione a domicilio di pazienti con guarigione clinica ma non virologica.

In assenza di esigenze particolari il Comitato Tecnico scientifico Coronavirus si riunirà lunedì 9 marzo.

Sintesi delle azioni:

- Completamento del caricamento dei dati mancanti da utilizzare per i modelli previsionali e condivisione dei riferimenti dei modelli matematici per l'analisi degli scenari.
- Richiesta di formalizzazione di un coordinamento delle terapie intensive per la gestione dei COVID-19.
- Elaborazione di una proposta di protocollo terapeutico con farmaci off-label e protocollo dimissione pazienti COVID-19 e condivisione con gli infettivologi della Task Force regionale.
- Elaborazione di una proposta di protocollo per la gestione degli operatori sanitari contatti stretti di casi COVID-19 concordato con i Direttori delle UOC Malattie Infettive del Veneto.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data **21.6.2021** | Protocollo n. **16595** Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Tecnico Scientifico COVID-19. Parere in merito al documento "Integrazione al Piano di Sanità Pubblica. AGGIORNAMENTO INDICAZIONI DGR n. 727/2021. Rafforzamento delle attività di testing e di sequenziamento per la sorveglianza ed il monitoraggio della circolazione virale e delle varianti di SARS-CoV-2".

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si comunica alla SV che il Comitato Scientifico COVID-19, ex DGR n. 269 del 2.3.2020, in data odierna ha approvato il testo del documento in oggetto, trasmesso dal Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria.

L'occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Integrazione al Piano di Sanità Pubblica

AGGIORNAMENTO INDICAZIONI DGR n. 727/2021

Rafforzamento delle attività di testing e di sequenziamento per la sorveglianza ed il monitoraggio della circolazione virale e delle varianti di SARS-CoV-2

Giugno 2021

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PREMESSA

L'attuale scenario epidemiologico risulta caratterizzato da una progressiva riduzione dell'incidenza di COVID-19 e dall'avanzamento della campagna vaccinale, oltre che dalla graduale ripresa delle attività ricreative, culturali e sociali, del turismo, dei viaggi nazionali ed internazionali. In tale contesto di intensificazione della socializzazione e degli spostamenti, risulta aumentato il rischio di sviluppo e diffusione di varianti SARS-CoV-2 (VOC), nonché l'insorgenza di eventuali focolai ad esse correlati.

A questo proposito risulta necessario porre l'attenzione sulla circolazione della variante VOC B.1.617.2 (Delta), caratterizzata da una maggiore trasmissibilità, da una riduzione lieve-moderata dell'efficacia del vaccino dopo una sola dose e da una maggiore capacità di *escape* all'immunità naturale o acquisita, come evidenziato dall'ultimo rapporto ECDC[1].

In quest'ottica, ad integrazione di quanto definito nell'aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica approvato con DGR n. 727 del 8.6.2021, si riafferma l'importanza delle attività di sorveglianza epidemiologica e di screening, ampliando l'offerta di *testing* al fine di monitorare opportunamente la circolazione virale e di intercettare tempestivamente eventuali casi positivi, anche asintomatici.

[1] European Centre for Disease Prevention and Control. AssessingSARS-CoV-2 circulation, variants of concern, non-pharmaceutical interventions and vaccine rollout in the EU/EEA, 15th update – 10 June 2021. ECDC: Stockholm; 2021.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

OBIETTIVO

Un'adeguata strategia di *testing* deve rimanere una priorità per tutte le autorità di Sanità Pubblica, consentendo il tempestivo rilevamento dei casi positivi ed il rafforzamento della sorveglianza della diffusione virale, avvalendosi anche dell'attività di sequenziamento. Parallelamente si ribadisce l'importanza dell'attività di *contact tracing,* quale strumento principale di controllo della circolazione e di contenimento dei contagi, al fine di interrompere tempestivamente tutte le possibili catene di trasmissione.

Pertanto, con il presente documento si forniscono indicazioni per rafforzare il monitoraggio della circolazione di SARS-CoV-2 e delle sue varianti, in linea con gli obiettivi definiti dal Piano di Sanità Pubblica aggiornato e approvato con DGR n. 727 del 8.6.2021.

RANGE NUMERO MINIMO E OTTIMALE DI TAMPONI PER ULSS

Con DGR n. 727 del 8.6.2021 sono state identificate delle soglie minime di test per la ricerca di SARS-CoV-2 da garantire in rapporto allo scenario epidemiologico definito sulla base dell'incidenza. Tutto ciò premesso si ritiene di **integrare e rivedere tali soglie, nello specifico contesto dello scenario attuale di bassa incidenza e di necessità di rapida intercettazione delle varianti, al fine di rafforzare la sorveglianza**.

Nella tabella sottoriportata vengono identificati i range da assicurare da parte delle Aziende Ulss e delle Aziende Ospedaliere, per gli ambiti di propria competenza, in rapporto alla loro popolazione al fine di garantire un numero di tamponi compreso tra 25.000-30.000 al giorno pari a 500-600 ogni 100.000 abitanti. Del totale dei test, una quota pari indicativamente al 40% dovrà essere rappresentata da test molecolari.

	Pop. ISTAT	**range di test al giorno ogni 100.000 ab**		**range di test al giorno (antigenici + molecolari)**		**range di test molecolari al giorno**	
ULSS 1	199.599	500	600	998	1.198	399	479
ULSS 2	878.070	500	600	4.390	5.268	1.756	2.107
ULSS 3	616.323	500	600	3.082	3.698	1.233	1.479
ULSS 4	226.619	500	600	1.133	1.360	453	544
ULSS 5	232.061	500	600	1.160	1.392	464	557
ULSS 6 + AOUPD	927.111	500	600	4.636	5.563	1.854	2.225
ULSS 7	361.979	500	600	1.810	2.172	724	869
ULSS 8	488.400	500	600	2.442	2.930	977	1.172
ULSS 9 + AOUIVR	922.291	500	600	4.611	5.534	1.845	2.213
Regione Veneto	**4.852.453**	**500**	**600**	**24.262**	**29.115**	**9.705**	**11.646**

Si ribadisce che le Aziende ULSS dovranno monitorare il raggiungimento di tali soglie nella programmazione delle attività di *testing* anche a livello locale, precisando che esse sono da considerare come soglie minime e andranno rivalutate nel corso del tempo al fine di adattarle al contesto epidemiologico in costante evoluzione o alla luce di indicazioni di carattere nazionale o internazionale.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

POPOLAZIONI TARGET PRIORITARIE PER LO SCREENING

Di seguito si riportano le principali indicazioni relativamente allo screening, dettagliando quanto già previsto dall'aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica (DGR n. 727 del 8.6.2021):

Aziende Sanitarie	Operatori Sanitari e Personale non sanitario; Visitatori dei pazienti ricoverati presso strutture ospedaliere; Pazienti che accedono al Pronto Soccorso od in previsione di un ricovero programmato;
Strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie territoriali	Operatori Sanitari e Personale non sanitario; Ospiti e visitatori delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie territoriali;
Area della disabilità	Operatori, familiari e caregiver coinvolti nell'assistenza continuativa di soggetti disabili;
Servizi ricreativi ed educativi rivolti ai minori	Minori e operatori coinvolti nelle attività dei Servizi ricreativi ed educativi rivolti ai minori, sia con attività di screening preventivo che a seguito dell'identificazione di un caso positivo;
Attività sportive agonistiche	Atleti, Tecnici e Dirigenti di tutte le Società coinvolti nelle attività agonistiche per tutte le discipline sportive;
Viaggi e rientri dall'estero	Soggetti che rientrano dall'estero e che sono sottoposti a test per la ricerca di SARS-CoV-2 in accordo con le indicazioni nazionali;
Popolazioni target di particolare interesse epidemiologico	Soggetti in specifici contesti di interesse epidemiologico, anche locale (es. centri di accoglienza notturna, case dell'ospitalità, case comunali, mense popolari, centri di accoglienza per migranti, ambulatori dedicati, ecc.)
Contesti e attività ricreative e di socializzazione	Persone che frequentano specifici contesti e attività ricreative e di socializzazione (es. manifestazioni sportive, eventi ricreativi e culturali, spiagge, ecc.) per i quali attivare iniziative di screening anche occasionale

A tali categorie si aggiungono le attività di screening e di testing effettuate a pagamento su base volontaria da parte delle singole persone per finalità di spostamenti, viaggi, partecipazione a cerimonie o per altre motivazioni personali.

Tali attività di testing e screening si integrano con i test effettuati per ragioni di diagnosi e di contact tracing.

RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI SEQUENZIAMENTO

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

L'emergenza e la diffusione di nuove varianti VOC (Variant Of Concern), potenzialmente più trasmissibili o capaci di causare forme più gravi di malattia o di sfuggire all'immunità naturale o indotta da vaccino, richiede un rafforzamento delle misure di sorveglianza al fine di contrastarene la diffusione, in particolare un rafforzamento della sorveglianza di laboratorio attraverso un tempestivo sequenziamento dell'intero genoma SARS-CoV-2, o almeno del gene S, realizzando ove necessario anche indagini rapide di prevalenza per stimarne correttamente la diffusione e disporre misure di contenimento nelle aree più colpite, anche a livello comunale.

Il rischio di introduzione di nuove varianti nel territorio nazionale è, inoltre, strettamente correlato all'andamento della pandemia sia in Europa che a livello internazionale. L'introduzione di SARS-CoV-2, in particolare delle nuove varianti VOC, da parte di casi di COVID-19 correlati ai viaggi, può avere un ruolo nell'aumento della trasmissione comunitaria di COVID-19, in particolare in contesti caratterizzati da un basso livello di trasmissione locale. Tali attività coinvolgono direttamente:

- l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie per quanto riguarda l'aumento delle attività di sequenziamento al fine di fornire informazioni sull'evoluzione di Sars Cov 2 e l'identificazione di nuove varianti sul territorio regionale.
- La rete delle microbiologie per la definizione di un cronoprogramma che, con il supporto formativo dell'IZS, consenta di ampliare ulteriormente la capacità di sequenziamento rapido.

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data **3.6.2021** | Protocollo n. **14773** Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Tecnico Scientifico COVID-19. Parere in merito al documento "Emergenza Covid-19. Piano di Sanità Pubblica. Aggiornamento indicazioni. Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali. Bozza Maggio 2021."

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si comunica alla SV che il Comitato Scientifico COVID-19, ex DGR n. 269 del 2.3.2020, in data odierna ha approvato il documento allegato, trasmesso dal Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, formulando le seguenti osservazioni.

A pag. 6, paragrafo 2.1, relativamente al punto *"- il costante monitoraggio e la valutazione della circolazione di varianti di SARS-CoV-2 con particolare attenzione a quelle definite "immune escape" o a maggior rilevanza epidemiologica"* sono da rendere più chiare le modalità per un centro di richiedere l'analisi delle varianti: a chi va richiesta, come /quando pervengono i risultati, chi fa questo monitoraggio e come la valutazione della circolazione venga re-inviata ai centri per una corretta implementazione anche delle modalità di prevenzione all'interno dell'ospedale o delle strutture sanitarie di lungo degenza.

Se non fosse possibile inserire in questo documento tutti i dettagli è essenziale fare riferimento ad un documento dedicato da produrre a breve, per chiarire questa procedura.

Per completezza andrebbero aggiunti due punti: risulta prioritario garantire…

- Un accesso prioritario dei pazienti positivi alle cure di trattamento precoce approvate da AIFA (e fare riferimento al documento regionale prodotto)
- Il trattamento tempestivo dei nuovi casi sintomatici secondo indicazioni di terapia basate sulle più recenti evidenze scientifiche (fare riferimento al documento regionale prodotto sul trattamento e necessità di ospedalizzazione)

A pag. 12, nella tabella contenuta nel paragrafo 4.1, va chiarito per quanto concerne l'indicazione "*Ogni 30 giorni*" se vi siano differenze tra personale che lavora in aree COVID, non COVID ed amministrativi.

A pag. 12, paragrafo 4.2, relativamente al *"personale delle RSA/CTRP oltre che degli eventuali accompagnatori e/o visitatori autorizzati all'accesso è possibile utilizzare test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza (2° generazione)"* emerge come vi siano differenze tra OS nelle RSA e quelli che lavorano in ospedale: se la seconda generazione non è indicata nelle opzioni per gli ospedalieri (personale) non può esserlo nemmeno per le RSA, o, in alternativa, si può riportare per entrambi la stessa frase e poi aggiungere che in situazioni in cui tali test non sono possibili è accettabile …, valutando nel contempo la possibilità di scriverlo per tutte e due le situazioni.

A pag. 13, paragrafo 4.4 "*Pazienti che accedono ai Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento*", è da valutare la possibilità di indicare come preferibile l'utilizzo dei test molecolari e solo in situazioni di

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico - Assistenziale
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 049 8778179

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

emergenza in cui i molecolari non sono fattibili utilizzare i test di terza gen. (almeno per la prossima stagione autunno-inverno).

Si propone inoltre che la scelta del tipo di test da effettuare vada modulata in base alla tipologia di soggetti:

1. pazienti che verranno sicuramente ricoverati o staranno in Osservazione breve, ai quali effettuare il molecolare, eventualmente preceduto da antigenico 3° generazione per velocizzare l'invio al reparto;
2. pazienti che verranno reinviati a domicilio, ai quali effettuare solo l'antigenico, a meno che non siano contatti stretti di casi sospetti COVID o sintomatici per COVID, casi nei quali effettuare anche il molecolare.

A pag. 14, paragrafo 4.5 *"Pazienti in previsione di ricovero programmato"*, non è chiaro perché per il ricovero in chirurgia deve essere utilizzata la terza generazione e quello da PS va bene anche la seconda trattandosi sempre di ammissioni in ospedale di soggetti asintomatici per COVID-19.

A pag. 14, paragrafo 4.6 "*Programma di Screening Scolastico (DGR 159/2021)*", potrebbe essere opportuno inserire un riferimento alle vaccinazioni degli studenti.

A pag. 15, paragrafo 5.1, si ritiene utile avere una definizione all'inizio del documento di alta prevalenza e bassa prevalenza e alto basso rischio per i contatti.

A pag. 15, paragrafo 5.2, non è inserito il tempo fine isolamento (o si inserisce o si rimanda alla tabella esplicativa di pag. 26).

A pag. 16, paragrafo 5.4, è da valutare se vale la pena ribadire il test dei contatti al pari del test fine isolamento di un caso positivo.

L'occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Piano di Sanità Pubblica

AGGIORNAMENTO INDICAZIONI

Test e screening per SARS-CoV-2, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e indicazioni per le Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

BOZZA Maggio 2021

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PREMESSA

L'attuale scenario epidemiologico si caratterizza per un decremento dei casi positivi per SARS-CoV-2 e dei ricoveri ospedalieri (area critica e area non critica) nel territorio regionale, in linea con la graduale diminuzione dell'incidenza generale nel territorio nazionale (Appendice 1 - Situazione Epidemiologica). Tale riduzione della curva dei contagi si inserisce nel contesto di progressione della **campagna di vaccinazione anti COVID-19** che, nello specifico, ha coinvolto dapprima il personale sanitario e non sanitario delle strutture ospedaliere e territoriali della rete del Servizio Sanitario Regionale, oltre che gli operatori e gli ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, non autosufficienti e disabili. Successivamente sono state avviate le ulteriori fasi della campagna vaccinale, comprensive della popolazione anziana, dei soggetti estremamente vulnerabili, delle categorie di lavoratori dei servizi essenziali e della rimanente popolazione suddivisa per classi d'età (Appendice 2 - Situazione Campagna Vaccinale).

In relazione alla così mutata situazione epidemiologica, si rende necessario un aggiornamento delle strategie di sanità pubblica al fine di adeguare sia le attività di sorveglianza sia le azioni di contenimento e risposta alla diffusione virale anche alla luce della Circolare del Ministero della Salute n. 22746 del 21/05/2021 *"Aggiornamento sulla definizione di caso COVID-19 sospetto per variante VOC 202012/01 e sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della diffusione in Italia delle nuove varianti SARS-CoV-2".*

In particolare, nell'attuale contesto di bassa incidenza e bassa prevalenza di infezioni da SARS-CoV-2, con le caratteristiche di circolazione riferibili ad uno scenario di "zona bianca", si riafferma la necessità di perseguire l'obiettivo del **contenimento di tutti i possibili focolai, attraverso un'attività di *contact tracing* dei Dipartimenti di Prevenzione quanto più tempestiva ed accurata allargando i cerchi dell'indagine epidemiologica per ricostruire tutte le possibili catene di trasmissione**. Un *contact tracing* puntuale e preciso, infatti, in sinergia tra Dipartimenti di Prevenzione e MMG/PLS/MCA, è lo strumento fondamentale per l'interruzione della diffusione e per il contenimento dei contagi congiuntamente al progressivo avanzamento della campagna vaccinale.

Oltre a queste attività si rendono necessarie anche la rimodulazione delle strategie di screening e la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione nell'ottica della ripresa delle ordinarie attività.

Per quanto attiene ai tipi di test disponibili, le strategie di screening e il rilascio delle cosiddette Certificazioni Verdi COVID-19, è necessario aggiornare le indicazioni regionali alla luce delle più recenti evidenze scientifiche e delle indicazioni del Ministero della Salute (Circolare del Ministero della Salute n. 21675 del 14/05/2021 *"Uso dei test molecolare e antigenico su saliva ad uso professionale per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2";* n. 15127 del 12/04/2021 *"Indicazioni per la riammissione in servizio dei lavoratori dopo assenza per malattia Covid-19 correlata";* Decreto Legge n. 52/2021 art. 9 *"Certificazioni verdi COVID-19"* e successiva integrazione Decreto Legge n. 65/2021 art 14. *"Disposizioni in materia di rilascio e validità delle certificazioni verdi COVID-19").*

Le indicazioni contenute nel presente documento integrano le indicazioni fornite dagli altri documenti regionali per gli specifici ambiti.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SOMMARIO

1. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA 4

2. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE 5

3. TIPOLOGIE DI TEST PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 9
- 3.1 Tipologia di test 9
- 3.2 Tipologia di campione 9
- 3.4 Test in autosomministrazione 10

4. PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING PER LA RICERCA DI SARS-COV-2 12
- 4.1 Personale delle Aziende Sanitarie 12
- 4.2 Personale e ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie territoriali 12
- 4.3 Operatori, familiari e caregiver coinvolti nell'assistenza continuativa di soggetti disabili 13
- 4.4 Pazienti che accedono ai Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento 13
- 4.5 Pazienti in previsione di ricovero programmato 14
- 4.6 Programma di Screening Scolastico (DGR 159/2021) 14
- 4.7 Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale 14

5. TEST PER SARS-CoV-2 NEI SOGGETTI SINTOMATICI E NEL CONTACT TRACING 15
- 5.1 Caso sospetto o contatto stretto asintomatico (link epidemiologico) 15
- 5.2 Fine isolamento e fine quarantena 15
- 5.3 Bambini e adolescenti 15
- 5.4 Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta 16
- 5.5 Punti di Accesso Territoriali 16

6. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI E TEST ANTIGENICI RAPIDI 17
- 6.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali 17
- 6.2 Indicazioni operative 18
- 6.3 Attuazione e Monitoraggio 18

7. TEST DI SCREENING OCCASIONALE PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2 19
- 7.1 Test effettuati presso le Farmacie 19
- 7.1 Test in autosomministrazione 20

8. REGISTRAZIONE, TRACCIABILITÀ DEI DATI E CERTIFICAZIONE VERDE 22
- 8.1 Certificazione Verde COVID-19 22

9. INDICAZIONI PER LE ATTIVITÀ DI CONTACT TRACING 23
- 9.1 Definizione di caso COVID-19 sospetto o confermato per variante VOC 23
- 9.2 Contact tracing e quarantena di contatti di caso positivo 23

10. STRUTTURE SOCIOSANITARIE TERRITORIALI 27

APPENDICE 1. SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA MAGGIO 2021 28

APPENDICE 2. ANDAMENTO DELLA CAMPAGNA VACCINALE MAGGIO 2021 30

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

Gli attuali obiettivi della strategia di sanità pubblica da perseguire sono:

- intercettare ed isolare tutti i possibili nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2;
- contenere la diffusione di SARS-CoV-2 attraverso un *contact tracing* tempestivo e accurato, allargando i cerchi dell'indagine epidemiologica;
- monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19 e delle sue varianti;
- proseguire con ogni consentita urgenza nelle attività di vaccinazione anti COVID-19;
- rimodulare e adeguare al nuovo scenario le attività ordinarie dei Dipartimenti di Prevenzione.

La strategia di contrasto alla diffusione virale prevede di rafforzare le azioni di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio attive nonostante l'avanzamento della campagna vaccinale, soprattutto relativamente ai focolai familiari, scolastici, ospedalieri e delle Strutture residenziali e potenzialmente legati alla diffusione di varianti.

La prosecuzione della campagna vaccinale rimane alla base della attuale strategia di lotta alla diffusione del SARS-CoV-2.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

2. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

L'attuazione del piano vaccinale contro COVID-19 riveste un ruolo primario nel contrasto alla pandemia al fine di interrompere le catene di trasmissione, ridurre la circolazione virale e prevenire l'ospedalizzazione e la mortalità. Al fine di tutelare la salute della collettività e mettere in sicurezza tutte le fasce di popolazione, risulta prioritario proseguire nell'offerta vaccinale per garantire la protezione del maggior numero di persone.

Le attività di *contact tracing* e l'attività di vaccinazione anti COVID-19 rivestono un ruolo cardine nella strategia di sanità pubblica della Regione del Veneto di prevenzione e contenimento del contagio. Alla luce di quanto appena descritto, si richiede una riorganizzazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione concentrando le risorse prioritariamente sulle seguenti attività:

1. campagna vaccinale anti COVID-19;
2. contact tracing e presa in carico tempestiva di tutti i casi positivi a SARS-CoV-2;
3. ripresa e recupero delle vaccinazioni previste dal Calendario vaccinale regionale;
4. monitoraggio dell'adesione vaccinale in applicazione al DL 44/2021;

Al fine di garantire l'efficienza e la sostenibilità delle attività, è necessario che le Aziende ULSS garantiscano ai Dipartimenti di Prevenzione il supporto organizzativo e di personale anche afferente ad altri servizi aziendali o reclutato ad hoc, in modo da garantire le attività previste. In virtù dell'attuale situazione epidemiologica, risulta necessaria una riorganizzazione delle attività di *contact tracing*, rimodulando la dotazione organica impiegata in tali attività sulla base del carico di lavoro imposto dall'andamento della curva epidemica, considerando anche l'imminente chiusura delle scuole e l'avvio, invece, dei servizi educativi e ricreativi per i minori.

In relazione alla campagna di vaccinazione anti-COVID-19, risulta essenziale continuare a garantire l'offerta alle categorie destinatarie, sia in termini organizzativi, sia in termini di impiego di risorse umane e strumentali. Inoltre, i Dipartimenti di Prevenzione dovranno garantire il rilascio del certificato di avvenuta guarigione dall'infezione da SARS-CoV-2 e le certificazioni vaccinali comprovanti lo stato di avvenuta vaccinazione, aventi queste valenza di Certificazione Verde e di Green Pass così come previsto dall'art 9 del Decreto Legge del 22/04/2021 n.52.

Inoltre, per quanto concerne l'**attività vaccinale ordinaria**, si sottolinea l'importanza di continuare a garantire il calendario 0-6 anni, iniziando a programmare l'offerta delle altre vaccinazioni così come previsto dal Calendario vaccinale della Regione del Veneto anche recuperando le chiamate posticipate a causa dell'emergenza COVID-19. Considerati i Centri di Vaccinazione di Popolazione già attivi sul territorio, si raccomanda, parallelamente con l'attività vaccinale anti-COVID19, di considerare per l'offerta delle campagne vaccinali ordinarie anche tale setting: prioritariamente 12enni (anti-HPV), 14enni (Men ACWY e dTpa-IPV) e 65enni (PCV13 e HZ). Si raccomanda inoltre di garantire l'offerta per le categorie a rischio (es. donne in gravidanza, soggetti con splenectomia, etc.) e per le vaccinazioni che rivestono carattere di urgenza (es. profilassi post-esposizione).

Si raccomanda altresì di garantire il rispetto di tutte le disposizioni contenute nel DL 44/2021 con particolare attenzione a quanto previsto in materia di obbligo di vaccinazione.

Per le attività relative allo **screening oncologico**, si ribadisce l'importanza di proseguire l'attività di primo livello e di garantire le prestazioni di secondo livello.

Si raccomanda inoltre, in ottemperanza di quanto previsto dal Decreto n. 22112 del 18/5/2021, di considerare anche la chiamata vaccinale anti COVID-19 come occasione opportuna per promuovere lo **screening per HCV**

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

per le coorti di nascita dal 1969 al 1989, identificando anche eventuali modelli organizzativi locali, in attesa di ulteriori indicazioni regionali.

Considerata sia l'evoluzione dell'epidemia che la ripresa delle attività economiche e produttive con conseguente impatto sullo stato di salute e sicurezza dei lavoratori, si rende necessaria una **rimodulazione delle attività dei Servizi SPISAL**. I Servizi continueranno a garantire le prestazioni urgenti o indifferibili (es. interventi a seguito di segnalazione del SUEM 118 per infortuni sul lavoro; richiesta dell'Autorità Giudiziaria o di Forze dell'Ordine; interventi a seguito di segnalazione per situazioni lavorative ritenute di pericolo grave e imminente; atti non ripetibili nell'ambito di attività di indagine giudiziaria; altre attività per le quali sono previsti termini di carattere perentorio) e, gradualmente, dovranno intensificare le iniziative di prevenzione, con particolare riferimento ai settori dell'edilizia e della metalmeccanica e comunque in base alla priorità di rischio definita a livello locale, anche attraverso il coinvolgimento attivo degli altri Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione.

I Servizi SPISAL dovranno comunque mantenere l'attenzione sull'attività di **supporto e assistenza in materia di contrasto al contagio da SARS-CoV-2 in ambiente di lavoro sia per le attività economiche e produttive sia per le altre strutture del Dipartimento di Prevenzione**, collaborando ad attività trasversali e alle attività di *contact tracing* sulla base delle risorse disponibili, anche mediante informazione e diffusione di indirizzi operativi.

2.1 Contact tracing e presa in carico tempestiva di tutti i soggetti positivi a SARS-CoV-2

Relativamente alle attività di *contact tracing*, in considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, dovranno essere garantite le attività di inchiesta epidemiologica tempestiva dei casi positivi e di rintraccio di tutti i contatti proseguendo l'attività delle "Centrali Operative di Contact Tracing" dedicate, così come previsto dalla DGR 1422/2020 e dalla DGR 782/2020.

In particolare per lo scenario di rischio assimilabile alla "zona bianca", al fine di perseguire l'**obiettivo di contenimento della diffusione di SARS-CoV-2**, risulta prioritario garantire:

- la ricerca attiva dei casi positivi e test diagnostici offerti tempestivamente ai casi sospetti;
- la presa in carico tempestiva di tutti i nuovi casi positivi a SARS-CoV-2;
- un'azione di *contact tracing* tempestiva e accurata identificando tutti i possibili contatti e attivando le conseguenti azioni di sanità pubblica previste;
- un'offerta del testing, nelle azioni di *contact tracing*, il più possibile tempestiva (possibilmente entro 24-48 ore);
- la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio al fine di circoscrivere i focolai;
- ulteriori azioni di screening estese in specifici contesti della comunità al fine di contenere e delimitare possibili focolai;
- il costante monitoraggio e la valutazione della circolazione di varianti di SARS-CoV-2 con particolare attenzione a quelle definite "*immune escape*" o a maggior rilevanza epidemiologica.

Una presa in carico tempestiva dei nuovi casi positivi e un'accurata ricerca dei contatti risultano prioritarie per allargare i cerchi delle indagini epidemiologiche ed interrompere prontamente tutte le possibili catene di contagio. Le Centrali Operative di Contact Tracing dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dovranno garantire il monitoraggio dell'attività svolta, anche grazie al supporto degli applicativi regionali predisposti da Azienda Zero, al fine di fornire, in caso di bisogno, una tempestiva riorganizzazione interna per le attività necessarie al variare dello scenario epidemiologico. A livello centrale, sarà prevista una continua attività di monitoraggio tramite opportuni indicatori allo scopo di mantenere sotto osservazione, qualità e tempestività delle azioni messe in atto per la presa in carico dei casi positivi e della ricerca/identificazione dei contatti.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

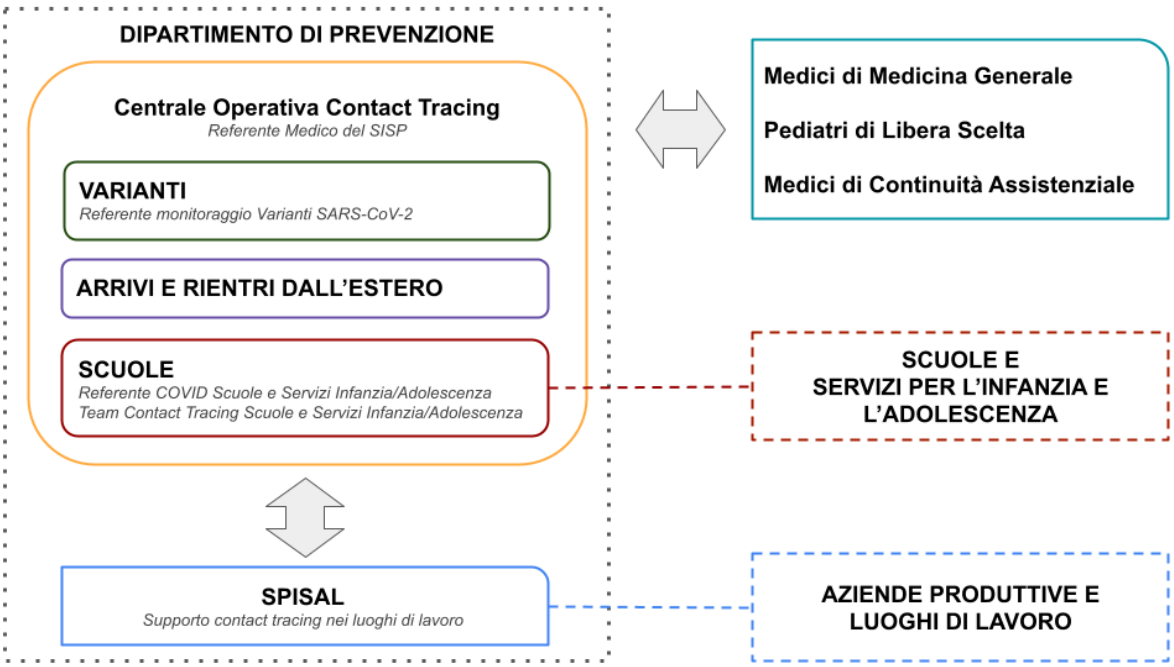
Ogni Centrale Operativa, gestita dal **Referente del Contact Tracing** (Medico specialista in Igiene, come da allegato A alla DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020) in base all'andamento epidemiologico dell'infezione da SARS-CoV-2 ha un gruppo di lavoro (più o meno numeroso e modulabile sulla base del carico di lavoro) dedicato all'attività specifica di tracciamento e gestione dei casi/contatti. In parallelo anche i MMG/PLS possono svolgere l'attività di *contact tracing* per i propri assistiti (come da OPGR 31.10.2020 n 148).

Per ogni Centrale Operativa di Contact Tracing, l'Azienda ULSS identifica:

- il **Referente monitoraggio varianti** SARS-CoV-2;
- il **Referente COVID Scuole/Servizi per i minori** con team dedicato alla gestione dei casi positivi e dei relativi contatti nel contesto scolastico e nei Servizi educativi e ricreativi per l'infanzia e l'adolescenza. Tale attività dedicata andrà infatti mantenuta anche durante i mesi estivi per la presa in carico degli eventi che si potranno verificare anche nei contesti delle attività educative e di socializzazione (es. centri estivi o altro).

L'attuale scenario epidemiologico e quello prevedibile nel prossimo futuro richiede inoltre un'organizzazione che preveda la tempestività delle azioni in capo ai Dipartimenti di Prevenzione riguardanti gli arrivi/rientri dall'estero. E' stato istituito con DDR n. 59 del 25 maggio 2021 un gruppo regionale di coordinamento ed attuazione delle misure anti Covid per i flussi di turisti stranieri in ingresso in Italia.

Le Centrali Operative di Contact Tracing lavorano in stretta sinergia con i Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL), secondo la definizione di specifici modelli organizzativi aziendali, per le attività di *contact tracing* negli ambienti di lavoro, in particolare intervenendo con azioni mirate nei contesti più a rischio di diffusione per tipologia, organizzazione, dimensioni o altre caratteristiche.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

3. TIPOLOGIE DI TEST PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

La Rete delle Microbiologie del Veneto, a seguito dell'esame dei Documenti Ministeriali e Regionali in precedenza citati e del relativo confronto tecnico, ha fornito le seguenti indicazioni circa l'utilizzo dei test antigenici nei diversi contesti di popolazione, al fine di implementare e uniformare le strategie di testing sul territorio regionale.

3.1 Tipologia di test

Esistono diversi tipi di test per la ricerca di SARS-CoV-2 classificati come test di biologia molecolare o test antigenici rapidi, come riassunti nella seguente tabella.

Test antigenici rapidi di 1° generazione	Test immunocromatografici lateral flow per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2
Test antigenici rapidi di 2° generazione	Test ad immunofluorescenza per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2
Test antigenici rapidi di 3° generazione	Test ad immunofluorescenza con lettura in microfluidica per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2
Test antigenici di laboratorio	Test in chemiluminescenza per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2, da eseguire in laboratorio con risposta indicativamente entro 24-36 ore (non rapidi)
Test molecolare	Test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2

Relativamente ai test di biologia molecolare, per garantire la diagnosi di infezione sostenuta da varianti virali con mutazioni nella proteina spike, i test diagnostici molecolari real-time PCR devono essere multi-target. Per i test diagnostici molecolari si raccomanda di utilizzare come sistema di diagnosi in real-time PCR un test multi-target ovvero capace di rilevare più geni del virus e non solo il gene spike (S) che potrebbe dare risultati negativi in caso di variante con delezione all'interno del gene S, 11,12 quale la variante VOC 202012/01 (denominata anche B.1.1.7) identificata per la prima volta nel Regno Unito[1].

3.2 Tipologia di campione

Si possono distinguere prodotti che sono stati validati per l'utilizzo da campione prelevato nelle fosse nasali, prodotti che prevedono l'utilizzo di campioni da prelievo rinofaringeo nonché prodotti che prevedono il prelievo di un campione salivare[2].

Prelievo oro-rinofaringeo	Prelievo di muco che riveste le cellule superficiali della mucosa del oro-faringe e del rino-faringe, con strofinamento della zona retro-tonsillare e cavità nasale posteriore mediante un piccolo bastoncino ovattato, simile ad un cotton fioc.

[1] *Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021. Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti-COVID-19 Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni Versione del 13 marzo 2021*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Prelievo rinofaringeo	Prelievo di muco che riveste le cellule superficiali della mucosa del rino-faringe, con strofinamento della cavità nasale posteriore mediante un piccolo bastoncino ovattato, simile ad un cotton fioc.
Prelievo nasale anteriore	Prelievo di muco che riveste le cellule superficiali della mucosa della fossa nasale con strofinamento della cavità nasale anteriore mediante un piccolo bastoncino ovattato, simile ad un cotton fioc.
Prelievo salivare	Per i campioni di saliva, sono descritte diverse modalità tecniche di raccolta che possono essere eterogenee (saliva orale raccolta mediante dispositivi, sputo generale "general spitting" ovvero la raccolta della saliva accumulata a livello del pavimento orale, saliva orofaringea posteriore del primo mattino, sbavatura "drooling" ovvero la raccolta di saliva intera in assenza di stimolazione, sputo faringeo posteriore "posterior pharyngeal spitting" ovvero la raccolta di secrezioni respiratorie miste, provenienti dalle vie aeree superiori e inferiori).

3.3 Test salivare

Come previsto dalla citata Circolare del Ministero della Salute[2], relativamente ai campioni salivari, potrebbe essere prevista la tecnica dell'amplificazione mediata da loop di trascrizione inversa (RT-LAMP) permettendo di ottenere risultati in un tempo inferiore rispetto alla RT-PCR. Tuttavia questa tecnica consente una minor accuratezza e, per il momento, si ritiene preferibile la RT-PCR. A questo proposito, l'uso della saliva per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 prevede un metodo di raccolta non invasivo, ma la corretta raccolta del campione salivare è un passaggio cruciale. Nello specifico è consigliabile privilegiare sistemi di raccolta standardizzati e a basso rischio di trasmissione dell'infezione. Si evidenzia che l'utilizzo dei test salivari sopra menzionati va condotto in coerenza con la normativa sui Dispositivi medico-diagnostici in vitro, e che i soggetti preposti all'organizzazione di attività di screening devono garantire che la raccolta e le fasi successive avvengano secondo procedure concordate. Ai fini della sorveglianza nazionale COVID-19 (sia per il flusso di casi individuali, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che per quello aggregato, coordinato dal Ministero della Salute) i test molecolari su campione salivare dovranno essere segnalati nel sistema di sorveglianza.

3.4 Test in autosomministrazione

Il test di autosomministrazione è un test antigenico rapido a flusso laterale (*lateral flow*) per la rilevazione qualitativa dell'antigene della proteina nucleocapsidica di SARS-CoV-2 da tampone nasale o faringeo. L'esecuzione del test richiede che la persona raccolga un campione dal proprio naso o gola (può essere un tampone del naso, della gola o una combinazione di entrambi), esegua il test ed interpreti i risultati secondo le istruzioni fornite. Questo viene effettuato con un kit di auto-test monouso che può essere utilizzato in qualsiasi momento e in qualsiasi ambiente senza alcuna attrezzatura di laboratorio specializzata o specifica formazione. Gli auto-test consentono di ottenere il risultato molto rapidamente (entro circa 30 minuti) con evidenti vantaggi in termini di tempestività delle eventuali misure di isolamento.

Come ogni dispositivo ad uso medico, il test di autosomministrazione presenta una serie di vantaggi e svantaggi come riportato nella seguente tabella:

[2] *Circolare Ministero della Salute n. 21675 del 14/05/2021 "Uso dei test molecolare e antigenico su saliva ad uso professionale per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2"*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella. Possibili vantaggi e svantaggi nell'utilizzo dei test in autosomministrazione[3]

Vantaggi	- Riduzione del rischio di trasmissione associato al viaggio per visitare un operatore sanitario o frequentare un punto tamponi. - Possibilità di raccogliere il campione in qualsiasi momento, anche prima di entrare in ambienti specifici dove può avvenire la trasmissione in comunità. - Riduzione dell'onere per gli operatori sanitari e per la struttura sanitaria per la raccolta dei campioni e l'esecuzione delle analisi e riduzione dell'esposizione professionale degli operatori sanitari.
Svantaggi	- Potrebbe portare a una qualità del campione prelevato non ottimale, influenzando l'affidabilità dei risultati. - La gestione dell'intera processazione del test viene lasciata all'individuo, compresa l'interpretazione dei risultati. - Mancanza di supporto professionale immediato e consulenza dopo il risultato del test. - Richiede l'autodenuncia dei risultati al personale sanitario o all'autorità sanitaria pubblica, il che ha implicazioni per la sorveglianza e la risposta sanitaria pubblica. - Può richiedere un test di conferma (se risultato positivo), che può causare un maggior carico sul sistema sanitario e sui laboratori. - I risultati falsi positivi possono portare ad un inutile autoisolamento ed aumentare il carico sulle autorità sanitarie e sui laboratori. - Risultati falsi negativi potrebbero trasmettere un inappropriato senso di sicurezza e provocare un aumento della trasmissione (es. contatti di casi che smettono di autoisolarsi prima di quanto raccomandato sulla base di un risultato negativo dell'autotest).

[3] *European Centre for Disease Prevention and Control/European Agency for Safety and Health at Work. Considerations on the use of rapid antigen detection (including self-) tests for SARS-CoV-2 in occupational settings. ECDC/EU- OSHA: Stockholm/Bilbao; 6 May 2021*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

4. PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

Si riportano di seguito le diverse indicazioni circa l'utilizzo dei test nei diversi contesti e le relative indicazioni per le tempistiche e frequenze di ripetizioni alla luce dell'attuale scenario epidemiologico e dell'attività vaccinale condotta nei diversi target di popolazione.

Si precisa che tutti i soggetti sottoposti ad obbligo vaccinale, i quali non abbiano ancora completato il ciclo vaccinale (es. controindicazione temporanea o permanente alla vaccinazione, etc.), mantengono una frequenza di screening periodico più ravvicinata.

4.1 Personale delle Aziende Sanitarie

Nelle more dell'aggiudicazione delle forniture per i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, per le attività di screening del **personale sanitario e non sanitario** delle Aziende Sanitarie è possibile utilizzare test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione) oppure test molecolari con campionamento in pool. In aggiunta ai test sopra citati, si rende possibile l'utilizzo dei **test salivari** per gli operatori sanitari sottoposti a screening periodici, al fine di aumentare l'accettabilità del test.

Operatori Sanitari[4]	**Ogni 30 giorni** ***N.B.*** *Per gli operatori non vaccinati test ogni 7 giorni.* ***N.B.*** *Rimane in capo al medico competente la possibilità di programmare la periodicità sulla base della stratificazione del rischio e la compresenza nelle strutture di operatori sanitari vaccinati e non vaccinati.*
Personale non sanitario	**Ogni 30 giorni** ***N.B.*** *In base all'attività svolta (es. a contatto diretto con il paziente), l'Azienda ULSS valuta una stratificazione interna del rischio valutando le tipologie di test o di frequenza.*

4.2 Personale e ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie territoriali

Nelle more dell'aggiudicazione delle forniture per i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, per le attività di screening del personale delle RSA/CTRP oltre che degli eventuali accompagnatori e/o visitatori autorizzati all'accesso è possibile utilizzare test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza (2° generazione) mentre per il monitoraggio dei pazienti è possibile utilizzare anche test molecolari con campionamento in pool o i test rapidi con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione).

[4] *Sono inclusi tutti gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali del Servizio Sanitario Regionale indipendentemente dall'inquadramento contrattuale in adempimento al D.L. 44/2021.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Operatori sanitari	**Ogni 30 giorni** ***N.B.*** *Per gli operatori non vaccinati test ogni 7 giorni.*
Personale non sanitario	**Ogni 30 giorni**
Ospiti	**Ogni 30 giorni** ***N.B.*** *Per gli ospiti non vaccinati test ogni 7 giorni*
Visitatori	**Ordinanza del Ministero della Salute del 08/05/2021** ***N.B.*** *Per le strutture per cui non è possibile garantire l'effettuazione del test presso la struttura, il test stesso può essere eseguito presso i Punti di Accesso Territoriale delle Aziende ULSS*

NB: L'attività di prelievo è garantita dalla Struttura.

4.3 Operatori, familiari e caregiver coinvolti nell'assistenza continuativa di soggetti disabili

Per le attività di controllo dei soggetti destinati all'assistenza dei ricoverati (familiari, personale infermieristico privato, caregiver a contratto, ecc.) o altri operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa di persone con disabilità fisiche, sensoriali, psichiche ed intellettive, considerando quest'ultimi ascrivibili al gruppo di "*persone senza sintomi e senza link epidemiologico*", possono essere utilizzati test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) con sensibilità ≥ 90% e specificità ≥ 97%.

Operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa di persone affette da disabilità fisiche, sensoriali, psichiche ed intellettive	**Ogni 30 giorni** ***N.B.*** *Per gli operatori non vaccinati test ogni 7 giorni.*
Soggetti autorizzati a prestare assistenza continuativa in ambito ospedaliero a pazienti non autonomi e assistenza al momento del parto	**All'inizio dell'attività di assistenza** ***N.B.*** *Eventuale ripetizione da valutare dalla struttura ospedaliera.*

4.4 Pazienti che accedono ai Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento

Ritenuto opportuno considerare in via prudenziale anche coloro che accedano a tali strutture per sintomatologie o quadri clinici non direttamente legati a infezioni da SARS-CoV-2, in ogni caso come soggetti sintomatici o con link epidemiologico con casi confermati di COVID-19, si ritiene che possano essere utilizzati, oltre ai test molecolari, i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, i test antigenici rapidi con lettura

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

in fluorescenza (2° generazione) e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che comunque rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime indicate dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15/02/2021 (*sensibilità ≥90% e specificità ≥97% in contesti a bassa incidenza come quello attuale*).

4.5 Pazienti in previsione di ricovero programmato

Per i pazienti in previsione di un ricovero programmato, da effettuare entro le 48 ore precedenti il ricovero, test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza o test molecolari o test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione).

4.6 Programma di Screening Scolastico (DGR 159/2021)

Per le attività di screening della popolazione scolastica previste dal Sistema di Monitoraggio Regionale di cui alla DGR 159/2021 (“Rete Scuole Sentinella” e progetto di “Autosomministrazione Vigilata”), è possibile utilizzare test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, sistemi per l’esecuzione di test con metodica ad immunofluorescenza (2° generazione) che dispongano della validazione per campioni raccolti in sede nasale, oppure i test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) che rispettino i requisiti di sensibilità e specificità richiesti dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15/02/2021 (sensibilità ≥90% e specificità ≥97% e che siano in grado di rilevare anche basse cariche virali) che dispongano anch’essi della validazione per campioni raccolti in sede nasale.

In aggiunta ai test sopra citati, si rende possibile l’utilizzo dei test salivari nel contesto di screening al fine di aumentare l'accettabilità del test, eventualmente con campionamento in pool, che consentono di rilevare anche basse cariche virali.

4.7 Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale

Le singole Aziende ULSS, su valutazione del SISP in considerazione della situazione epidemiologica locale, attivano specifiche strategie di screening, anche periodico per gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale (es. ospiti ed operatori di centri di accoglienza per migranti, etc.).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

5. TEST PER SARS-CoV-2 NEI SOGGETTI SINTOMATICI E NEL CONTACT TRACING

5.1 Caso sospetto o contatto stretto asintomatico (link epidemiologico)

Nel caso di un caso sospetto per presenza di sintomatologia si può ricorrere a:

- test molecolare o test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza;
- test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione);
- test basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione);

che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (s*ensibilità ≥90% e specificità ≥97% in contesti a bassa incidenza come quello attuale*).

Nel caso siano utilizzati test antigenici immunocromatografici (1° generazione) o comunque con caratteristiche di sensibilità e specificità non ottimali è consigliabile **confermare la negatività** di test antigenici eseguiti su pazienti sintomatici con test molecolare o "*che, in caso di mancata pronta disponibilità di test molecolari, o in condizioni d'urgenza determinate dalla necessità di prendere decisioni di sanità pubblica in tempi rapidi, si può ricorrere per la conferma a test antigenici, quali appunto i test antigenici non rapidi (di laboratorio), i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza, che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità ≥ 90%, specificità ≥ 97%)"*. Questa necessità è rafforzata dalla possibile circolazione di varianti virali con mutazioni a carico della proteina N, che è il principale antigene target utilizzato in questo tipo di test.

Inoltre i **test antigenici positivi eseguiti in contesti a bassa prevalenza necessitano di conferma** con un test molecolare o, in caso di mancata disponibilità di tali test molecolari, con un test antigenico differente.

5.2 Fine isolamento e fine quarantena

Per il test di fine isolamento di un caso positivo si può ricorrere all'utilizzo del test molecolare o test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (*sensibilità ≥90% e specificità ≥97% in contesti a bassa incidenza come quello attuale)*.

Per il test di fine quarantena in un contatto di caso si può ricorrere all'utilizzo del test molecolare o a un test antigenici che risponda alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (*sensibilità ≥90% e specificità ≥97% in contesti a bassa incidenza come quello attuale*).

5.3 Bambini e adolescenti

Per lo screening dei contatti scolastici (o presso servizi o attività organizzate di socialità per bambini o adolescenti), dovranno essere invece utilizzati, per lo screening iniziale, direttamente test molecolari (che prevedano, ove disponibile, l'utilizzo validato di campioni salivari), test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza o test rapidi con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione) che dispongano della validazione per campioni raccolti in sede nasale.

In caso di mancata pronta disponibilità di test molecolari o di 3° generazione, o in condizioni d'urgenza determinate dalla necessità di prendere decisioni di sanità pubblica in tempi rapidi, si può ricorrere anche a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (*sensibilità ≥90% e specificità ≥97% in contesti a bassa incidenza come quello attuale*[5]).

Relativamente ai test salivari, i dati sull'uso della saliva in pazienti pediatrici sono limitati, anche se, data la semplificazione della tecnica di prelievo i test salivari possono rappresentare uno strumento utile per il monitoraggio e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in ambito scolastico, in accordo con quanto previsto dalle indicazioni del Ministero della Salute[6].

5.4 Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

I Protocolli d'intesa approvati rispettivamente in sede di Comitato Regionale della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta sono stati resi esecutivi rispettivamente con Ordinanza n. 148 del 31.10.2020 e n. 156 del 24.11.2020 del Presidente della Giunta Regionale e successivi provvedimenti di proroga. Tra la misure indicate è richiamata l'esecuzione di test antigenici rapidi, così come forniti dal Commissario per l'emergenza COVID-19, in contatti stretti asintomatici e casi sospetti per COVID-19.

In attesa di adeguamento delle forniture da parte della struttura del Commissario Straordinario per l'Emergenza COVID-19 di test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) con sensibilità ≥ 90% e specificità ≥ 97%, la Regione del Veneto si impegna a dotare i Medici di Medicina Generale di tale tipologia di test al fine di garantire il rispetto dei parametri definiti dalla Circolare del Ministero della Salute citata.

Per il test di fine isolamento di un caso positivo si può ricorrere all'utilizzo del test molecolare o test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (*sensibilità ≥90% e specificità ≥97% in contesti a bassa incidenza come quello attuale)*.

Restano, altresì, validi senza soluzione di continuità tutti i contenuti dei predetti Protocolli ed in particolare con riferimento alla disposizione dei provvedimenti contumaciali, alla presa in carico degli assistiti posti in isolamento o quarantena, con eventuale supporto delle USCA, all'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 38 del decreto Legge n.23/2020 convertito in L. n.40/2020.

5.5 Punti di Accesso Territoriali

Nei Punti di Accesso Territoriali per l'effettuazione dei test (COVID Center o Punti Tampone) ove non siano già presenti i sistemi a lettura immunofluorescente (2° generazione) con le caratteristiche descritte, è possibile utilizzare eccezionalmente i test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) che rispettino i requisiti di sensibilità e specificità richiesti dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15.02.2021 (*sensibilità ≥90% e specificità ≥97% in contesti a bassa incidenza come quello attuale*).

[5] *Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15/02/2021.*

[6] *Circolare Ministero della Salute n. 21675 del 14/05/2021 "Uso dei test molecolare e antigenico su saliva ad uso professionale per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2".*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

6. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI E TEST ANTIGENICI RAPIDI

Con riferimento a quanto stabilito con DGR n.1422/2020, si conferma l'utilità di mantenere in ogni Azienda ULSS i Punti di accesso territoriali, con le seguenti indicazioni aggiornate in relazione all'andamento epidemiologico.

6.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali

L'esecuzione di *Test per la ricerca di SARS-CoV-2* presso i Punti di accesso territoriali è destinata per finalità di diagnosi e di tutela della salute collettiva a persone:

1. con sintomatologia compatibile con COVID (caso possibile);
2. a persone identificate come contatto stretto di un caso confermato.

L'accesso ai Punti è possibile solo con mascherina chirurgica e dopo aver effettuato accurata igiene delle mani. I Punti di accesso territoriale individuati dalle ULSS secondo un Piano di Attuazione sono quelli di seguito riportati. In questo contesto è esclusa l'esecuzione di test per finalità di screening senza la prescrizione medica o per finalità diverse dalla diagnosi o dalla tutela della salute collettiva.

6.1.1 Sedi 7gg/7 h14

Si tratta di sedi dedicate alla somministrazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, attive 7gg/7 h14, che vedano la presenza di équipe di Medici di Continuità Assistenziale, medici e personale USCA, personale infermieristico e tecnico e/o altro personale per l'accoglienza e la gestione dei pazienti. Ciascuna Azienda ULSS, in relazione all'andamento della situazione epidemiologica sul proprio territorio, può prevedere la rimodulazione o l'estensione degli orari di apertura, fermo restando la necessità di garantire almeno un Punto di accesso territoriale 7gg/7 dalle ore 8.00 alle 22.00.

L'accesso è libero, potendo prevedere anche alcune fasce orarie su prenotazione; l'esecuzione del tampone rapido è eseguita previa prescrizione del Medico curante o su indicazione del Medico presente.

6.1.2 Sedi di Continuità Assistenziale potenziate

Per ampliare ulteriormente l'accessibilità dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* e sfruttare la capillarità di offerta delle attuali 105 sedi di Continuità Assistenziale, le stesse potranno essere rafforzate attraverso il potenziamento con personale USCA, al fine di garantire l'esecuzione del *Test*. L'esecuzione dei Test è offerta anche attraverso l'individuazione di fasce orarie e/o percorsi dedicati ed avviene in conformità a quanto definito dall'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale e dal Protocollo approvato in sede del Comitato Regionale della Medicina Generale.

6.1.3 Studi della medicina generale o spazi alternativi organizzati

Al fine di potenziare la presa in carico degli assistiti da parte dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di Libera Scelta, vengono messi a disposizione degli stessi i *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* che sono utilizzati, secondo quanto stabilito dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali e dai Protocolli approvati in sede dei Comitati Regionali, durante l'attività ambulatoriale o domiciliare a favore della popolazione assistita, in particolare con lo scopo di favorire la diagnosi differenziale.

Si richiama inoltre che le attività di esecuzione dei tamponi possono essere svolte dai Medici che frequentano il Corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nell'ambito delle sostituzioni, degli incarichi temporanei e degli incarichi provvisori di assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Gli incarichi di cui sopra - ad eccezione degli incarichi temporanei - sono computabili come attività pratiche ai fini del monte ore del corso di formazione specifica in medicina generale in correlazione allo stato emergenziale da COVID-19, secondo le disposizioni della Scuola a cui si rinvia.

6.2 Indicazioni operative

L'esecuzione del *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* ed il suo esito, anche per le finalità connesse al rilascio della Certificazione Verde COVID-19 e del *Digital Green Certificate*, dovranno essere tempestivamente registrati sul Portale Regionale o negli applicativi dedicati.

Gli operatori che eseguono il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, nel rispetto delle procedure aziendali, dovranno indossare i Dispositivi di Protezione Individuale previsti (FFP2, camice/grembiule monouso, guanti, occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera). Specifica formazione sull'esecuzione del Test dovrà essere prevista dalle Aziende ULSS.

Per l'esecuzione del tampone rapido non è necessaria una sanificazione straordinaria dell'ambiente, bensì l'applicazione delle normali procedure di sanificazione degli ambienti sanitari previsti durante la pandemia da SARS-CoV-2. Negli ambienti dove è eseguita la procedura deve essere assicurata adeguata ventilazione. Secondo quanto previsto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 in generale le aree pubbliche in cui un caso COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.

A completamento si precisa che l'introduzione del tampone nella provetta contenente il liquido precedentemente dispensato inattiva completamente il virus.

6.3 Attuazione e Monitoraggio

Ogni Azienda ULSS è tenuta ad aggiornare il Piano di attuazione dei Punti di Accesso Territoriale che preveda la localizzazione dei punti, le fasce orarie, le modalità di accesso e le tempistiche di attivazione, che dovrà essere reso disponibile all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

7. TEST DI SCREENING OCCASIONALE PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2

Nell'ottica di una graduale ripresa delle attività economiche, produttive, sociali e ricreative nonché dell'aumento degli spostamenti individuali, nell'attuale scenario epidemiologico può essere utile anche un'attività di screening occasionale mediante il testing effettuato su base volontaria in specifici contesti.

L'effettuazione di tali test di screening occasionale è a titolo totalmente volontario e può essere utile in specifici contesti di socialità o di aggregazione, o nel contesto di specifici servizi o attività, sempre nel rigoroso rispetto di tutte le misure di prevenzione finalizzate a contrastare la diffusione di SARS-CoV-2, anche in presenza di test negativo.

Tali test di screening occasionale possono essere effettuati presso strutture private e private accreditate e autorizzate dalla Regione, incluse le Farmacie, o - nel rispetto delle procedure di autorizzazione all'immissione commercio - con modalità di autosomministrazione che verranno successivamente definite sulla base di indicazioni sanitarie nazionali.

I test effettuati presso le farmacie[7], ed eventuali test in autosomministrazione, non devono essere effettuati nelle seguenti situazioni:

SITUAZIONI	INDICAZIONI
Soggetti con temperatura corporea maggiore di 37,5°C e/o sintomi potenzialmente riconducibili a COVID-19	Tali soggetti devono essere valutati dal medico
Soggetti che siano entrati in contatto stretto (es. conviventi, colleghi che condividono lo stesso ufficio, altro) con soggetto risultato positivo a SARS-CoV-2 dalle 48h precedenti all'esecuzione del test	Tali soggetti devono essere valutati e seguiti dalle Centrali di Contact Tracing dell'Azienda ULSS, dal Medico Curante o dal Pediatra di Libera Scelta anche per la programmazione/prescrizione dei test
Contatti scolastici o contatti avvenuti presso servizi per l'infanzia e l'adolescenza	Tali soggetti sono seguiti dalle Centrali di Contact Tracing dell'Azienda ULSS, anche nella programmazione dei test, nel rispetto delle Linee di di indirizzo per la gestione dei contatti in tali setting
In sostituzione di test effettuati all'interno di programmi di screening organizzati di cui al presente documento	Tali soggetti devono seguire il programma di screening previsto per la specifica popolazione target

7.1 Test effettuati presso le Farmacie

Facendo seguito a quanto approvato nella DGR n. 1864 del 29.12.2020 e DGR n.556 del 27.04.2021, con le quali si autorizza l'esecuzione dei test antigenici rapidi da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate su base volontaria, si raccomanda di utilizzare test conformi ai criteri di sensibilità e specificità previsti dalla

[7] *Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 1864 del 29.12.20202 e n.556 del 27.04.2021.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15.02.2021 (sensibilità ≥ 90%, specificità ≥ 97%) per ridurre il rischio di risultati falsi-negativi e/o falsi-positivi.

Le Farmacie potranno effettuare test anche per persone provenienti da altre Regioni o da Stati Esteri. Tali test dovranno essere registrati nella piattaforma regionale predisposta da Azienda Zero e attivata per tale funzionalità, prevedendo la registrazione dei dati necessari per le eventuali successive attività di *contact tracing* da parte dei Dipartimenti di Prevenzione.

Per tutti i test effettuati è sempre richiesta la registrazione e la tracciabilità dei dati negli applicativi regionali predisposti in accordo con le citate DGR, incluse le informazioni relative alla tipologie di test anche ai fini della validità della Certificazione prevista dalle normative nazionali. Attraverso i flussi regionali già in essere (SIAVr-COVID) i Dipartimenti di Prevenzione provvederanno tempestivamente a prendere in carico i soggetti positivi per le necessarie azioni di sanità pubblica.

7.1 Test in autosomministrazione

In relazione alle molteplici modalità di testing, si prevede la possibilità di diffusione dell'utilizzo di test rapidi in autosomministrazione, recentemente approvati con specifica dichiarazione di conformità (CE) il cui utilizzo dovrà seguire le indicazioni condivise a livello nazionale.

Come indicato dall'ECDC[8], dal punto di vista della salute pubblica gli auto-test possono offrire vantaggi quando vengono utilizzati per integrare i test somministrati professionalmente quali test antigenici rapidi e molecolari. Tali test infatti possono migliorare l'accessibilità all'attività di testing, permettendo agli individui di ottenere il risultato molto rapidamente e favorendo l'individuazione precoce di eventuali casi positivi.

L'affidabilità dell'auto-test dipende dall'abilità della persona che preleva il campione, dalla qualità delle istruzioni e dalla capacità dell'individuo di seguirle, dalla carica virale al momento della raccolta del campione e dalla prevalenza della malattia al momento in cui il test viene eseguito. Tuttavia, pur rappresentando uno strumento di screening più economico e di facile accesso, il suo impiego può comportare una sottostima dei risultati dei test in virtù della responsabilità di auto-segnalazione da parte del singolo soggetto. Si precisa inoltre che tale tipologia di test non prevede né refertazione né certificazione e non è dunque valido ai fini del rilascio della Certificazione Verde COVID-19.

Sulla base di questi elementi, l'auto-test potrebbe risultare utile se utilizzato come strumento di screening occasionale in alcuni contesti legati alla vita di comunità, laddove non siano attualmente già previste specifiche attività di screening organizzato (es. eventi sociali, strutture ricettive, contesti ludico-ricreativi, etc.).

[8] *European Centre for Disease Prevention and Control/European Agency for Safety and Health at Work. Considerations on the use of rapid antigen detection (including self-) tests for SARS-CoV-2 in occupational settings. ECDC/EU- OSHA: Stockholm/Bilbao; 6 May 2021*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

8. REGISTRAZIONE, TRACCIABILITÀ DEI DATI E CERTIFICAZIONE VERDE

Per tutti i test effettuati **deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato (esito, motivazione e categoria)**. A tale scopo, per tutti i dati relativi alle attività di screening delle categorie sopra elencate, oltre che per quelli relativi alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19, dovranno essere alimentati tempestivamente gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, per il successivo inserimento nel *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Azienda Zero provvederà a mantenere aggiornate le specifiche procedure e i software per consentire la registrazione dei dati da parte delle Aziende Ulss, Aziende Sanitarie, IOV e dei diversi altri attori coinvolti, con particolare riferimento alla registrazione, per i test effettuati, dell'informazione relativa alla motivazione di esecuzione del test e all'eventuale categoria target di popolazione sottoposta a screening.

Si raccomanda alle Aziende ULSS e a tutti gli attori coinvolti la completezza e la tempestività della registrazione di tutti i dati con le modalità definite da Azienda Zero per alimentare il *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2,* garantire il debito informativo verso il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità e garantire la necessaria reportistica periodica.

Tutti i **laboratori regionali del SSR, i laboratori privati, i laboratori privati accreditati e autorizzati e** comunque **tutti i professionisti operanti in ambito sanitario** (a titolo esemplificativo, medici, infermieri, farmacisti, operatori sanitari, ecc.), attivi sia all'interno che all'esterno di strutture sanitarie private (ambulatori, laboratori di analisi, case di cura, ecc.), che effettuano a qualsiasi titolo sul territorio regionale test molecolari o antigenici per SARS-CoV-2, sono tenuti a trasmettere sia le positività che le negatività riscontrate secondo le modalità definite dall'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero. Per quanto riguarda i test effettuati in farmacia si rimanda alle indicazioni previste dalle specifiche DGR. Le stesse modalità e tracciabilità devono essere garantite anche per le attività di monitoraggio specifiche laddove prevista l'esecuzione dei test (es. Sistema di Monitoraggio della Popolazione Scolastica DGR 159/2021).

8.1 Certificazione Verde COVID-19

Si definisce Certificazione Verde COVID-19 un passaporto di carattere vaccinale, avvenuta guarigione e/o di assenza di malattia COVID-19 con prestabilita validità. Tale certificazione è regolamentata dai D.L. 52/2021 art. 9, D.L. 65/2021 art. 14 e successive modifiche ed integrazioni.

Le Certificazioni Verdi COVID-19 hanno carattere nazionale ed europeo qualora rilasciate in conformità al diritto vigente nello Stato membro dell'Unione europea e sono riconosciute come equivalenti a quelle nazionali. Le certificazioni rilasciate in uno Stato terzo a seguito di una vaccinazione riconosciuta nell'Unione europea e validate da uno Stato membro dell'Unione, sono riconosciute come equivalenti a quelle nazionali. È istituito, come da suddetto decreto, il *Digital Green Certificate* (piattaforma nazionale-DGC), ovvero il sistema informativo nazionale per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificazioni COVID-19. Tale sistema è interoperabile a livello nazionale ed europeo con le analoghe piattaforme istituite negli altri Stati membri dell'Unione europea, tramite il Gateway europeo.

Azienda Zero attraverso l'eventuale adeguamento degli applicativi centralizzati a livello Regionale (SIAVr vaccinazioni e SIAVr-Covid19) garantirà la completezza degli elementi essenziali delle certificazioni rilasciate, e la completezza delle informazioni nei flussi che alimentano il *Digital Green Certificate* (DGC) secondo le

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

indicazioni all'Allegato 1 del Decreto Legge sopracitato e le specifiche in materia rilasciate dal Ministero della Salute.

9. INDICAZIONI PER LE ATTIVITÀ DI CONTACT TRACING

In considerazione della progressiva diffusione della variante lineage B.1.1.7, della prevalenza stabile della variante lineage P.1 e di una sporadica segnalazione di casi con variante lineage B.1.351 a livello nazionale e regionale[9], occorre rimodulare le azioni di contenimento e risposta alla diffusione virale, sottolineando l'importanza dell'attività di *contact tracing* nell'interrompere tutte le possibili catene di trasmissione del virus.

Si precisa che, ogni qualvolta emerga il sospetto che un caso confermato possa essere legato ad una variante (es. link epidemiologico o focolaio), dovrà essere richiesto il sequenziamento del caso indice e/o dei casi secondari, al fine di allargare l'inchiesta epidemiologica per ragioni di sanità pubblica (es. contesto scolastico, comunità chiuse, altri contesti a rischio).

9.1 Definizione di caso COVID-19 sospetto o confermato per variante VOC

Considerata la diffusione geografica delle varianti si aggiorna quanto indicato nella circolare n. 3787 del 31/01/2021 "*Aggiornamento sulla diffusione a livello globale delle nuove varianti SARS-CoV-2, valutazione del rischio e misure di controllo"*.

- Per **caso COVID-19 sospetto per variante VOC 202012/01** si intende un caso COVID-19:
  - con delezione del gene S
    oppure
  - contatto stretto di caso COVID-19 con variante VOC 202012/01 accertata.

- Per **caso COVID-19 sospetto per variante VOC diversa da VOC 202012/01** (es. P.1, P.2, lineage B.1.351) si intende un caso COVID-19 per il quale sia presente un link epidemiologico (provenienza da paesi a rischio oppure contatto stretto di caso con variante accertata).

- Per **caso COVID-19 confermato per variante VOC**, si intende un caso in cui il sequenziamento ha rilevato la presenza delle specifiche mutazioni che caratterizzano una determinata variante.

9.2 Contact tracing e quarantena di contatti di caso positivo

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, il quale registra una discesa della curva di incidenza delle infezioni complessive da SARS-CoV-2, è importante continuare a garantire una rapida presa in carico dei nuovi casi positivi e la gestione dei contatti e dei focolai, al fine di tenere sotto controllo la catena di contagio, anche considerando la stratificazione del rischio di esposizione come da Circolare del Ministero della Salute n. 22746 del 21/05/2021 *"Aggiornamento sulla definizione di caso COVID-19 sospetto per variante VOC 202012/01 e sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della diffusione in Italia delle nuove varianti SARS-CoV-2".*

Risulta, dunque, di fondamentale importanza proseguire con le attività di ricerca retrospettiva dei contatti,

[9] *"Prevalenza delle varianti VOC (Variant Of Concern) in Italia: lineage B.1.1.7, P.1, P.2, lineage B.1.351, lineage B.1.525 (Indagine del 18/3/2021)"* Istituto Superiore di Sanità

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

allargando il più possibile i cerchi dell'inchiesta epidemiologica e individuando i contatti stretti (alto rischio) ed eventuali contatti occasionali (basso rischio), in particolare quelli per i quali l'operatore di Sanità Pubblica ravvisi una particolare situazione di rischio di diffusione virale.

Si raccomanda di continuare a garantire l'esecuzione di un test diagnostico anche ad inizio quarantena per tutti i contatti stretti di caso positivo individuati ed, in ogni caso, quando ritenuto opportuno dall'operatore di sanità pubblica sulla base delle valutazioni di competenza.

9.3 Attività di gestione dei casi

Quarantena

Contatti ad alto rischio (contatti stretti) asintomatici di casi COVID-19 confermati da variante VOC 202012/01 (sospetta o confermata) e varianti VOC diverse da VOC 202012/01 (sospetta o confermata):

- I contatti stretti asintomatici di casi con infezione da SARS-CoV-2, compresi i casi da variante VOC 202012/01 sospetta o confermata e altre varianti, identificati dalle autorità sanitarie, possono rientrare in comunità dopo un periodo di quarantena di almeno 10 giorni dall'ultima esposizione al caso, al termine del quale risulti eseguito un test antigenico o molecolare con risultato negativo (vedi Tabella 2 della Circolare).

Contatti asintomatici a basso rischio di casi COVID-19 con varianti VOC diverse da VOC 202012/01 (sospetta o confermata):

- I contatti asintomatici a basso rischio di casi COVID-19 con varianti VOC diverse da VOC 202012/01 (sospette o confermate) identificati dalle autorità sanitarie, possono rientrare in comunità dopo un periodo di quarantena di almeno 10 giorni dall'ultima esposizione al caso, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare o antigenico con risultato negativo.

- I contatti asintomatici a basso rischio di casi COVID-19 con varianti VOC 202012/01 (sospette o confermate) identificati dalle autorità sanitarie, possono rientrare in comunità senza effettuare la quarantena ma mantenendo le comuni precauzioni igienico-sanitarie (indossare la mascherina, distanziamento fisico, igienizzazione frequente delle mani, seguire buone pratiche di igiene respiratoria, ecc.)

Qualora si tratti di **operatori sanitari** o altre persone che forniscono assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19, provvisto dei DPI raccomandati: non si applica la misura della quarantena bensì la **sorveglianza sanitaria** come da art. 14 del D.L 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e dell'art. 1, comma 2, lett. d), D.L. 25 marzo 2020, n. 19, convertito dalla legge 22 maggio 2020, n. 35 (vedi Tabella 2 della Circolare).

Relativamente alla ricerca dei contatti, bilanciando il rischio e le implicazioni sociali, si suggerisce che per soggetti con una **diagnosi di COVID-19 negli ultimi 3 mesi**, nel caso siano individuati come contatti stretti (ad alto rischio) siano **riclassificati come contatti a basso rischio**. Tale riclassificazione non si applica ai soggetti che frequentano o lavorano con persone vulnerabili o comunque in contesti ad alto rischio (es. lungodegenze, strutture residenziali per anziani, etc.). Se l'esposizione avviene oltre i 3 mesi dalla diagnosi, il contatto deve essere valutato come per qualsiasi altro soggetto che non ha mai avuto una diagnosi di COVID-19[10].

[10] *ECDC. Technical Report. "Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update, 18 November 2020.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Inoltre, relativamente ai **soggetti vaccinati**, allo stato attuale, se una persona viene in contatto stretto con un caso positivo per SARS-CoV-2, secondo le definizioni previste dalle Circolari del Ministero della Salute, questa deve essere considerata un contatto stretto anche se vaccinata, e devono, pertanto, essere adottate tutte le disposizioni prescritte dalle Autorità sanitarie. Si mantiene la deroga alla quarantena per il personale sanitario, con il rispetto delle misure di prevenzione e protezione dell'infezione, fino a un'eventuale positività ai test di monitoraggio per SARS-CoV-2 o alla comparsa di sintomatologia compatibile con COVID-19.[11]

Isolamento

Casi COVID-19 confermati compresi casi da variante VOC 202012/01 (sospetta o confermata):

- Le persone asintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività (di cui, se sintomatiche, almeno gli ultimi 3 giorni senza sintomi), al termine del quale risulti eseguito un test antigenico o molecolare con risultato negativo (vedi Tabella 3 della Circolare).

Casi COVID-19 confermati da variante VOC diversa da VOC 202012/01 (sospetta o confermata):

- Le persone asintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 con variante VOC diversa da VOC 202012/01 (sospetta o confermata) possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività (di cui, se sintomatiche, almeno gli ultimi 3 giorni senza sintomi), al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con risultato negativo (Tabella 3 della Circolare).

Casi positivi a lungo termine:

- Le persone che continuano a risultare positive al test molecolare o antigenico per SARS-CoV-2, in caso di assenza di sintomatologia da almeno 7 giorni (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia), potranno interrompere l'isolamento al termine del 21° giorno.

I casi positivi a lungo termine di varianti VOC diverse da VOC 202012/01 (sospetta o confermata) potranno interrompere l'isolamento solo dopo l'avvenuta negativizzazione al test molecolare.

[11] *Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021. Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti-COVID-19". Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Versione del 13 marzo 2021*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella. Prospetto riassuntivo ISOLAMENTO e QUARANTENA nella Regione del Veneto (Maggio 2021)

	DISPOSIZIONE CONTUMACIALE	TESTING
CONTATTO DI CASO POSITIVO *non variante e variante VOC 202012/01*[12]	*Alto rischio:* **Quarantena di 10 giorni** dal giorno dell'ultimo contatto con il caso positivo. La quarantena termina con la ricezione dell'esito negativo del test antigenico o molecolare eseguito al 10° giorno. *Basso rischio:* **Quarantena non necessaria**.	Test antigenico o molecolare il prima possibile ad inizio quarantena. Test antigenico o molecolare di fine quarantena al 10° giorno.
CONTATTO DI CASO POSITIVO *da varianti diverse da VOC 202012/01*	*Alto rischio e basso rischio:* **Quarantena di 10 giorni** dal giorno dell'ultimo contatto con il caso positivo. La quarantena termina con la ricezione dell'esito negativo del test antigenico o molecolare eseguito al 10° giorno.	Test antigenico o molecolare il prima possibile ad inizio quarantena. Test antigenico o molecolare di fine quarantena al 10° giorno.
CASO POSITIVO *non variante e variante VOC 202012/01*[14]	**Isolamento** di **10 giorni.** *I soggetti che continuano a risultare positivi ai test di controllo possono terminare l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi, a condizione che siano asintomatici da almeno 7 giorni (ad esclusione di anosmia e ageusia/disgeusia).* *NB: per il rientro al lavoro si applicano le indicazioni previste dalla Circolare del Ministero della Salute n. 15127 del 12/04/2021.*	Test molecolare o antigenico di fine isolamento eseguito non prima del 10° giorno e se in assenza di sintomi da almeno 3 giorni, ad esclusione di anosmia e ageusia/disgeusia).
CASO POSITIVO *varianti diverse da VOC 202012/01*	**Isolamento** di **10 giorni.** *I soggetti che continuano a risultare positivi ai test di controllo possono terminare l'isolamento solo dopo l'avvenuta negativizzazione del test molecolare.*	Test molecolare di fine isolamento eseguito non prima del 10° giorno e se in assenza di sintomi da almeno 3 giorni, ad esclusione di anosmia e ageusia/disgeusia).

NB. I contatti scolastici seguono le stesse tempistiche in termini di durata della quarantena e dell'eventuale periodo di sorveglianza, quando previsto.

[12] *Per "sospetta" si intende esclusivamente un caso COVID-19 con delezione del gene S, oppure contatto stretto di COVID-19 con variante accertata.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

10. STRUTTURE SOCIOSANITARIE TERRITORIALI

Richiamate le disposizioni della DGR n. 595 del 12 maggio 2020 con la quale è stata disposta la graduale riattivazione dei centri diurni per persone con disabilità, nonché dell'Ordinanza presidenziale n. 61 del 22 Giugno 2020 – Allegato A recante "*Emergenza COVID-19 'Fase 3' – Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale*", di cui si confermano la validità con il presente atto, e da ultimo della DGR n. 308 del 18 marzo 2021 contenente il Piano di Sanità pubblica della Regione del Veneto, si provvede ad aggiornarne i contenuti avendo presente l'andamento della situazione epidemiologica oggi in essere.

In analogia alle nuove Linee guida nazionali a firma del Ministro della Salute dell'08/05/2021 "*Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori delle strutture residenziali della rete territoriale*", nonché in relazione alle fasi di evoluzione della campagna vaccinale, oramai nel pieno del suo sviluppo complessivo, si ritiene necessario revisionare le precedenti linee di indirizzo in senso ampliativo delle possibilità di ingresso e frequentazione, con criteri evidentemente ispirati al principio primario di prevenzione e protezione, al fine di tutelare la salute e per lo svolgimento in sicurezza delle attività socio-sanitarie all'interno delle strutture semiresidenziali per persone con disabilità presenti sul territorio, nonché alle attività relative alla DGR n. 154/2018, n. 739/2015 e n. 1375/2020.

Tutto ciò premesso, si danno le seguenti indicazioni per la riapertura dei centri diurni del territorio:

- Al fine di favorire l'organizzazione e la gestione delle attività nelle strutture si stabilisce di estendere la numerosità dei gruppi di disabili fino ad un massimo di 30 persone.

- Nel caso in cui vi siano degli ospiti non ancora vaccinati e/o che non abbiano ancora completato il ciclo vaccinale, l'Ente gestore provvederà a predisporre nuclei di attività ridimensionati in gruppi più piccoli, confermando le priorità delle modalità alternative di presa in carico introdotte dalle precedenti DGR n. 445/2020 e n. 595/2020.

- Il servizio di trasporto, qualora necessario, viene considerato momento integrante della presa in carico complessiva e allo stesso vengono applicate le medesime indicazioni previste per la frequenza al centro.

- Nel caso di frequenza del centro diurno di persone inserite in strutture residenziali trovano applicazione le indicazioni contenute per i rientri in famiglia e uscite programmate degli ospiti, contenute nell'ordinanza del Ministero della salute, pag. 5 sopra indicata, considerato il maggior grado di protezione garantito dalle strutture semiresidenziali.

Relativamente alle altre tipologie di strutture socio-sanitarie si richiamano i contenuti dell'ordinanza del Ministero della salute dell'08/05/2021 "*Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori delle strutture residenziali della rete territoriale*".

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

APPENDICE 1. SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA MAGGIO 2021

Viene presentata, in questa appendice, la situazione epidemiologica della Regione Veneto. I dati ed i grafici sono presi dalla "Rapporto sull'andamento dell'epidemia da COVID-19 in Veneto" a cura di Azienda Zero - U.O.C. Servizio Epidemiologico Regionale e Registri ed i dati sono aggiornati al 20 maggio 2021.

Il testo non ha lo scopo di descrivere l'evoluzione dell'epidemia ma solamente di fotografarne la situazione alla data indicata.

I trend di nuovi positivi, di nuovi ricoveri e dei decessi sono tutti in calo nell'ultimo periodo registrando una media mobile degli ultimi 7 giorni di 313,3 nuovi casi al giorno, di 19,7 nuovi ricoveri (parallelamente, in forte calo anche i ricoveri in terapia intensiva) e di 5 decessi.

Il tasso di notifica settimanale è in calo da aprile, scendendo sotto i 50 casi ogni 100.000 residenti nell'ultima settimana (44 casi ogni 100.000).

Figura. Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 giorni)

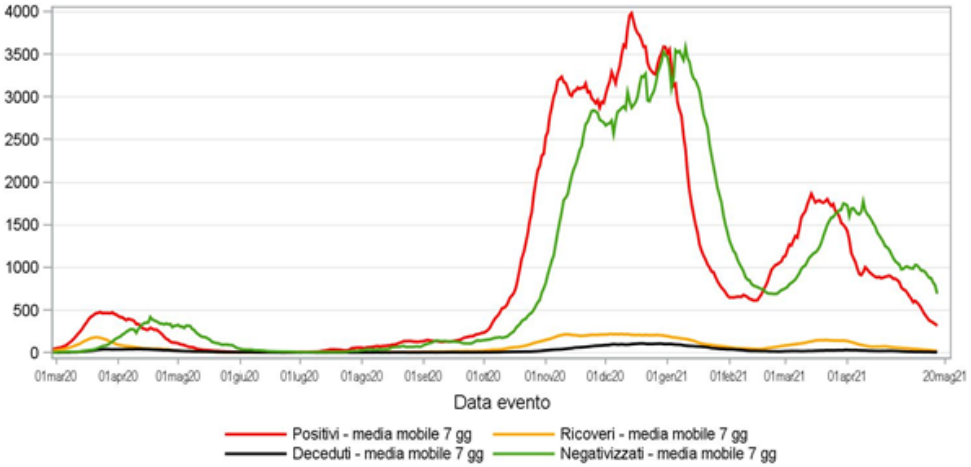
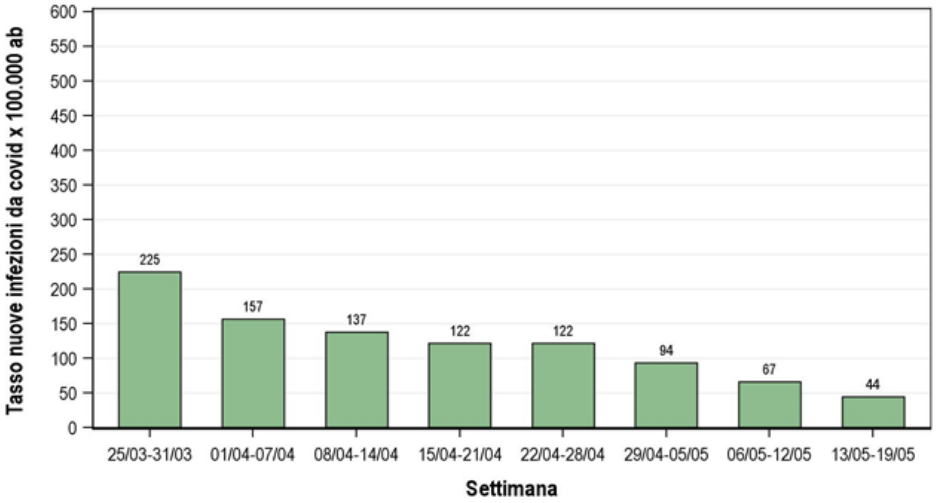


Figura. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Oltre alla diminuzione complessiva dei decessi e della relativa media mobile, anche nel sottogruppo dei soggetti ospiti nelle case di riposo, i decessi si sono praticamente azzerati nell'ultimo periodo, sia in termini di valori assoluti giornalieri che di valori medi. Al pari, anche i ricoveri e le nuove positività sono quasi azzerati.

Figura. Deceduti per COVID-19 per giorno: totali e ospiti nelle case di riposo (CDR)

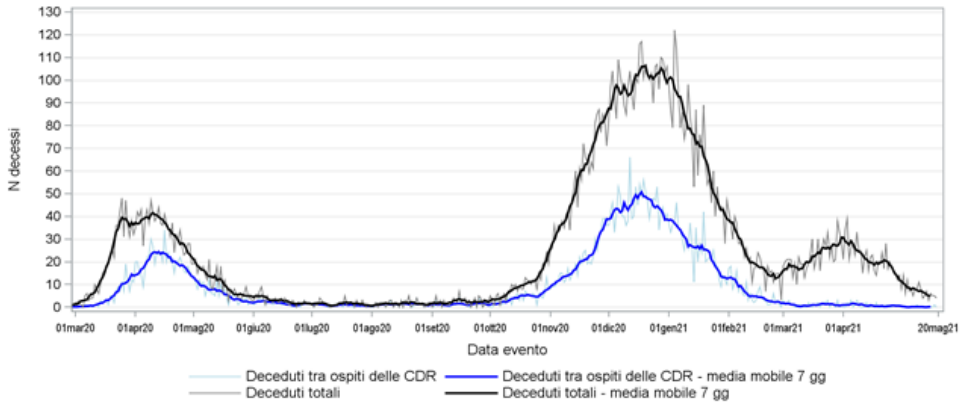
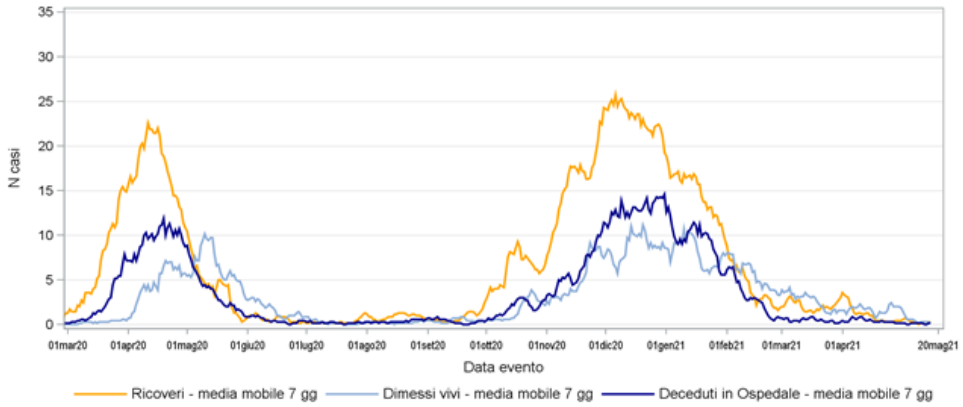
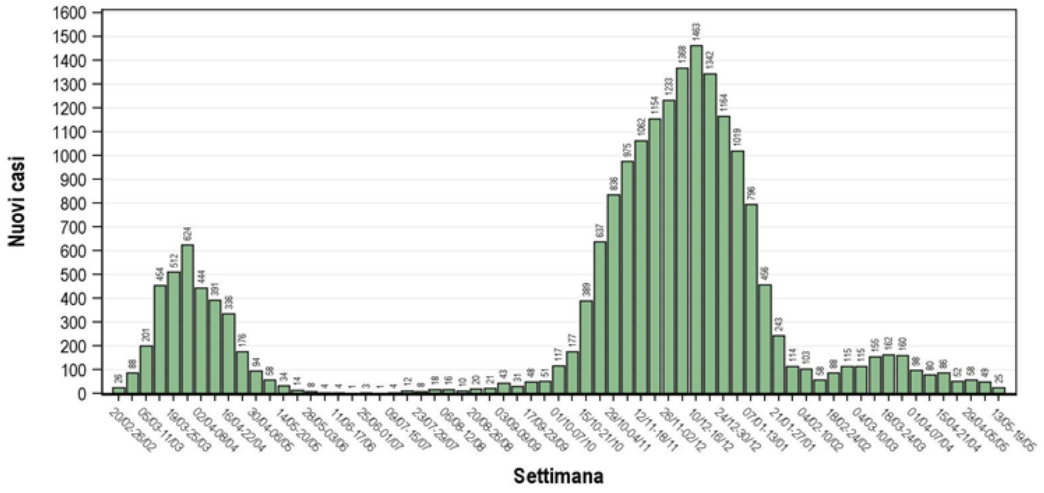


Figura. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7 gg)



Per quanto riguarda gli operatori sanitari, il numero di nuovi positivi riscontrati scende parallelamente alla diminuzione del resto della popolazione. Con questi, decresce anche il numero di operatori in isolamento.

Figura. Nuovi casi di operatori sanitari con tampone positivo per settimana di referto



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

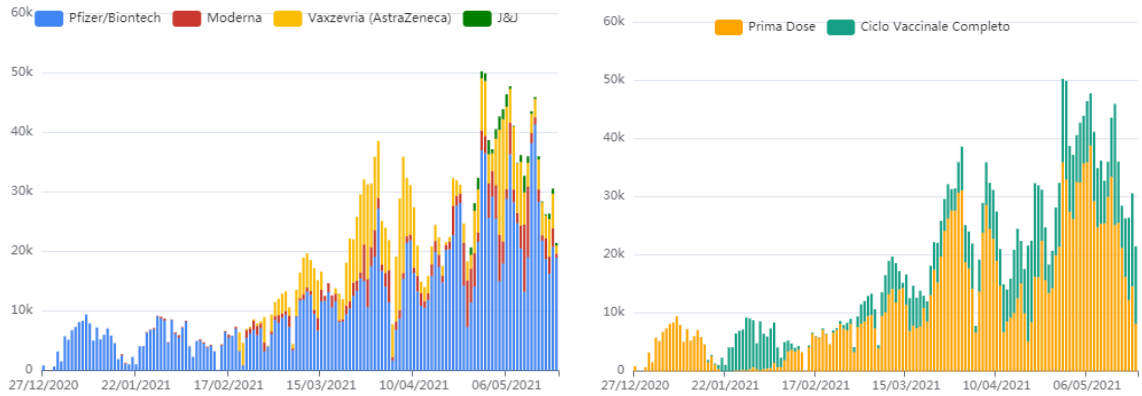
APPENDICE 2. ANDAMENTO DELLA CAMPAGNA VACCINALE MAGGIO 2021

La campagna vaccinale anti-COVID19 è partita in Regione del Veneto il 27 dicembre 2020 in concomitanza all'avvio della campagna nazionale.

La situazione descritta in questa appendice, è riferita allo stato di avanzamento al 19 maggio 2021 e utilizza dati pubblicati sul portale regionale.

Sono **2.395.791 le dosi somministrate**, tra tutti i vaccini disponibili, pari al **91% dei sieri disponibili** per la Regione. La campagna ha avuto un progressivo incremento delle somministrazioni arrivando a massimi di oltre 50.000 somministrazioni giornaliere e, a disponibilità di vaccino, mantenendo alto il numero di persone vaccinate quotidianamente.

Figura. Andamento campagna vaccinale, somministrazioni giornaliere per tipo di vaccino e per prima e seconda dose.



Complessivamente, sono **1.658.090 le persone residenti** che hanno ricevuto almeno una dose di vaccino anti-COVID19, pari al **34% della popolazione residente**. Con ciclo completo sono 706.377, ovvero il 14,5% della popolazione.

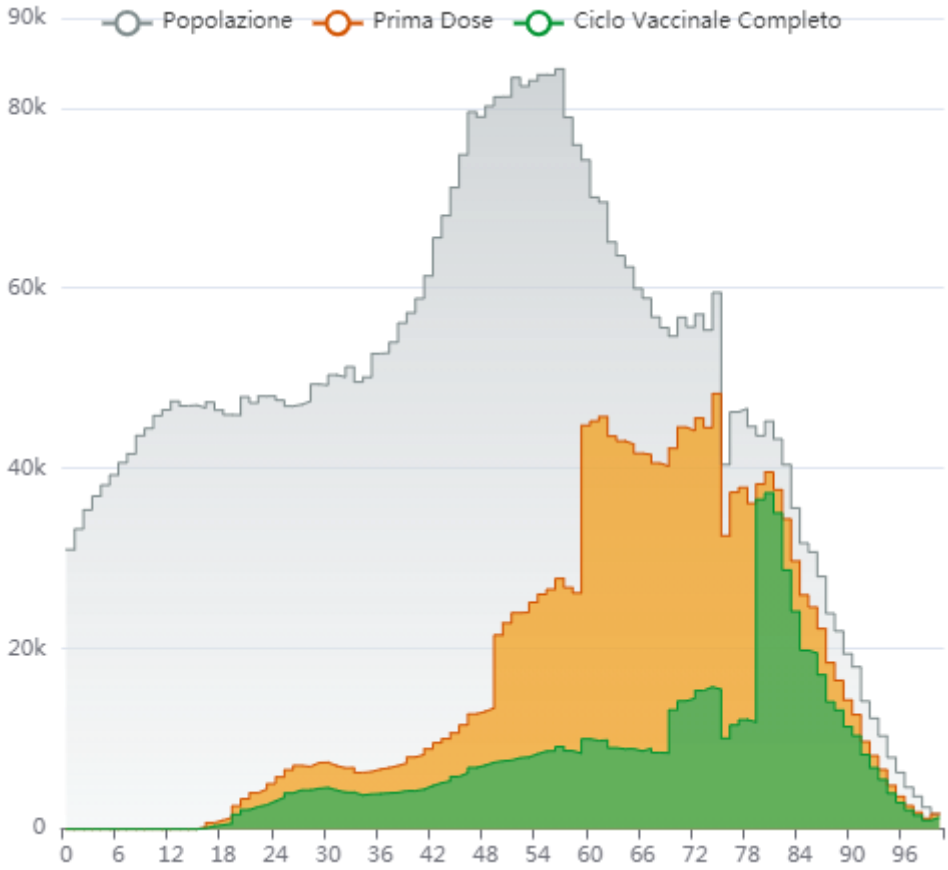
La campagna vaccinale è partita con target progressivi, partendo dagli operatori sanitari, dagli ospiti delle RSA, dai soggetti fragili e della popolazione generale partendo dai più anziani e scendendo alle fasce più giovani.

Al 19 maggio, oltre il **97,6%** dei residenti con **età 80+** ha ricevuto almeno una dose, l'84,4% dei soggetti di età compresa tra i 70 ed i 79 anni, il 72,9% dei 60-69enni ed il 30,3% dei 50-59enni. Per quanto riguarda le categorie speciali oggetto di specifica chiamata, il 73,3% dei disabili ha ricevuto almeno una dose di vaccino ed il 70,3% dei vulnerabili pure.

Gli **operatori sanitari** del SSR hanno ricevuto almeno una dose, complessivamente, nell'**88,7%** dei casi e hanno completato il ciclo vaccinale l'81,2%.

Tra altre categorie lavorative ad interesse pubblico sottoposte ad apposite chiamate alla vaccinazione, risultano aver iniziato il ciclo vaccinale almeno il 64,8% del personale scolastico, il 71,7% dei Vigili del Fuoco e il 69,6% del personale di Polizia, Polizia Penitenziaria, Guardia di Finanza e Carabinieri.

Figura. Copertura della popolazione residente.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data **21.5.2021** | Protocollo n. **13805** Class. | Allegati n. **2**

Oggetto: Comitato Tecnico Scientifico COVID19. Parere su "Paradise360 – proposta Business Plan per adozione COVID19 Wiki Index (CWI) da parte di Regione Veneto".

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

In merito alla richiesta di fornire un parere in merito all'allegato documento in oggetto, corredato da un elaborato recante "*Using Data Science to monitor the pandemic with a single number: the Synthetic COVID Index*", inoltrata dal Direttore Sanitario di Azienda Zero al Comitato Scientifico COVID-19, ex DGR n. 269 del 2.3.2020, in data 18.5.2021, si riportano le seguenti osservazioni.

I componenti del Comitato Scientifico non ritengono di esprimersi sul modello matematico proposto nell'elaborato per mancanza di background e competenze specifiche, precisando come tale elaborato non riporti gli estremi della rivista ed è pertanto impossibile conoscerne il livello di impatto, né sapere se *peer reviewed* o meno, condizione necessaria per valutare il livello scientifico.

Tale elaborato non contiene inoltre confronti con l'RT e pertanto non vi è motivazione alcuna per sostenere l'affermazione che tale "modello" possa esserne migliore senza ulteriori evidenze.

Per quanto concerne poi la proposta inclusa nel documento denominato "Paradise360 – proposta Business Plan per adozione COVID19 Wiki Index (CWI) da parte di Regione Veneto", nello stesso vengono considerati aspetti che esulano dal contesto scientifico, e non pertinenti all'attività del Comitato che pertanto non può formulare un giudizio tecnico-scientifico sul documento né tantomeno avvallarlo.

L'occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Using Data Science to monitor the pandemic with a single number: the Synthetic COVID Index

Raffaele Zenti*

*Virtual B SpA, Milan, Italy

raffaele.zenti@virtualb.it

***Abstract*— Rapid and affordable methods of summarizing the multitude of data relating to the pandemic can be useful to health authorities and policy makers who are dealing with the COVID-19 pandemic at various levels in the territories affected by SARS-CoV-2. This is the goal of the Synthetic COVID Index, an index based on an ensemble of Unsupervised Machine Learning techniques which focuses on the identification of a latent variable present in data that contains measurement errors. This estimated latent variable can be interpreted as "the strength of the pandemic". An application to the Italian case shows how the index is able to provide a concise representation of the situation.**

***Keywords*— COVID-19, Data Science, Latent Variable Modelling, Ensemble Modelling.**

I. Introduction

In each country, numerous data are collected related to the expansion of the SARS-CoV-2 epidemic, e.g., reported cases, notification rates, deaths, hospitalisation and ICU, testing capacity, and so on.

All these numbers - highlighted daily by the media in a frenzied flurry of news - reflect the strength of the contagion, but no one can fully represent the situation on its own. Furthermore, the various metrics related to COVID-19 are often plagued by errors of various kinds, such as counting errors, software and human errors, including data entry problems, delays in the calculations of cases: that is, a variety of situations caused by a set of factors related to the effectiveness of health surveillance systems. It is a widespread belief that, if data are flawed, sound public policy decisions cannot be made; therefore, it is important to have indicators designed to explicitly take into account the fact that data contain measurement errors. And this is what the method proposed in this work does.

Furthermore, when having to establish suitable policies to deal with COVID-19, on one hand it is paramount to have an analytical and detailed framework, and on the other it is useful to have summary indicators, which can provide a compact representation of the situation. An indicator of this type was built by [3] using the Balanced Worth methodology proposed by [6], a completely different approach from that proposed in this study, which instead has its foundations in Data Science.

The objective of this paper is to present a methodology based on an ensemble of Unsupervised Machine Learning techniques, focusing on the identification of latent variables present in the data associated with various phenomena. These methods, widely used in the field of Data Science are able to provide a data-driven, concise overview - literally a single number per day, the Synthetic COVID Index - of the epidemiological situation of the COVID-19 pandemic in a given region, country or continent, keeping into account and reducing the effect of errors in the data. Such an index can be a useful complement to more detailed indicators to support health authorities and policy makers dealing with the pandemic at various levels in the territories affected by COVID-19.

The structure of this paper is as follows: in section II the methodology is presented, in section III a simple example will be shown - an application to the Italian situation. Finally, in section IV some concluding remarks will be made.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

II. Key ideas and methods

From a methodological point of view, the two main ideas behind the Synthetic COVID Index are the use of a particular class of Unsupervised Machine Learning models, that is, latent variables models, and the application of the model averaging principle, which leads to the use of an ensemble model.

A. Latent variable modelling

In many fields, a frequently encountered issue is the analysis of data to extract meaningful latent, not observable factors from it.

The idea of latent variables arises from the observation of the following phenomenon: in datasets with many variables, groups of them often move together because they might be reflecting the same driving principle (or principles) governing the behaviour of the system. In many systems there are only a few such latent variables, but there is a certain abundance of observable variables (i.e., manifest variables). When this happens, it is possible to take statistical advantage of this redundancy of information, as one can try to infer the latent variables using a latent variable model.

A latent variable model mathematically relates a set of observable variables to a set of latent variables. By using the model, the values of the latent variables can be inferred from measurements of the observable variables. Thus, latent variable models are aimed to reveal "the underlying truth" that hides behind an observed and measured phenomenon, in the presence of measurement errors.

In many practical situations it is interesting to simply grasp the main effect, which often explains a large part of the phenomenon, albeit with approximation. So, the focus is on one, or two latent variables clearly present in the dataset. In this specific application, for example, the focus is on one single latent variable, i.e., the main driver of the pandemic. In this way the problem can be simplified by replacing a group of variables with a single new variable (and in fact latent variable models are widely used for the purpose of dimensionality reduction in Machine Learning and Artificial Intelligence applications).

To grasp the idea of a latent variable model, a very instructive example is provided by State-Space models (see [4] and [19]).

A State-Space model is a linear, discrete-time, stochastic model that describes a multivariate system:

$$x(t) = A(t) \cdot x(t-1) + B(t) \cdot \xi(t) \qquad (1.1)$$
$$y(t) = C(t) \cdot x(t) + D(t) \cdot \varepsilon(t) \qquad (1.2)$$
$$t = 1,2,3,\dots,T$$

where:
$x(t)$ is a m-dimensional "state vector" describing the state of some unobservable phenomenon at time t, i.e., the latent variables;
$y(t)$ is a n-dimensional "measurement vector" with the values of some observable metrics at time t;
$A(t)$ is a $m \times m$ state-transition matrix, that describes the deterministic component of the evolution of x between $t-1$ and t;
$B(t)$ is a $m \times k$ state-disturbance-loading matrix, that take into account random disturbances, i.e., ξ;
$\xi(t)$ is a k-dimensional vector of random state-disturbances;
$C(t)$ is a $n \times m$ measurement-sensitivity matrix, that describes how the observations at time t relate to the state vector at time t;
$D(t)$ is a $n \times h$ measurement-disturbance-loading matrix, that considers random observation errors, i.e., ε;
$\varepsilon(t)$ is a h-dimensional vector of random measurement errors; $\varepsilon(t)$ and $\xi(t)$ are orthogonal, i.e., uncorrelated, and can follow any probability distribution, even if for computational reasons they are usually assumed to be Gaussian, white-noise, unit-variance vectors.

Thus, a State-Space model contains two sets of equations: the "state equations" group (1.1) describes how a latent process transitions in time, while the "observation equations" group (1.2) describes the dynamics of the measured variables. Both sets of equations contain random disturbances, and therefore reflect random elements in the process and measurement errors. This is exactly the point of interest when trying to cope with noisy, messy COVID data. In addition, the coefficient matrices A, B, C, D might change from period to period ("Time-

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Varying State-Space model"), or they can be time-invariant ("Time-Invariant State-Space models") reflecting structural changes in the system. The information above illuminates how such a framework is suitable for capturing phenomena:

- that vary over time;
- disturbed by errors and stochastic factors;
- whose evolutionary structural laws (i.e., the coefficient matrices) may vary over time.

The brief overview on the State-Space models was due to their flexible structure, and their adaptability to many situations. These models lend themselves well to presenting the logic of latent variable modelling in general, and they facilitate the understanding of why latent variable models are suitable for measuring the evolution of the pandemic in a synthetic way.

There are many different types of latent variable models. At a first level of analysis, they all have the same objective - that is, to deal with latent variables - but they can present significant differences as soon as one goes down to a level of greater detail. They differ, for example, according to whether the observable and latent variables are continuous or categorical, if parameters can vary or not, if the underlying data generation process is linear or not, if it is Gaussian or not. The details and an in-depth discussion of these models are beyond the scope of this paper (for a rather comprehensive overview of statistical latent variable models, see [1]), which merely and briefly present the most popular ones, used in the example of the next section.

COVID data are typically noisy time series of variables that can be safely considered continuous, e.g., daily cases, deaths, number of tests performed. Table 1 lists some rather popular latent variable models that might be used for modelling this kind of data.

TABLE I
POPULAR LATENT VARIABLE MODELS

Model	Short description
Principal Component Analysis (PCA)	Each PC is a linear combination of the original variables. There is no redundant information, as PCs are uncorrelated to each other (they form an orthogonal basis for the space of the data). PCA uses up to the second order moment of the data to produce uncorrelated components, so it is well suited when data follow a Gaussian distribution.
Independent Component Analysis (ICA)	ICA is a generative model that estimates components as independent as possible, minimizing higher order dependencies, i.e., relaxes the Gaussian hypothesis underlying PCA. From other practical points of view, ICA is quite similar to PCA
Common Factor Analysis (CFA)	In the CFA model there are some measured variables that depend on a smaller number of unobserved latent factors. Each observed variable is assumed to depend on a linear combination of the common factors, and is impacted by some independent random variability, specific to each single measured variable. CFA seeks the least number of factors which can account for the common variance (correlation) of a set of observable variables.
Canonical Factor Analysis (CanFA)	Very similar to CFA, CanFA seeks latent factors which have the highest canonical correlation with the observed variables.
State-Space Models (SSM)	A SSM is a system of first-order difference equations characterized by state and observation equations, usually estimated by the Kalman Filter, a Bayesian recursive filter for multivariate normal distributions that estimates the values of the latent stochastic variables, based on possibly mismeasured observations.
Sparse Filtering (SF)	Instead of explicitly attempting to construct a model of the data distribution, SF optimizes a simple cost function - normalized sparsity penalty, i.e., the sparsity of L2-normalized features. It is essentially a hyperparameter-free model.
Cointegration Models (CM)	Cointegration deals with the presence of "common trends" (i.e., latent variables) that determine common behaviour of multivariate time series, "the cointegrating systems". A CM is a representation of a cointegrating system - there are several different approaches.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

For an overview of Data Science methods see [2] and [5]. On PCA, CFA and other methods based on matrix factorization see [8] and [9]; specifically, on ICA, see [15]. See [10] on SF, and [12] on CM.

B. Ensemble modelling

The previous paragraphs illuminated how models for latent variables can explicitly account for measurement errors - see for example the State-Space model represented by equation (1.1) and (1.2.). Unfortunately, there is also the specification error: the model can be structurally wrong. As one does not know what the truth is, there is structural model uncertainty.

On a conceptual level, if reality is represented by M, the "true model", it is possible to use the model $\widehat{M}$ instead. This model exhibits a specification error $\varsigma \geq 0$ of unknown size - which has the nature of a non-negative random variable (i.e., in the best case the error is zero, which means that one knows the truth), that is:

$$\widehat{M} = M + \varsigma \qquad (2)$$

It is hard to overstate the importance of model uncertainty in quantitative modelling, especially when using Unsupervised Machine Learning models, that work without target variables: almost invariably empirical work in this area is subject to a large amount of uncertainty about model specifications. Taking a 'leap of faith' and narrowly focusing on a limited set of possible models or, worse, on a single model, implies that one will likely fail to capture important aspects of reality.

In particular, if the goal is summarizing the strength of the pandemic, a quintessentially unobservable variable, it is quite unlikely that reality can be adequately captured by any single model, and it would be risky to rely on a single selected model for inference and policy decisions of vital interest. It should always be kept in mind that modelling assumptions may be wrong, and wrong modelling assumptions may determine wrong conclusions: this can lead to dramatically incorrect policy choices, especially when talking about a pandemic. Furthermore, one cannot forget that the specification error is added to the measurement error, so the number of estimation problems that can be encountered in this situation is high.

Here are some concrete examples of model uncertainty. First, one can be uncertain about the nature of latent variables, their number and (maybe) even their existence. There is the problem of weak identifiability - a model is non-identifiable if distinct parameterizations lead to identical data distributions (i.e., similar results) - and this is often the case with Unsupervised Machine Learning models. Uncertainty concerns both the type of model (for example, the researcher is unsure about the functional form of the models, State-Space, or CFA, or ICA) and its hyperparameters (for example, the researcher is unsure about covariate inclusion, or a data window for a Rolling ICA, or about the number of features to extract from the sample data using Sparse Filtering).

Since "seeing is believing", the situation is aggravated by the fact that when modelling unobservable latent variables there are no response variables, so the check is difficult, if not impossible. And interpretation may be fairly ambiguous. In most cases, only use and experience help evaluating Unsupervised Machine Learning models of this kind.

Model averaging is a (partial) solution to the problem of structural model uncertainty, i.e., specification error, and it can be justified in various ways. For example, on a completely conceptual level, if the specification error ς in the model space has just finite mean μ and standard deviation σ (without any additional hypothesis about the shape of its probability distribution) using the Cantelli inequality one can say that (see [13]):

$$Prob(\varsigma - \mu \leq -\alpha \cdot \sigma) \leq \frac{1}{1+\alpha^2}, \ \alpha > 0 \qquad (3)$$

This inequality helps to understand how much a single realization of the specification error - i.e., a specific model in which "one believes" - can be separated from its mean (i.e., the result of model averaging). According to this probability inequality, the probability that a single model has a specification error of, say, 2 standard deviations lower than the model mean is 20%, of 3 standard deviations is 10%. That is, it is not very likely that a single model drawn

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

from the universe of possible models is significantly better than an average of models.

Similarly, with the additional hypothesis that the probability distribution of the error is symmetric, from the Bienayme-Tchebycheff inequality (see [13]) it follows that:

$$Prob(\varsigma - \mu \leq \lambda \cdot \sigma) \leq \frac{1}{2 \cdot \lambda^2}, \ \lambda > 0 \quad (4)$$

The slightly stricter requirement on the probability distribution of the specification creates sharper conditions, and, for example, the possibility that a single model has a specification error of 2 standard deviations lower than the model mean is 12.5%, of 3 standard deviations is about 5.5%.

Now, these are approximate arguments: nobody knows the probability distribution of the specification error, no one is sure that the empirical average of a finite number of models is a good estimator of μ (even if one can rely on the Weak Law of Large Numbers to hope that the sample average of their models converges in probability towardsμ), nor it is possible to know the standard deviation σ (but if the model space has been conscientiously chosen, it is likely to be rather low). Therefore, summing up, under broad conditions, the probability that model averaging leads to better results than a single specific model is rather sensible.

Furthermore, model averaging has its roots solidly in Bayesian Decision Theory. Indeed, in line with probability theory, the Bayesian response to dealing with uncertainty, in general, is to take a (smart) average. When dealing with parameter uncertainty, in order to get the predictive distribution, this implies averaging over parameter values using the posterior distribution of that parameter. In a completely analogous way, model uncertainty is addressed by the Bayesian statistics through averaging, but this time averaging over models, with the discrete posterior model distribution.

Based on the information reviewed in the previous paragraphs, it is possible to say that averaging models theoretically makes sense, supporting the direct intuition that different models, based on different concepts, allow for looking at the "physical truth" from different angles, or to use contrasting approaches to prediction. Lastly, anecdotal evidence shows that in practice an average of models frequently performs better than any individual model, because the various errors of the different models "average out".

The broad idea of combining models can be applied in different ways: it is possible both to combine the models themselves, and to combine the forecasts (i.e., the outcomes of the models). Common types of ensembles in Machine Learning are Bootstrap aggregating, Bayes optimal classifier, Boosting, Bayesian model averaging, Consensus Clustering, just to name a few. However, the principle of model averaging is very general: a large range of different model averaging methods exists, but a detailed discussion on this complex and broad topic goes beyond the scope of this article - see [11] for an overview.

The typical result of the model averaging is a generic model ensemble, i.e., alternatively:

- multiple models combined to produce a desired output, that is a (hopefully better) final prediction;
- multiple outputs combined to hopefully get a better result than the output of a single model.

Therefore, models or predictions are averaged over all the considered models, using weights that are either derived from Bayes' theorem, or other frequentist methods.

C. Meta-algorithm

Summing up, the algorithm used to create the Synthetic COVID Index combines the outputs of different latent variables models.

In practical applications, a key aspect of dealing with model uncertainty is the definition of the space of all models that are being considered.

In principle, the idea of model averaging naturally assumes a well-defined space of possible models, over which the averaging takes place. In the real world, things are often not that clear, especially with regards to Unsupervised Machine Learning methods and latent variable models, thus modelling experience and "statistical common sense" should be used in choosing the model space.

To give an example, a Time-Varying State-Space model in principle gives a better description of a dynamically evolving phenomenon, however it has a

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

large number of parameters, the estimate of which absorbs a lot of data. So, if the sample is not very large, the variance of the estimates can be very high. Conversely, a Time-Invariant State-Space model may offer a worse description of the phenomenon, but it leads to more robust estimates. Therefore, one model is dominated by measurement error, the other by specification error; it is very likely that by including both types of models, the model risk diversifies, approaching an optimal trade-off. To give another example, the PCA applied over the entire period offers a static and crystallized vision of the phenomenon (which is essentially summarized in the eigenvector corresponding to the first component). Nonetheless, the estimates are likely to contain less measurement error than a Rolling PCA (i.e., using a shorter, forward moving window) which enables one to do a kind of time-dependent calculation. Yet, using less sample data might contain more measurement error.

Summing up, the model space should be well-matched both in terms of different types of models and their hyperparameters, trying to cope with model risk by balancing specification risk and measurement risk. Predictions of different models are averaged over all the considered models, using an equal weighting scheme that corresponds to the Bayesian optimal solution for combining the different outputs in the absence of specific information on the quality of the fit and the predictive goodness of the models - which is logical, since there are no target variables.

Needless to say, before the estimation the raw data are treated with standard techniques to fill in any missing values, to reduce the noise and to standardize (computing z-scores). The result is rebased (i.e., it starts at 100).

The meta-algorithm for the Synthetic COVID Index is as follows:

META-ALGORITHM

Input: Data = matrix $n_{observations} \times n_{input\ variables}$

Output: Synthetic COVID Index = vector $n_{observations} \times 1$

- fill empty values (e.g., with the EM algorithm), standardize, and reduce daily noise in Data (e.g., using any low-pass filter such as exponential smoothing, or moving average, or ARMA, etc);
- define the K types of models (macro-models) $Model_i, i = 1, \ldots, K$, to include in the model space (e.g., PCA, SSM, ICA, etc.);
- for each type of model $Model_i$ define all the H_i combinations of suitable hyperparameters (micro-models), so the model space has size $S = \sum_i H_i$, which means that one has S micro-models;
- estimate each of the S micro-models as a function of Data (transforming data as needed, e.g., taking first differences, logs, using rolling windows, etc.);
- use each of the S micro-models to obtain an estimate of the main latent variable $X(t)$ (e.g., first component of a PCA, first factor of a CFA, hidden "filtered" factor of a SSM, etc), thus obtaining S estimates of the latent variable, $X(t)_j, j = 1, \ldots, S$;
- compute the Synthetic COVID Index = $\overline{X(t)} = \frac{\sum_j^S X(t)_j}{S}$ (and properly rebase it, e.g., make it start at 100).

It must also be said that the amount of input variables might change over time: the algorithm can accept a different data matrix in input.

III. An example: the Italian case

As an application example, the Synthetic COVID Index for Italy, at the national level, was estimated. The data used are the official ones of the Italian Government / Protezione Civile and are public (see [7]), available from 2020-02-24 on a daily basis.

The raw variables taken into consideration on a daily basis are the following:

- Total amount of positive cases;
- Hospitalised patients with symptoms;
- Patients in intensive care;

- People in home confinement;
- Deceased people;
- Tests performed.

In the context of the various hyper parameterizations of latent variable models, both the data in original form and various transformations of such data are considered (e.g., absolute variation rates, percentages, logarithmic first differences, etc.). Obviously, if other data were available, in addition to, or in place of these, it would not be an issue: the strength of the latent variable models is precisely that of 'digesting' multitudes of different observable measures and extracting information on the underlying phenomenon (i.e., the latent factor).

Figure 1 shows some of the series used as inputs: the effect of (at least) a common latent variable, linked to the spread of the infection, is intuitively rather evident.

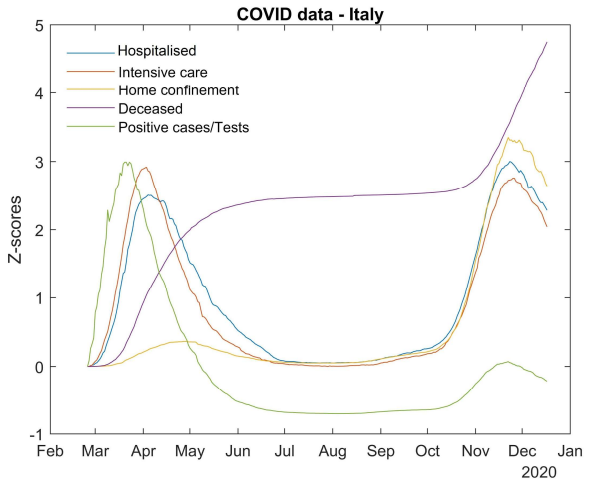


Fig. 1 - A plot of the time series of the z-scores of the input data: hospitalised patients with symptoms, patients in intensive care, people in home confinement, deceased people, total amount of positive cases/tests performed (period 02/2020 – 12/2020). . Data is denoised using a low-pass filter.

Figure 2 shows the Synthetic COVID Index for Italy from the beginning of the pandemic (February 2020).

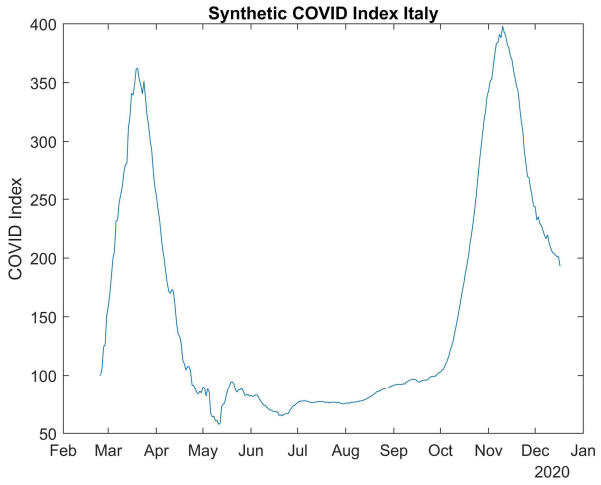


Fig. 2 - The Italian Synthetic COVID Index, for the period 02/2020-12/2020.

The index shows two clear peaks in the spring, and in the fall. The impacts are visible: just observe, for example, the co-movements of the Synthetic COVID Index with the main Italian Stock Exchange index (FTSE MIB) - see Figure 3.

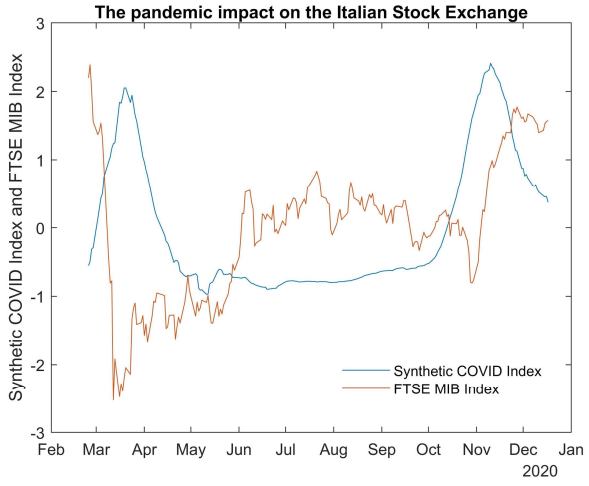


Fig. 3 - The Italian Synthetic COVID Index, and the most popular Italian stock market index, the FTSE MIB, for the period 02/2020-12/2020. Both indices are scaled using their z-scores.

The presence of index co-movements with economic and financial indicators such as the FTSE MIB index indicates its possible usefulness as a general 'thermometer of the situation' also to those involved in financial investments.

When analysing the dynamics of the Synthetic COVID Index together with an index of spread of the infection among the 21 regions included in the

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

dataset, the COVID Spread Index (see Figure 4), defined as follows:

$$CSI_t = \frac{100 \sum_u f_{u,t} \cdot log_2(f_{u,t})}{log_2(21)} \qquad (5)$$

where CSI_t is the Covid Spread Index at time t, $f_{u,t}$ is the relative frequency of new positive cases at time t of the region $u, u = 1,\ldots 21$ compared to the national total at time t. Basically, CSI_t is the classic Shannon entropy (see [14], in units of bits, normalized in the range [0,100].

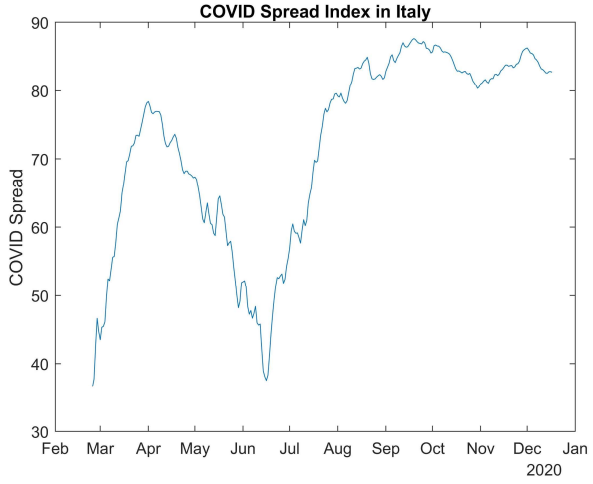


Fig. 4 - The Italian COVID Spread Index, for the period 02/2020-12/2020 (the minimum value is 0, the maximum value is 100).

A scatter plot of the Synthetic COVID Index and the COVID Spread Index - see Figure 5 - shows the relationships between severity and spread of the infection. This helps to understand at a glance the seriousness of the situation distinguishing when:

1. The contagion is strong, but geographically concentrated;
2. It is strong, and widespread on the territory;
3. It is weak, but widespread;
4. It is weak, and concentrated.

Public interventions (e.g., health, economic, and social support) are very different in the four situations highlighted by the joint use of the Synthetic COVID Index and the COVID Spread Index.

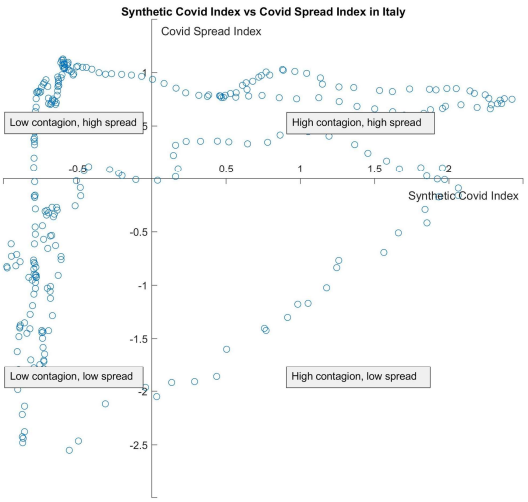


Fig. 5 - A scatter plot of the Synthetic COVID Index vs the COVID Spread Index in Italy, for the period 02/2020-12/2020, shows the relationships between severity and spread of the infection.

Based on the availability of data, once a methodological standard has been defined in its construction the index can be used at the local, regional, national, and continental level, creating a methodologically homogeneous control dashboard (for example, in Italy, the same types of data used here are also available at regional and provincial level).

This common framework could be useful for governments and local administrations to define coordinated interventions.

IV. Conclusion and Discussion

The objective of this work is to present the Synthetic COVID Index, built using a Data Science approach, aimed at effectively synthesizing a multiplicity of data associated with COVID, available at a high frequency (typically daily).

By exploiting the theoretically and practically well-founded idea of model averaging, the index is a structurally robust ensemble of latent variable models. Latent variable modelling encompasses a broad range of statistical and Machine Learning techniques that may be useful for modelling in this context, as they have several desirable properties:

- They acknowledge measurement errors, common in COVID-related data;

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- They summarize multiple measures parsimoniously.
- They are well known and widely used models in many fields.

Model averaging is a remedy for the problem of structural model uncertainty. Although specification error can occur with any sort of statistical model, some models and estimation methods are much more affected by it than others. Unfortunately, latent variable models, lacking target variables, are particularly delicate from this point of view. Using weighted averages of several latent variable models, it is possible to reduce specification error, better reflecting model selection uncertainty (as well as reducing prediction error). Model averaging has no super-powers, but it is statistically meaningful and well grounded, and can lead to more robust estimates.

The Synthetic COVID Index can be estimated with a wide variety of data, at various aggregation levels on a geographical basis: local, regional, national, continental. Being a summary metric of the evolution of the pandemic, it can be used, together with other aggregate data (e.g., the COVID Spread Index), as a complement to more analytical data. The Synthetic COVID Index can be a decision support tool for governments and local administrations trying to control and manage the spread of the disease.

Moving forward and thinking about future work, although the Synthetic COVID Index was designed as a "thermometer of the situation", the idea of using it as a short-term predictive tool might be explored.

ACKNOWLEDGMENT

The author wishes to acknowledge Elisabetta Villa, Francesca Cavallerio and Nicola Bedin for the useful insights and constructive discussions on the ideas presented in this article.

REFERENCES

[1] D. Bartholomew, M. Knott, and I. Moustaki, *Latent Variable Models and Factor Analysis*, Wiley, 3rd Edition, 2011.

[2] A. Blum, J. Hopcroft, and R. Kannan, *Foundations of Data Science,* Cambridge: Cambridge University Press, 2020.

[3] G. Giovannetti, F. Santi, and M. Velucchi, A Synthetic Index on the COVID19 Impact on Italian Regions, DISEI, Università degli Studi di Firenze, *Working Paper N. 21*, 2020.

[4] A. Harvey, S. J. Koopman, and N. Shephard, *State Space and Unobserved Component Models: Theory and Applications,* Cambridge: Cambridge University Press, 2004.

[5] T. Hastie, R. Tibshirani, and J. Friedman, *The Elements of Statistical Learning,* 2nd ed., Springer, 2009.

[6] C. Herrero, and A. Villar, On the Comparison of Group Performance with Categorical Data. *PLoS ONE* 8(12): e84784, 2013.

[7] Italian Government, Dati COVID-19 Italia. [Online]. Available: https://github.com/pcm-dpc/COVID-19

[8] R. A. Johnson, and D. W. Wichern, *Applied Multivariate Statistical Analysis*, 5th ed., Pearson, 2016.

[9] I. T. Jolliffe, *Principal Component Analysis*. 2nd ed., Springer, 2002.

[10] J. Ngiam, P. W. Koh, Z. Chen, S. Bhaskar and A. Y. Ng, "Sparse filtering", *Proc. NIPS*, pp. 1125-1133, 2011.

[11] R. Nisbet, G. Miner, and K. Yale, *Handbook of Statistical Analysis and Data Mining Applications,* 2nd ed., Academic Press, 2018.

[12] T. C. Mills, *Applied Time Series Analysis: A Practical Guide to Modelling and Forecasting*, Academic Press, 2019.

[13] I. R. Savage, "Probability inequalities of the Tchebycheff type", *Journal of Research of the National Bureau of Standards-B. Mathematics and Mathematical Physics*, B 65, 211-222, 1961.

[14] C. E. Shannon, "A mathematical theory of communication", *The Bell System Technical Journal*, 27, 379–423 and 623–656, 1948.

[15] J.V. Stone, *Independent Component Analysis: A Tutorial Introduction*, MIT Press - A Bradford Book, 2004.

[16] G. Welch, and G. Bishop, "An Introduction to the Kalman Filter", Department of Computer Science, University of North Carolina at Chapel Hill, *Working paper*, 2006.

REGIONE DEL VENETO

PARADISE360

PARADISE360 – PROPOSTA BUSINESS PLAN

PER ADOZIONE COVID19 WIKI INDEX (CWI)

DA PARTE DI REGIONE VENETO

Sommario

1 Executive Summary 2
2 I vantaggi degli stakeholder 3
2.1 I privati cittadini esposti al Covid19 3
2.2 Organizzazioni, enti, aziende pubbliche e private condizionate dal Covid19 3
2.3 Investitori pubblici e privati 4
2.4 Il Comitato Tecnico Medico-scientifico di supervisione e sviluppo (scelto da Regione Veneto) 4
2.5 La comunità medico scientifica nazionale e internazionale 5
2.6 La Regione Veneto, l'Italia, e l'Europa 5
2.7 Raffaele Zenti e Virtualb 6
2.7.1 Uso dei rispettivi loghi 7
2.8 Stefano De Togni tramite Paradise360 7
3 Modalità di gestione del CWI 9
3.1 Regione Veneto 9
3.1.1 Istituto Ospedaliero Universitario di Gestione e Supervisione CWI 9
3.1.2 Azienda 0 9
3.1.3 Ulss Venete 9
3.2 Paradise360 9
3.2.1 Team Sviluppo Widget 9
3.3 Raffaele Zenti 10
4 Piano Costi CWI 11
4.1 Regione Veneto 11
4.1.1 Presidenza Regione Veneto 11
4.1.2 Assessore Regionale / Direttore Sanitario Regionale 11
4.1.3 Istituto Ospedaliero Universitario di Gestione e Supervisione CWI 11
4.1.4 Azienda 0 13
4.1.5 Ulss Venete 13
4.2 Paradise360 13
5 Curriculum Stefano De Togni 14
6 Firme per accettazione 15

REGIONE DEL VENETO

PARADISE360

1 Executive Summary

Stefano De Togni, titolare di Paradise360, una startup innovativa di Verona, propone alla Regione Veneto l'adozione di un **indice aperto,** alternativo all'indice RT dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), per la diffusione territoriale del Covid19: il **Covid Wiki Index (CWI)**.

Il CWI è stato costruito da **Raffaele Zenti**, Chief Data Scientist di Virtualb, società milanese di consulenza tecnologica finanziaria che sviluppa prodotti e servizi tecnologici a supporto di banche e assicurazioni per la gestione degli asset patrimoniali dei loro clienti.

I vantaggi degli indici sintetici RT e CWI sono legati al fatto che **con un unico numero** si rende disponibile a chiunque la possibilità di sapere in modo semplice e immediatamente comprensibile e confrontabile quale sia la **diffusione in un determinato territorio e in un certo periodo del Covid19**.

Tre sono le **differenze** sostanziali tra il CWI e l'indice RT:

- l'**algoritmo di calcolo**
- la possibilità che **qualunque comunità o persona tecnicamente qualificata e competente possa proporre modifiche sotto la supervisione di un comitato medico scientifico**, a differenza dell'indice RT che è stato proposto dall'OMS ed è difficile per la comunità medico scientifica proporre cambiamenti migliorativi.
  E quindi le due maggiori differenze fra i due indici sono che CWI è **aperto a osservazioni** per il suo miglioramento con osservazioni di terze parti proposte al comitato tecnico scientifico che lo "supervisiona":
  - **supportate scientificamente da dati** raccolti sul campo
  - **mediate da un comitato tecnico scientifico di supervisione** predisposto da un'azienda Ospedaliera o da Università proposte dalla Regione Veneto
- la **modalità di diffusione del CWI** che avviene attraverso un widget di proprietà di Paradise360 installabile su qualunque sito wep o applicazione web (per tablet e pc) o mobile (cellulari iPhone o Android)

I Vantaggi del CWI rispetto all'Indice RT:

- il CWI è **soggetto a continua e costante revisione e miglioramento** grazie a:
  - la sua **essenza di "bene comune gratuito"** a disposizione della collettività (come indice RT)
  - la sua **"aperura" ai contributi di tutta la comunità medico scientifica mondiale** (da cui il nome "wiki" come l'"enciclopedia libera" wikepedia)
  - la sua **diffusione gratuita e capillare** grazie al **widget di Paradise360** (a differenza dell'indice RT che viene normalmente comunicato da giornali e TV).
    Ovviamente la modalità di diffusione del CWI può continuare ad essere comunicato nelle stesse forme con cui si comunicava l'indice RT (tramite media)
  - la **massima visibilità continua e aggiornata** dell'indice

2 I vantaggi degli stakeholder.

Tutti gli stakeholder (portatori di interesse) del CWI hanno i vantaggi descritti qui di seguito rispetto all'indice RT.

In questo capitolo si evidenzia come il CWI rispetto all'indice RT crei una situazione win-win fra tutti gli stakeholder.

2.1 I privati cittadini esposti al Covid19

I cittadini delle regioni o dei Paesi che adotteranno il CWI potranno avere i seguenti **vantaggi immediati**:

1. **Massima comodità di accesso** alla visualizzazione dell'indice tramite la visualizzazione del CWI su qualunque pagina web e applicazione mobile

2. **Massima tempestività** di **aggiornamento** del CWI (anche in tempo reale) in funzione della disponibilità dei dati elementari sui diversi territori di rilevazione

3. **Massima capillarità territoriale** del CWI in funzione della disponibilità dei dati elementari sui diversi territori di rilevazione

4. **Gratuità** dell'utilizzo del CWI (come per indice RT, ma con la massimizzazione della comodità di accesso estremamente amplificata).

In futuro i cittadini delle regioni o dei Paesi che adotteranno il CWI potranno avere i seguenti **vantaggi**:

1. Disponibilità **gratuita** dei **modelli previsionali sull'andamento della pandemia** sviluppati dal Comitato Tecnico Scientifico o da terze parti.

2. Le terze parti potrebbero sviluppare **modelli previsionali a pagamento basati sul CWI**.
   I **destinatari** di questi modelli previsionali potrebbero essere, oltre che ai **semplici cittadini**, anche **aziende pubbliche o private**, e quindi potrebbero essere **disposte a pagare per ottenere prodotti e/o servizi collegati al CWI o a sottoprodotti ad esso collegati**.

3. **Disponibilità di servizi informativi e commerciali in ambito medico sanitario e in altri settori industriali**
   (ex. cambio orari corse TPL – Trasporti Pubblici Locali – in funzione del colore della propria regione e quindi della relativa apertura totale o parziale, o chiusura delle scuole).
   Questi servizi potranno essere automatizzati collegandosi appunto al CWI.

2.2 Organizzazioni, enti, aziende pubbliche e private condizionate dal Covid19

La disponibilità del CWI costantemente aggiornato, gratuito e facilmente installabile tramite il **P360 CWI Widget** permetterà a Enti, Aziende pubbliche e private di implementare:

- **nuovi servizi a supporto di quelli esistenti**
- **Nuovi servizi non collegati direttamente a quelli esistenti**
- **procedure interne** di avviso ai dipendenti delle mutevoli condizioni lavorative in funzione del colore della regione (collegato alla diffusione della pandemia in un certo periodo di tempo/area territoriale
- **eventuali partnership per ulteriori servizi congiunti con il partner, ma sempre basati sui dati del CWI.**

In questo caso ogni azienda dovrà contattare Paradise360 per definire accordi in funzione dei tipi servizi che vorranno sviluppare.

2.3 Investitori pubblici e privati

Ci limitiamo per semplicità ad un esempio, ma siamo convinti che altre opportunità si presenteranno nel futuro e a quel punto le affronteremo appropriatamente e, se necessario ci avvarremo della nostra rete di contatti con aziende già partner o potenziali partner nei vari settori.

Tramite la correlazione fra gli andamenti borsistici e il livello di diffusione del covid, parecchie aziende di investimento potrebbero iniziare a consultare quotidianamente i dati disponibili gratuitamente a tutti.

A quel punto il loro ruolo di consulenti finanziari e/o assicurativi potrebbe evolvere nel ruolo di consulente di Paradise360.

In generale potranno trovare negli utenti iscritti a p360 un mercato profilato nel migliore dei modi possibili consentiti dalle attuali tecnologie di analisi semantica del testo e strutturazione del profilo utente.

Per ogni uso dei dati CWI qualunque azienda dovrà rivolgersi a p360.

2.4 Il Comitato Tecnico Medico-scientifico di supervisione e sviluppo (scelto da Regione Veneto)

Il **Comitato Tecnico Medico Scientifico AntiCovid**, grazie alla supervisione, ricerca e sviluppo del CWI e grazie al contributo dei Centri di ricerca madicoscientifica dei partner che si uniranno a loro da tutto il mondo **diventerà il Centro di ricerca più avanzato al mondo anti - covid** in quanto avrà a disposizioni:

- tutte le osservazioni sul miglioramento del CWI proveniente dai partner tecnico scientifici anti covid del mondo
- partnership formali o non, a loro scelta, con questi centri medico scientifici.
- tutti i dati a loro inviato a corredo dei paper medico scientifici scritti dai suddetti centri di ricerca

Il Comitato avrà una visibilità mondiale, la migliore, più avanzata e più approfondita casistica mondiale corredata di paper scientifici e delle relative sperimentazioni fatte da qualunque partner.

2.5 La comunità medico scientifica nazionale e internazionale

Per la prima volta nella storia la comunità medico scientifica si muoverà in modo coordinato e partendo in tempo reale dai dati e osservazioni scientifiche in forma aggregata e coordinata potrà avanzare in modo 100 volte più rapido e conveniente di quanto fatto sinora nell'ambito anti - covid.

Questa esperienza potrà **costituire un precedente** nella strutturazione di **un'associazione medico scientifica coordinata centralmente da una di loro**, per affrontare e combattere pandemie, malattie rare, sfruttando al meglio i nuovi strumenti messi a disposizione da piattaforme di educatione & collaboration su innovativi progetti, che possono essere portati avanti con gruppi di lavoro virtuali diffusi in tutto il pianeta.

2.6 La Regione Veneto, l'Italia, e l'Europa

L'adozione da parte del Veneto del CWI, inizialmente come indice alternativo adottato in parallelo rispetto all'indice RT, permetterà ai responsabili scientifici dell'algoritmo di **confrontarsi in tempi brevi con i responsabili anti - covid di altri centri di ricerca ospedalieri del mondo** potendo mettere a fattor comune le esperienze pregresse raccolte negli ultimi due anni e confrontarlo con l'indice RT evidenziando le differenze e gli aspetti migliorativi rispetto all'indice RT stesso.

Lo studio del paper scientifico permetterà di capire i **vantaggi rispetto all'indice RT** rendendolo sicuramente più appetibili e affidabile del primo e di fatto sostituendolo completamente.

I risultati raccolti nei due mesi successivi la diffusione permetteranno di evidenziare questa cosa.

Quindi **dopo il periodo di utilizzo parallelo dei due indici, la Regione Veneto potrà utilizzare solo il secondo**, avvertendo il Governo italiano e il Ministero della Sanità di accettare solo un indice diverso da RT e in questo caso il CWI.

In questo modo la Regione Veneto nella veste del suo Presidente Luca Zaia si farà la promotrice capofila di un indice alternativo a quello presentato dall'OMS, la cui sede europea si trova a Venezia.

Sarebbe auspicabile che, DOPO LA FIRMA DEL PRESENTE ACCORDO, la Regione Veneto iniziasse

- degli approfondimenti sull'efficacia dell'indice CWI coinvolgendo tutte le strutture ospedaliere delle Ulss venete
- delle interrogazioni parlamentari sull'efficacia dell'indice RT e sulle differenze dell'indici CWI, rendendo di pubblico dominio la sperimentazione in corso nella Regione Veneto

L'attenzione del Ministero della Sanità Italiano e del Governo Italiano, di Bruxelles, delle varie capitali europee e di tutte le capitali mondiali, comincerà immediatamente a spostarsi su Venezia e sulla Regione Veneto.

Sarebbe opportuno costituire un gruppo di comunicazione su CWI strutturato che coinvolgesse Regione Veneto, Struttura Ospedaliera deputata a gestire l'indice CWI e Paradise360 in modo da strutturare e coordinare la comunicazione alla stampa l'evoluzione del progetto nel corso del tempo.

SI può stabilire nella durata di 2 mesi il periodo di test del CWI, al termine del quale, 60gg dall'inizio dei test, l'indice CWI diventerà per la Regione Veneto l'indice che determinerà la modifica della colorazione delle Regioni fra gialla, arancione e rossa.

I deputati della Lega dovranno cercare alleati in Parlamento su questa iniziativa cercando ovviamente un accordo bipartisan e l'appoggio del Governo Draghi e dello stesso Presidente del Consiglio in modo da potersi muovere verso Bruxelles in modo compatto e con un'unica voce non dissonante, ma omogenea e armonica.

2.7 Raffaele Zenti e Virtualb

Raffaele Zenti è interessato solo a ricevere la **paternità dell'idea**.

Darà il minimo supporto indispensabile all'implementazione dell'algoritmo ingegnerizzato (3gg).

Tramite la sua società virtualb potrebbe essere una delle **terze parti** che sviluppa **modelli previsionali** tramite la **correlazione del CWI agli andamenti di titoli borsistici o dell'andamento di indici borsistici**.

Raffaele Zenti è socio di Virtualb, boutique milanese in ambito tech&finance, di cui lui E' Chief Data Scientist.

Per l'eventuale sviluppo da parte di Virtualb di questi modelli previsionali ovviamente **Virtualb non dovrà pagare mai nulla** essendo stato Raffaele Zenti l'ideatore e il creatore dell'indice CWI.

Differentemente da **altre terze parti che volessero lavorare su questo indice e correlarlo con l'andamento di altri indici finanziari e borsistiche dovranno pagare per aver l'accesso ai dati storici e a quelli aggiornati**.

Il titolare dei dati dell'indice CWI rimarrà sempre Paradise360.

A **discrezione di Paradise360 i dati verranno dati gratuitamente o a pagamento** a terze parti in funzione delle finalità, commerciali o meno, dell'uso che verranno fatti di questi dati.

L'unico fruitore completamente gratuito di questi dati anche se utilizzati a fini commerciali, sarà solo Virtualb.
Tutti gli altri o svilupperanno prodotti e servizi non commerciali o, se saranno profittevoli, dovranno richiedere la licenza e i dati stessi direttamente a Paradise360.

2.7.1 Uso dei rispettivi loghi

Virtualb e Paradise360 si accordano che, qualora Virtualb decidesse di utilizzare i dati del CWI forniti gratuitamente da Paradise360, entrambe le società **potranno/dovranno (?)** esporre i rispettivi loghi nei propri sitiweb dando evidenza dell'accordo esistente.

2.8 Stefano De Togni tramite Paradise360

Paradise360 svilupperà una **versione Alfa** del **CWI Widget** per unità geografica e unità di tempo per

- la **visualizzazione del valore** del CWI
- lo **storico dei giorni precedenti**
- **geolocalizzazione dei widget installati**

Seguiranno versione Beta con funzionalità aggiuntive e poi si continuerà a svilupparlo in funzione delle necessità che emergeranno in fase di costruzione dell'algoritmo e della sua implementazione e del suo utilizzo.

Paradise avrà

1. **la titolarità del dato del CWI in tutte le sue forme, declinazioni e aggregazioni spazio/temporali**

2. **l'esclusiva mondiale per esporre e visualizzare l'indice in molteplici forme**, dove si impegnerà a:

- mantenere **GRATUITA PER SEMPRE** la visualizzazione del WCI base, del suo storico, per unita tempo/spazio

- **renderlo visualizzabile in forma ottimizzata e universale** -> per tutti i device, piattaforme e sistemi operativi come pc, tablet, mobile phone con OS Android e iOs di Apple per iPhone.

- **migliorarlo continuamente aggiungendo nuove funzionalità**

3. **l'esclusiva mondiale per la cessione di questi dati, storici e in tempo reale** ad aziende, organizzazioni e istituzioni che volesserlo usarlo a fini commerciali e di profitto.
   Quindi:

- qualunque azienda o istituzione volesse utilizzare il CWI come dati a fini commerciali
    - si dovrà accordare con Paradise360 alle condizioni da essa offerte sul mercato

- A discrezione di Paradise360 essa stessa potrà, **tramite API,** per automatizzare i vari servizi collegabili alla variazione del valore del CWI,:
    - **collegarsi a sistemi informativi sanitari esistenti**

- **collegarsi a sistemi informativi esistenti**
- offrendo servizi sia gratuiti, che a pagamento che fremium (in forma semplificata gratuiti e in forma evoluta a pagamento)

-

3 Modalità di gestione del CWI

3.1 Regione Veneto

Presidenza, Assessorato della Sanità e Direzione Sanitaria non sono coinvolte in attività operative, ma solo eventuali attività di rappresentanza, se desiderate e ritenute necessarie.

La **Regione Veneto concede l'uso del proprio logo a Paradise360 e viceversa per le attività ritenute rispettivamente utili e necessarie alla promozione del progetto**.

Il rapporto tra Regione Veneto e Paradise360 si realizza nella forma di **Partnership**, come descritto nel presente documento.

3.1.1 Istituto Ospedaliero Universitario di Gestione e Supervisione CWI

E' l'unico Ente della Regione Veneto che si farà carico di **destinare una stanza adeguata a due ricercatori medici** e, **part time, ad un collaboratore AI**.

Il gruppo di lavoro iniziale potrebbe allargarsi nel tempo in funzione del volume delle richieste di collaborazione da parte di Centri di Ricerca Medica esteri.

3.1.2 Azienda 0

Non ha alcun impatto se non per eventuale richiesta di nuovi dati da parte dell'Istituto Ospedaliero.

3.1.3 Ulss Venete

Non saranno impattate se non su richiesta di ulteriori dati ritenuti dall'Istituto Ospedaliero Universitario necessari per migliorare la rilevazione della diffusione virologica del Covid19.

3.2 Paradise360

3.2.1 Team Sviluppo Widget

Paradise360 si occuperà autonomamente di tutti gli sviluppi necessari al buon funzionamento della visualizzazione del CWI e all'implementazione dei servizi ad esso collegati.

3.3 Raffaele Zenti

Il suo impegno va limitato al massimo in quanto insegna AI a Milano e Londra inoltre è Chief Data Scientist in Virtualb, boutique tecnologico finanziaria, per cui il suo supporto indispensabile è veramente costoso, ma ci fa un prezzo agevolato (800€/giorno) pur di vedere il suo algoritmo implementato e funzionante.

- caricamento manuale dei dati
- la modalità di automazione del caricamento dati da GitHub (con batch automatizzati).

Tempo stimato:

- 1 ora videocall con Istituto Medico Ospedaliero di Gestione algoritmo CWI
- 3 giorni di supporto al Responsabile sviluppo algoritmo ingegnerizzato (esperto AI – Ingegneria UniPadova?)

4 Piano Costi CWI

4.1 Regione Veneto

4.1.1 Presidenza Regione Veneto

Nessun costo, se non comunicazioni di Rappresentanza necessarie alla promozione di CWI.

4.1.2 Assessore Regionale / Direttore Sanitario Regionale

Nessun costo.

Idem 4.1.1 Presidenza Regione Veneto.

4.1.3 Istituto Ospedaliero Universitario di Gestione e Supervisione CWI

4.1.3.1 Costruzione dell'algoritmo ingegnerizzato.

Risorse umane: 1 specialista in informatica specializzato in Artificial Intelligence, Analisi Dati.

Tempi: 6 o 7 gg massimo per sviluppo e ingegnerizzazione del CWI da mettere in produzione.

Passaggio consegne e Formazione:
Necessarie 3 giornate a 800€ di Zenti a supporto di una risorsa specializzata in AI/Data science

- Si parte dal paper di Raffaele Zenti e lo ri-sviluppiamo da zero aggiungendo le eventuali osservazioni dei medici dell'Azienda Ospedaliera che lo prende in gestione.
  Condizione di Zenti: solo "riconoscimento" formale della paternità (viene citato come l'ideatore dell'algoritmo iniziale) senza esborso di alcun soldo.

- 1 giornata di **consulenza/formazione iniziale** a chi **ri-sviluppa il CWI** per
  - passaggio consegne
  - presa visione contenuti Paper Scientifico di Raffaele Zenti
    Costo giornaliero Raffaele Zenti: €800 (+ IVA)

- **Ingegnerizzazione**
  Diverso è il codice rispetto all'algoritmo in produzione.

Il deployment richiede interventi.

- 2 giornate di supporto di Zenti alla tariffa (realmente agevolata) di 800 euro/giorno -> € 1600 (+ IVA)

4.1.3.2 Installazione in cloud ad elevate prestazioni.

L'installazione su piattaforma cloud richiede al massimo 4 ore di lavoro di un tecnico informatico senior.ù

Implementazione su AWS (Amazon Web Services), Google Cloud Platform o Microsoft Azure o altro provider, italiano o estero, di servizi di storage e AI in cloud ad alte prestazioni

Essendo i dati di proprietà esclusiva di Paradise360 l'accesso all'algoritmo e ai dati da esso elaborati verranno date le **chiavi di accesso ai servizi** anche a Paradise360 per una sua **appropriata gestione tramite un data marketplace proprietario** di Paradise360.

Virtualb e altre terze parti che vorranno avere a disposizione i CWI dataset li prenderanno dal data marketplace di Paradise360 alle condizioni generali stabilite in questo documento.

Nessun'altra entità fisica o giuridica avrà accesso all'algoritmo originale in produzione o alle sue eventuali copie e migliorate per questioni di evidente sicurezza per evitare manipolazioni.

L'indice sarà gratuito secondo i termini del presente accordo con apposita licenza **CC.xxxx (TBD) .**

L'indice sarà comunque sempre descritto trasparentemente su un Paper scientifico di libera consultazione e depositato presso la piattaforma di deposito, ricerca e accesso documentale della **Cornell University** (o dell'**azienda ospedaliera di Padova o di Università di Padova**???).

4.1.3.3 Gestione e manutenzione dell'algoritmo ingegnerizzato. (Azienda Ospedaliera di Padova?)

L'azienda Ospedaliera di Padova si occuperà di:

- **Manutenere l'algoritmo**
- **Apportare le modifiche all'algoritmo** che il Comitato tecnico, Medico scientifico approverà in funzione delle osservazioni provenienti dalle ricerche e osservazioni fatte da altri Centri medico scientifici in tutto il mondo
- **Verificare l'attendibilità delle fonti** riguardo i mittenti delle osservazioni per il cambiamento dell'algoritmo
- **Aggiornare il paper scientifico che descrivere l'algoritmo in tempo reale (o anticipato di almeno 1 settimana) al rilascio dell'algoritmo aggiornato con quelle osservazioni che verranno giudicate pertinenti dal Comitato Medico Tecnico Scientifico.**

In questo ambito troviamo la spesa maggiore che dovrà essere sostenuta, in quanto richiederà la destinazione di

- **2 o 3 risorse mediche full time**
- **un esperto di AI/DataScience part time**.

Questo è necessario per:

- La raccolta e l'analisi delle modifiche da apportare sull'algoritmo sulla base delle indicazioni proveniente da qualunque centro medico anti covid
- La selezione delle modifiche ritenute rilevanti
- La presentazione delle modifiche rilevanti al Comitato Tecnico Scientifico per la loro approvazione
- L'implementazione delle modifiche all'algoritmo approvate e il relativo aggiornamento del paper scientifico

A livello **software** si può gestire la cosa tranquillamente con software standard opportunamente organizzati (con un Google account si ha a disposizione la suite gratuita di Google) e a **costo 0**.

4.1.4 Azienda 0

Nessun cambiamento nel loro ruolo di ricezione dati dalle ULSS.

Rispetto ai dati già raccolti dalle Ulss, riaggregati e redistribuiti, qui occorre solo verificare se il Comitato Medico Scientifico riterrà utile considerare altre variabili finora non prese in considerazione e raccolte dalle Ulss.

4.1.5 Ulss Venete

Nessun cambiamento nel loro ruolo di raccolta dati e invio ad Azienda Zero salvo richieste aggiuntive fatte da Azienda 0.

4.2 Paradise360

Sviluppo Widget: sviluppo in economia, costo interno.

5 Curriculum Stefano De Togni

https://www.linkedin.com/in/stefanodetogni/

A voce o richiesta per iscritto per ulteriori dettagli.

REGIONE DEL VENETO

PARADISE360

6 Firme per accettazione

Dr. Stefano De Togni Legale Rappresentante e socio unico di Paradise360 _____	***Luca Zaia*** Presidente Regione Veneto _____
Prof. Raffaele Zenti come ideatore e realizzatore della prima versione di CWI _____	***Dr. Manuela Lanzarin*** Assessore alla Sanità Regione Veneto _____
Dr. Serena Torielli CEO Virtualb _____	***Prof. Luciano Flor*** Direttore Sanitario Regione Veneto _____
Dr. …. Direttore Generale Azienda Ospedaliera **Padova ? Verona ? xxxxx??** _____	***Dr. Alberto Toniolo*** Direttore Generale Azienda 0 _____

Venezia,

Data 20 Maggio 2021

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data **10.5.2021** | Protocollo n. **12714** Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Tecnico Scientifico COVID-19. Parere in merito alla nota "Tempistica seconda dose vaccinazione anti covid-19 malati oncologici".

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si comunica alla SV che il Comitato Scientifico COVID-19, ex DGR n. 269 del 2.3.2020, in data odierna ha approvato il testo dell'allegata nota in oggetto, trasmessa dal Direttore Generale dell'Istituto Oncologico Veneto IRCCS, concordando con quanto proposto dai colleghi oncologi e con il suggerimento di estendere lo stesso principio a tutte le categorie di pazienti fragili, almeno fino a quando non vi siano altre evidenze.

L'occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Regione del Veneto
Istituto Oncologico Veneto
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico

REGIONE DEL VENETO

OECI COMPREHENSIVE Cancer Centre

ESMO Designated Centers of Integrated Oncology and Palliative Care

Dipartimento di Oncologia
Direttore dott. Vittorina Zagonel

Prot. 9095/21

Padova, 7 Maggio 2021

Dott.ssa Annamaria Saieva
Direttore Sanitario

Dott.ssa Patrizia Benini
Direttore Generale
IOV

Oggetto: Tempistica seconda dose vaccinazione anti covid-19 malati oncologici

Gentilissime,

in merito alla circolare del Ministero della Salute prot n. 19748 del 5.5.2021, e successivi protocolli della Regione Veneto e Direzione Sanitaria IOV, che raccomanda l'estensione dell'intervallo tra le dosi di vaccino a RNA (Pfizer) , e altri, con somministrazione della seconda dose alla sesta settimana, riteniamo opportuno, vista la fragilità anche immunologica del malato oncologico e oncoematologico , di mantenere per questi pazienti le scadenze finora adottate, mantenendo al 21° giorno, o primo giorno utile successivo, la somministrazione della seconda dose di vaccino.

Informiamo inoltre che lo stesso suggerimento è stato comunicato dal Presidente della FOCE (Federazione oncologi, cardiologi, ematologi), Prof. Francesco Cognetti, la Federazione che a gennaio 2021 aveva promosso l'anticipazione del vcaccino a categorie fragili della poloazione.

Si ringrazia per l'attenzione

Prof. Piefranco Conte
Coordinatore ROV

Dott. Pierluigi Pilati
Direttore Dip. Chirurgia

Dott.ssa Vittorina Zagonel
Direttore Dip. Oncologia

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 23.4.2021 | Protocollo n. 11248 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Tecnico Scientifico COVID-19. Parere in merito alla nota “ripresa dell’attività di ricovero programmata, non urgente, dell’attività di specialistica ambulatoriale e dell’attività di libera professione intramoenia”.

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si comunica alla SV che il Comitato Scientifico COVID-19, ex DGR n. 269 del 2.3.2020, in data odierna ha approvato il testo dell’allegata nota in oggetto, trasmessa dal Direttore dell’UO Struttura di Progetto Rafforzamento del sistema ospedaliero e dell'assistenza territoriale per superare l'emergenza da COVID-19, senza alcuna osservazione.

L’occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data Protocollo N° Class: Fasc. Allegati N°

Oggetto: Epidemia di CoViD-19: ripresa dell'attività di ricovero programmata, non urgente, dell'attività di specialistica ambulatoriale e dell'attività di libera professione intramoenia

Ai Direttori Generali
Azienda Ulss 1 Dolomiti
Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Azienda Ulss 3 Serenissima
Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Azienda Ulss 5 Polesana
Azienda Ulss 6 Euganea
Azienda Ulss 7 Pedemontana
Azienda Ulss 8 Berica
Azienda Ulss 9 Scaligera
Azienda Ospedale-Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
IRCCS – Istituto Oncologico Veneto
Azienda Zero

Ai Presidenti Regionali
AIOP
ARIS
ANISAP
CONFINDUSTRIA VENETO – Comparto Sanità
CUSPE
ANSOC
SUMAI

e, p.c.. Al Presidente della Regione del Veneto

All'Assessore alle Politiche Sanitarie e Sociali

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria-LEA
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
Tel. 0412791502-3513-3756 - Fax 0412791367
PEC area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it e-mail programmazionesanitaria@regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio G0OAFI* *P.IVA 02392630279*

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Con nota del 25 marzo 2021, prot. n. 136973, e in considerazione dello scenario epidemiologico da CoViD-19 allora presente, sono state date disposizioni sulla sospensione nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate:

- dell'attività di ricovero programmata, non urgente, con le previste eccezioni;
- dell'attività di specialistica ambulatoriale, con le previste eccezioni;
- dell'attività libero professionale intramoenia (rispetto alla quale sono state fornite alcune precisazioni con nota del 29 marzo 2021, prot. n. 141789).

L'attuale fase epidemiologica vede una progressiva e costante riduzione sia dei nuovi casi di ricovero che dei pazienti complessivamente in carico presso le strutture ospedaliere.

Le strutture regionali deputate al monitoraggio evidenziano che i dati complessivi regionali indicano una stabilizzazione in "fascia 3" con un progressivo trend in calo di tutti gli indicatori.

Pertanto, in considerazione di quanto sopra riportato, acquisito il parere del Comitato scientifico di cui alla DGR 269/2020, si dispone la ripresa dell'attività di ricovero programmata, non urgente, dell'attività di specialistica ambulatoriale e dell'attività di libera professione intramoenia, a far data da lunedì 26 aprile c.a..

Considerata la necessaria priorità rivestita della campagna di vaccinazione in corso, nel programmare la progressiva ripresa delle attività dovrà essere garantita la piena attività dei centri di vaccinazione. Dovranno, altresì, essere tenuti in considerazione i criteri di "priorità clinica" dei pazienti e quelli "temporali" (liste di "galleggiamento").

Inserire richiamo alle disposizioni già impartite dalla Direzione Risorse Strumentali SSR in materia di acquisto di prestazioni.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
dell'Area Sanità e Sociale
Dr. Luciano Flor

Responsabile del procedimento: dr. Claudio Pilerci

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria-LEA
San Polo, 2514 – 30125 Venezia
Tel. 0412791502-3513-3756 - Fax 0412791367
PEC area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it e-mail programmazionesanitaria@regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio G0OAFI* *P.IVA 02392630279*

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 25.3.2021 | Protocollo n. 8054 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Tecnico Scientifico COVID-19. Parere in merito alla nota "Epidemia di COVID-19: sospensione delle attività".

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si comunica alla SV che il Comitato Scientifico COVID-19, ex DGR n. 269 del 2.3.2020, in data odierna ha approvato il testo dell'allegata nota in oggetto, trasmessa dal Direttore dell'UO Struttura di Progetto Rafforzamento del sistema ospedaliero e dell'assistenza territoriale per superare l'emergenza da COVID-19, senza alcuna osservazione.

L'occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data ` Protocollo N° Class: Fasc. Allegati N°

Oggetto: Epidemia di COVID-19: sospensione delle attività

Ai Sig.ri Direttori Generali
Azienda Ulss 1 Dolomiti
Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Azienda Ulss 3 Serenissima
Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Azienda Ulss 5 Polesana
Azienda Ulss 6 Euganea
Azienda Ulss 7 Pedemontana
Azienda Ulss 8 Berica
Azienda Ulss 9 Scaligera
Azienda Ospedale-Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
IRCCS – Istituto Oncologico Veneto
Azienda Zero

Ai Presidenti Regionali
AIOP
ARIS
ANISAP
CONFINDUSTRIA VENETO – Comparto Sanità
CUSPE
ANSOC
SUMAI

e, p.c.. Al Presidente della Regione del Veneto
All'Assessore alle Politiche Sanitarie e Sociali

Il documento "Aggiornamento del Piano emergenza" adottato dall'Unità di crisi il 22 ottobre 2020 ed i conseguenti "Indirizzi clinico organizzativi per l'attuazione dell'aggiornamento del Piano Emergenza Autunno", fornivano indicazioni sulla possibilità di sospendere le attività assistenziali non urgenti e le attività di specialistica, nelle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate nel caso che, a seguito dell'evolvere della pandemia, si rendesse necessaria una maggiore disponibilità di posti letto e/o di personale da dedicare all'assistenza di pazienti affetti da Sars-COVID 19.

Già con nota prot. n. 474775 del 6 novembre 2020 è stata disposta la sospensione delle attività chirurgica programmata per la quale era richiesto il ricovero in terapia intensiva post operatoria e delle attività programmate non urgenti sia in ambito chirurgico che internistico, con alcune eccezioni cui si rimanda (es. attività non rinviabile in considerazione del quadro clinico e per la quale la prognosi e le gravi conseguenze cliniche sono fortemente influenzate dalle tempistiche di diagnosi ed intervento, chirurgia oncologica, etc,).

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria – LEA
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it - e mail programmazionesanitaria@regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *fatturazione elettronica - Codice Univoco Ufficio G0OAFI* *P.IVA 02392630279*

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

A seguito del monitoraggio effettuato dal dipartimento di Emergenza e Urgenza e dalle strutture dell'Area Sanita e Sociale, si evidenzia ora un progressivo incremento degli accessi alle strutture ospedaliere ed alle terapie intensive e le proiezioni evidenziano il raggiungimento della fase 4 entro il prossimo Weekend.

Pertanto, come previsto dai citati documenti di programmazione, si dispone la sospensione delle attività di chirurgia programmata per le quali è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria e la riduzione dell'attività programmata in ambito internistico, con le eccezioni già richiamate nella nota citata prot. n. 474775/2020 (es. attività non rinviabile in considerazione del quadro clinico e per la quale la prognosi e le gravi conseguenze cliniche sono fortemente influenzate dalle tempistiche di diagnosi ed intervento, chirurgia oncologica etc.).

Le SS.LL. garantiranno la disponibilità di utilizzo di tutti i posti letto previsti dal piano di emergenza per la fase 4.

Per quanto riguarda l'attività in regime di libera professione intramoenia, sono consentite le prestazioni che non richiedono degenza postoperatoria in terapia intensiva o nelle U.O. chirurgiche coinvolte nella riorganizzazione messa in atto per fronteggiare l'emergenza epidemica e nella cui esecuzione è coinvolto esclusivamente personale che non può essere impiegato per il potenziamento delle attività assistenziali in ambito intensivo, sub-intensivo ed ordinario.

Si dispone anche la sospensione dell'attività di specialistica ambulatoriale delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate, ad eccezione delle prestazioni con priorità U e B, garantendo, sia come prime visite specialistiche che di controllo, l'attività in ambito materno-infantile, oncologico, malattie rare e le attività ritenute non rinviabili in considerazione del quadro clinico dei pazienti.

Sarà cura di ogni struttura avvertire gli utenti programmati con altre priorità per riprogrammare l'appuntamento al termine dello stato di emergenza.

A seguito della sospensione delle attività, il personale medico ed infermieristico, non direttamente impegnato a garantire assistenza ai pazienti CoViD, potrà essere utilizzato per garantire la piena operatività dei centri di vaccinazione.

Si ribadisce inoltre l'indicazione di implementare l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina, secondo quanto previsto da DGR 568/20 e ampliare il più possibile i servizi all'utenza telefonici e on line.

Le presenti disposizioni, approvate dal Comitato scientifico di cui alla DGR 269/2020, devono attuarsi nel più breve tempo possibile, e comunque non oltre il 29 marzo p.v., al fine di predisporre i posti letto previsti per la Fase 4 come da nota prot. n. 455886 del 27 ottobre 2020 riducendo al minimo i disservizi al cittadino, e trovano applicazione fino a revoca, che sarà disposta quando l'occupazione dei posti letto si stabilizzerà nella fase 3, come previsto nel citato documento "Aggiornamento del Piano d'autunno".

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
dell'Area Sanità e Sociale
dr. Luciano Flor

Responsabile del procedimento: dr. Claudio Pilerci
Direttore ad interim Direzione Programmazione Sanitaria – LEA

Area Sanità e Sociale
Direzione Programmazione Sanitaria – LEA
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it - e mail programmazionesanitaria@regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 17.3.2021 | Protocollo n. 7131 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Tecnico Scientifico COVID19. Approvazione "Piano di Sanità Pubblica. Aggiornamento indicazioni. Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali.".

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si comunica alla SV che il Comitato Scientifico COVID-19, ex DGR n. 269 del 2.3.2020, in data odierna ha approvato il testo dell'allegato documento in oggetto, trasmesso dal Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria con le osservazioni di seguito riportate.

Oltre a una revisione dell'indice per incongruenze nell'indicazione del numero di pagina di riferimento e nella numerazione dei sottocapitoli, per quanto concerne il personale delle Aziende Sanitarie, di cui a pag. 7, al paragrafo 3.2.1, si ritiene utile riportare come la sorveglianza sanitaria sia di esclusiva pertinenza del medico competente.

Nel paragrafo 3.3.2 *"Caso sospetto"* riportato a pag. 11, si evidenzia inoltre l'opportunità di indicare con quale tipologia di test eseguire la conferma (*Nel caso siano utilizzati test antigenici immunocromatografici (1° generazione) o comunque con caratteristiche di sensibilità e specificità non ottimali è consigliabile confermare la negatività di test antigenici eseguiti su pazienti sintomatici)*; altresì meritevole della medesima specificazione anche quanto riportato a pag. 12 *("Nel caso siano utilizzati test antigenici immunocromatografici (1° generazione) o comunque con caratteristiche di sensibilità e specificità non ottimali è consigliabile confermare la negatività di test antigenici eseguiti su pazienti con link epidemiologico con casi confermati di COVID-19. Questa necessità è rafforzata dalla possibile circolazione di varianti virali con mutazioni a carico della proteina N, che è il principale antigene target utilizzato in questo tipo di test.").*

Da valutare infine la possibilità di riportare nel paragrafo 5.1 a pag. 16 "*Isolamento casi positivi*", un riferimento sul termine dell'isolamento dopo 21 giorni per i soggetti che continuano a risultare positivi ai test di controllo, già presente nel prospetto riassuntivo su isolamenti e quarantene di pag. 18.

L'occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Piano di Sanità Pubblica

AGGIORNAMENTO INDICAZIONI

Testing per SARS-CoV-2, Punti di Accesso Territoriali ai test antigenici rapidi, Contact Tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

MARZO 2021

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PREMESSA

L'attuale scenario epidemiologico si caratterizza per un **aumento dei nuovi casi positivi** su base giornaliera e dei ricoveri ospedalieri (area critica e area non critica) oltre che dal rapido aumento della diffusione delle varianti di SARS-CoV-2 sull'intero territorio regionale[1]. Allo stesso tempo è stata avviata ed in corso la **campagna di vaccinazione anti COVID-19** e, nello specifico, è in via di ultimazione la prima fase (Fase 1.A) che ha previsto l'offerta vaccinale rivolta al personale sanitario e non sanitario delle strutture ospedaliere e territoriali della rete del Servizio Sanitario Regionale, oltre che di operatori e ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, non autosufficienti e disabili.

Tali nuovi elementi richiedono un aggiornamento delle strategie di sanità pubblica al fine di adeguare le attività di sorveglianza, rafforzare le azioni di contenimento e risposta alla diffusione virale, adottare ulteriori provvedimenti di maggiore prudenza e di tutela della salute pubblica

In particolare per quanto attiene le strategie di screening, è necessario aggiornare le indicazioni regionali alla luce delle più recenti evidenze scientifiche e delle indicazioni del Ministero della Salute (Circolare del Ministero della Salute n. 705 del 08.01.2021 "*Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing*", n. 3787 del 31.01.2021 "*Aggiornamento sulla diffusione a livello globale delle nuove varianti SARS-CoV-2, valutazione del rischio e misure di controllo*", n. 5616 del 15.02.2021 "*Aggiornamento sull'uso dei test antigenici e molecolari per la rilevazione di SARS-CoV-2*").

Le indicazioni contenute nel presente documento integrano le indicazioni fornite dagli altri documenti regionali per gli specifici ambiti.

[1] *"Prevalenza delle varianti VOC 202012/01 (lineage B.1.1.7), P.1, e 501.V2 (lineage B.1.351) in Italia" - 18 febbraio 2021, indagine che ha evidenziato una prevalenza della variante VOC202012/01 (lineage B.1.1.7) nel territorio della Regione del Veneto pari al 56,5%.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SOMMARIO

1. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA 3

2. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE 4

3. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI SUI TEST PER SARS-COV-2 5

3.1 Test forniti ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta 5

3.2 Screening 6

3.2.1 Personale delle Aziende Sanitarie 6

3.2.2 Personale o ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie territoriali 6

3.2.3 Pazienti che accedono ai Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento 6

3.2.4 Familiari e caregiver 7

3.3 Tipologie di testing per casi sospetti e contatti 9

3.3.1 Popolazione scolastica 9

3.3.2 Caso sospetto 9

3.3.2 Fine isolamento 10

3.3.3 Contatto stretto asintomatico (link epidemiologico) 10

3.3.4 Fine quarantena 10

3.4 Test effettuati presso le Farmacie 10

3.5 Registrazione e tracciabilità dei dati 10

4. TEST ANTIGENICI RAPIDI E PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI 12

4.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali 12

4.2 Indicazioni operative 13

4.3 Attuazione e Monitoraggio 13

5. INDICAZIONI PER LE ATTIVITÀ DI CONTACT TRACING 14

5.1 Isolamento casi positivi 14

5.2 Contact tracing e quarantena di contatti di caso positivo non variante 14

5.3 Ricerca e quarantena contatti di caso positivo variante 15

6. STRUTTURE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI 17

6.1 Nuovi ingressi 17

6.2 Visite agli ospiti 18

6.3 Rientri a casa di disabili ospiti di strutture residenziali 18

6.4 Piccoli Gruppi di Disabili 18

6.5 Attività in presenza centri diurni disabili e altre attività progettuali 19

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

Gli attuali obiettivi della strategia di sanità pubblica da perseguire sono:

- mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19 e delle sue varianti, intercettando ed isolando tutti i possibili nuovi casi o focolai.
- proseguire con ogni consentita urgenza nelle attività di vaccinazione anti COVID-19.

La strategia di contrasto alla diffusione virale prevede di rafforzare l'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria, rafforzare le azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio soprattutto relativamente ai focolai familiari, scolastici, ospedalieri e delle Strutture residenziali.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

2. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

L'attuazione del piano vaccinale contro il COVID19 riveste un ruolo prioritario nel contrasto alla pandemia al fine di interrompere le catena di trasmissione, ridurre la circolazione virale e prevenire l'ospedalizzazione e la mortalità. L'attuale scenario epidemiologico si caratterizza inoltre da un aumento dell'incidenza e dalla ripresa della curva dei contagi e dei ricoveri ospedalieri. Per tale ragione risulta prioritario proseguire nell'offerta vaccinale al fine di garantire la protezione del maggior numero di persone.

Le attività di *contact tracing* e l'attività di vaccinazione anti COVID-19 rivestono un ruolo cardine nella strategia di Sanità Pubblica di prevenzione e contenimento del contagio della Regione del Veneto. Alla luce di quanto appena descritto si chiede una ri-organizzazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione concentrando le risorse sulle seguenti attività:

1. campagna vaccinale anti COVID-19,
2. contact tracing e di presa in carico di tutti i positivi a SARS-CoV-2.

Al fine di garantire l'efficienza, la sostenibilità e la tempestività delle attività è necessario che le Aziende ULSS garantiscano ai Dipartimenti di Prevenzione il supporto organizzativo e di personale anche afferente ad altri servizi aziendali o reclutato ad hoc, in modo da garantire le attività previste.

Relativamente alle attività di contact tracing, in considerazione dello scenario epidemiologico, dovranno essere garantite le attività di inchiesta epidemiologica e di rintraccio di tutti i contatti proseguendo l'attività delle "Centrali Operative di Contact Tracing" dedicate così come previsto dalla DGR 1422/2020 e dalla DGR 782 del 16.6.2020. Le Centrali Operative di Contact Tracing dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dovranno garantire il monitoraggio dell'attività svolta, anche grazie al supporto degli applicativi regionali predisposti da Azienda Zero al fine di garantire, in caso di bisogno, una tempestiva riorganizzazione interna per le attività necessarie al variare dello scenario epidemiologico.

Si ribadisce comunque l'importanza di continuare a garantire il calendario vaccinale previsto per i bambini da 0-6 anni e l'offerta della vaccinazione anti-HPV oltre che di tutte le vaccinazioni che rivestono carattere di urgenza e di continuare a garantire, per gli altri Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, le attività indifferibili e urgenti.

Per le attività di relative allo Screening oncologico, si ribadisce l'importanza di proseguire l'attività di primo livello, e di garantire in tempi congrui le prestazioni di secondo livello.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

3. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI SUI TEST PER SARS-COV-2

La Rete delle Microbiologie del Veneto, a seguito dell'esame dei Documenti Ministeriali e Regionali in precedenza citati e del relativo confronto tecnico, ha fornito le seguenti indicazioni circa l'utilizzo dei test antigenici nei diversi contesti di popolazione, al fine di implementare e uniformare le strategie di testing sul territorio regionale.

Facendo seguito alle Deliberazioni del Direttore Generale di Azienda Zero n. 579 del 08.10.2020 e n. 767 del 21.12.2020 sono stati aggiudicati sistemi diagnostici per la ricerca rapida qualitativa dell'antigene del virus SARS-CoV-2 classificabili come test di "1° generazione", di "2° generazione" nonché di "3° generazione". Si possono distinguere prodotti che sono stati validati per l'utilizzo da campione prelevato nelle fosse nasali e prodotti che prevedono l'utilizzo di campioni da prelievo rinofaringeo.

Saranno resi disponibili a seguito di specifica procedura di acquisizione prodotti diagnostici in chemiluminescenza per la ricerca quantitativa dell'antigene del virus SARS-CoV-2 ("test antigenici di laboratorio"), da utilizzarsi su piattaforme automatizzate.

Relativamente ai test di biologia molecolare, per garantire la diagnosi d'infezione sostenuta da varianti virali con mutazioni nella proteina spike, i test diagnostici molecolari real-time PCR devono essere multi-target. Per i test diagnostici molecolari si raccomanda di utilizzare come sistema di diagnosi in real-time PCR un test multi-target ovvero capace di rilevare più geni del virus e non solo il gene spike (S) che potrebbe dare risultati negativi in caso di variante con delezione all'interno del gene S, 11,12 quale la variante VOC 202012/01 (denominata anche B.1.1.7) identificata per la prima volta nel Regno Unito[2].

Test antigenici rapidi di 1° generazione	Test immunocromatografici lateral flow per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2
Test antigenici rapidi di 2° generazione	Test ad immunofluorescenza per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2
Test antigenici rapidi di 3° generazione	Test ad immunofluorescenza con lettura in microfluidica per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2
Test antigenici di laboratorio	Test in chemiluminescenza per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2, da eseguire in laboratorio (non rapidi)
Test molecolare	Test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2

[2] *Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021. Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti-COVID-19 Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni Versione del 13 marzo 2021*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

3.1 Test forniti ai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

I Protocolli d'intesa approvati rispettivamente in sede di Comitato Regionale della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta sono stati resi esecutivi rispettivamente con Ordinanza n. 148 del 31.10.2020 e n. 156 del 24.11.2020 del Presidente della Giunta Regionale e successivi provvedimenti di proroga. Tra la misure indicate è richiamata l'esecuzione di test antigenici rapidi, così come forniti dal Commissario per l'emergenza COVID-19, in contatti stretti asintomatici e casi sospetti per COVID-19.

In attesa di adeguamento delle forniture da parte della struttura del Commissario Straordinario per l'Emergenza COVID-19 di test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) con sensibilità ≥90% e specificità ≥97%, la Regione del Veneto si impegna a dotare i Medici di Medicina Generale di tale tipologia di test al fine di garantire il rispetto dei parametri definiti dalla Circolare del Ministero della Salute citata.
Restano, altresì, validi senza soluzione di continuità i contenuti dei predetti Protocolli ed in particolare con riferimento alla disposizione dei provvedimenti contumaciali, alla presa in carico degli assistiti posti in isolamento o quarantena, con eventuale supporto delle USCA, all'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 38 del decreto Legge n.23/2020 convertito in L. n.40/2020.

3.2 Screening

Si riportano di seguito le diverse indicazioni circa l'utilizzo dei test nei diversi contesti e le relative indicazioni per le tempistiche e frequenze di ripetizioni alla luce dell'attuale scenario epidemiologico e dell'attività vaccinale condotta nei diversi target di popolazione.

3.2.1 Personale delle Aziende Sanitarie

Nelle more dell'aggiudicazione delle forniture per i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, per le attività di sorveglianza sanitaria del personale sanitario delle Aziende Sanitarie è possibile utilizzare test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione) oppure test molecolari con campionamento in pool.

Relativamente al personale non sanitario (profilo amministrativo, professionale, ecc) considerando che una percentuale rilevante hanno effettuato la vaccinazione ed essendo ascrivibili al gruppo di "*persone senza sintomi e senza link epidemiologico"*, possono essere utilizzati test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) con sensibilità ≥90% e specificità ≥97%.

3.2.2 Personale o ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie territoriali

Nelle more dell'aggiudicazione delle forniture per i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, per le attività di sorveglianza sanitaria del personale delle RSA/CTRP oltre che degli eventuali accompagnatori e/o visitatori autorizzati all'accesso è possibile utilizzare test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza (2° generazione) mentre per il monitoraggio dei pazienti è possibile utilizzare anche test molecolari con campionamento in pool o i test rapidi con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

3.2.3 Pazienti che accedono ai Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento

Ritenuto opportuno considerare in via prudenziale anche coloro che accedano a tali strutture per sintomatologie o quadri clinici non direttamente legati a infezioni da SARS-CoV-2, in ogni caso come soggetti sintomatici o con link epidemiologico con casi confermati di COVID-19, si ritiene che possano essere utilizzati, oltre ai test molecolari, i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che comunque rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime indicate dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15/02/2021 (*sensibilità ≥80% e specificità ≥97%, con un requisito di sensibilità più stringente, ≥90% in contesti a bassa incidenza*).

3.2.4 Familiari e caregiver

Per le attività di controllo dei soggetti destinati all'assistenza dei ricoverati (familiari, personale infermieristico privato, caregiver a contratto, ecc.) considerando quest'ultimi ascrivibili al gruppo di "*persone senza sintomi e senza link epidemiologico"*, possono essere utilizzati test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) con sensibilità ≥90% e specificità ≥97%.

PROSPETTO RIASSUNTIVO SCREENING PER SARS-CoV-2 NELLA REGIONE DEL VENETO		
CATEGORIA	**GRUPPO TARGET**	**TEMPISTICHE ED INDICAZIONI**
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Operatori Sanitari coinvolti principalmente nell'assistenza di pazienti COVID-19, inclusi gli operatori coinvolti direttamente nelle attività di effettuazione dei tamponi (Mal. infettive, ter. Intensiva, USCA, PS, Laboratori Microbiologia, etc.) *Sono inclusi i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Continuità Assistenziale.*	**ogni 10 giorni** Vedi paragrafo 3.2.1 *Le Aziende provvedono a stratificare il rischio interno e valutano l'opportunità di rafforzare la frequenza di testing o di ridurla per specifici contesti individuati come a maggior o minor rischio;*
	Operatori sanitari non coinvolti principalmente nell'assistenza di pazienti COVID-19	**ogni 20 giorni** Vedi paragrafo 3.2.1 *Le Aziende provvedono a stratificare il rischio interno e valutano l'opportunità di rafforzare la frequenza di testing o di ridurla per specifici contesti individuati come a maggior o minor rischio;*
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 30 giorni** test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) *In base all'attività svolta (es. a contatto diretto con il paziente), l'Azienda valuta*

		una stratificazione interna del rischio valutando eventuali altre tipologie di test o di frequenza.
	Pazienti in previsione di ricovero programmato	**entro le 48 ore precedenti il ricovero** test antigenici di laboratorio in chemioluminescenza o test molecolari o test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione)
	Soggetti autorizzati a prestare assistenza continuativa in ambito ospedaliero a pazienti non autonomi e assistenza al momento del parto	**all'inizio dell'attività di assistenza** test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) con eventuale ripetizione da valutare dalla struttura ospedaliera
ALTRI OPERATORI A SUPPORTO SANITARIO	Farmacisti	**ogni 20 giorni** test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS*
	Volontari dei servizi a supporto delle attività sanitarie (es. volontari e soccorritori delle varie Associazioni)	Vedi paragrafo 3.2.1 *Le Aziende provvedono a stratificare il rischio interno e valutano l'opportunità di rafforzare la frequenza di testing o di ridurla per specifici contesti individuati come a maggior o minor rischio;*
	Personale sanitario INPS e INAIL	**ogni 20 giorni** Vedi paragrafo 3.2.1
	Operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa di persone affette da disabilità fisiche, sensoriali, psichiche ed intellettive	**ogni 20 giorni** test immunocromatografici lateral flow (1° generazione)
STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE PER ANZIANI E/O NON AUTOSUFFICIENTI *NB: L'attività di prelievo è garantita dalla Struttura*	Operatori sanitari	**ogni 10 giorni** Vedi paragrafo 3.2.2
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 30 giorni** test immunocromatografici lateral flow (1° generazione)
	Ospiti	**ogni 20 giorni** Vedi paragrafo 3.2.2
	Visitatori (da intendersi per i visitatori che accedono al nucleo di degenza e laddove non sia possibile il rigoroso	**ogni 10 giorni** Vedi paragrafo 3.2.2

	rispetto delle misure previste per la prevenzione del contagio)	*E' preferibile che i visitatori siano sempre gli stessi, al fine di garantirne il monitoraggio.* *Per le strutture per cui non è possibile garantire l'effettuazione del test presso la struttura, il test stesso può essere eseguito presso i Punti di Accesso Territoriale delle Aziende ULSS*
DONATORI	Donatori di sangue ed emocomponenti	test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) *NB: Nel rispetto dei protocolli e tempistiche già definite dai Servizi competenti*
CENTRI DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI	Ospiti ed Operatori	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale
SCUOLA	Alunni, studenti e operatori coinvolti nel progetto di sorveglianza "*Rete Scuole Sentinella*" e di "*Autosomministrazione vigilata*" (DGR 159/2021)	Vedi paragrafo 3.3.2 e DGR 159/2021
ALTRO[3]	Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale

3.3 Tipologie di testing per casi sospetti e contatti

Per Punti di accesso territoriali per l'effettuazione dei test (COVID Center o Punti Tampone) è prevista l'implementazione di sistemi per l'esecuzione di test a lettura immunofluorescente (2° generazione). Nelle more di tale attività, ove non siano già presenti i sistemi con le caratteristiche descritte, è possibile utilizzare momentaneamente i test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) che rispettino i requisiti di sensibilità e specificità richiesti dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15.02.2021 (sensibilità ≥90% e specificità ≥97%). Comunque a seconda della motivazione dell'esecuzione del tampone si seguono le indicazioni di seguito riportate.

[3] *L'Azienda ULSS, in funzione della particolare situazione epidemiologica locale, anche in considerazione di eventuali focolai identificati in specifici gruppi di popolazione, potrà avviare ulteriori indagini, definendo la tipologia di test utilizzato e la relativa frequenza, comunicando l'estensione delle attività di screening alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto e provvedendo a garantire per tutti i test effettuati, in accordo con Azienda Zero, la registrazione sui sistemi informativi regionali anche del dato della specifica categoria target di popolazione individuata e sottoposta a screening.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

3.3.1 Popolazione scolastica[4]

Per lo screening dei contatti scolastici dovranno essere invece utilizzati, per lo screening iniziale, direttamente test molecolari (che prevedano, ove disponibile, l'utilizzo validato di campioni salivari), test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza o test rapidi con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione) che dispongano della validazione per campioni raccolti in sede nasale.

3.3.2 Caso sospetto

Nel caso di un caso sospetto per presenza di sintomatologia si può ricorrere al test molecolare o test antigenici di laboratorio in chemioluminescenza, i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità ≥80% e specificità ≥97%, con un requisito di sensibilità più stringente (≥90%) in contesti a bassa incidenza).

Nel caso siano utilizzati test antigenici immunocromatografici (1° generazione) o comunque con caratteristiche di sensibilità e specificità non ottimali è consigliabile confermare la negatività di test antigenici eseguiti su pazienti sintomatici.

E' inoltre previsto che i campioni positivi a test antigenici eseguiti in contesti a bassa prevalenza necessitino di conferma con un test molecolare o, in caso di mancata disponibilità di tali test molecolari, con un test antigenico differente. A tal proposito si rammenta quanto previsto dalla sopra citata Circolare Ministeriale "*che, in caso di mancata pronta disponibilità di test molecolari, o in condizioni d'urgenza determinate dalla necessità di prendere decisioni di sanità pubblica in tempi rapidi, si può ricorrere per la conferma a test antigenici, quali appunto i test antigenici non rapidi (di laboratorio), i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza, che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità ≥90%, specificità ≥97%)*".

3.3.2 Fine isolamento

Per il test di fine isolamento per un caso confermato di COVID-19 è indicato l'utilizzo del test di biologia molecolare.

3.3.3 Contatto stretto asintomatico (link epidemiologico)

Laddove previsto dalla strategia regionale, nel caso di un test da effettuare ad un contatto stretto di un caso positivo nei giorni seguenti all'identificazione, al fine di allargare i cerchi dell'inchiesta epidemiologica, si può ricorrere all'utilizzo del test molecolare o test antigenici di laboratorio in chemioluminescenza, i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che rispondano alle

[4] *Per le attività di screening della popolazione scolastica previste dal Sistema di Monitoraggio Regionale di cui alla DGR 159/2021 ("Rete Scuole Sentinella" e progetto di "Autosomministrazione Vigilata"), è possibile utilizzare sistemi per l'esecuzione di test con metodica immunofluorescente (2° generazione) che dispongano della validazione per campioni raccolti in sede nasale oppure, nelle more della predisposizione del sopracitato piano di distribuzione che dovrà essere elaborato dall'U.O. Edilizia Ospedaliera e a Finalità Collettive della Regione del Veneto, i test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) che rispettino i requisiti di sensibilità e specificità richiesti dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15/02/2021 (sensibilità ≥90% e specificità ≥97% e che siano in grado di rilevare anche basse cariche virali) che dispongano anch'essi della validazione per campioni raccolti in sede nasale.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità ≥80% e specificità ≥97%, con un requisito di sensibilità più stringente (≥90%) in contesti a bassa incidenza).

Nel caso siano utilizzati test antigenici immunocromatografici (1° generazione) o comunque con caratteristiche di sensibilità e specificità non ottimali è consigliabile confermare la negatività di test antigenici eseguiti su pazienti con link epidemiologico con casi confermati di COVID-19. Questa necessità è rafforzata dalla possibile circolazione di varianti virali con mutazioni a carico della proteina N, che è il principale antigene target utilizzato in questo tipo di test.

3.3.4 Fine quarantena

Per il test di fine quarantena in un contatto di caso si può ricorrere all'utilizzo del test molecolare o test antigenici di laboratorio in chemioluminescenza, i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità ≥80% e specificità ≥97%, con un requisito di sensibilità più stringente (≥90%) in contesti a bassa incidenza).

3.4 Test effettuati presso le Farmacie

Facendo seguito a quanto approvato nella DGR n. 1864 del 29.12.2020, con la quale si autorizza l'esecuzione dei test antigenici rapidi da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate su base volontaria, si raccomanda di utilizzare test conformi ai criteri di sensibilità e specificità previsti dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15.02.2021 (sensibilità ≥90%, specificità ≥97%) per ridurre il rischio di risultati falsi-negativi e/o falsi-positivi.

3.5 Registrazione e tracciabilità dei dati

Per tutti i test effettuati **deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato (esito, motivazione e categoria)**. A tale scopo, per tutti i dati relativi alle attività di screening delle categorie sopra elencate, oltre che per quelli relativi alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19, dovranno essere alimentati tempestivamente gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, per il successivo inserimento nel *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Azienda Zero provvederà a mantenere aggiornate le specifiche procedure per consentire la registrazione dei dati da parte delle Aziende ULSS (e degli altri attori coinvolti), con particolare riferimento alla registrazione, per i test effettuati, dell'informazione relativa alla motivazione di esecuzione del test e l'eventuale categoria target di popolazione sottoposta a screening.

Si raccomanda alle Aziende ULSS e a tutti gli attori coinvolti la completezza e la tempestività della registrazione di tutti i dati con le modalità definite da Azienda Zero per alimentare il *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2* e garantire la necessaria reportistica periodica.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Qualsiasi laboratorio regionale del SSR ed i laboratori privati accreditati autorizzati ad effettuare tali prestazioni, devono garantire la tracciabilità dei test. Le modalità e i relativi flussi, se non già in essere, andranno concordati tempestivamente dagli stessi laboratori con l'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero. Le stesse modalità e tracciabilità devono essere garantite anche per le attività di monitoraggio specifiche laddove prevista l'esecuzione dei test (es. Sistema di Monitoraggio della Popolazione Scolastica DGR 159/2021).

Analogamente, i laboratori privati non accreditati con il SSR, che eseguono i test per la ricerca del virus SARS-CoV-2, in caso di positività dovranno notificare il dato al SISP del Dipartimento di Prevenzione dell'ULSS, territorialmente competente. Sulla natura ed efficacia dei test eseguibili, si rimanda ai requisiti previsti dal Ministero della Salute. Anche nel caso dei laboratori privati non accreditati con il SSR, le modalità e i relativi flussi, se non già in essere, andranno concordati tempestivamente dagli stessi laboratori con l'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, anche ai fini di comunicazione del dato al SISP.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

4. TEST ANTIGENICI RAPIDI E PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI

Con riferimento a quanto stabilito con DGR n.1422/2020, si conferma l'utilità di mantenere in ogni Azienda ULSS i Punti di accesso territoriali, con le seguenti indicazioni.

4.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali

L'esecuzione presso i Punti di accesso territoriali è destinata a persone:

1. con sintomatologia compatibile con COVID (caso possibile);
2. a persone identificate come contatto stretto di un caso confermato.

L'accesso ai Punti è possibile solo con mascherina chirurgica e dopo aver effettuato accurata igiene delle mani. I Punti di accesso territoriale individuati dalle ULSS secondo un Piano di Attuazione sono quelli di seguito riportati.

4.1.1 Sedi 7gg/7 h24

Si tratta di sedi dedicate alla somministrazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, attive 7gg/7 h24, che vedano la presenza di équipe di Medici di Continuità Assistenziale, medici e personale USCA, personale infermieristico e tecnico e/o altro personale per l'accoglienza e la gestione dei pazienti. Ciascuna Azienda ULSS, in relazione all'andamento della situazione epidemiologica sul proprio territorio, può prevedere la rimodulazione degli orari di apertura, fermo restando la necessità di garantire almeno un Punto di accesso territoriale 7gg/7 dalle ore 8.00 alle 22.00.

L'accesso è libero, potendo prevedere anche alcune fasce orarie su prenotazione; l'esecuzione del tampone rapido è eseguita previa prescrizione del Medico curante o su indicazione del Medico presente.

4.1.2 Sedi di Continuità Assistenziale potenziate

Per ampliare ulteriormente l'accessibilità dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* e sfruttare la capillarità di offerta delle attuali 105 sedi di Continuità Assistenziale, le stesse potranno essere rafforzate attraverso il potenziamento con personale USCA, al fine di garantire l'esecuzione del *Test*. L'esecuzione dei Test è offerta anche attraverso l'individuazione di fasce orarie e/o percorsi dedicati ed avviene in conformità a quanto definito dall'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale e dal Protocollo approvato in sede del Comitato Regionale della Medicina Generale.

4.1.3 Studi della medicina generale o spazi alternativi organizzati

Al fine di potenziare la presa in carico degli assistiti da parte dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di Libera Scelta, vengono messi a disposizione degli stessi i *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* che sono utilizzati, secondo quanto stabilito dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali e dai Protocolli approvati in sede dei Comitati Regionali, durante l'attività ambulatoriale o domiciliare a favore della popolazione assistita, in particolare con lo scopo di favorire la diagnosi differenziale.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Si richiama inoltre che le attività di esecuzione dei tamponi possono essere svolte dai Medici che frequentano il Corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nell'ambito delle sostituzioni, degli incarichi temporanei e degli incarichi provvisori di assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi.

Gli incarichi di cui sopra - ad eccezione degli incarichi temporanei - sono computabili come attività pratiche ai fini del monte ore del corso di formazione specifica in medicina generale in correlazione allo stato emergenziale da COVID-19, secondo le disposizioni della Scuola a cui si rinvia.

4.2 Indicazioni operative

L'esecuzione del *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* ed il suo esito dovranno essere tempestivamente registrati sul Portale Regionale o negli applicativi dedicati.

Gli operatori che eseguono il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, nel rispetto delle procedure aziendali, dovranno indossare i Dispositivi di Protezione Individuale previsti (FFP2, camice/grembiule monouso, guanti, occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera). Specifica formazione sull'esecuzione del Test dovrà essere prevista dalle Aziende ULSS.
Per l'esecuzione del tampone rapido non è necessaria una sanificazione straordinaria dell'ambiente, bensì l'applicazione delle normali procedure di sanificazione degli ambienti sanitari previsti durante la pandemia da SARS-CoV-2. Negli ambienti dove è eseguita la procedura deve essere assicurata adeguata ventilazione. Secondo quanto previsto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 in generale le aree pubbliche in cui un caso COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.

A completamento si precisa che l'introduzione del tampone nella provetta contenente il liquido precedentemente dispensato inattiva completamente il virus.

4.3 Attuazione e Monitoraggio

Ogni Azienda ULSS è tenuta ad aggiornare il Piano di attuazione dei Punti di Accesso Territoriale che preveda la localizzazione dei punti, le fasce orarie, le modalità di accesso e le tempistiche di attivazione, che dovrà essere reso disponibile all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

5. INDICAZIONI PER LE ATTIVITÀ DI CONTACT TRACING

In considerazione del rapido aumento della circolazione delle varianti di SARS-CoV-2 a livello nazionale e regionale[5], occorre rafforzare le azioni di contenimento e risposta alla diffusione virale adottando ulteriori provvedimenti a scopo precauzionale, tenuto conto che l'attività di *contact tracing* è fondamentale per interrompere tutte le possibili catene di trasmissione del virus.

5.1 Isolamento casi positivi

Si precisa che, ogniqualvolta emerga il sospetto che il caso confermato possa essere legato ad una variante (es. link epidemiologico o focolaio), dovrà essere richiesto il sequenziamento del caso indice e/o dei casi secondari, al fine di allargare l'inchiesta epidemiologica per ragioni di sanità pubblica (es. contesto scolastico, comunità chiuse, altri contesti a rischio).

Nello scenario epidemiologico attuale, per ogni caso confermato di COVID-19 (variante o non variante), si provvede alla disposizione di isolamento di 14 giorni che termina con la ricezione dell'esito negativo di un tampone molecolare eseguito non prima del 10° giorno e solo se asintomatico da almeno 3 giorni (ad esclusione di anosmia e ageusia/disgeusia). Tali indicazioni potranno essere rimodulate al variare dello scenario epidemiologico.

5.2 Contact tracing e quarantena di contatti di caso positivo non variante

In considerazione della ripresa della curva epidemica e dell'alta prevalenza della variante VOC 202012/01 nelle indagini di sequenziamento effettuate nel territorio regionale, risulta necessario adottare ulteriori provvedimenti in un'ottica di maggiore prudenza e di tutela della salute pubblica, mutuando alcuni dei principi cautelativi previsti dalla Circolare del Ministero della Salute n. 3787 del 31.01.2021.

Per ogni caso confermato di COVID-19, si provvede ad attuare le seguenti azioni di sanità pubblica:

- ricerca ed identificazione tempestiva sia dei contatti ad alto rischio (contatti stretti) che di quelli a basso rischio (contatti occasionali) di esposizione;
- ricerca retrospettiva dei contatti concentrando la ricerca nelle 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi del caso, o di esecuzione del tampone se il caso è asintomatico;
- test all'identificazione, principalmente nei casi in cui sia opportuno allargare l'inchiesta epidemiologica[6] o ci siano particolari situazioni di fragilità da tutelare;
- disposizione di quarantena per i contatti ad alto rischio e per i contatti occasionali per i quali l'operatore di Sanità Pubblica ravvisi una particolare situazione di rischio di diffusione virale, della durata complessiva di 14 giorni che termina con un test negativo effettuato a

[5] *"Prevalenza delle varianti VOC 202012/01 (lineage B.1.1.7), P.1, e 501.V2 (lineage B.1.351) in Italia" - 18 febbraio 2021, indagine che ha evidenziato una prevalenza della variante VOC 202012/01 (lineage B.1.1.7) nel territorio della Regione del Veneto pari al 56,5%.*

[6] *In questo contesto il test effettuato al momento del rintraccio del contatto è finalizzato ad identificare nuovi positivi e di conseguenza nuovi contatti da porre in quarantena per ostacolare la diffusione virale*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

partire dal 14° giorno di quarantena, pertanto non interrompendo la quarantena al decimo giorno.

Relativamente alla ricerca dei contatti, bilanciando il rischio e le implicazioni sociali, si suggerisce che per soggetti che con una diagnosi di COVID-19 negli ultimi 3 mesi, nel caso siano individuati come contatti stretti (ad alto rischio) siano riclassificati come contatti a basso rischio. Tale riclassificazione non si applica ai soggetti che frequentano o lavorano con personale vulnerabili o comunque in contesti ad alto rischio (es. lungodegenze, strutture residenziali per anziani, etc.). Se l'esposizione avviene oltre i 3 mesi dalla diagnosi, il contatto deve essere valutato come per qualsiasi altro soggetto che non ha mai avuto una diagnosi di COVID-19[7].

5.3 Ricerca e quarantena contatti di caso positivo variante[8]

Si precisa che le indicazioni per la ricerca e gestione dei contatti dei casi COVID-19 sospetti da variante (ad esempio casi COVID-19 confermati con delezione del gene S riconducibili a variante VOC 202012/01, o qualsiasi caso confermato con link epidemiologico) e dei casi COVID-19 confermati da variante (in cui il sequenziamento ha rilevato la presenza delle specifiche mutazioni che caratterizzano una determinata variante VOC 202012/01 Regno Unito, 501Y.V2 Sudafrica e P.1 Brasile) sono contenute nella Circolare del Ministero della Salute n. 3787 del 31.01.2021.

5.3.1 Variante VOC 202012 Regno Unito

Nello specifico per quanto concerne la variante VOC 202012/01 Regno Unito, per ogni caso confermato di COVID-19 da variante o sospetta tale (per "sospetta" si intende esclusivamente un caso COVID-19 con delezione del gene S, oppure contatto stretto di COVID-19 con variante accertata[9]), si provvede ad attuare le azioni di Sanità Pubblica previste dalla Circolare citata, ed in particolare:

- ricerca ed identificazione tempestiva sia dei contatti ad alto rischio (contatti stretti) che di quelli a basso rischio (contatti occasionali) di esposizione;
- ricerca retrospettiva dei contatti, vale a dire oltre le 48 ore e fino a 14 giorni prima dell'insorgenza dei sintomi del caso, o di esecuzione del tampone se il caso è asintomatico;
- esecuzione di un test molecolare ai contatti (sia ad alto che a basso rischio) il prima possibile dopo l'identificazione;
- per i contatti ad alto rischio è indicata la quarantena;
- per i contatti a basso rischio è indicato:
    - automonitorare segni/sintomi compatibili con COVID-19;
    - rispettare le misure di distanziamento fisico ed evitare i viaggi;
    - seguire le buone pratiche respiratorie e un'igiene rigorosa delle mani;
    - in caso di insorgenza di segni/sintomi compatibili, isolarsi immediatamente e consultare il proprio medico telefonicamente.

[7] *ECDC. Technical Report. "Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update, 18 November 2020.*
[8] *Circolare del Ministero della Salute n. 3787 del 31.01.2021.*
[9] *Risposta pervenuta in data 9.3.2021 a quesito posto dalla Regione Piemonte e dall'Ispettorato Generale Sanità Militare (Prot. M_D SSMD REG 2021 0039248 01-03-2021) sull'applicazione della circolare 0003787-31/01/2021-DGPRE-DGPRE-P "Aggiornamento sulla diffusione a livello globale delle nuove varianti SARS-CoV-2, valutazione del rischio e misure di controllo". Modifica punti a) e c) sezione Ricerca e gestione dei contatti.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella. Prospetto riassuntivo isolamenti e quarantene nella Regione del Veneto (Marzo 2021)

	DISPOSIZIONE DI SANITÀ PUBBLICA	TESTING
CASO POSITIVO *(variante e non variante)*	**Isolamento** di **14 giorni** *I soggetti che continuano a risultare positivi ai test di controllo possono terminare l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi, a condizione che siano asintomatici da almeno una settimana (ad esclusione di anosmia e ageusia/disgeusia)*	Test molecolare di fine isolamento eseguito non prima del 10° (da almeno 3 giorni asintomatico)
CONTATTO DI CASO POSITIVO *(non variante confermata o sospetta)*	*Ricerca retrospettiva dei contatti concentrandosi nelle 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi del caso, o di esecuzione del tampone se il caso è asintomatico, allargando il più possibile i cerchi dell'inchiesta epidemiologica e individuando i contatti ad alto rischio ed eventuali contatti occasionali per i quali l'operatore di Sanità Pubblica ravvisi una particolare situazione di rischio di diffusione virale* **Quarantena** di **14 giorni** dal giorno dell'ultimo contatto con il caso positivo La quarantena termina con la ricezione dell'esito negativo del test eseguito al 14° giorno	Test all'identificazione, principalmente nei casi in cui sia opportuno allargare l'inchiesta epidemiologica[10] o ci siano particolari situazioni di fragilità da tutelare Test di fine quarantena al 14° giorno
CONTATTO DI CASO POSITIVO DA VARIANTE *(variante confermata o variante sospetta[11])*	*Ricerca retrospettiva dei contatti ad alto e basso rischio di esposizione nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi del caso, o di esecuzione del tampone se il caso è asintomatico* **Quarantena** di **14 giorni** dal giorno dell'ultimo contatto con il caso positivo La quarantena termina con esito negativo del test molecolare eseguito al 14° giorno	Test molecolare il prima possibile dopo l'identificazione Test molecolare di fine quarantena al 14° giorno

NB. I contatti scolastici seguono le stesse tempistiche in termini di durata della quarantena e del periodo di sorveglianza.

[10] *In questo contesto il test effettuato al momento del rintraccio del contatto è finalizzato ad identificare nuovi positivi e di conseguenza nuovi contatti da porre in quarantena per ostacolare la diffusione virale*

[11] *Per "sospetta" si intende esclusivamente un caso COVID-19 con delezione del gene S, oppure contatto stretto di COVID-19 con variante accertata.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

6. STRUTTURE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI

6.1 Nuovi ingressi

Fatta salva la disciplina vigente per gli inserimenti nelle strutture residenziali per non autosufficienti specifica per ciascun target di utenza oggetto del presente atto, l'accoglimento di nuovi ospiti deve avvenire nel rispetto delle indicazioni già fornite con precedenti comunicazioni, che con il presente atto vengono confermate e opportunamente aggiornate in relazione all'andamento decrescente del trend epidemiologico.

I nuovi accoglimenti dovranno, da un lato, garantire una presenza di ospiti compatibile con le esigenze di gestione dei casi in isolamento e, dall'altro, avvenire sulla base delle attuali modalità di accesso che consentono di dare precedenza alle persone la cui gravità, unita al prolungato permanere al domicilio, sta causando problemi di tipo sanitario (fisico e psichico) e sociale alla persona e alla famiglia[12]. Con le stesse modalità dovranno continuare ad essere regolamentati anche gli ingressi temporanei programmati, mentre continuano ad essere garantiti gli ingressi urgenti e improcrastinabili, cioè quelli senza i quali potrebbe verificarsi un rapido peggioramento delle condizioni di salute dell'utente.

6.1.1 Vaccinazione anti COVID-19

Si precisa che, come previsto dalle indicazioni ministeriali, deve essere garantita la somministrazione del vaccino anti-SARS-CoV-2 a tutti i nuovi ingressi nella struttura, con le modalità previste dalla struttura ospitante. Relativamente all'ingresso dei nuovi ospiti in struttura è opportuno che, qualora l'ospite non avesse già completato il ciclo vaccinale anti COVID-19 prima dell'ingresso, sia programmata la vaccinazione prima possibile in accordo con l'Azienda ULSS di riferimento da parte dell'Ente Gestore. Restano confermate le indicazioni per i nuovi ingressi previste dalle precedenti disposizioni.

6.1.2 Nuovi ingressi in aree separate

Come previsto dalla Circolare del Ministero della Salute n. 24969 del 30.11.2021, è sospeso l'ingresso di nuovi ospiti nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali con casi tra gli assistiti fino a risoluzione del focolaio. La Circolare precisa comunque che può essere considerato l'ingresso di nuovi assistiti in caso siano presenti assistiti positivi, secondo la valutazione dei Direttori delle strutture e in base alle possibilità delle stesse di gestire in modo completamente autonomo (es. aree completamente separate e con staff differenziato) le aree con pazienti COVID-19 da quelle con gli assistiti negativi. Si precisa pertanto che l'accoglimento di nuovi ospiti è permesso nelle strutture residenziali in cui non sono presenti ospiti COVID-19 positivi (COVID-free); laddove presenti, l'accoglimento in parola è permesso solo nel caso in cui il modello garantisca una netta separazione strutturale e organizzativa delle attività dedicate agli ospiti COVID-19 positivi rispetto a quelli COVID-free.

[12] *Linee di indirizzo RSA - Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

6.1.3 Ospiti con disturbi cognitivi o del comportamento

Con riferimento alle persone anziane dementi con disturbi del comportamento per le quali la struttura residenziale dovrebbe provvedere a isolarle, al fine di rendere meno difficoltosa la loro gestione in isolamento, si potrà provvedere affinché a questo target di ospiti (*walking*) sia consentito di muoversi, ma solo nell'ambito del nucleo assistenziale a cui appartengono e sono accolte. Così facendo si eviterà, da un lato, che entrino in contatto con tutti gli ospiti del Centro di Servizi e, dall'altro, che non si crei una situazione di costrizione, visto il loro particolare disturbo comportamentale. Le modalità dovranno essere valutate in accordo con il medico in funzione delle condizioni cliniche specifiche del soggetto.

6.2 Visite agli ospiti

Come previsto dal documento *"Screening con Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2 per i visitatori degli ospiti delle Strutture Residenziali per Anziani e non autosufficienti",* trasmesso con nota prot. n. 433467 del 12.10.2020, in virtù dell'attuale scenario epidemiologico e dell'offerta vaccinale già predisposta agli ospiti delle RSA, si pone la necessità di adottare una specifica azione di screening rivolta ai visitatori (familiari o affetti), al fine di garantire agli ospiti le relative visite, considerato il loro valore affettivo e sociale di particolare rilevanza per il benessere psico-fisico delle persone istituzionalizzate.

Nei limiti degli specifici protocolli delle singole Strutture Residenziali, è opportuno che le visite siano organizzate solo quando lo scenario epidemiologico lo consente ed in particolare prevedendone la possibilità quando la classificazione del rischio regionale sia "gialla" o "bianca". Nel contesto di una classificazione "arancione" o "rossa" le visite sono sospese.

Quando previste, è necessario che le visite siano effettuate nel rispetto di tutte le precauzioni e misure igienico-sanitarie presso idonei spazi opportunamente individuati, ampi ed arieggiati, preferibilmente all'esterno, qualora le condizioni climatiche lo consentano. Il visitatore, in linea generale, dovrà essere sempre la stessa persona nel tempo.

Laddove, non sia possibile il rigoroso rispetto delle misure previste per la prevenzione, il visitatore (familiare o affetto) potrà accedere solo in presenza di esito negativo al test di screening periodico a mezzo test antigenico rapido. I test saranno forniti alle Strutture dalle Aziende ULSS territorialmente competenti. Le Strutture Residenziali garantiranno la loro somministrazione, la registrazione e la tracciabilità degli stessi (esiti e motivazione) utilizzando i supporti informativi e gli applicativi già in uso per le consuete attività di screening rivolte ad operatori ed ospiti, al fine di rendere possibili le azioni di monitoraggio epidemiologico.

Le strutture dovranno conservare il registro degli accessi, verificare con un test (*check-list* da compilare all'ingresso) che i visitatori siano in buona salute e far firmare il patto di responsabilità.

In particolare la visita, gestita da un operatore della struttura, dovrà prevedere non più di un visitatore per ospite (al massimo accompagnato da un parente minorenne) e una durata indicativa di 30 minuti. Dovrà essere previsto il rigoroso l'utilizzo delle mascherine FFP2 senza valvola (o superiori) marchiate CE da parte dei visitatori, il rispetto delle norme igieniche, l'aerazione, la

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

detersione e la sanificazione della stanza dove è avvenuta la visita con attenzione alle superfici e agli altri elementi che vengono toccati più frequentemente (maniglie, interruttori, corrimano, ecc.).

In questa fase viene escluso ogni accesso di familiari o affetti all'interno dei nuclei di degenza, è possibile una deroga solo per i pazienti in fine vita e su autorizzazione della Direzione sanitaria o, per le strutture che non prevedono questa figura, su autorizzazione dell'ente gestore d'intesa con il medico curante di riferimento, che provvederanno a definire anche le modalità di accesso in sicurezza.

6.3 Visite e rientri in famiglia per ospiti di strutture residenziali

Si ribadisce quanto già previsto dall'Allegato A dell'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020, al paragrafo "*4.1 Strutture Residenziali*", secondo il quale sono ammessi i soggiorni al di fuori dalla struttura (per es. rientro al domicilio per il fine settimana).

6.4 Piccoli Gruppi di Disabili

In considerazione della situazione epidemiologica attuale e dell'auspicabile controllo dei numeri dei contagi in seguito al completamento della campagna vaccinale nei centri diurni e per le altre progettualità semiresidenziali, si ritiene di aggiornare il concetto di "cluster" all'interno delle suddette strutture rispetto a quanto previsto dall'Ordinanza Presidenziale n. 61/2020, prevedendo la possibilità per l'ente gestore di valutare l'eventualità di estendere la numerosità dei gruppi fino ad un massimo di 15 utenti. La costruzione dei gruppi deve comunque considerare la situazione specifica al fine di contenere il più possibile l'eventuale diffusione del virus.

6.5 Attività in presenza centri diurni disabili e altre attività progettuali

Considerate le specifiche esigenze delle persone con disabilità e delle relative famiglie, nonché lo stato di attuazione del Piano vaccinale, con riguardo a questo target di assistiti, si ritiene ragionevole anche nell'attuale fase epidemica la modalità di erogazione in presenza delle prestazioni dei centri diurni e delle altre progettualità in regime semiresidenziale, da attuarsi, ovviamente, nel rispetto delle misure di sicurezza anti COVID e del Patto di corresponsabilità sottoscritto dal genitore o familiare o amministratore di sostegno ai sensi dell'Ordinanza Presidenziale n. 61/2020. Rimane, inoltre, confermata la possibilità di prevedere, secondo le indicazioni del progetto individualizzato, le modalità alternative già disciplinate da ultimo con DGR n. 595/2020.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 2.3.2021 | Protocollo n. 5473 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Tecnico Scientifico COVID-19. Parere in merito alla nota "Accesso per visita a pazienti in condizioni critiche - indicazioni".

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si comunica alla SV che il Comitato Scientifico COVID-19, ex DGR n. 269 del 2.3.2020, in data odierna ha approvato il testo dell'allegata nota in oggetto, trasmessa dal Direttore dell'UO Struttura di Progetto Rafforzamento del sistema ospedaliero e dell'assistenza territoriale per superare l'emergenza da COVID-19, con le osservazioni di seguito riportate.

Per quanto concerne l'igienizzazione delle mani si ritiene utile che la stessa venga garantita sia all'ingresso che all'uscita e risulta indicato inoltre sottoporre familiari e caregiver a test per Sars-Cov-2 quale test antigenico di terza generazione o analogo non solo in caso di necessità di presenza prolungata.

Si suggerisce poi l'opportunità di togliere il limite temporale di 15 minuti in un'ottica di umanizzazione delle cure e in considerazione dell'effettuazione dei test di cui sopra a familiari e caregiver.

Oltre alla completa e puntuale informazione ai visitatori in merito ai possibili rischi di contagio nel caso di mancato rispetto delle indicazioni di prevenzione e a precisare come gli stessi debbano utilizzare la mascherina chirurgica, si ritiene infine utile inserire un riferimento all'assistenza agli stessi nelle procedure di vestizione e svestizione da parte del personale del reparto.

L'occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data ` Protocollo N° Class: Fasc. Allegati N°

Oggetto: accesso per visita a pazienti in condizioni critiche - indicazioni

Ai Sig.ri Direttori Generali
Azienda Ulss 1 Dolomiti
Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Azienda Ulss 3 Serenissima
Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Azienda Ulss 5 Polesana
Azienda Ulss 6 Euganea
Azienda Ulss 7 Pedemontana
Azienda Ulss 8 Berica
Azienda Ulss 9 Scaligera
Azienda Ospedale-Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
IRCCS – Istituto Oncologico Veneto
Azienda Zero

Ai Presidenti Regionali
AIOP
ARIS

e, p.c.. Al Presidente della Regione del Veneto
All'Assessore alle Politiche Sanitarie e Sociali

A seguito della campagna vaccinale in atto, che ha visto, tra le prime categorie interessate quelle del comparto sanità, e considerato il perdurare di una situazione epidemiologica in continua evoluzione che richiede comunque la massima cautela, si ritiene necessario fornire specifiche indicazioni per regolamentare le visite a pazienti in particolari situazioni critiche o in fine vita.

Pertanto, confermando le precedenti disposizioni emanate con nota del ….., si comunica che potrà essere consentito l'accesso ai familiari di pazienti in fine vita o in condizioni critiche, nel rispetto di quanto di seguito indicato:

- l'accesso dovrà essere limitato ad una visita per paziente al giorno, negli orari predefiniti dalla struttura;
- il tempo di permanenza dovrà avere una durata limitata, in massimo 15 minuti;
- i reparti organizzeranno gli accessi in modo da evitare assembramenti nelle stanze e nei reparti stessi;

Area Sanità e Sociale
Struttura di Progetto "Rafforzamento del sistema ospedaliero e dell'assistenza territoriale per superare l'emergenza da COVID-19"
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it - e mail programmazionesanitaria@regione.veneto.it

- il visitatore all'ingresso verrà sottoposto alle verifiche dello stato di salute e munito di apposito braccialetto identificativo;
- l'accesso non è consentito a persone sintomatiche, con temperatura >37,5 C, tosse e difficoltà respiratoria;
- l'accesso ai minori quali visitatori non è, di norma, consentito;
- l'utente deve essere munito di idonea copertura di naso e bocca;
- all'ingresso viene garantita l'igienizzazione delle mani;
- nel caso di necessità di presenza prolungata presso il paziente, il familiare/caregiver, viene sottoposto a test per Sars-Cov-2 quale test antigenico di terza generazione o analogo;
- il visitatore deve essere sempre informato dei possibili rischi di contagio nel caso di non rispetto delle indicazioni di prevenzione;
- al fine di favorire il massimo contatto possibile tra paziente e familiari, deve essere favorita la comunicazione a distanza attraverso supporti informatici adeguati;
- i medici curanti assicurano una costante e puntuale informazione sullo stato di salute agli aventi diritto;
- i reparti possano concedere limitate deroghe, valutata la situazione clinica del paziente e la logistica, nel rispetto comunque delle regole previste.

Si rappresenta che nel merito delle indicazioni sopra descritte è stato acquisito, in data ….., il parere favorevole del Comitato scientifico di cui alla deliberazione n. 269/2020.

Le SS.LL. sono invitate a dare opportuna comunicazione a tutti gli operatori interessati e a fornire adeguate informazioni agli utenti interessati.

Ringraziando per la collaborazione, si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Direttore Generale
dell'Area Sanità e Sociale
Dr. Luciano Flor

Responsabile del procedimento: dr. Claudio Pilerci
E mail: claudio.pilerci@regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 8/2/2021 | Protocollo n. 3180 Class. | Allegati n. 2

Oggetto: Comitato Tecnico Scientifico COVID19. Approvazione "Sistema di monitoraggio per le infezioni da SARS-CoV-2 nel contesto scolastico" e "Linee di indirizzo per la Gestione dei contatti di casi di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia".

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si comunica alla SV che il Comitato Scientifico COVID-19, ex DGR n. 269 del 2.3.2020, in data odierna ha approvato integralmente il testo dei documenti in oggetto, allegati alla presente, trasmessi dal Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria.

L'occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Sistema di monitoraggio per le infezioni da SARS-CoV-2 nel contesto scolastico

Febbraio 2021

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

PREMESSA

In considerazione dell'evolversi della situazione epidemiologica legata al virus SARS-CoV-2 è necessario rafforzare le attività di monitoraggio e sorveglianza rivolte ai minori e al contesto scolastico, quale momento fondamentale di crescita e socializzazione.

Risulta prioritario, soprattutto con riferimento alla necessità di realizzare una compiuta azione di prevenzione, l'assunzione immediata di ogni misura di contenimento e gestione adeguata e proporzionata all'evolversi della situazione epidemiologica, individuando idonee precauzioni per fronteggiare possibili situazioni di pregiudizio per la collettività.

Parallelamente all'attuazione degli interventi di sanità pubblica a seguito della conferma di un caso confermato, è necessario sviluppare le strategie sostenibili di screening in ambito scolastico finalizzate al monitoraggio delle infezioni da SARS-CoV-2, con particolare attenzione alle scuole secondarie di II grado, pubbliche e paritarie, attraverso l'attuazione di specifici interventi.

1. IL SISTEMA DI MONITORAGGIO REGIONALE

Si elencano di seguito le principali attività che saranno poste in essere e che comporranno il sistema di monitoraggio regionale.

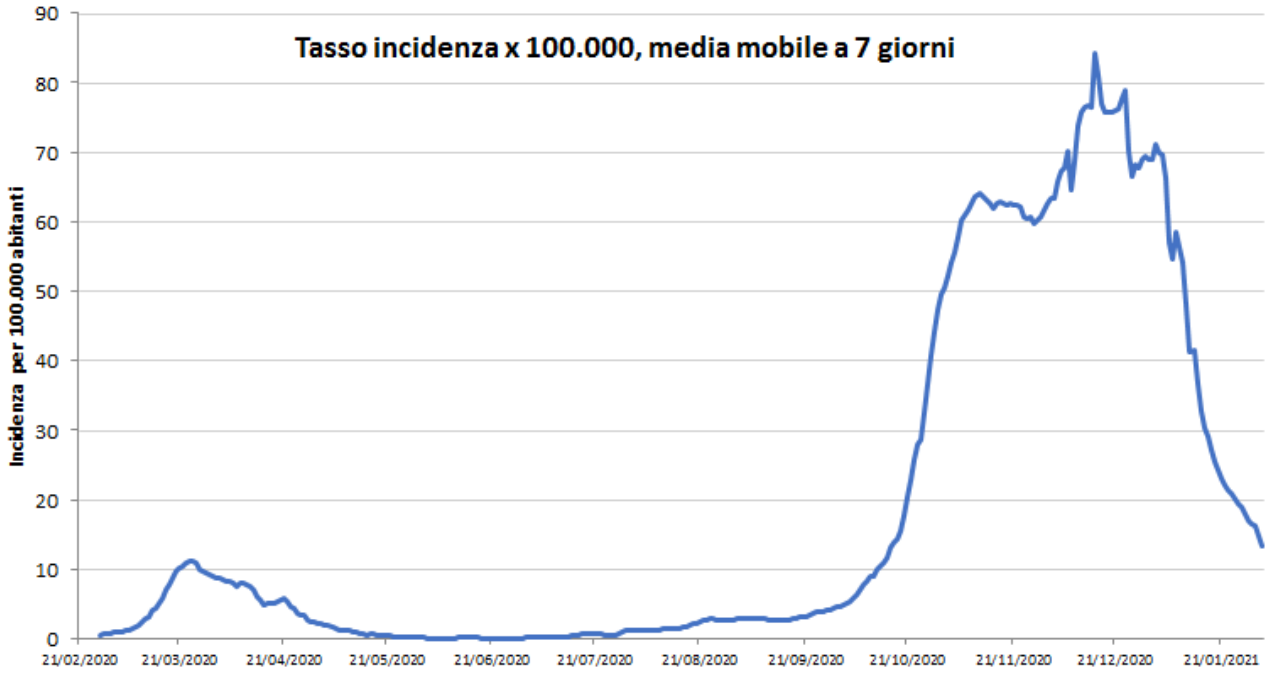
Gestione dei "*contatti scolastici*" di un caso positivo	La presenza di un caso confermato di COVID-19 necessità di adottare con tempestività tutte le azioni di sanità pubblica con l'obiettivo di tutelare la salute individuale e collettiva in funzione delle specifico contesto per consentire il contenimento e una gestione proporzionata all'evolversi della situazione epidemiologica. "*Linee di indirizzo per la Gestione dei contatti di casi di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia".*
Sorveglianza e rete delle "*Scuole Sentinella*"	Avvio di un sistema di sorveglianza attiva nelle scuole secondarie di II grado della Regione Veneto mediante l'implementazione di una rete di "scuole sentinella"
Auto-somministrazione vigilata dei test di screening	Avvio di un programma di screening periodico su un campione di soggetti, mediante l'utilizzo di un test autosomministrato, al fine di valutare l'efficacia della strategia in Sanità Pubblica e l'aderenza della popolazione all'autodiagnosi
Analisi catene di contagio in ambito scolastico	Analisi retrospettiva dei flussi correnti e delle attività di contact tracing registrate negli applicativi regionali in collaborazione con l'Università di Padova. Progetto già in corso e approvato con DGR n. 1643/2020
Screening in alcuni contesti di socializzazione	Avvio di un programma di screening della popolazione generale attraverso il reclutamento di soggetti volontari testati mediante tamponi rapidi, al fine di valutare la trasmissibilità e circolazione del virus legata ai contesti di socializzazione.

Si evidenzia come le strategie di seguito esposte potranno subire integrazioni e/o modifiche in ragione del mutare del quadro epidemiologico, di possibili situazioni emergenziali che dovessero verificarsi, dell'analisi dei dati raccolti dal monitoraggio stesso, dalle nuove evidenze scientifiche disponibili, nonché degli indirizzi sanitari provenienti dal livello nazionale.

Infine, alla luce della diffusione di nuovi varianti di SARS-CoV-2 nel territorio nazionale e regionale, tutte le attività programmate saranno integrate con la sorveglianza delle varianti che è in corso di definizione.

2. CONTESTO EPIDEMIOLOGICO

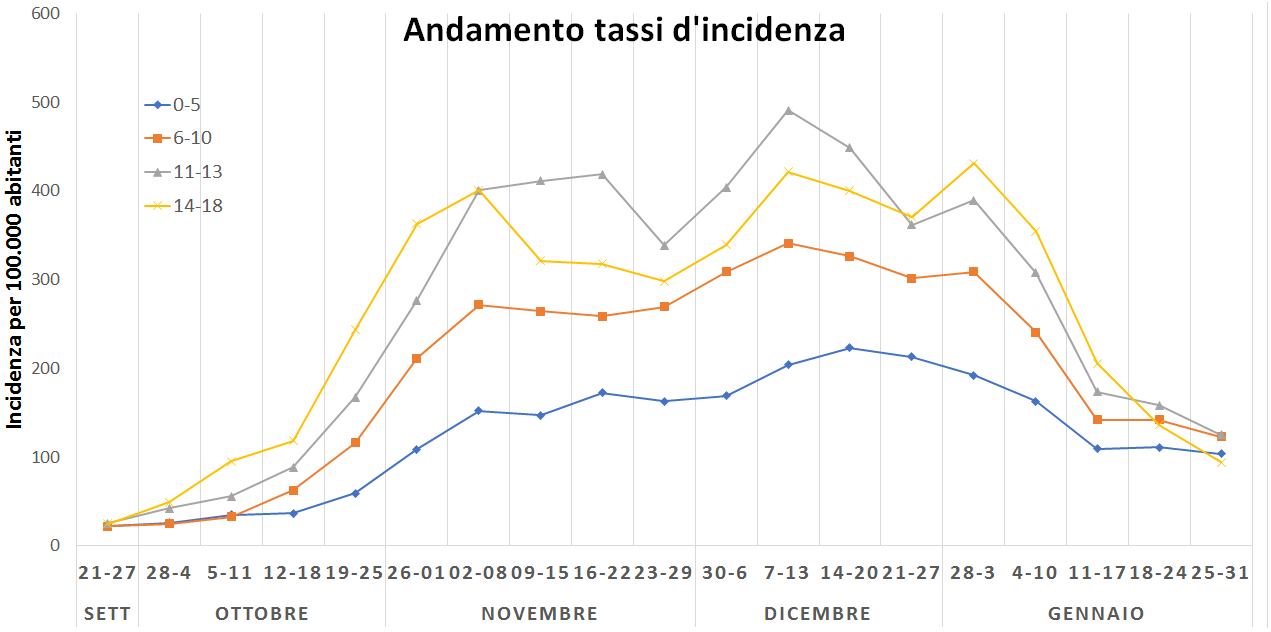
Dopo una costante e veloce crescita di soggetti positivi presenti sul territorio nazionale, con l'inizio del 2021 si è registrato su tutto il territorio regionale un forte decremento di nuovi casi, con una conseguente diminuzione dei soggetti positivi. Il picco registrato attorno al 31 dicembre 2020 è sceso a circa 28.000 soggetti attualmente positivi per gli inizi di febbraio (dato aggiornato al 4 febbraio 2021, soggetto a continuo aggiornamento).

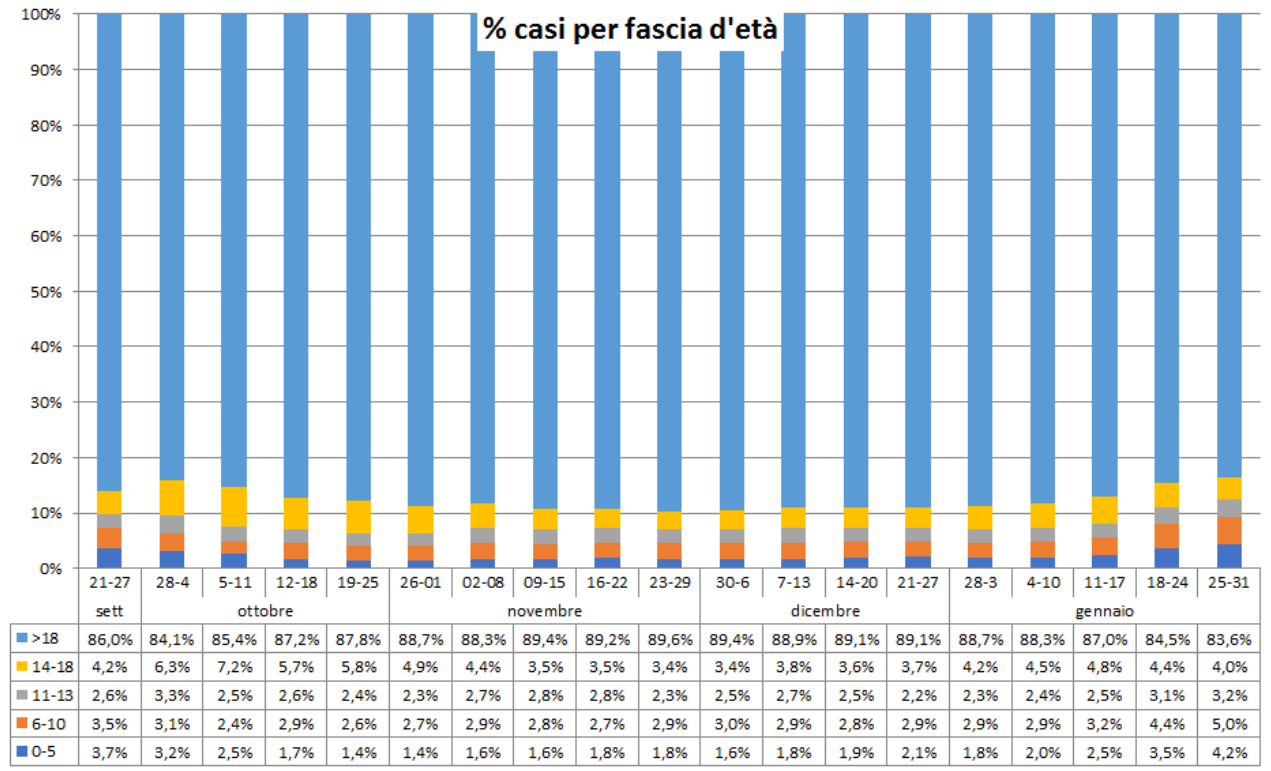


In termini di fasce di popolazione, focalizzando l'attenzione su quelle in età scolastica, si evidenzia a partire dalla riapertura delle scuole un progressivo aumento dell'incidenza in linea con l'incremento complessivo di casi, anche se più contenuto rispetto alle fasce adulte. La quota di soggetti positivi sul totale rimane abbastanza costante nel tempo.

Data la natura della pandemia, il rapporto con i tamponi eseguiti e l'ambito in cui vengono effettuati rappresentano un elemento importante per l'interpretazione dei dati, alla luce dell'ampia presenza di soggetti asintomatici sul territorio potenzialmente non individuati.

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale





	21-27 sett	28-4	5-11	12-18	19-25 ottobre	26-01	02-08	09-15	16-22	23-29 novembre	30-6	7-13	14-20	21-27 dicembre	28-3	4-10	11-17	18-24	25-31 gennaio
>18	86,0%	84,1%	85,4%	87,2%	87,8%	88,7%	88,3%	89,4%	89,2%	89,6%	89,4%	88,9%	89,1%	89,1%	88,7%	88,3%	87,0%	84,5%	83,6%
14-18	4,2%	6,3%	7,2%	5,7%	5,8%	4,9%	4,4%	3,5%	3,5%	3,4%	3,4%	3,8%	3,6%	3,7%	4,2%	4,5%	4,8%	4,4%	4,0%
11-13	2,6%	3,3%	2,5%	2,6%	2,4%	2,3%	2,7%	2,8%	2,8%	2,3%	2,5%	2,7%	2,5%	2,2%	2,3%	2,4%	2,5%	3,1%	3,2%
6-10	3,5%	3,1%	2,4%	2,9%	2,6%	2,7%	2,9%	2,8%	2,7%	2,9%	3,0%	2,9%	2,8%	2,9%	2,9%	2,9%	3,2%	4,4%	5,0%
0-5	3,7%	3,2%	2,5%	1,7%	1,4%	1,4%	1,6%	1,6%	1,8%	1,8%	1,6%	1,8%	1,9%	2,1%	1,8%	2,0%	2,5%	3,5%	4,2%

La tabella di seguito riportata è relativa al periodo dal 7 gennaio al 4 febbraio 2021 e riporta bambini e ragazzi positivi (e posti in isolamento) e bambini e ragazzi posti in quarantena di età scolastica. La fonte di contagio/contatto non è necessariamente la scuola, sono qui considerati tutti i soggetti notificati.

Tabella. Bambini e ragazzi in isolamento o quarantena dal 7 gennaio al 4 febbraio 2021.

	Bambini e ragazzi in quarantena	Bambini e ragazzi positivi in isolamento	Totale
Asilo Nido	1.585	407	1.992
Scuola dell'infanzia	4.574	545	5.119
Scuola Primaria	8.072	1.150	9.222
Scuola Secondaria I grado	6.135	878	7.013
Scuola Secondaria II grado	2.869	1.378	4.247
Totale	**23.235**	**4.358**	**27.593**

2. Sistema Informativo Regionale

La Regione del Veneto, in collaborazione con Azienda Zero, ha sviluppato un applicativo unico regionale centralizzato, a disposizione di tutte le ULSS del territorio regionale, in cui viene registrata tutta l'attività relativa agli interventi di presa in carico dei soggetti positivi così come le attività di tracciamento (*contact tracing*). Il software applicativo, alla luce del suo ruolo centrale nella raccolta dei dati epidemiologici, è di fondamentale importanza in tutte le fasi della gestione dei casi positivi a SARS-CoV-2 a livello territoriale. All'interno del sistema, infatti, convergono i dati legati a COVID-19 raccolti dagli operatori di Sanità pubblica, del personale ospedaliero, dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta nonché gli esiti dei test diagnostici (test di biologia molecolare e test antigenici rapidi) della Regione del Veneto.

Tale applicativo, grazie al costante e prezioso lavoro degli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, raccoglie tutte le attività di tracciamento legate alla rilevazione di eventuali contatti stretti di casi positivi presenti in ambiente scolastico. Nei sistemi informativi regionali sono state implementate specifiche funzioni appositamente sviluppate per la gestione delle situazioni scolastiche che si vengono a creare a seguito dell'identificazione di un positivo tra studenti o personale scolastico.

Tramite apposite funzioni è possibile associare tutti i contatti scolastici al singolo caso positivo, monitorando l'andamento della specifica situazione e collegandola ai provvedimenti di sanità pubblica disposti dal SISP (eventuali quarantene o disposizioni sanitarie). Allo stesso modo è possibile monitorare la situazione epidemiologica dei singoli eventi scolastici, nel loro insieme in forma aggregata. Tali dati sono associati alle anagrafiche scolastiche della regione del Veneto, al fine di garantire un apposito flusso informativo, rendendo possibile l'analisi dei dati di diffusione virale favorendo un'efficace e tempestiva pianificazione delle misure di Sanità Pubblica e la valutazione dell'andamento epidemiologico nello specifico contesto della scuola.

La continua evoluzione dello scenario epidemiologico e le necessarie azioni di sanità pubblica finalizzate a contenere l'epidemia, richiedono il puntuale adeguamento del sistema informativo e dell'applicativo software che lo alimenta (sviluppo di nuove funzionalità e interoperabilità con i sistemi centralizzati regionali e locali delle Aziende ULSS). Sia per consentire di supportare l'attività e le esigenze degli operatori dei Dipartimenti di Prevenzione che per consentire un'adeguata fruibilità dei dati raccolti, la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria e con il supporto di Azienda Zero, continueranno a garantire lo sviluppo e l'integrazione degli applicativi regionali anche al fine di predisporre uno strumento di monitoraggio e una reportistica periodica relativa alla situazione epidemiologica e alle attività dei Dipartimenti di Prevenzione nell'ambito scolastico.

3. GESTIONE DEI "CONTATTI SCOLASTICI" DI UN CASO POSITIVO

La Regione del Veneto, le Aziende ULSS e l'intera Rete scolastica lavorano costantemente e con impegno per adeguare, adattare e attuare protocolli per la gestione dei contatti scolastici a seguito dell'identificazione di un bambino, alunno o operatore positivo al COVID-19 ("*Linee di indirizzo per la Gestione dei contatti di casi di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia*".

Tali valutazioni richiedono un **costante monitoraggio delle attività** svolte oltre che della diffusione virale in questo specifico contesto. L'analisi dei dati raccolti negli applicativi regionali sviluppati, insieme alle più recenti evidenze scientifiche consente di intervenire con i necessari aggiornamenti delle indicazioni operative.

Le indicazioni hanno l'obiettivo prioritario di **garantire la tutela della salute di alunni e operatori, oltre che della collettività**. Allo stesso tempo, al fine di garantire la continuità delle attività educative e formative in sicurezza anche in presenza, risulta prioritario attuare tutti i possibili sforzi organizzativi.

4. RETE "SCUOLE SENTINELLA"

In seguito alla ripresa dell'attività didattica in presenza e in base all'attuale scenario epidemiologico contrassegnato da una moderata circolazione di SARS-CoV-2, si evidenzia la necessità di ridurre il rischio di trasmissione nella comunità scolastica e di incentivare interventi mirati di sorveglianza volti a intercettare precocemente eventuali casi positivi. In virtù della promiscuità dell'ambiente scolastico e della possibilità di trasmissione tra gruppi di popolazione più giovane, spesso asintomatica o paucisintomatica, si rende necessario un rafforzamento della capacità di testare un determinato campione della popolazione studentesca al fine di una puntuale identificazione delle catene di contagio. Pertanto, nell'ottica della prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2 all'interno dell'ambiente scolastico, si propongono strategie di testing sostenibili e ripetibili nel tempo per valutare l'effettiva circolazione del virus nella comunità scolastica e ottenere informazioni essenziali per il contenimento della pandemia e per lo svolgimento delle attività didattiche in un'ottica di sorveglianza sostenibile.

Tabella. Prospetto e suddivisione per provincia e tipologia dei plessi scolastici della Regione del Veneto

Paritaria / Statale	PROV.	ALTRO	ISTITUTO OMNICOMPRENSIVO	SCUOLA DELL' INFANZIA	SCUOLA PRIMARIA		SECONDARIA di I GRADO		SECONDARIA di II GRADO			TOT.
						di cui carcere		*di cui carcere*		*di cui serale*	*di cui carcere*	
Paritarie	BL	0	1	34	3	-	2	-	8	-	-	48
	PD	0	4	233	34	-	9	-	14	-	-	294
	RO	0	-	60	3	-	1	-		-	-	64

	TV	0	11	225	26	-	13	-	27	-	-	302
	VE	0	2	149	18	-	9	-	15	-	-	193
	VR	0	11	220	26	-	21	-	31	-	-	309
	VI	0	3	181	16	-	10	-	11	-	-	221
	TOT.	**0**	**32**	**1102**	**126**	-	**65**	-	**106**	-	-	**1431**
Statali	BL	7	-	62	88	-	44	-	42	*3*	-	243
	PD	13	-	83	257	-	112	-	101	*11*	*1*	566
	RO	5	-	40	77	-	43	*1*	34	*5*	-	199
	TV	11	-	81	264	*1*	99	*2*	93	*12*	-	548
	VE	10	-	118	196	*1*	75	*1*	87	*13*	-	486
	VR	10	-	112	239	-	103	*1*	87	*16*	*2*	551
	VI	7	-	114	244	-	107	*1*	90	*14*	*1*	562
	TOT.	**63**	-	**610**	**1365**	*2*	**583**	*6*	**534**	*74*	*4*	**3155**

Fonte: USR, anagrafe-scolastica-2020-21-Veneto

4.1 Coordinamento e attori coinvolti

Il coordinamento verrà svolto dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS, Azienda Zero e con l'Università di Padova (Dipartimento di Scienze cardio-toraco-vascolari e di Sanità pubblica, UO di Igiene e Sanità Pubblica) e gli Uffici Scolastici Provinciali e Regionali.

4.3 Obiettivo generale

Il presente programma si propone di analizzare e monitorare la circolazione del virus SARS-CoV-2 nell'ambito scolastico con lo scopo di fornire elementi utili ad adeguare le misure di sanità pubblica al variare dello scenario epidemiologico.

1. Lo scopo è quello di instaurare un sistema di sorveglianza attiva di identificazione precoce dei casi positivi in ambito scolastico, con particolare riferimento agli **studenti e ai docenti delle scuole secondarie di II grado pubbliche e paritarie del Veneto**. Il programma prevede l'implementazione di **una rete di "scuole sentinella"** al fine di ottenere un campione rappresentativo della popolazione studentesca (indicativamente 1 scuola sentinella ogni 50 istituti). Per il conseguimento di tale obiettivo è pertanto necessario operare un campionamento al fine di produrre informazioni che possano rappresentare la realtà. Per tali ragioni la sorveglianza sarà realizzata tramite l'esecuzione periodica di test antigenici sugli studenti e sugli insegnanti che appartengono alle "scuole sentinella".
2. Oltre all'individuazione precoce di casi, l'obiettivo di tale progetto è di valutarne l'efficacia e la fattibilità sia in termini organizzativi sia in termini epidemiologici.

4.4 Modalità operative

In questa fase, per la verifica della sostenibilità e per la valutazione della fattibilità, si indirizzerà l'attenzione nei confronti delle scuole secondarie di secondo grado. Complessivamente nella Regione Veneto sono presenti 640 plessi scolastici secondari di secondo grado con una diversa distribuzione provinciale. Il campionamento verrà effettuato utilizzando come unità di campionamento il singolo plesso scolastico. La numerosità dei plessi campionati verrà effettuata utilizzando i dati dell'anagrafe scolastica, per esempio si riporta quella disponibile dell'anno 2020-2021**.**

In primo luogo si procederà selezionando tramite estrazione casuale le Scuole oggetto dell'indagine, successivamente si proseguirà in due fasi:

1. nella **prima fase** verranno selezionate 7 scuole (una per Provincia) tra quelle estratte, all'interno delle quali saranno sottoposti al test (tampone nasale e sierologico) tutti gli studenti e tutti i docenti presenti in un giorno indice, al fine di stabilire un "tempo 0" che permetta la verifica della situazione epidemiologica;
2. nella **seconda fase** saranno testati a rotazione tutti gli studenti e tutti gli insegnanti di ogni classe all'interno di tutte le Scuole campionate (comprese le 7 della prima fase). Ogni settimana verrà testata una sezione diversa (dalla prima alla quinta classe), includendo gli studenti e il personale docente afferente. Si comincia selezionando una sezione di riferimento dalla classe 1° alla classe 5°, si testano tutti gli studenti di ciascuna classe della sezione prescelta (indicativamente 22 studenti per classe) e i relativi insegnanti ripartiti adeguatamente secondo l'ordine stabilito.
3. Una volta completata la rotazione, si riparte seguendo sempre lo stesso ordine a partire dalla prima sezione testata, per tutto il periodo previsto dalla sorveglianza.

Per entrambe le fasi la partecipazione è volontaria e l'inclusione nello studio avverrà esclusivamente dopo la sottoscrizione dello specifico consenso informato da parte del docente e dello studente, se di maggiore età, o da parte dei genitori, se minorenne. La fine del programma sarà indicativamente coincidente con la chiusura dell'anno scolastico.

Tabella. Stima del numero dei tamponi per l'attività di sorveglianza delle rete delle "scuole sentinella"

	n. di TEST PER SETTIMANA		**n. di TEST PER MESE**		**n. di TEST TOTALE (feb-giu 2021)**	
	Studenti	**Docenti**	**Studenti**	**Docenti**	**Studenti**	**Docenti**
Singola "*Scuola Sentinella*"	**100-120**	**10-15**	**400-480**	**40-60**	**1600-1920**	**160-240**
Totale "*Scuole Sentinella*"	**1500-1800**	**150-225**	**6000-7200**	**600-900**	**24000-28800**	**2400-3600**

Presumendo che ciascuna Scuola sia composta da 5 sezioni e che ciascuna classe sia formata da una media di 22 studenti, si stima di testare tra i 2 e 3 insegnanti al giorno in associazione a ciascuna classe. Pertanto, testando settimanalmente tutte le 5 classi di ogni sezione a rotazione (dalla classe 1° alla classe 5°, suddivise per giorno), si stima di effettuare una media di 120 tamponi a settimana in ogni singola Scuola, fatta salva la possibilità di ogni studente e di ogni docente di non aderire al programma di sorveglianza. Tale dato permette di stimare una media di 480 tamponi effettuati per ogni mese all'interno di ogni singolo istituto scolastico e un totale di 1920 tamponi eseguiti nel periodo compreso tra febbraio e giugno 2021. La stima del numero

complessivo di tamponi effettuati in tutte le "scuole sentinella" risulta al momento condizionato dal numero di istituti scolastici aderenti al programma.

Per la sorveglianza si utilizzerà il test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale con l'eventuale conferma con test di biologia molecolare nel caso di soggetti positivi, ove previsto.

4.5 Interventi di screening a campione in presenza di specifiche situazioni epidemiologiche locali

Qualora, nel periodo destinato al programma di sorveglianza, si registrasse un'incidenza di casi positivi significativamente più alta rispetto ad altri contesti limitrofi in una specifica area geografica o qualora si evidenziassero cluster significativi rispetto al resto del territorio, potranno essere attuate specifiche azioni di screening, anche su un campione di studenti, nel contesto di una struttura scolastica specificamente individuata che insiste nello stesso territorio caratterizzato da elevata circolazione del virus.

Tali interventi saranno definiti in funzione di specifiche circostanze epidemiologiche valutate dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS territorialmente competente di concerto con la Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare e Veterinaria e con l'Università degli Studi di Padova. In tali circostanze l'attività di sorveglianza sarà quindi estesa ad ulteriori istituti scolastici, non compresi nella rete di "scuole sentinella", al fine di indagare una correlazione tra i casi rilevati nel territorio e la circolazione virale nel contesto scolastico. Questo ulteriore intervento di sorveglianza mira ad incrementare la capacità di testare la popolazione studentesca, ponendola in relazione con specifiche situazioni epidemiologiche locali al fine di limitare il livello di diffusione dell'infezione nella comunità scolastica.

4.6 Monitoraggio e reportistica

Per monitorare l'andamento del progetto relativo alla rete "scuole sentinella", l'Università di Padova provvederà alla redazione di report periodici e all'invio degli stessi alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto. I dati relativi a tale progetto di sorveglianza potranno essere successivamente condivisi con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS territorialmente competenti, allo scopo di fornire elementi utili all'analisi e al monitoraggio della circolazione virale in ambito scolastico e garantire un adeguamento delle misure di sanità pubblica al variare dello scenario epidemiologico. La reportistica dovrà anche contenere anche dati relativi al modello organizzativo adottato (es. numero di operatori, tempo impiegato, etc).

5. PROGETTO SPERIMENTALE DI AUTO SOMMINISTRAZIONE VIGILATA DEL TEST DI SCREENING

Sulla base delle esperienze internazionali in atto si inizierà a sviluppare un progetto pilota di auto somministrazione vigilata dei test di screening per Sars-CoV-2 per valutare la fattibilità anche nello specifico contesto scolastico. Nell'ottica di un ulteriore rafforzamento delle strategie di monitoraggio della circolazione virale e di prevenzione della diffusione dei contagi, questo progetto si prefigge di potenziare le azioni di Sanità Pubblica rivolte alla rete scolastica, intesa come ambito fondamentale a cui riservare interventi mirati di promozione della salute. L'importanza dell'auto somministrazione di test ripetibili in un campione rappresentativo della comunità scolastica, per facilitare l'individuazione precoce delle catene di trasmissione di SARS-CoV-2, costituisce un obiettivo strategico che risponde ai criteri di applicabilità e sostenibilità.

Il progetto prevede l'utilizzo di test antigenici validati su prelievo nasale che saranno impiegati per l'autosomministrazione da parte di studenti ed insegnanti delle scuole secondarie di primo grado distribuite nel territorio della Regione Veneto. All'interno di quest'ultime sarà prescelta una singola scuola per provincia, in cui gli alunni e i relativi docenti **di una classe 3° si testeranno autonomamente con una cadenza di 15 giorni, previa specifica formazione, somministrazione vigilata e conseguente supporto per l'interpretazione del risultato.** In tal modo si intende ottenere un ulteriore screening della comunità scolastica al fine di identificare precocemente i casi positivi nella fascia di popolazione inferiore ai 14 anni. I soggetti che risulteranno eventualmente positivi al test saranno segnalati ai Dipartimenti di Prevenzione delle ULSS di competenza per l'opportuna gestione e presa in carico.

L'adesione al progetto avverrà su base volontaria in seguito alla sottoscrizione dello specifico consenso informato ad opera dei docenti e dei genitori degli alunni. È prevista la produzione di report periodici, di tipo aggregato, riguardanti l'andamento della progetto di screening, ad opera dell'Università di Padova. Tali reportistiche saranno condivise con la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto, con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS e con gli Uffici Scolastici Provinciali e Regionali.

Tabella. Stima del numero dei tamponi per il progetto di auto somministrazione dei test

	n. di TEST OGNI 15 GIORNI		n. di TEST PER MESE		n. di TEST TOTALE (feb-giu 2021)	
PER PROVINCIA	**Studenti**	**Docenti**	**Studenti**	**Docenti**	**Studenti**	**Docenti**
	20-24	**6-10**	**40-48**	**12-20**	**160-192**	**48-80**
TOTALE PROVINCE	**Studenti**	**Docenti**	**Studenti**	**Docenti**	**Studenti**	**Docenti**
	140-168	**42-70**	**280-336**	**84-140**	**1120-1344**	**336-560**

Al fine di garantire un idoneo svolgimento dell'attività di screening, sarà predisposta la formazione del personale scolastico che verrà individuato per la partecipazione alla fase progettuale.

Si dovrà prevedere l'individuazione di:

- "team leader", responsabile delle operazioni generali in loco presso il sito di testing, inclusa la gestione quotidiana del personale,
- "test assistant" che fornirà la supervisione ai soggetti che vengono testati, raccoglie i tamponi completati e li consegna agli operatori addetti all'elaborazione,
- "processor" che prepara il campione di prova per l'analisi, conduce l'elaborazione e interpreta il risultato,
- "coordinatore COVID-19" che si occupa della raccolta dei consenso e della registrazione dei risultati.

La formazione prevederà incontri formativi atti:

- all'apprendimento delle tecnologie diagnostiche utilizzate (sia in termini di esecuzione del test che del kit utilizzato)

- a fornire prototipi di comunicazione da usare prima, durante e dopo il testing
- fornire adeguate policy (modulo per la protezione dei dati, moduli di consenso)
- fornire informazioni per la registrazione dei test effettuati
- documenti utili per promuovere il testing (poster, cartellonistica..)

6. ANALISI DELLE CATENE DI CONTAGIO IN AMBITO SCOLASTICO

In accordo con quanto già approvato con DGR 1643/2020, saranno approfondite ulteriori analisi delle catene di contagio, anche per il contesto scolastico e in generale per le fasce di età interessate, attraverso l'analisi delle informazioni raccolte dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica con le attività di contact tracing. L'utilizzo delle informazioni raccolte permette lo sviluppo di modelli basati su dati reali che possono pertanto aiutare la scelta delle misure più idonee da intraprendere al fine del contenimento dell'epidemia e la valutazione degli effetti delle varie politiche di sanità pubblica in diverse aree e scenari epidemiologici. Tali analisi consentiranno di valutare la modalità di diffusione del virus in vari scenari spaziali e temporali mediante lo sviluppo di modellistiche di diffusione del virus in relazione alle attuali conoscenze epidemiologiche ed ai dati a disposizione, sulla base dei dati raccolti dai Dipartimenti di Prevenzione.

Tutte le azioni e le attività previste nei paragrafi precedenti, così come previsto dalla citata DGR 1643/2020 saranno poste in essere nel pieno rispetto della vigente normativa in materia di protezione dati personali. Le Strutture coinvolte nei processi dovranno, pertanto, assicurarsi, anche avvalendosi della consulenza dei propri DPO, che i trattamenti dati avvengano nel rispetto dei principi e delle disposizioni di cui al GDPR e al D.lgs. n. 193/2006, coordinato e aggiornato dal D.lgs. n. 101/2018.

In particolare, i dati provenienti dalle indagini epidemiologiche condotte dai Dipartimenti di Prevenzione verranno analizzati per la costruzione di una modellistica epidemiologica che consideri la natura reale dei contagi. Sono in corso di studio e sviluppo modelli epidemiologici basati su agenti e gradi di contatto (incorporando le misurazioni reali di contact tracing). Lo scopo è generare un modello in grado di spiegare i dettagli delle catene di contagio, anche integrando la valutazione delle catene di contagio in relazione alla tipizzazione virale. Si terrà in considerazione la limitazione dei dati a disposizione producendo una proposta di integrazione al fine di fare luce su alcuni meccanismi ancora non chiari sulla trasmissione del virus (ad esempio, la sicurezza o meno di alcuni ambienti lavorativi o di aggregazione).

7. SCREENING IN ALCUNI CONTESTI CULTURALI E DI SOCIALIZZAZIONE

La pandemia COVID-19, causata dal virus SARS-CoV-2, continua ad essere una problematica di Sanità pubblica a livello globale e allo scopo di rallentare la costante diffusione dell'infezione, dall'inizio della pandemia, i governi di tutto il mondo hanno emanato misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica. Nel nostro Paese l'epidemia sta avendo una diffusione diversificata che determina una diversa applicazione territoriale dei vari provvedimenti.

Il continuo monitoraggio mediante un'**attività di screening** della popolazione generale rappresenta un'azione utile alla valutazione della circolazione virale, oltre alla ricerca del virus nei sintomatici e nei loro contatti stretti. I test laboratoristici per la ricerca dei positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in un gruppo esteso di persone (screening di comunità) ed effettuata per motivi di sanità pubblica prevedono come prima scelta il test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale con l'eventuale conferma con test molecolare nel caso di positività.

Tali argomenti meritano un approfondimento al fine di poter valutare le prossime azioni che la Sanità pubblica dovrà effettuare sia per fronteggiare l'attuale stato di emergenza sia in previsione di un mantenimento endemico del SARS-CoV-2. Questa strategia può risultare particolarmente utile nell'attuale contesto epidemiologico, alla luce di una decrescenza della curva dei contagi e delle riaperture dei luoghi di socializzazione. Una maggiore attenzione a come il virus si propaga nelle fasce di popolazione socialmente attive può fornire indicazioni su come attuare nuove strategie di contenimento.

7.1 Modalità di coordinamento e attori coinvolti

Il coordinamento verrà svolto dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto con il supporto di Azienda Zero. L'attività sarà garantita dall'Università degli Studi di Padova con il supporto di altri enti o associazioni ritenuti utili per l'organizzazione delle specifiche attività.

7.2 Obiettivi del progetto

Il presente studio si propone di valutare gli aspetti della prevenzione del SARS-CoV-2 all'interno di vari contesti a diverso rischio comportamentale (ad esempio circoli culturali, musei, piazze, luoghi sportivi), anche attraverso l'offerta attiva del tampone nasofaringeo.

7.3 Modalità operative

L'azione preventiva verrà effettuata con orari e sedi da stabilire in concerto con le amministrazioni comunali e con gli enti individuati.

Verrà distribuito, nell'area identificata per l'intervento, il materiale informativo specifico per la prevenzione del COVID-19. Nella stessa occasione verrà offerta l'opportunità di eseguire un tampone rapido presso le strutture allestite in sede idonea.

Si dovrà garantire l'allestimento di una sede idonea all'esecuzione del tampone, nel caso di campionamento in aree poste in luoghi aperti è necessario l'allestimento e strutture che garantiscano la corretta esecuzione del test (almeno 15° C), il posizionamento corretto dell'attrezzatura laboratoristica (nel caso di utilizzo della strumentazione portatile) ed adeguate aree di attesa per i soggetti che sottoporranno al test. A tal fine si auspica il coinvolgimento delle amministrazioni e/o enti al fine di fornire il personale per il controllo dei flussi ed evitare gli assembramenti.

L'arruolamento verrà effettuato **su soggetti volontari**, previa raccolta del consenso informato, e il risultato positivo del test prevederà l'inizio dell'isolamento fiduciario presso il proprio domicilio ai sensi della normativa vigente e il risultato del test verrà inserito nella piattaforma regionale COVID-19.

Durante l'attesa del risultato verrà chiesto di compilare un breve questionario contenente alcune domande importanti al fine di approfondire le conoscenze sulla via di diffusione del SARS-CoV-2, tale questionario e sarà utilizzato solo ai fini di ricerca e i risultati e utilizzati in forma esclusivamente aggregata ed anonima.

Per monitorare l'andamento del progetto, l'Università di Padova provvederà alla redazione di report periodici e all'invio degli stessi alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto. I dati relativi a tale progetto di sorveglianza potranno essere successivamente condivisi con i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS territorialmente competenti, allo scopo di fornire elementi utili all'analisi e al monitoraggio della circolazione virale nella popolazione generale, in particolare nelle fasce di popolazione socialmente attive e, quindi, a maggior rischio (es. specifici contesti culturali e di socializzazione) e garantire un adeguamento delle misure di controllo e contenimento della diffusione di SARS-CoV-2 al variare dello scenario epidemiologico.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Linee di indirizzo per la

Gestione dei contatti di casi di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia

Febbraio 2021

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PREMESSA

Il presente documento fornisce una **linea di indirizzo** per gli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), in particolare per il "*Referente COVID-19 per la Scuola del SISP*", e per i decisori e gli operatori nel settore scolastico (es. Dirigente scolastico, "*Referente COVID-19 della Scuola*") ad integrazione delle indicazioni contenute nei documenti di carattere nazionale[1], con la finalità di contrastare la diffusione del virus e di garantire al tempo stesso la continuità delle attività educative e formative in sicurezza, uniformando nel territorio della Regione del Veneto le **indicazioni per la gestione dei contatti** di caso di COVID-19 in ambito scolastico.

Le presenti indicazioni sono fornite alla luce dello **scenario epidemiologico attuale**, in accordo con le indicazioni di riferimento a livello nazionale[2], che prevedono specifici interventi, anche in ambito scolastico, in funzione dello scenario epidemiologico regionale. Tali indicazioni saranno tempestivamente aggiornate al variare del predetto scenario epidemiologico, oggetto di costante monitoraggio da parte della Regione del Veneto, e delle conoscenze scientifiche disponibili.

SOMMARIO

PREMESSA 1

1. COLLABORAZIONE TRA SISTEMA EDUCATIVO E SERVIZIO SANITARIO 2

2. TEST DI SCREENING PER I CONTATTI SCOLASTICI 2

3. MODALITÀ OPERATIVE 2

3.1 INDIVIDUAZIONE DEI "CONTATTI SCOLASTICI" E COMUNICAZIONE DEGLI STESSI AL SISP 2

3.2 AVVIO DELLE PRIME MISURE DA PARTE DELLA SCUOLA 3

3.3 INTERVENTO DEL SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA 4

3.4 ESECUZIONE DEL TEST A FINE QUARANTENA 6

3.5 RIFIUTO DI ESSERE SOTTOPOSTO AL TEST 6

3.6 CONVIVENTI/GENITORI DI UN "CONTATTO SCOLASTICO" 7

3.7 CERTIFICATI DI FINE QUARANTENA 7

3.8 CERTIFICATI DI FINE ISOLAMENTO 7

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI UTILI 8

ALLEGATO 1 - RACCOMANDAZIONI PER I CONTATTI SCOLASTICI POSTI IN "SORVEGLIANZA STRETTA CON FREQUENZA SCOLASTICA" 9

[1] Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 *"Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia"*
[2] Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità "*Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale* - Approfondimento complementare ai documenti generali già resi pubblici su preparedness, pianificazione e contesti specifici"

1. COLLABORAZIONE TRA SISTEMA EDUCATIVO E SERVIZIO SANITARIO

Al fine di assicurare un'adeguata prosecuzione delle attività scolastiche e, al tempo stesso, garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di sanità pubblica per il contenimento quanto più precoce dei contagi, **è fondamentale perseguire un rapporto di forte collaborazione istituzionale tra il Sistema Educativo e il Servizio Sanitario**. In particolare, è opportuno che i decisori e gli operatori del servizio scolastico attuino fin da subito, per quanto di propria competenza, tutte le misure necessarie laddove queste siano univocamente identificabili sulla base delle indicazioni di cui al presente documento.

Successivamente e compatibilmente con le tempistiche organizzative dovute all'emergenza epidemica in atto, gli operatori del **Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) competente per il territorio di riferimento della scuola**, verificando la corretta applicazione delle misure anti COVID-19 raccomandate nel caso specifico (es. adeguata aerazione degli ambienti, disposizione dei banchi e distanza interpersonale, organizzazione delle attività, utilizzo della mascherina, distanza tra banchi e cattedra, ecc.) con la collaborazione del "*Referente COVID-19 per la Scuola del SISP*", dispongono le conseguenti azioni di sanità pubblica (es. disposizione formale di quarantena, programmazione ed esecuzione dei test per la ricerca di SARS-CoV-2). Inoltre, valutano le strategie più opportune da attuare in tutte le situazioni che, per quanto concerne la valutazione delle dinamiche specifiche, presentano maggior grado di complessità o non risultano univocamente identificabili.

In considerazione dello scenario epidemiologico attuale e della recente ripresa delle attività scolastiche in presenza per le scuole di ogni ordine e grado, si raccomanda inoltre di evitare, nei limiti della migliore organizzazione possibile, una programmazione delle attività scolastiche che preveda attività di intersezione al fine di limitare, nell'eventualità di insorgenza di un caso positivo a scuola, la possibilità di casi secondari e facilitare le conseguenti attività di rintraccio dei *"contatti scolastici"*. In presenza di eventuali intersezioni, si raccomanda che le stesse siano opportunamente registrate per le eventuali necessità di contact tracing da parte del SISP.

2. TEST DI SCREENING PER I CONTATTI SCOLASTICI

Per il contesto scolastico si raccomanda l'utilizzo, come test diagnostico, del ***test antigenico rapido* per i "*contatti scolastici*" di un caso positivo**, in accordo con le indicazioni nazionali[3]. **In caso di esito positivo del *test antigenico rapido,* saranno avviate tutte le azioni di sanità pubblica (es. isolamento del caso positivo, quarantena dei relativi contatti, ecc.) finalizzate al contenimento del rischio di diffusione.**

3. MODALITÀ OPERATIVE

3.1 INDIVIDUAZIONE DEI "CONTATTI SCOLASTICI" E COMUNICAZIONE DEGLI STESSI AL SISP

A seguito della segnalazione di un caso di COVID-19 in ambito scolastico, il "*Referente COVID-19 della Scuola*" individua i "*contatti scolastici*" del caso positivo secondo quanto indicato nella seguente tabella.

[3] *Circolare del Ministero della Salute del 8.1.2021.*

Tabella 1. Indicazioni per l'individuazione dei contatti scolastici

CASO	CONTATTI SCOLASTICI
Alunno	Tutti gli **alunni che hanno frequentato la stessa classe** del caso positivo a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico). Tutti gli **alunni che hanno svolto attività di intersezione** con la classe interessata dal caso positivo, a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico). Tutti gli **insegnanti o altri operatori scolastici** che hanno svolto attività in presenza nella classe del caso positivo: • Asili e scuole dell'infanzia: a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico); • Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado: **per un tempo ≥ 4 ore**, anche in giornate diverse, a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico).
Insegnante o operatore scolastico	Tutti gli **alunni delle classi in cui l'insegnante ha svolto attività in presenza:** • Asili e scuole dell'infanzia: a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico); • Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado: **per un tempo ≥ 4 ore**, anche in giornate diverse, a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico). Esclusivamente gli **insegnanti o altri operatori scolastici che hanno svolto attività in compresenza con l'insegnante o operatore scolastico positivo**: • Asili e scuole dell'infanzia: a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico); • Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado: **per un tempo ≥ 4 ore**, anche in giornate diverse, a partire dalle 48 ore precedenti l'inizio dei sintomi nel caso (se sintomatico) o a partire dalle 48 ore antecedenti la data dell'esecuzione del test risultato positivo (se asintomatico).

Le indicazioni sopra riportate sono da considerarsi valide solo nel caso in cui siano state rispettate tutte le raccomandazioni igienico-sanitarie e le misure di prevenzione previste per il contesto scolastico. In caso contrario, il SISP potrà ritenere opportuno considerare come contatti a rischio anche soggetti non rientranti nelle casistiche riportate. Si specifica che, salvo eccezioni, non vengono avviate procedure di screening scolastico in caso di riscontro di positività di collaboratore scolastico o altro personale scolastico (es. personale ATA, personale addetto alle pulizie, ecc.). In tal caso i servizi preposti (Medico curante o SISP) procedono alle disposizioni formali di isolamento del positivo e quarantena dei relativi contatti, come di consueto.

3.2 AVVIO DELLE PRIME MISURE DA PARTE DELLA SCUOLA

Nel caso di evidenza di caso di COVID positivo tra un alunno o insegnate il "*Referente COVID-19 della Scuola*":

1. individua i "*contatti scolastici*" del caso positivo;

2. comunica tempestivamente i "contatti scolastici" al "*Referente COVID-19 per la Scuola del SISP*" territorialmente competente avvalendosi di un **apposito format, preventivamente messo a disposizione dalle Aziende ULSS, che dovrà essere correttamente compilato in ogni suo campo**[4].
3. se la situazione risulta univocamente identificabile nel presente protocollo, allerta il Dirigente scolastico, per l'adozione da parte dello stesso delle seguenti misure, anche in assenza di un preventivo consulto con gli operatori del SISP territorialmente competente, e comunque nelle more dei provvedimenti di sanità pubblica di competenza del SISP:
    - per la classe e per gli altri alunni individuati come contatti scolastici: sospensione della frequenza scolastica in presenza, eventuale attivazione della modalità di didattica non in presenza (DAD), per le classi delle scuole primarie e secondarie, in attesa dell'esito del test diagnostico;
    - per gli insegnanti e operatori individuati come "*contatti scolastici*" secondo le definizioni di cui sopra: sospensione della frequenza scolastica in presenza, eventuale attivazione della modalità di didattica non in presenza (DAD) per le classi delle scuole primarie e secondarie, in attesa dell'esito del test diagnostico.

In caso di uno scenario non univocamente identificabile per un maggior grado di complessità nella valutazione delle dinamiche specifiche (es. impossibilità a valutare l'applicazione delle misure anti COVID-19), il "*Referente COVID-19 della Scuola*" si raccorda con il "*Referente COVID-19 per la Scuola del SISP*" per l'individuazione delle strategie e delle azioni più opportune da adottare nel contesto specifico.

3.3 INTERVENTO DEL SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA

Asili e Scuole dell'infanzia

Il SISP territorialmente competente, in presenza di un caso positivo a scuola, predispone la quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** per i contatti stretti individuati dal "*Referente COVID-19 della Scuola*" e programma l'effettuazione di un test al 10° giorno dall'ultimo contatto con il caso positivo: se negativo, saranno riammessi a scuola nel primo giorno utile.

Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado

Il SISP territorialmente competente, in presenza di un caso positivo a scuola, programma l'effettuazione di un tampone di screening a tutti i contatti scolastici identificati (Tabella 1), appena possibile e indicativamente entro le 72 ore dalla comunicazione della scuola, o comunque nei tempi più opportuni sulla base della valutazione specifica; le modalità con cui programmare ed effettuare il tampone sono definite dalla singola azienda ULSS sulla base della specifica organizzazione aziendale, garantendo sempre la tracciabilità degli esiti negli applicativi regionali. In attesa dell'esito del test è sospesa la didattica in presenza.

Il SISP verifica i test effettuati da tutti i contatti scolastici segnalati dalla scuola.

a) **Se tutti i test eseguiti risultano negativi, il SISP:**
    - dispone lo stato di "**sorveglianza stretta con frequenza scolastica**" (Allegato 1) per i contatti scolastici, i quali riprenderanno la didattica in presenza al primo giorno utile presentando l'esito negativo;
    - in collaborazione con la scuola, informa tutti i contatti posti in "**sorveglianza stretta con frequenza scolastica**" sulla necessità di rispettare rigorosamente le indicazioni previste e riportate in Allegato 1.
    - **dispone un ulteriore test di screening indicativamente al 10° giorno** dall'ultimo contatto con il caso positivo; nel caso di risultati positivi al secondo test il SISP valuterà gli eventuali provvedimenti di sanità pubblica da adottare.
b) Se risulta **almeno un secondo positivo nel gruppo dei contatti scolastici, il SISP:**
    - dispone l'isolamento per il soggetto positivo;

[4] *Si ricorda la massima attenzione da parte della scuola nell'indicare correttamente tutti i campi previsti, per poter registrare e monitorare la situazione per le necessità di sanità pubblica e per poter analizzare i dati aggregati di sorveglianza (con particolare attenzione al* ***codice meccanografico da intendersi relativamente alla struttura fisica frequentata dai contatti scolastici individuati****.*

Commentato [1]: Serve il retesting? Non basta solo test al tempo 0 e poi automonitoraggio? Ci sembra complesso e anche senza un reale significato epidemiologico.

Commentato [2]: Io avevo considerato il periodo di frequenza in presenza in automonitoraggio e sorveglianza (Allegato 1) come un periodo alternativo alla quarantena per garantire la frequenza scolastica dei ragazzi. Per tale ragione ritenevo cautelativo (anche se sicuramente impegnativo) sottoporre ad un secondo screening (come era nel primo protocollo) al 10° giorno. Al fine di monitorare eventuali trasmissioni secondarie intra-scolastiche al termine del periodo di incubazione. Ne ho parlato con Francesca e anche lei è dell'idea di tenere il test al 10° giorno.

Commentato [3]: _Contrassegnato come risolto_

Commentato [4]: _Riaperto_
Mi pare di difficile realizzazione, non utile nel percorso (a quel punto cosa si fa? una ripresa della quarantena? si tratta come caso singolo?), foriero di problemi (la positività eventualmente riscontrata in 10ma giornata su soggetti che vanno avanti ed indietro da scuola apre come minimo problemi di comunicazione...). Altre esperienze regionali? C'è qualcuno che fa solo a tempo zero? Trento, per esempio?

Commentato [5]: _Contrassegnato come risolto_

Commentato [6]: _Riaperto_
che quarantena si fa? di tutta la classe? a quel punto? dopo 10 gg di autocontrollo? Mi pare così fragile..

Commentato [7]: Farei solo sul singolo. Trattato in questo modo proprio perchè tutta la classe si muovevav in modo noto e controllato.

Commentato [8]: A nostro avviso, ne abbiamo discusso a lungo anche con @francesca.russo@regione.veneto.it , si riduce comunque notevolmente il numero di quarantene per i ragazzi (come dici tu il numero di casi secondari riscontrati nelle due turnate di screening coinvolge solo un sottogruppo totale delle classi). Visto le scenario attuale, ci sembra opportuno mantenere una sorveglianza più stringente in questa prima fase di attuazione del nuovo protocollo. La nuova funzionalità scuole in SIAVr ci consentirà di avere un monitoraggio puntuale nelle prossime settimane per poter rivalutare anche a breve i dati di sorveglianza e adottare eventuali aggiustamenti anche nel breve periodo.

Commentato [9]: _Contrassegnato come risolto_

Commentato [10]: _Riaperto_
ok. grazie

- dispone la **quarantena per tutti gli altri contatti scolastici con sospensione della frequenza scolastica in presenza**;
- comunica alla scuola i tempi e le modalità con cui gli stessi potranno riprendere la didattica in presenza; in particolare i contatti posti in quarantena rientreranno a scuola dopo l'esecuzione del test di controllo (indicativamente al 10° giorno), con esito negativo.

Le principali azioni sono riassunte e descritte in *Tab. 2*. Il SISP potrà attuare ulteriori misure di sanità pubblica sulla base di opportune valutazioni del contesto specifico. In entrambi gli scenari, in caso di comparsa di sintomatologia prima dell'esecuzione del test di controllo, le famiglie dovranno contattare il proprio Medico Curante.

Tabella 2. Azioni di Sanità Pubblica previste per i seguenti contatti scolastici

CASO POSITIVO	ALUNNI *(considerare i contatti seguendo le indicazioni di contatto Tab. 1)*	INSEGNANTI *(considerare i contatti seguendo le indicazioni di contatto Tab. 1)*
Alunno	**Asili e scuole dell'infanzia:** quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa dell'intervento del SISP, la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*	**Asili e scuole dell'infanzia:** quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa dell'intervento del SISP, la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*
	Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado: test di screening da effettuare appena possibile e indicativamente entro 72h: - se tutti i contatti risultano negativi, **riammissione a scuola in** "**sorveglianza stretta con frequenza scolastica**" e ulteriore test al 10° giorno; - in presenza di almeno un 2° contatto scolastico positivo, **quarantena con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa del primo test di screening la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*	**Scuole primarie e secondarie di primo e secondo grado:** test di screening da effettuare appena possibile e indicativamente entro 72h, *se l'insegnante ha svolto attività in presenza con il caso positivo, per un tempo ≥ 4 ore, nelle ultime 48 ore:* - se tutti i contatti risultano negativi, **riammissione a scuola in** "**sorveglianza stretta con frequenza scolastica**" e ulteriore test al 10° giorno; - in presenza di almeno un 2° contatto scolastico positivo, **quarantena con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa del primo test di screening la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*
Insegnante o operatore scolastico	**Asili e scuole dell'infanzia:** quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa dell'intervento del SISP, la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*	**Asili e scuole dell'infanzia:** quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno per tutti gli operatori che hanno fatto attività in compresenza con il caso positivo. *NB: in attesa dell'intervento del SISP, la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*
	Scuole primarie e secondarie di primo e	**Scuole primarie e secondarie di primo e secondo**

	secondo grado: test di screening da effettuare appena possibile e indicativamente entro 72h, *se l'insegnante ha svolto attività in presenza con il caso positivo, per un tempo ≥ 4 ore,nelle ultime 48 ore:* - se tutti i contatti risultano negativi, riammissione a scuola **in** "**sorveglianza stretta con frequenza scolastica**" e ulteriore test al 10° giorno; - in presenza di almeno un 2° contatto scolastico positivo, quarantena **con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa del primo test di screening la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*	**grado:** test di screening da effettuare appena possibile e indicativamente entro 72h, *solo per coloro che hanno svolto attività in compresenza con il caso positivo, per un tempo ≥ 4 ore, nelle ultime 48 ore:* - se tutti i contatti risultano negativi, **riammissione a scuola in** "**sorveglianza stretta con frequenza scolastica**" e ulteriore test al 10° giorno; - in presenza di almeno un 2° contatto scolastico positivo, **quarantena con sospensione della frequenza scolastica** e test al 10° giorno. *NB: in attesa del primo test di screening la scuola sospende da subito l'attività in presenza.*

Nell'eventualità di casi positivi in classi diverse della stessa scuola, il SISP valuta l'opportunità di attuare misure aggiuntive. A tale riguardo, qualora il SISP, a seguito di evidenza di circolazione virale sostenuta, ravvisasse l'opportunità di sottoporre a test di screening gli alunni e il personale scolastico di un plesso/istituto/scuola, tali test potranno essere effettuati anche direttamente all'interno della struttura scolastica, con modalità definite in base all'organizzazione aziendale. Le Aziende ULSS, in qualità di titolari della raccolta e del trattamento dei dati, provvedono a predisporre idoneo materiale informativo, ivi compresa l'informativa privacy di cui all'art. 13 del Regolamento 679/2016/UE "General Data Protection Regulation", e ad acquisire il consenso informato preventivo per l'effettuazione del test di screening per SARS-CoV-2 a scuola.

Le attività di *contact tracing* di competenza del "*Referente COVID-19 della Scuola*" in ambito scolastico vanno integrate con le consuete attività di *contact tracing* attuate dal SISP, previste per tutti gli ambiti extra-scolastici o peri-scolastici per l'identificazione di ulteriori contatti stretti a rischio in ambito familiare e comunitario.

3.4 ESECUZIONE DEL TEST A FINE QUARANTENA

Il SISP, sulla base della specifica organizzazione aziendale, programma i test previsti al termine del periodo di quarantena, comunicando alla scuola le modalità e le tempistiche di svolgimento.

3.5 RIFIUTO DI ESSERE SOTTOPOSTO AL TEST

Nell'eventualità di un rifiuto ad essere sottoposto al test di screening (all'inizio o al 10° giorno, l'alunno/operatore scolastico per massima cautela dovrà osservare un periodo di quarantena della durata totale di 14 giorni[5]. La riammissione all'eventuale attività didattica in presenza è comunque subordinata all'assenza di sintomatologia sospetta per COVID-19.

Nei casi in cui non fosse possibile ottenere una descrizione esaustiva della situazione epidemiologica della classe, ad esempio per la mancata effettuazione (es. rifiuto) dei test di inizio sorveglianza da parte di una parte dei contatti

[5] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 32850 del 12.10.2020*

scolastici, il SISP, oltre a porre in quarantena i contatti scolastici senza test di screening, valuterà le strategie più opportune per la tutela della salute pubblica, inclusa la possibilità di disporre la quarantena per tutti i contatti scolastici (a prescindere dal test di screening).

3.6 CONVIVENTI/GENITORI DI UN "*CONTATTO SCOLASTICO*"

Per i conviventi/genitori di soggetti individuati come "*contatti scolastici*" di un caso positivo non è prevista quarantena nè esecuzione di test diagnostico, a meno che il "*contatto scolastico*" non risulti a sua volta positivo. Il SISP, anche in collaborazione con il Medico curante, informa circa le misure igienico-sanitarie e comportamentali da adottare durante il periodo di quarantena del "*contatto scolastico*".

3.7 CERTIFICATI DI FINE QUARANTENA

Il SISP territorialmente competente, sulla base della propria organizzazione aziendale, provvederà a definire e comunicare alle scuole le modalità per la riammissione dei *"contatti scolastici"* al termine della quarantena, prevedendo uno dei seguenti percorsi:

- comunicazione da parte del SISP alla scuola del termine della quarantena;
- presentazione direttamente alla scuola, da parte del genitore/operatore, del referto di negatività del test eseguito nei tempi stabiliti dall'Azienda ULSS, e indicati nell'attestazione di quarantena.

La riammissione di alunni ed insegnanti/operatori scolastici posti in quarantena in quanto contatti di caso extrascolastico può avvenire presentando alla scuola il referto di negatività del test eseguito al termine della quarantena secondo le tempistiche indicate nella certificazione di quarantena redatta dal Medico curante o dal SISP secondo l'organizzazione locale.

Gli attestati di quarantena possono essere redatti oltre che dal SISP, anche dai Pediatri di Libera Scelta o Medici di Medicina Generale.

3.8 CERTIFICATI DI FINE ISOLAMENTO

L'alunno/operatore scolastico positivo, potrà essere riammesso a scuola con certificato di negativizzazione redatto dal SISP o dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale sulla base dell'organizzazione locale.

L'alunno/operatore scolastico persistente positivo potrà interrompere l'isolamento ed essere riammesso a scuola con attestato redatto dal SISP o dal Pediatra di Libera Scelta/Medico di Medicina Generale sulla base dell'organizzazione locale, dopo 21 giorni dall'inizio sintomi o effettuazione del primo tampone positivo purché senza sintomi da 7 giorni, senza attendere la negativizzazione.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI UTILI

1. *Interim guidance for rapid antigen testing for SARS-CoV-2*, Centers for Disease Control and Prevention, aggiornato al 4 settembre 2020;
2. *Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays - Interim guidance*, Organizzazione Mondiale della Sanità, 11 settembre 2020;
3. *Diagnostic testing for SARS-CoV-2 - Interim guidance*, Organizzazione Mondiale della Sanità, 11 settembre 2020;
4. *COVID-19 testing strategies and objectives*, European Centre for Disease Prevention and Control, 15 settembre 2020;
5. *Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update*, European Centre for Disease Prevention and Control, 18 novembre 2020;
6. O*ptions for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK*, European Centre for Disease Prevention and Control, 19 novembre 2020;
7. Jones NR, Qureshi ZU, Temple RJ, et al, *Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in covid-19?*, BMJ. 2020 Aug 25;370:m3223;
8. Circolare del Ministero della Salute prot. n. 32850 del 12.10.2020, "COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena";
9. Circolare del Ministero della Salute prot. n. 31400 del 29.09.2020, "Uso dei test antigenici rapidi per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, con particolare riguardo al contesto scolastico";
10. Nota Tecnica ad Interim *Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in Sanità Pubblica*, aggiornata al 23 ottobre 2020, Istituto Superiore di Sanità;
11. *Emergenza COVID-19 - Indicazioni operative per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2 v. 05.10.2020*, Regione del Veneto;
12. Haug N, Geyrhofer L, Londei A, Dervic E, Desvars-Larrive A, Loreto V, Pinior B, Thurner S, Klimek P. *Ranking the effectiveness of worldwide COVID-19 government interventions*. Nat Hum Behav. 2020 Dec;4(12):1303-1312;
13. Flasche S, Edmunds WJ. *The role of schools and school-aged children in SARS-CoV-2 transmission*. Lancet Infect Dis. 2020 Dec 8:S1473-3099(20)30927-0;
14. Rapporto ISS COVID-19 n. 63/2020 "*Apertura delle scuole e andamento dei casi confermati di SARS-CoV-2: la situazione in Italia*", Versione del 30 dicembre 2020;
15. *COVID-19 in children and the role of school settings in COVID-19 transmission*, European Centre for Disease Prevention and Control, 23 dic 2020;
16. Sara Gandini, Maurizio Rainisio, Maria Luisa Iannuzzo, Federica Bellerba, Francesco Cecconi, Luca Scorrano. *No evidence of association between schools and SARS-CoV-2 second wave in Italy*. medRxiv 2020.12.16.20248134;
17. Sebastiani G, Palù G. *COVID-19 and School Activities in Italy*. Viruses. 2020; 12(11):1339;
18. Dyani Lewis. *Why schools probably aren't COVID hotspots*. Nature. 29 ott 2020;
19. You Li, PhD Prof Harry Campbell, MD Durga Kulkarni, BPT Alice Harpur, MBChB Madhurima Nundy, MBBS Xin Wang, PhD et al. *The temporal association of introducing and lifting non-pharmaceutical interventions with the time-varying reproduction number (R) of SARS-CoV-2: a modelling study across 131 countries*. Lancet infectious Disease. 22 ott 2020.

ALLEGATO 1 - RACCOMANDAZIONI PER I CONTATTI SCOLASTICI POSTI IN "SORVEGLIANZA STRETTA CON FREQUENZA SCOLASTICA"

Le raccomandazioni relative al periodo di "sorveglianza stretta con prosecuzione della frequenza scolastica" si applicano a tutti i contatti scolastici individuati a seguito di caso positivo COVID-19 a scuola, ad eccezione dei casi nei quali sia disposto il provvedimento di quarantena da parte del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente.

Tali raccomandazioni sono individuate nel contesto dello scenario epidemiologico attuale, **al fine di garantire sempre la didattica in presenza, ove possibile, e tutelare, nel contempo, la salute pubblica**. Per queste ragioni le indicazioni di seguito riportate devono essere rigorosamente rispettate dalla scuola, dai minori e dalle relative famiglie.

Pertanto, risulta fondamentale la **collaborazione di tutti i soggetti coinvolti,** al fine di concordare e rispettare, **responsabilmente**, tali modelli di comportamento finalizzati al contenimento del rischio di diffusione di COVID-19, per poter assicurare un'adeguata prosecuzione delle attività didattiche.

MISURE ORGANIZZATIVE PER LA SCUOLA

- non dovranno essere svolte attività di canto o utilizzati strumenti a fiato
- la ricreazione andrà effettuata in momenti o in spazi diversi dal resto degli alunni della scuola (es. orari diversi o restando all'interno della classe)
- non dovranno essere previste attività di intersezione tra classi diverse (es. palestra, attività di laboratorio)

RACCOMANDAZIONI IGIENICO-COMPORTAMENTALI A SCUOLA

- obbligo ad indossare la mascherina nel contesto delle attività scolastiche, anche in condizioni statiche (es. seduti al banco)
- rigoroso rispetto della distanza di sicurezza minima
- obbligo di misurazione quotidiana della temperatura a casa con autodichiarazione del valore misurato o, in alternativa, rilevazione quotidiana della temperatura direttamente a scuola
- automonitoraggio delle proprie condizioni di salute per il periodo definito dal SISP. Nell'eventualità di comparsa di sintomatologia compatibile con COVID-19, obbligo di contattare il Medico curante per la presa in carico

RACCOMANDAZIONI IGIENICO-COMPORTAMENTALI NELLA VITA DI COMUNITÀ

- il soggetto interessato, sotto la propria responsabilità o quella del genitore, dovrà comunque limitare al minimo i contatti interpersonali (es. evitare gli amici e le uscite in gruppo)
- dovranno essere evitati i contatti in particolare con persone fragili e/o anziane (es. nonni)
- dovranno essere evitate le attività extrascolastiche (es. attività sportive, corsi extrascolastici in presenza, etc.)
- non dovranno essere svolte attività di canto o utilizzati strumenti a fiato
- dovranno essere rafforzate le raccomandazioni di utilizzo della mascherina in tutti i contesti di interazione interpersonale (es. utilizzo di trasporto scolastico, uscita dalla scuola, etc.), al rispetto della distanza di sicurezza minima e alla frequente igiene delle mani

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 5/2/2021 | Protocollo n. 3043 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Tecnico Scientifico COVID19. Nota “ripresa attività di ricovero”.

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si comunica alla SV che il Comitato Scientifico COVID-19, di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020, ha approvato integralmente il testo della nota in oggetto che si allega alla presente.

L’occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data ` Protocollo N° Class: Fasc. Allegati N°

Oggetto: Epidemia di CoViD-19: ripresa attività di ricovero

Ai Sig.ri Commissari
Azienda Ulss 1 Dolomiti
Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Azienda Ulss 3 Serenissima
Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Azienda Ulss 5 Polesana
Azienda Ulss 6 Euganea
Azienda Ulss 7 Pedemontana
Azienda Ulss 8 Berica
Azienda Ulss 9 Scaligera
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
IRCCS – Istituto Oncologico Veneto
Azienda Zero

Al Sig.
Direttore Generale f.f.
Azienda Ospedale-Università di Padova

Ai Presidenti Regionali
AIOP
ARIS
ANISAP
CONFINDUSTRIA VENETO – Comparto Sanità
CUSPE
ANSOC
SUMAI

e, p.c.. Al Presidente della Regione del Veneto
All'Assessore alle Politiche Sanitarie e Sociali

Area Sanità e Sociale
Struttura di Progetto "Rafforzamento del sistema ospedaliero e dell'assistenza territoriale per superare l'emergenza da COVID-19"
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it - e mail programmazionesanitaria@regione.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Con nota del 06/11/2020 prot. n. 0474775 cui si rimanda, in considerazione dell'evoluzione dello scenario epidemiologico, sono state date disposizioni sulla sospensione delle attività di ricovero e di specialistica ambulatoriale, sia per le strutture pubbliche che private accreditate.

In particolare, con le eccezioni previste, è stata disposta la sospensione per le attività:

- di ricovero programmato;
- di specialistica ambulatoriale;
- in regime di libera professione intramoenia.

Successivamente, a seguito della progressiva e costante riduzione sia dei nuovi casi di contagio che dei pazienti ricoverati nelle strutture ospedaliere, acquisito il parere del Comitato Scientifico di cui alla DGR 269/2020, con nota del 28.01.2021n. 39757, è stata disposta la ripresa delle attività per la specialistica ambulatoriale rinviando ad un successivo provvedimento la ripresa delle attività di ricovero, in considerazione della possibile incidenza delle attività chirurgiche sull'utilizzo dei posti letto di terapia intensiva.

I dati di monitoraggio elaborati dalle strutture regionali mostrano che da sabato 30 gennaio la Regione Veneto, è entrata in fase 3 della classificazione introdotta con il documento di aggiornamento del piano di autunno, prot. del 2.11.2020 n. 466241, e le proiezioni, ad oggi, indicano un tendenza ad un ulteriore progressivo miglioramento.

Pertanto, acquisito il parere del Comitato scientifico di cui alla DGR 269/2020, si dispone la graduale e progressiva ripresa delle attività di ricovero e delle attività di libera professione intramoenia, a far data da lunedì 8 febbraio p.v.

I programmi di ripresa delle attività di ricovero dovranno:

- tenere in considerazione i criteri di "priorità clinica" dei pazienti e quelli "temporali" di presa in carico;
- preservare i posti letto necessari a garantire assistenza ai pazienti "CoViD", così come definiti dal piano di emergenza e dai successivi documenti di programmazione vigenti;
- contemperare l'attività operatoria con la necessità di mantenere attiva la dotazione di posti letto di terapia intensiva.

Restano comunque valide le precedenti disposizioni emanate per l'attività di ricovero quali a titolo di esempio percorsi separati, esecuzione di tamponi per i casi previsti, etc.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
dell'Area Sanità e Sociale
Dr. Luciano Flor

Responsabile del procedimento: dr. Claudio Pilerci
E mail: claudio.pilerci@regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 28/1/2021 | Protocollo n. 2085 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Tecnico Scientifico COVID19. Nota “ripresa attività di specialistica ambulatoriale”.

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si comunica alla SV che il Comitato Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020, ha approvato integralmente il testo della nota in oggetto che si allega alla presente.

L’occasione mi è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data Protocollo N° Class: Fasc. Allegati N°

Oggetto: Epidemia di CoViD-19: ripresa attività di specialistica ambulatoriale

Ai Sig.ri Commissari
Azienda Ulss 1 Dolomiti
Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana
Azienda Ulss 3 Serenissima
Azienda Ulss 4 Veneto Orientale
Azienda Ulss 5 Polesana
Azienda Ulss 6 Euganea
Azienda Ulss 7 Pedemontana
Azienda Ulss 8 Berica
Azienda Ulss 9 Scaligera
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
IRCCS – Istituto Oncologico Veneto
Azienda Zero

Al Sig.
Direttore Generale f.f.
Azienda Ospedale-Università di Padova

Ai Presidenti Regionali
AIOP
ARIS
ANISAP
CONFINDUSTRIA VENETO – Comparto Sanità
CUSPE
ANSOC
SUMAI

e, p.c.. Al Presidente della Regione del Veneto
All'Assessore alle Politiche Sanitarie e Sociali

Area Sanità e Sociale
Struttura di Progetto "Rafforzamento del sistema ospedaliero e dell'assistenza territoriale per superare l'emergenza da COVID-19"
PEC: area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it - e mail programmazionesanitaria@regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *fatturazione elettronica - Codice Univoco Ufficio G0OAFI* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

In considerazione dell'evolversi dello scenario epidemiologico, con nota del 06/11/2020 prot. n. 0474775 sono state date disposizioni sulla sospensione nelle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate:

- dell'attività di ricovero programmata, non urgente, sia chirurgica che internistica, con le dovute eccezioni, tra cui ad es. l'attività oncologica e le prestazioni non rinviabili;
- dell'attività di specialistica ambulatoriale, ad eccezione delle prestazioni prioritarizzate come U e B, garantendo, sia come prime visite specialistiche che di controllo, l'attività in ambito materno-infantile, oncologico, malattie rare e non rinviabile in considerazione del quadro clinico dei pazienti.
- dell'attività libero professionale intramoenia.

L'attuale fase epidemiologica vede una progressiva e costante riduzione dei nuovi casi di ricovero e di conseguenza del numero di pazienti complessivamente in carico alle strutture ospedaliere.

Le strutture regionali deputate al monitoraggio evidenziano un trend in calo anche nei prossimi giorni con uno scenario che, proiettato al 1 febbraio, dovrebbe essere sovrapponibile a quello del 6 novembre, data in cui è stata disposta la sospensione delle attività.

Pertanto, in considerazione di quanto sopra riportato, acquisito il parere del Comitato scientifico di cui alla DGR 269/2020, si dispone la ripresa delle attività di specialistica ambulatoriale e delle attività di libera professione intramoenia, precedentemente sospese con la nota sopra citata, a far data dal 1 febbraio 2021.

Nel programmare la progressiva ripresa delle attività, dovranno essere tenuti in considerazione i criteri di "priorità clinica" dei pazienti e quelli "temporali" (liste di "galleggiamento").

Per quanto riguarda le attività di ricovero, in considerazione della possibile incidenza delle attività chirurgiche sui posti letto di terapia intensiva post-operatoria e dell'attuale andamento epidemiologico complessivo sia nelle regioni confinanti che a livello nazionale, per un criterio della massima precauzione, si ritiene di rimandare ad un successivo provvedimento la ripresa delle attività e pertanto restano valide le disposizioni vigenti.

Distinti saluti.

Il Direttore Generale
dell'Area Sanità e Sociale
Dr. Luciano Flor

Responsabile del procedimento: dr. Claudio Pilerci
E mail: claudio.pilerci@regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 18.1.2020 | Protocollo n. 1073 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Verbale Comitato Tecnico Scientifico COVID19 – 11ª riunione del 16.1.2021.

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il verbale dell'incontro del Comitato Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020, tenutosi in data 16.1.2021 per via telematica.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Verbale Comitato scientifico Coronavirus (ex DGR 269/2020) – 11ª riunione

16.1.2021 ore 11:00-12:15

Riunione tenutasi in modalità Videoconferenza

Presenti: Dott. Marco Baiocchi, Prof. Vincenzo Baldo, Dott.ssa Annamaria Cattelan, Prof. Andrea Crisanti, Prof.ssa Liviana Da Dalt, Prof. Paolo Navalesi, Dott.ssa Francesca Russo, Prof.ssa Evelina Tacconelli, Prof. Andrea Vianello, Dott. Francesco Zambon, Dott. Mario Saia.

Nel corso dell'incontro il prof. Crisanti, firmatario dell'allegato documento, presentato al Presidente della Giunta Regionale e successivamente trasmesso da parte del Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale al Comitato Scientifico, procede a illustrare i contenuti dello stesso.
Il primo argomento contenuto riguarda la riapertura della scuola e la proposta consiste nella riapertura di un distretto scolastico o di un gruppo di scuole ponendo contestualmente in essere una capillare azione di controllo della trasmissione del virus utilizzando tamponi rapidi al fine di analizzare il ruolo di diversi parametri incluso la dimensione dei plessi scolastici, la numerosità delle classi e il pendolarismo di insegnanti e studenti.
A tal proposito è stato richiamato come nel provvedimento istitutivo del Comitato Scientifico Covid-19 della Regione Veneto, ovvero la Deliberazione della Giunta Regionale n. 269 del 2.3.2020, sia stato espressamente previsto come la funzione di supporto richiesta al Comitato nei confronti dell'Area Sanità e Sociale, in relazione alle scelte e alle azioni che dovranno essere adottate dal Presidente e dalla Giunta regionale per il superamento dell'emergenza sanitaria, debba avvenire nel rispetto degli indirizzi emanati dal Ministero della Salute e dal Comitato tecnico-scientifico di cui all'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020.
Dopo una discussione che ha coinvolto tutti i componenti il comitato scientifico si è giunti unanimemente a considerare la proposta come uno studio pilota piuttosto che una misura di sanità pubblica e, per qualsiasi valutazione si rimanda all'acquisizione del protocollo di studio in considerazione della necessità di poter comprenderne dettagliatamente l'organizzazione, la definizione del campione nonché la tempistica; si resta in attesa del materiale da parte del Prof. Crisanti considerando che tale lavoro potrebbe essere altresì orientato a uno studio multicentrico per il quale diverrebbe necessaria l'approvazione del Comitato Tecnico Scientifico Nazionale.
Una volta redatto il protocollo di studio, si evidenzia inoltre come sia necessario il coinvolgimento della Direzione Formazione ed Istruzione e l'espressione di un loro parere circa la fattibilità dello stesso.
Il comitato scientifico ritiene infine si debba valutare anche l'effettiva capacità di rendere operativo lo studio in considerazione dell'attuale carico degli operatori sanitari dei Dipartimenti di Prevenzione attualmente impegnati sul duplice fronte del testing / contact tracing e della vaccinazione.
Relativamente invece al secondo argomento, ovvero le RSA, la proposta consiste "*nel trasferire gli ospiti non ancora infetti in strutture sicure per limitare il contagio*", come riportato testualmente nell'allegato documento.
Dalla discussione, oltre a emergere come tale proposta non sia finalizzata all'apertura di nuove RSA bensì al trasferimento di soggetti presso strutture già operative, cosa che peraltro in determinati casi già avviene, si evidenzia come, secondo il parere del relatore, l'applicazione delle indicazioni regionali, sia in merito ai

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

percorsi che alla formazione degli operatori, non sia sufficiente in considerazione di limiti strutturali di alcune e non precisate strutture.
All'unanimità, in considerazione delle indicazioni regionali fornite alle strutture residenziali e dal monitoraggio dell'attività di tali strutture operato dalle singole Aziende ULSS territorialmente competenti, si ritiene che la decisione in merito alla revisione dei requisiti strutturali delle RSA non competa al Comitato Scientifico in quanto attività programmatoria e che potrebbe peraltro rientrare nelle azioni previste nell'ambito di un futuro piano pandemico nazionale.

Il Coordinatore
Dott. Mario Saia

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico - Assistenziale
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 049 8778179

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Allegato

Caro Presidente,
Mercoledì sera mi sono confrontato con Luciano Flor su una serie di possibili azioni per mitigare l'impatto della pandemia nei giorni a venire. A mio avviso vi sono due urgenze da affrontare tempestivamente La prima la riapertura delle scuole. A tutt'oggi non vi sono informazioni sufficienti per predire l'impatto della loro riapertura e quindi la progettazione di azioni di mitigazione. la mia proposta e' quella di riaprire immediatamente un distretto scolastico o un gruppo di scuole in una provincia e iniziare un'azione capillare di controllo della trasmissione con tamponi rapidi tra quelli più affidabili per analizzare il ruolo di diversi parametri incluso la dimensione dei plessi scolastici, la numerosità delle classi e il pendolarismo di insegnanti e studenti. Questa analisi le permetterà di acquisire le informazioni necessarie per garantire la ripresa delle scuole in tutta la regioni in condizioni di aumentata sicurezza. La seconda urgenza riguarda le RSA, la maggior parte di queste strutture nella regione sono infette e contribuiscono in modo significativo al numero di decessi giornalieri. Bisogna prendere atto che queste strutture ha o una limitata capacità assistenziale, non sono adatte dal punto di vista architettonico a differenziare percorsi sporco/pulito, non hanno le infrastrutture e competenze per isolare gli ospiti infetti da quelli sani. Non credo che la vaccinazione di massa degli ospiti possa progredire con la celerità sufficiente per bloccare la trasmissione. Bisogna inoltre considerare che gli ospiti delle RSA hanno un eta' molto avanza e soffrono di patologie multiple. Nulla conosciamo sulla capacità del vaccino di proteggere queste persone. Esiste la possibilità in queste condizioni che persone vaccinate possano ammalarsi anche gravemente. Situazione questa che se si avverasse comprometterebbe la credibilità della campagna vaccinale. Non le sto suggerendo di non vaccinare anzi se possibile si deve accelerare ma questa misura deve essere accompagnata da un piano regionale per trasferire gli ospiti non ancora infetti in strutture sicure allo scopo di limitare il contagio. In altre parole bisogna creare dei "rifugi covid free". Questo avrebbe l'effetto immediato di ridurre drammaticamente la mortalità. Lei ha più volte menzionato la variante inglese questa fortunatamente è stata reperita occasionalmente nella nostra regione e fortunatamente ancora non svolge un ruolo significativo nella trasmissione endogena. Non sarà facile contrastare l'entrata di questa variante in Italia ma una cosa possiamo fare. Farci trovare preparati. In caso fosse interessato a prendere in considerazione queste proposte mi farò carico di articolare un piano dettagliato insieme al Dott. Flor
Cordiali saluti
andrea crisanti

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 15.1.2021 | Protocollo n. 1002 Class. | Allegati n. 2

Oggetto: Comitato Scientifico COVID-19. Emergenza COVID-19. Documenti "*Linee di indirizzo per lo svolgimento delle Visite d'idoneità agonistica per atleti nel periodo di emergenza legato alla pandemia da SARS-CoV-2. Gennaio 2021*", "*Linee di indirizzo per la tutela della salute degli operatori sanitari e degli atleti nel corso dello svolgimento delle Visite Medico-Sportive agonistiche e non agonistiche per atleti nel periodo di emergenza legato alla pandemia da SARS-CoV-2. Gennaio 2021*".

Egregio Sig.
Dott. Luciano Flor
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Regione Veneto

Con la presente si trasmettono in allegato i documenti in oggetto, forniti al Comitato Scientifico dal dott. Travain dell'UO Assistenza specialistica, liste di attesa, termale, e approvati telematicamente in data odierna dal Comitato Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020, con le osservazioni di seguito riportate.

Oltre a precisare che durante i test da sforzo tra maschera e flussimetro va inserito un filtro, nel documento di indirizzo per lo svolgimento delle Visite d'idoneità agonistica per atleti nel periodo di emergenza, per quanto riguarda il gruppo A ("Covid negativi Asintomatici") appare più corretto riportare la dizione "Covid negativi e possibili asintomatici positivi" e soprattutto, se trattasi di soggetti asintomatici e pertanto potenzialmente positivi, è da valutare il loro prudenziale inserimento nel gruppo B, per i quali andrebbe specificato il percorso anche in caso di positività al tampone antigenico.

Riguardo al gruppo D "Covid positivi", dal momento che è riportato come per l'effettuazione della visita i soggetti debbano essere guariti, in riferimento al tampone è preferibile specificare cosa si intenda per "pregresso".

Nel secondo documento, ovvero il documento di indirizzo per la tutela della salute degli operatori sanitari e degli atleti, va chiarito se nell'ambito del triage telefonico il periodo temporale senza sintomatologia cui far riferimento sia di "21 giorni", come riportato nello stesso, o di "14 giorni" come previsto dall'altro documento.

Nel medesimo documento appare infine opportuno come nel paragrafo denominato "*Comportamento e dispositivi di protezione individuale per gli operatori sanitari*" venga espressamente riportato di lavarsi le mani tra un paziente e l´altro, e al terzo punto del paragrafo successivo "*Triage prima della visita medico-sportiva*", in luogo di "non si procederà alla visita" è indicato riportare "il soggetto non deve presentarsi alla visita".

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

Linee di indirizzo per lo svolgimento delle Visite d'idoneità agonistica per atleti nel periodo di emergenza legato alla pandemia da SARS-CoV-2
Gennaio 2021

Premesse

Queste linee di indirizzo si riferiscono sia agli atleti che si accingono al rinnovo dell'idoneità sportiva agonistica per la naturale scadenza del certificato (visita erogata entro due mesi dalla scadenza del certificato), che per quelli che possiedono ancora un certificato valido, ma a causa di eventi intercorrenti (infezione sospetta o presunta da SARS-CoV-2), necessitano di una valutazione da parte del medico dello sport prima della ripresa delle attività Agonistiche. Il testo deriva da un consenso di esperti, dalla attuale letteratura scientifica e da linee-guida nazionali[1], tuttavia, considerato che le evidenze scientifiche in merito all'infezione da SARS-COV-2 sono in continua evoluzione, è possibile che in futuro esse debbano essere integrate e/o aggiornate.

Atleti con certificazione agonistica scaduta o in scadenza nei 2 mesi successivi:

Nel caso di atleti con certificazione agonistica da rinnovare (scaduta o in scadenza entro due mesi), il medico dello sport, oltre al nuovo certificato di idoneità agonistica (da compilare senza alcuna nota ed identico al consueto certificato di idoneità), dovrà redigere una lettera per il medico di medicina generale (o pediatra di libera scelta) che attesti l'avvenuta rivalutazione clinica dell'atleta in conformità alle linee di indirizzo regionale per atleti a rischio di aver contratto il virus o positivi al tampone per SARS-CoV-2, segnalando la possibilità o meno della ripresa dell'attività sportiva agonistica e, ove appropriato, dell'attività motoria scolastica.

Atleti con certificazione agonistica NON in scadenza nei 2 mesi successivi:

Nel caso di atleti con certificazione ancora valida (scadenza distante più di due mesi dalla valutazione clinica), il medico dello sport che ha emesso il certificato in corso di validità potrà confermare il certificato di idoneità agonistica attraverso l'emissione di un'attestazione della possibilità di riprendere l'attività agonistica (Attestazione Return to play, vedi Allegato 1). Oltre all'attestazione, il medico dello sport dovrà anche in questo caso redigere una lettera per il medico di medicina generale (o pediatra di libera scelta) che attesti l'avvenuta rivalutazione clinica, come precedentemente specificato.

Nel caso in cui l'atleta si rivolga ad un medico dello sport diverso da quello che ha emesso il certificato in corso di validità, il nuovo medico valutatore potrà decidere se eseguire una nuova visita di idoneità completa (in tal caso potrà emettere il nuovo certificato) o svolgere il ruolo di consulente, rilasciando all'atleta la documentazione degli accertamenti effettuati. In tal caso, l'atleta, con questa documentazione, dovrà rivolgersi al medico (o alla Struttura) che ha emesso il certificato in corso di validità per l'eventuale rilascio dell'Attestazione Return to play.

Atleti con forma grave di infezione da SARS-CoV-2:

Per quanto riguarda gli atleti che hanno avuto una forma grave o sono andati incontro ad un ricovero per infezione da SARS-CoV-2 +, l'indicazione è di rivolgersi ad un Centro di III livello per sottoporsi alle valutazioni cliniche previste.

Poiché per la certificazione di idoneità è molto importante la possibilità di accesso alla cartella clinica relativa alla certificazione in corso, la raccomandazione è che gli atleti con certificato ancora valido svolgano la valutazione presso il medico dello sport (o la Struttura) che ha emesso l'idoneità in atto.

Tutti gli atleti al momento della visita medica finalizzata al rilascio del certificato di idoneità alla pratica dello sport agonistico dovranno sottoscrivere il documento denominato "Allegato 2" (da conservare in copia nella cartella clinica dell'atleta).

Qualora l'infezione da Sars-COV-2 sopraggiungesse in corso di validità della certificazione di idoneità alla pratica dello sport agonistico, l'atleta, ad avvenuta guarigione, è tenuto ad informare anche il Medico Specialista in Medicina dello Sport o la Struttura di Medicina dello Sport certificatori dell'idoneità in corso.

Suddivisione della Popolazione

La popolazione di atleti viene divisa in cinque categorie:

Gruppo A: Covid negativi Asintomatici:

- Atleti che non hanno mai eseguito un tampone (antigenico o molecolare), con anamnesi e clinica negative, nessuna storia di contatto stretto con soggetti SARS-CoV-2 positivi e nessun sintomo suggestivo per infezione da SARS-CoV-2 nei 14 giorni antecedenti la valutazione medico-sportiva (temperatura corporea > 37.5 °C, tosse, spossatezza importante, difficoltà respiratoria, dolori muscolari diffusi, diarrea, perdita dell'olfatto, perdita del gusto).
- Atleti che hanno eseguito un tampone (antigenico o molecolare) risultato negativo.

Gruppo B: Atleti asintomatici che, secondo la normativa vigente, sono considerati contatti stretti di casi di infezione da SARS-CoV-2.

[1]Idoneità e ripresa all'attività sportiva agonistica in atleti non professionisti COVID-19 positivi guiariti e in atleti con sintomi suggestivi per COVID-19 in assenza di diagnosi di SARS-COV-2 – FMSI

Gruppo C Covid negativi Sintomatici (covid-like): atleti con anamnesi e clinica positiva per uno dei criteri descritti in precedenza (febbre, tosse etc…) nei 14 giorni antecedenti la valutazione medico-sportiva.
Gruppo D Covid positivi: sono atleti con pregresso tampone molecolare positivo per SARS-CoV-2.
Gruppo E: sono atleti risultati positivi al test sierologico (IgG e/o Ig M +)

Gruppo A

Sono atleti che possono essere sottoposti a visita di idoneità sportiva standard.

Gruppo B

Gli atleti possono essere regolarmente sottoposti alla visita per il rinnovo dell'idoneità sportiva alla sua naturale scadenza, nel caso in cui il contatto risulti antecedente la durata del periodo di quarantena secondo la normativa vigente.
Gli atleti per i quali non sia ancora trascorso un numero di giorni corrispondente alla durata della quarantena secondo la normativa vigente, devono essere segnalati con comunicazione scritta al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, che procederà secondo la normativa vigente, attualmente, se ritiene, eseguendo un tampone antigenico rapido ed un successivo tampone molecolare, solo nel caso di positività. In caso di negatività al tampone (antigenico o molecolare) di fine quarantena, o di scadenza dei termini della quarantena in assenza di sintomatologia, gli atleti possono rientrare nelle modalità di valutazione del gruppo A.
In caso di positività al tampone molecolare, gli atleti saranno inclusi nel gruppo D.

Gruppo C

Gli atleti che abbiano presentato sintomi compatibili con infezione da SARS-CoV-2 nei 14 giorni precedenti, potranno essere sottoposti a tampone antigenico rapido, se disponibile. In caso di positività, l'atleta dovrà sottoporsi a tampone molecolare. In caso di tampone antigenico rapido o molecolare negativo, l'atleta potrà essere incluso nel gruppo A. Al contrario, nel caso la positività venga confermata, l'atleta dovrà essere incluso nel gruppo D.
Nelle condizioni in cui il tampone antigenico rapido non sia disponibile, l'atleta dovrà essere segnalato al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, che deciderà se eseguire un tampone. Se il MMG (o PLS) decidesse di non sottoporre l'atleta al tampone, la visita potrà essere eseguita dopo non meno di 14 giorni dalla scomparsa dei sintomi.
Nel caso in cui il tampone (antigenico rapido o molecolare) prescritto (o eseguito) dal MMG (o PLS) dimostri la presenza di una positività, l'atleta dovrà essere incluso nel gruppo D (previa la conferma con tampone molecolare nel caso di positività al tampone antigenico rapido). Infine, in caso di tampone antigenico rapido o molecolare negativo, l'atleta potrà essere incluso nel gruppo A.

Gruppo D

Sono soggetti risultati positivi per SARS-CoV-2 (vanno considerati a tal fine solo quelli con tampone molecolare positivo), che per essere sottoposti a valutazione medico-sportiva devono risultare guariti, in base alla normativa vigente.
Una volta dichiarati guariti i soggetti del gruppo D possono essere differenziati in 2 gruppi:

- Soggetti asintomatici o con sintomi lievi (primi due stadi di gravità della malattia COVID-19 secondo la classificazione NIH): devono essere sottoposti ad un'accurata valutazione clinica e sottoposti a spirometria e test da sforzo massimale con monitoraggio della saturazione periferica. Per il completamento dell'inquadramento clinico, il medico dello sport potrà, a suo giudizio, avvalersi di ulteriori accertamenti strumentali quali Ecocolordoppler cardiaco, Holter ECG delle 24 ore, Test da sforzo cardiorespiratorio*, Rx torace, esami bioumorali. In base ai risultati delle valutazioni eseguite, l'atleta potrà risultare idoneo o meno alla ripresa delle attività agonistiche per lo sport praticato.

- Soggetti con sintomi gravi o con storia di ricovero per infezione da SARS-CoV-2 (ultimi tre stadi di gravità della malattia COVID-19 secondo la classificazione NIH): devono essere inviati in un centro di **terzo livello** per essere sottoposti ad una visita completa che comprenda anche spirometria, test cardiopolmonare*, Ecocolordoppler cardiaco, Holter ECG delle 24 ore, esami bioumorali. In base alla valutazione anamnestica, clinica e agli esami e test funzionali effettuati, anche avvalendosi della consulenza di un team multidisciplinare, potrà essere delineato un percorso diagnostico che potrà prevedere altri accertamenti ritenuti utili al completamento diagnostico.

*Considerato che il test da sforzo cardiopolmonare (CPET) è una procedura eseguita in circuito aperto per la sua esecuzione in sicurezza è necessario il riscontro di un tampone negativo o l'utilizzo di idonei filtri antivirali.

[1]Idoneità e ripresa all'attività sportiva agonistica in atleti non professionisti COVID-19 positivi guiariti e in atleti con sintomi suggestivi per COVID-19 in assenza di diagnosi di SARS-COV-2 – FMSI

Stadio	Caratteristiche
Infezione asintomatica o presintomatica	Diagnosi di SARS-CoV-2 in completa assenza di sintomi
Malattia lieve	Presenza di sintomatologia lieve (es. febbre, tosse, alterazione dei gusti, malessere, cefalea, mialgie), ma in assenza di dispnea e alterazioni radiologiche
Malattia moderata	$SpO_2 \geq 94\%$ e evidenza clinica o radiologica di polmonite
Malattia severa	$SpO_2 < 94\%$, $PaO_2/FiO_2 < 300$, frequenza respiratoria > 30 atti/min (nell'adulto), o infiltrati polmonari > 50%
Malattia critica	Insufficienza respiratoria, shock settico, e/o insufficienza multiorgano.

Gruppo E

Per gli atleti risultati positivi al test sierologico (IgG e/o IgM) si deve fare riferimento al gruppo C, se tale test è stato eseguito nei 14 gg precedenti, mentre ci si dovrà riferire al gruppo D, nel caso il test sia antecedente i 14 gg rispetto alla data di valutazione dell'atleta.

Modalità di accesso alle Strutture Pubbliche di Medicina dello Sport e dell'Esercizio

Le modalità di accesso alle strutture pubbliche o private convenzionate per i soggetti SARS-CoV-2 positivi asintomatici o con sintomi lievi e guariti possono essere le seguenti:

- Atleti minorenni o maggiorenni con certificato scaduto o in scadenza: modalità di richiesta consueta ed invariata;
- Atleti minorenni o maggiorenni con certificato in corso di validità (data di scadenza distante più di 2 mesi): impegnativa e richiesta di prestazione del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta con DEMA con codice:
  - ✓ 89.01_42 "VISITA PER PRESCRIZIONE DI ESERCIZIO FISICO STRUTTURATO DI CONTROLLO"
  - ✓ 89.43_3 "TEST DA SFORZO CARDIOVASCOLARE AL CICLOERGOMETRO – CONTROLLO"
- Nel caso di Struttura di Medicina dello Sport e dell'Esercizio pubblica, che abbia già valutato l'atleta nel passato, ove possibile dal punto di vista della gestione amministrativa delle prestazioni, emissione diretta in occasione della valutazione da parte del Medico dello Sport di DEMA con impegnativa e richiesta di prestazioni con i codici riportati in precedenza.

Le modalità di accesso alle strutture di III livello per i soggetti SARS-CoV-2 positivi che anno presentato sintomi gravi o con storia di ricovero per tale infezione, in entrambi i casi ora guariti, possono essere le seguenti:

- Atleti minorenni o maggiorenni con certificato scaduto o in scadenza: modalità di richiesta consueta ed invariata (avendo avuto cura di segnalare la pregressa infezione al momento della prenotazione)
- Invio da parte del Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta con DEMA con impegnativa e richiesta di prestazione con codice
  - ✓ 89.7_39 "PRIMA VISITA". Specificando nelle note: "Visite di Medicina dello sport per atleta con pregressa malattia COVID-19"

[1]Idoneità e ripresa all'attività sportiva agonistica in atleti non professionisti COVID-19 positivi guiariti e in atleti con sintomi suggestivi per COVID-19 in assenza di diagnosi di SARS-COV-2 – FMSI

Le informazioni seguenti sono tratte da: **MANUALE MEDICI DI MEDICINA GENERALE E INTERVENTI DI SANITÀ PUBBLICA IN SINERGIA CON IL SISP (SERVIZIO DI IGIENE E SANITÀ PUBBLICA)**
Rev. 01 del 23.11.2020
L'ultima versione aggiornata di questo documento è disponibile all'indirizzo
https://www.regione.veneto.it/emergenza-coronavirus

Glossario

Isolamento: Separazione delle persone contagiose (infette e/o malate) dalle altre persone, per prevenire la diffusione dell'infezione e la contaminazione degli ambienti.

Quarantena: Restrizione dei movimenti e separazione di persone che non sono malate ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa. L'obiettivo è monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi. Un ulteriore obiettivo è evitare la trasmissione asintomatica dell'infezione.

L'isolamento dei casi positivi e la quarantena dei loro contatti sono misure di sanità pubblica fondamentali, che evitano l'insorgenza di casi secondari e interrompono le catene di trasmissione.

Contatto stretto:
Definizione di contatto stretto (esposizione ad alto rischio):

CHI:

- persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19;
- persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (es. stretta di mano);
- persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- persona che si è trovata in un ambiente chiuso (es. aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei;
- operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

NB: Il Medico o l'Operatore di Sanità Pubblica, sulla base di valutazioni individuali del rischio, può ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.

QUANDO:

Periodo di riferimento temporale per definire il contatto stretto a rischio:
Da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi (se il caso positivo per COVID-19 è sintomatico) o della data di esecuzione del test risultato positivo (se il caso positivo per COVID-19 è asintomatico) fino alla data di inizio dell'isolamento domiciliare fiduciario del soggetto positivo.

Il CONTATTO STRETTO è SOLO chi ha avuto un CONTATTO CON UN SOGGETTO POSITIVO a SARS-CoV-2

Per le persone che hanno avuto un contatto con i soggetti individuati come contatti stretti di un caso positivo non è prevista quarantena né esecuzione di test diagnostico, fino a che i contatti stretti del caso non risultino eventualmente positivi.

Esempio: Marco è positivo. Franco ha avuto un contatto stretto con Marco. Luca non ha mai visto Marco ma ha avuto un contatto stretto con Franco → Luca non è considerato un contatto e non è sottoposto a tampone e quarantena a meno che Franco non diventi positivo a sua volta.

[1]Idoneità e ripresa all'attività sportiva agonistica in atleti non professionisti COVID-19 positivi guiariti e in atleti con sintomi suggestivi per COVID-19 in assenza di diagnosi di SARS-COV-2 – FMSI

°Atleti che corripondono alla definizione di contatto stretto secondo normativa vigente

*La segnalazione andrà inoltrata in forma scritta al MMG/PLS.

**La segnalazione va inoltrata per iscritto al MMG/PLS che dovrà comunicare la sua decisione per iscritto. In assenza di tampone bisogna comunque aspettare almeno 14 giorni dalla scomparsa dei sintomi (o dall'esecuzione del sierologico) prima di procedere con la visita. L'esito del tampone negativo va inserito in cartella clinica.

***L'atleta dovrà aver concluso l'isolamento e aver eseguito gli eventuali tamponi secondo normativa in atto prima di essere sottoposto alla visita. In caso di pregresso sierologico positivo (>14 gg) in assenza di tampone, non sarà necessario il tampone.

^ In caso di esecuzione del CPET eseguito in circuito aperto il soggetto dovrà in ogni caso essere stato sottoposto a tampone molecolare risultato negativo.

Allegato 2

DICHIARAZIONE

Io Sottoscritto/a _____

Nato/a a _____

Il _____ CF_____

Dichiaro di essere stato informato dal Dott. _____, Specialista in Medicina dello Sport, dei possibili rischi per la salute, anche a distanza di tempo, conseguenti all'infezione da Sars-COV-2.

Pertanto, ai fini della salvaguardia della salute, mi impegno a comunicare, oltre che al Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta, al Medico Sociale (ove presente) della Società / Federazione Sportiva Nazionale / Ente di Promozione Sportiva / Disciplina Sportiva Associata e al Medico Specialista in Medicina dello Sport / Struttura di Medicina dello Sport che ha rilasciato la certificazione d'idoneità, una eventuale positività al Covid-19 (anche in assenza di sintomi) o del sopraggiungere di sintomatologia riferibile (tra i quali, a titolo non esaustivo, temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia – disturbi dell'olfatto, ageusia – disturbi del gusto) comparsi successivamente alla data della visita odierna.

_____

Data e Luogo

_____

L'atleta *

** in caso di minore, è necessaria anche la firma dei genitori o dell'esercente la potestà genitoriale*

_____

I Genitori *o l'esercente la potestà genitoriale*
(in caso di atleta minore)

_____

Il Medico Specialista in Medicina dello Sport

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Allegato 1

ATTESTAZIONE RETURN TO PLAY

Io Sottoscritto Dott.ssa / Dott.

_____

Medico Specialista in Medicina dello Sport

ATTESTO

che l'Atleta _____

Nato a _____

Il _____ CF_____

Precedentemente dichiarato **Idoneo** alla pratica sportiva agonistica per lo

sport_____ in data _____

è stato rivalutato in data _____ e a seguito della visita medica da me effettuata e degli

accertamenti presi in visione, può riprendere la pratica dello sport agonistico.

Data e Luogo Il Medico *(Firma e Timbro)*

REGIONE DEL VENETO

Linee di indirizzo per la tutela della salute degli operatori sanitari e degli atleti nel corso dello svolgimento delle Visite Medico-Sportive agonistiche e non agonistiche per atleti nel periodo di emergenza legato alla pandemia da SARS-CoV-2
Gennaio 2021

Premesse

- La tutela sanitaria delle attività sportive rientra pienamente nell'ambito della tutela e promozione della salute pubblica, sia attraverso la certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica, sia attraverso più ampi interventi di promozione dell'attività motoria, come strumento di prevenzione primaria di patologie legate alla sedentarietà rivolta a tutta la popolazione e di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico strutturato, come strumento preventivo e terapeutico di patologie croniche esercizio- sensibili.
- La visita medico-sportiva, comprensiva di tutti gli accertamenti a norma di legge, anche in questo difficile contesto di emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del COVID-19, rappresenta un fondamentale strumento di screening, realizzabile attraverso un'attenta anamnesi ed esame obiettivo e l'esecuzione degli esami strumentali previsti per legge.
- In considerazione del permanere dell'emergenza Covid-19, si ritiene necessario ribadire le corrette misure preventive al fine di garantire la sicurezza, sia del Medico e degli altri eventuali operatori sanitari, sia dell'atleta che si sottopone a visita.
- Il presente documento ha lo scopo di fornire raccomandazioni, al meglio delle evidenze medico-scientifiche attualmente a disposizione, sulle precauzioni da adottare al fine di ridurre quanto più possibile il rischio di contagio tra operatori sanitari sani (asintomatici, Covid negativi o non testati Covid) addetti alla visita medico-sportiva e gli atleti (asintomatici, Covid negativi o non testati Covid) che ad essa si sottopongono. La valutazione medico-sportiva degli atleti Covid positivi guariti e di quelli potenzialmente a rischio esula dal presente documento.

Prenotazione della visita

- Favorire la prenotazione telefonica, prevedendo i tempi dilatati per la sanificazione deli ambienti.
- All'atto della prenotazione si raccomanda un triage telefonico Covid-oriented al fine di individuare: atleti Covid positivi guariti; atleti asintomatici ma che hanno avuto nei 21 giorni precedenti sintomi potenzialmente attribuibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea > 37.5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia); atleti con anamnesi di contatti stretti con casi confermati, sospetti o probabili (familiari, colleghi di lavoro, eccetera). Nel caso l'atleta rientri in una delle tre fattispecie sopra riportate, non si procederà alla normale visita di idoneità sportiva, ma l'atleta verrà gestito secondo quanto riportato nelle: **"Linee di indirizzo per lo svolgimento delle Visite Medico-Sportive agonistiche e non agonistiche per atleti a rischio di aver contratto il virus o positivi al tampone".**
- L'atleta dovrà essere invitato a seguire scrupolosamente tutte le indicazioni generali fornite dall'Istituto Superiore di Sanità presentarsi alla visita con mascherina chirurgica, vestito con abbigliamento ginnico e senza accompagnatori; solo in caso di effettiva necessità e per i minorenni sarà concessa la presenza di un unico accompagnatore che deve adottare le medesime precauzioni.

  Indicazioni aggiornate sono riportate nei link a seguire:

  https://www.azero.veneto.it/-/emergenza-coronavirus

  http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus

  https://www.interno.gov.it/it/speciali/coronavirus

- Al fine di evitare assembramenti nella segreteria e nella sala d'aspetto, prevedere solo visita su prenotazione e con orari opportunamente scaglionati.
- Si suggerisce di delimitare le aree di accesso alla segreteria, alla sala d'attesa e agli ambulatori, con appositi percorsi in entrata e in uscita, in modo da assicurare il distanziamento di almeno 1 metro fra le persone. La distanza di 1 metro va mantenuta anche nei posti a sedere in sala d'attesa.
- Per quanto riguarda le sale d'attesa la capienza massima dovrà essere commisurata agli spazi disponibili

Comportamento e dispositivi di protezione individuale per gli operatori sanitari

- E' necessario che gli operatori sanitari non siano Covid positivi, seguano le indicazioni generali dell'Istituto Superiore di Sanità e si astengano dal lavoro in caso di febbre > 37,5°c e/o di sintomi sospetti.
- E' raccomandato che il personale sanitario impiegato nella visita di idoneità agonistica per gli sport gruppo B (DM 18.2.82) indossi sempre camice monouso, FFP2, guanti monouso, cappellino monouso e occhiali/visiera protettivi.
- E' raccomandato che il personale sanitario impiegato nella visita di idoneità non agonistica (DM 2014) e nella visita di idoneità agonistica per gli sport gruppo A (DM 18.2.82) indossi sempre mascherina chirurgica e guanti monouso.
- Tutti i dispositivi di protezione individuali dovranno essere correttamente smaltiti al termine della sessione lavorativa, ad eccezione degli occhiali/visiere che dovranno, tuttavia, essere sanificati.

Triage prima della visita medico-sportiva

- L'atleta, protetto da mascherina chirurgica correttamente indossata, dovrà essere sottoposto alla misurazione della temperatura corporea. In caso di temperatura > 37,5° C o di sintomi sospetti, non si procederà alla visita e l'atleta verrà gestito secondo quanto riportato negli specifici documenti regionali.
- L'atleta (e l'eventuale accompagnatore) dovrà consegnare un'apposita autocertificazione Covid-oriented, debitamente compilata in ogni sua parte e sottoscritta, al fine di individuare: atleti Covid positivi guariti; atleti asintomatici ma che hanno avuto sintomi nei 21 giorni precedenti attribuibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia); atleti con anamnesi positiva per contatti stretti con casi confermati, sospetti o probabili (familiari, luogo di lavoro, eccetera).
- Nel caso l'atleta abbia indicato di essere risultato COVID positivo nei 21 giorni precedenti la visita (in assenza di successivo tampone molecolare negativo), o di aver avuto sintomi attribuibili all'infezione da Covid-19, o di aver avuto contatti stretti a rischio, non si procederà alla visita.
- L'atleta dovrà procedere al lavaggio e disinfezione delle mani mantenendo indossata per tutta la visita (tranne durante la spirometria) la mascherina chirurgica che, se ritenuta non idonea, sarà sostituita dall'ambulatorio.
- Nella sala di attesa dovrà essere mantenuta la distanza di sicurezza di almeno 1 metro e dovranno essere a disposizione dell'utenza idonei disinfettanti per le mani.

Esecuzione della visita medico-sportiva

- Si raccomanda di mantenere sempre la maggior distanza possibile fra operatori sanitari ed atleta.
- Durante l'esecuzione della spirometria, l'operatore sanitario dopo aver spiegato la tecnica di esecuzione dell'esame dovrà posizionarsi dietro il paziente a distanza di sicurezza.
- Ove possibile, si consiglia di posizionare lo spirometro in prossimità di una finestra che dovrà essere aperta durante l'esame.
- Lo spirometro, al quale andranno applicati solo boccagli con filtro monouso antivirali, dovrà essere igienizzato con appositi disinfettanti tra un atleta e l'altro.
- Durante l'esecuzione del test da sforzo, da eseguirsi secondo quanto previsto dalle normative vigenti, gli operatori sanitari dovranno mantenersi il più possibile a distanza di sicurezza, possibilmente non di fronte all'atleta.
- L'esame delle urine è raccomandato che venga eseguito su un campione portato dal paziente dal proprio domicilio; in alternativa il test deve essere eseguito immediatamente dopo il mitto e, in seguito, devono essere disinfettate le superfici di contatto con il contenitore del campione.
- Si raccomanda di utilizzare sempre materiali monouso (boccagli per lo spirometro con filtri antivirali, elettrodi ECG*, lenzuola, teli per la detersione del sudore, sottobracciali per la misurazione della pressione usa e getta), i quali dovranno essere smaltiti, dopo ogni visita, nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti.
- Dopo la visita di ogni atleta, tutte le superfici e gli strumenti non monouso utilizzati per la visita (lettino, fonendoscopi, apparecchi per la pressione, ergometri, penne) dovranno essere sottoposti a procedure di disinfezione con prodotti idonei (contenenti etanolo al 62-71%, o perossido di idrogeno al 0,5% o ipoclorito di sodio al 0,1%).
- L'ambulatorio ove si svolge la visita dovrà essere adeguatamente areato tra un atleta e l'altro, mentre il personale sanitario dovrà cambiare i guanti dopo ogni visita.
- L'ambulatorio ove si svolge la visita dovrà essere adeguatamente igienizzato a fine giornata utilizzando uno dei prodotti precedentemente indicati.

*Nel caso di elettrodi ECG di sistema a suzione, sarà necessario eseguire un'accurata sanificazione dopo ogni atleta.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 22.12.2020 | Protocollo n. 30604 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Scientifico COVID-19. Parere in merito alla nota del Presidente del Direttivo ANPO e Direttivo AAFM Veneto recante "attività sanitarie in emergenza COVID-19" del 18.12.2020.

Egregio Sig.
Dott. Gianluigi Masullo
Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il parere in oggetto approvato telematicamente dal Comitato Scientifico Comitato Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Parere in merito alla nota del Presidente del Direttivo ANPO e Direttivo AAFM Veneto recante "attività sanitarie in emergenza COVID-19" del 18.12.2020.

Preliminarmente si ritiene doveroso precisare come il Comitato Scientifico non possa rappresentare l'interlocutore per istanze mosse dalle associazioni sindacali, in considerazione del ruolo attribuito dalla Giunta Regionale del Veneto con DGR 2.3.2020, n. 269, ovvero il supporto all'Area Sanità e Sociale in relazione alle scelte e alle azioni che dovranno essere adottate dal Presidente e dalla Giunta regionale per il superamento dell'emergenza sanitaria in essere - comunque nel rispetto degli indirizzi emanati dal Ministero della Salute e dal Comitato tecnico-scientifico di cui all'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020.
Di seguito si riporta il parere del Comitato Scientifico in merito ai contenuti della nota in oggetto per quanto di competenza.

In riferimento all'osservazione secondo la quale la riduzione dell'impegno delle terapie intensive "*è sicuramente motivata dove queste sono sovraccariche*" va considerata l'organizzazione regionale del Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica, che non riguarda la sola gestione delle richieste di soccorso bensì ha come compito il coordinamento generale dell'operatività e della programmazione, non limitandosi pertanto a recepire e smistare le chiamate, ma intervenendo nelle fasi precedenti e successive ad esse.
La gestione del "posto letto" di terapia intensiva non può essere in alcun modo inteso in termini esclusivamente fisici, ma deve necessariamente comprendere l'insieme di strutture e procedure richieste da tutte le necessità diagnostiche e terapeutiche del paziente: la possibilità di trasferire un paziente dovrà sempre essere oggetto di una comparazione tra le sue condizioni cliniche generali e la disponibilità complessiva delle strutture.
Tale concetto trova piena applicazione nell'attuale organizzazione, caratterizzata dalla diffusione su tutto il territorio regionale di comuni indirizzi procedurali per la gestione del paziente con Sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS), che contengono precise indicazioni per l'accesso ai diversi setting assistenziali, tra i quali la terapia intensiva.
Ne deriva pertanto come tutte le strutture ospedaliere dotate di posti letto di terapia intensiva facciano parte del sistema per fronteggiare l'emergenza sanitaria e operino in piena integrazione, superando la datata concezione di ogni ospedale come una realtà isolata, ma intendendolo invece come un elemento di un sistema globale, come peraltro testimoniato dal recente provvedimento con il quale la Regione Veneto ha istituito il Dipartimento interaziendale funzionale regionale del Servizio Urgenza Emergenza Medica e il Coordinamento delle Terapie Intensive (DGR n. 1367 del 16 settembre 2020).
Di conseguenza non può ritenersi immotivato il coinvolgimento di tutte le terapie intensive proprio in considerazione del fatto che tutto il Servizio di Urgenza ed Emergenza Medica deve configurarsi come un vero e proprio unico "reparto ospedaliero", con un ruolo fondamentale nella gestione del paziente critico, e che utilizza le proprie potenzialità per razionalizzare la gestione delle risorse, intese anche come strutture ospedaliere coinvolte nella gestione dei pazienti critici, grazie alle valutazioni cliniche basate sul bagaglio formativo e culturale del personale operante in tale contesto.

Relativamente alla riduzione dell'attività specialistica ambulatoriale si fa presente che allo stato attuale una parte assolutamente non trascurabile e sempre maggiore di personale sanitario è stata adibita ad attività correlate all'epidemia da Sars Cov-2 e, in tale scenario, a parte dell'attività

programmata, non urgente e differibile, non è tuttora purtroppo possibile dare un'adeguata risposta ma, qualora sia possibile riallargare l'attività programmata, anche a situazioni caratterizzate da minor urgenza, il principio da adottare in tema di governo delle liste d'attesa è quello finalizzato a garantire l'accesso dei cittadini ai servizi sanitari con l'applicazione di rigorosi criteri di appropriatezza e di rispetto delle classi di priorità e di trasparenza del sistema a tutti i livelli, come riportato della DGR n. 320 del 12 marzo 2013.
A tal proposito è utile rammentare come la succitata DGR preveda come ai Direttori Generali sia stata data facoltà di ridurre o sospendere l'attività in regime di libera professione intramoenia anche a scopo di convogliare risorse, spazi ed attrezzature verso l'attività istituzionale ai fini di mantenere il rispetto dei tempi di attesa.
Si riporta inoltre come il rispetto dei tempi massimi di attesa per l'accesso alle prestazioni sanitarie, anche tramite gli erogatori privati accreditati, sia espressamente previsto dall'art. 38 "Interventi per il governo delle liste d'attesa" della Legge 30.12.2016, n. 30, recante "Collegato alla legge di stabilità regionale 2017" e rappresenti pertanto un obbligo in capo alle le Aziende ULSS e ospedaliere nei confronti dei propri assistiti.
Per quanto concerne invece la situazione riportata nella nota e definita come paradossale relativa ad alcune gestanti "*che avevano scelto di essere seguite privatamente dal medico ospedaliero ed oggi non trovano posto dai ginecologi liberi professionisti esterni, dal momento che quest'ultimi seguono le donne dall'inizio della gravidanza stessa. Queste madri corrono il rischio di restare senza alcun riferimento perché anche per loro c'è la difficoltà di essere seguite istituzionalmente dai ginecologi in servizio per la saturazione dei posti negli ambulatori ospedalieri.",* quanto riportato non fa che avvalorare il soprariportato principio della DGR 320/2013 finalizzato al rispetto dei tempi d'attesa, e a tal proposito va precisato come nella nota prot. n. 474775 del 6.11.2020 sia espressamente riportato, in analogia alla nota prot. n. 120472 del 13.3.2020, che la sospensione delle attività non riguardi l'area materno-infantile, per la quale vanno garantite tutte le specialistiche, sia le prime visite che i controlli.
In ultima analisi si ritiene doveroso sottolineare come la letteratura scientifica unanimemente raccomandi fortemente la limitazione delle occasioni di contagio a tutela in primis dell'utenza, degli eventuali accompagnatori e, non da ultimo, degli operatori sanitari.

In conclusione, considerando le evidenti criticità nella riduzione dell'attività di specialistica ambulatoriale non caratterizzata da caratteri di urgenza, nonché dell'attività di ricovero programmata, per quanto riguarda l'attività libero professionale intramuraria, si ritiene che la scelta di ripristinare la stessa, nel rispetto di tutte le misure finalizzate al contenimento del contagio, possa essere operata da parte delle singole direzioni aziendali sulla base del contesto locale tenendo conto prioritariamente dell'emergenza di sanità pubblica e soprattutto senza essere minimamente pregiudizievole delle attività connesse alla fase emergenziale sia dal punto di vista dell'impiego di personale che dell'occupazione di spazi.

Padova, 22 dicembre 2020.

Comitato Scientifico Covid-2019
Il Coordinatore
Dott. Mario Saia

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 04.12.2020 | Protocollo n. 28769 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Scientifico COVID-19. Emergenza COVID-19. Indirizzi organizzativi di fase 5.

Egregio Sig.
Dott. Gianluigi Masullo
Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Con la presente si trasmette in allegato il documento in oggetto, approvato telematicamente in data odierna dal Comitato Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020, con le seguenti osservazioni di seguito riportate.

Per quanto concerne le azioni da porre in essere riportate a pag. 1 al punto "*occupare i Covid Hospital al massimo della capacità arrivando a utilizzare ogni spazio a disposizione idoneo per la degenza*" si propone di specificare "*nel rispetto degli standard assistenziali*".

Riguardo al punto "*utilizzare in ogni ospedale le stanze singole come stanze doppie compatibilmente con i limiti strutturali*" andrebbe riportato "*nel rispetto dei requisiti minimi strutturali, impiantistici e tecnologici, e secondo tutte le precauzioni per l'isolamento per le patologie infettive*".

Nella frase "*Dedicare ulteriori ospedali dell'ulss esclusivamente alla patologia Covid-19, mantenendo almeno 2 ospedali all'interno dell'azienda ulss – provincia con meno di 50 pazienti Covid*" sarebbe opportuno specificare che si tratta di patologia Covid-19 per la quale risulta necessario il ricovero in una struttura per acuti, anche alla luce del mutamento nell'attuale distribuzione dei soggetti Covid-19 ricoverati presso le strutture per acuti tra area intensiva e non critica, che, rispetto alla prima fase epidemica, ha evidenziato un rapporto intensiva / non critica pari a 1 a 8 rispetto al 1 a 5 della precedente.

Per l'integrazione delle funzioni dei privati accreditati potrebbe essere opportuno valutare il coinvolgimento anche di strutture private accreditate attualmente non deputate all'attività di emergenza Covid.

Infine, relativamente alla proposta di accentramento in un solo ospedale delle discipline presenti in più ospedali e di far convergere tutte le urgenze verso l'Hub di riferimento, è opportuno specificare che per l'accentramento delle discipline va valutata da un lato la numerosità delle unità operative presenti in ambito aziendale e dall'altro la specificità di tali discipline, in considerazione della presenza di discipline fondamentalmente orientate a espletare attività programmata e di quelle deputate invece a trattare le patologie tempo dipendenti, mentre, per la convergenza presso gli Hub di riferimento, va specificato come per Hub di riferimento non si debbano intendere i cosiddetti ospedali Hub bensì gli Hub per patologia, come per esempio le unità di neurologia dotate di con Stroke Unit di II livello o le unità di cardiologia con laboratorio di emodinamica attivo nelle 24 ore.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

Indirizzi organizzativi di fase 5

Il documento "Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno" approvato dall'Unità di Crisi e dal Comitato scientifico, prevede per la fase 5 l'occupazione fino a 1.000 posti letto di terapia intensiva e fino a 6.000 posti letto per degenza non critica.

Lo stesso dispone inoltre che gli hub sospendano l'attività ordinaria e siano dedicati alle urgenze del territorio di riferimento.

I 1.000 posti letto di terapia intensiva sono individuati nei posti letto previsti dalla dgr 552/20 e pronti all'utilizzo alla data del 20 ottobre e dai 176 posti letto di semi intensiva riconvertibili in terapia intensiva individuati secondo quanto previsto da dgr 782/20 in attuazione del dl 34/20; la riconversione quindi non implica strutturazione ex novo di posti letto.

Con dgr 1406/20 sono stati definiti gli obiettivi dei direttori generali, tra questi gli obiettivi ob2.1 e ob2.2 monitorano l'attuazione e la sostenibilità dell'attivazione di quanto previsto dalla dgr 552/20; in particolare rilevano la presenza delle attrezzature necessarie e del piano aziendale di attivazione, nel quale vengono riportati per ciascun posto letto la posizione rilevata con planimetria, la possibilità di attivazione in termini di personale e di dotazione strutturale, l'ordine e la tempistica di attivazione.

Fin dalla fase emergenziale di marzo sono state attuate azioni organizzative di sostegno all'ottimizzazione dell'utilizzo delle risorse umane che sono di seguito brevemente riassunte:

- Assunzione di personale a tempo determinato, indeterminato e con contratti libero professionali;
- Organizzazione a coorte dei posti letto di terapia intensiva;
- Utilizzo di personale specializzato afferente a altri reparti da attivare contestualmente alla riduzione dell'attività programmata;
- Utilizzo di personale di strutture private accreditate che si rende disponibile dalla sospensione delle attività programmate;
- Ulteriori risorse per acquisto di prestazioni aggiuntive;
- Bando del DPC per reperire 200 medici abilitati all'esercizio della professione, compresi medici specializzati nelle seguenti discipline: Anestesia e Rianimazione, Malattie Infettive, Malattie dell'Apparato Respiratorio, Medicina e Chirurgia d'Accettazione e Urgenza.

Si ritiene che, superata l'occupazione complessiva di 800 posti letto di terapia intensiva (comprensivi dei posti letto occupati da pazienti non covid), si starebbe verificando una situazione di contagio e ospedalizzazione della popolazione generale di estrema gravità.

Per quanto riguarda i 6.000 posti letto di area non critica previsti nella fase 5 del "Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno", considerato che in fase pre covid i posti letto totali di area medica erano 7.216, in fase 5 i pazienti con covid-19 occuperebbero più dell'80% dei posti di area medica. Considerato inoltre che anche con la sospensione di attività programmata una parte di attività medica non è rinviabile, dovranno pertanto essere dedicati alle patologie mediche tutti posti di area medica e i posti letto di area chirurgica liberati con la sospensione delle attività programmate.

Si ritiene anche in tale fase si dovrà progressivamente:

- occupare i Covid Hospital al massimo della capacità arrivando a utilizzare ogni spazio a disposizione idoneo per la degenza;
- utilizzare in ogni ospedale le stanze singole come stanze doppie compatibilmente con i limiti strutturali;
- Dedicare ulteriori ospedali dell'ulss esclusivamente alla patologia Covid-19, mantenendo almeno 2 ospedali all'interno dell'azienda ulss – provincia con meno di 50 pazienti Covid;

- Accentrare in un solo ospedale le discipline presenti in più ospedali della stessa azienda ulss;
- Integrare le funzioni dei privati accreditati nella rete ospedaliera emergenziale destinandoli progressivamente o alla cura di pazienti urgenti di area medica e chirurgica no covid o a integrare l'offerta per pazienti covid-19;
- Far convergere tutte le urgenze verso l'hub di riferimento.

E' inoltre necessario che le aziende ulss definiscano, previa approvazione del Comitato di Emergenza Coronavirus, accordi con le strutture private accreditate per la aumentarne la funzione integrativa della rete ospedaliera, accogliendo pazienti inviati dalle ulss con patologia covid-19, e/o pazienti di area medica urgenti e/o i pazienti con patologie tempo dipendenti.

Considerata la necessità di supportare il personale infermieristico nella gestione dei bisogni primari della persona affetta da covid-19, si ritiene opportuno aumentare per quanto possibile il numero di operatori socio sanitari presenti nei reparti covid-19.

Posti letto da garantire a livello di Azienda sanitaria per sub fasi.

Covid hospital dgr 552/20
Ospedali dedicati a Covid-19 in fase 5

LETTI COVID ATTIVI	F5 DEGENZA NON CRITICA			F5 TI
	F5a	F5b	F5c	
	3.600	**4.800**	**6.000**	**1.000**
AULSS 1	**172**	**229**	**286**	**43**
BELLUNO				23
FELTRE			(max 35)	20
PIEVE DI CADORE				
AGORDO				
LAMON				
CORTINA				
AULSS 2	**462**	**616**	**771**	**120**
TREVISO			(max 100)	71
ODERZO				5
CONEGLIANO				8
VITTORIO VENETO				26
MONTEBELLUNA				6
CASTELFRANCO				
MOTTA DI LIVENZA				
SAN CAMILLO				2
GIOVANNI XXIII				2
PARCO VILLA NAPOLEON				
IRCSS NOSTRA FAMIGLIA				
AULSS 3	**476**	**667**	**857**	**114**
MESTRE			(max 100)	39
VENEZIA SGP				10
DOLO				36
MIRANO				19
CHIOGGIA				8
VILLA SALUS				
POL SAN MARCO				2
SAN CAMILLO				
FATEBENEFRATELLI				
AULSS 4	**168**	**192**	**215**	**42**
SAN DONA'			(max 20)	8
PORTOGRUARO				8
JESOLO				24
RIZZOLA				2
AULSS 5	**258**	**344**	**430**	**64**
ROVIGO			(max 40)	23
ADRIA				7
TRECENTA				30
PORTOVIRO				4
S.M.MADDALENA				
CITTA' DI ROVIGO				
AULSS 6	**402**	**484**	**567**	**104**

SCHIAVONIA				43
CITTADELLA				17
CAMPOSAMPIERO			(max 20)	23
PIOVE DI SACCO				13
CONSELVE				
MONTAGNANA				
ABANO				8
TRIESTE				
VILLA MARIA				
PARCO DEI TIGLI				
AOUPD	**342**	**508**	**674**	**118**
ATTUALE AO PD			(max 370)	101
SANT'ANTONIO				17
AULSS 7	**266**	**346**	**425**	64
BASSANO			(max 60)	22
SANTORSO				42
ASIAGO				
AULSS 8	**292**	**398**	**504**	**89**
VICENZA			(max 110)	73
NOVENTA				
ARZIGNANO				10
MONTECCHIO				
LONIGO				
VALDAGNO				2
ERETENIA				2
VILLA BERICA				2
VILLA S.MARGHERITA				
AULSS 9	**458**	**590**	**722**	**84**
SAN BONIFACIO				10
LEGNAGO			(max 65)	8
BOVOLONE				
VILLAFRANCA				38
BUSSOLENGO				
MALCESINE				
MARZANA				
NEGRAR				14
PESCHIERA				14
SAN FRANCESCO				
CENTRO RIAB. VERONESE				
VILLA GARDA				
VILLA S.GIULIANA				
VILLA S.CHIARA				
AOUI VR	**304**	**426**	**549**	**148**
BORGO TRENTO			(max 200)	106
BORGO ROMA				42
IOV				10
IOV CASTELFRANCO				8
IOV PADOVA				2

Posti letto massimi da garantire per emergenza non covid per pazienti di altri ospedali

Ospedali Hub	PL per pazienti di ospedali di altre aziende sanitarie
MESTRE	70
PADOVA	300
TREVISO	70
VERONA	300
VICENZA	100

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 01-12-2020 | Protocollo n. 28471 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Verbale Comitato Tecnico Scientifico COVID_19 – 10ª riunione del 19.11.2020

Egregio Sig.
Dott. Gianluigi Masullo
Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Con la presente si trasmette in allegato il verbale dell'incontro del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 tenutosi in videoconferenza il 19.11.2020.

Distinti saluti.

Il Coordinatore del Comitato Scientifico
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott.ssa Monica Troiani
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Verbale Comitato scientifico Coronavirus (ex DGR 269/2020) – 10ª riunione

19/11/2020 ore 8:00-9:00

Riunione tenutasi in modalità Videoconferenza

Presenti:

Dr. Mario Saia, Prof. Paolo Navalesi, Prof. Andrea Vianello, Prof. Vincenzo Baldo, Dr.ssa Annamaria Cattelan, Prof.ssa Liviana Da Dalt, Dr. Marco Baiocchi, Prof. Evelina Tacconelli

Argomenti discussi:

Nel corso dell'incontro, in riferimento al documento trasmesso al coordinatore del Comitato Scientifico in data 17.11 in merito alla posizione nei confronti della scelta dei test di screening, che si riporta in allegato, è stata illustrata la richiesta di integrarlo, come richiesto nell'ambito della riunione giornaliera del 18.11 tenuta dal Presidente della Regione e dall'Assessore alla Sanità, fornendo evidenze scientifiche a supporto della posizione assunta e chiarendo le motivazioni a supporto della mancata estensione di quanto proposto a tutta la popolazione limitandola altresì ai soli operatori sanitari.
Dopo aver rappresentato la massima urgenza nel produrre quanto richiesto si avviava un confronto che si concludeva con l'accordo a fornire al coordinatore quanto richiesto quanto prima.

Il Coordinatore
Dott. Mario Saia

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico Assistenziale
governo.clinico@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 0412791344

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Coordinatore del Comitato Scientifico COVID-2019, ex DGR 269/2020,

In relazione al documento “Piano di Sanità Pubblica Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2” nel quale si era valutata l’opportunità di impiegare anche il test rapido al fine di consentire l’efficienza e la sostenibilità delle strategie di Sanità Pubblica, il CS ritiene di proporre la seguente rimodulazione per il personale sanitario in considerazione del mutato scenario epidemiologico e delle nuove indicazioni contenute nell’ultimo documento del Ministero della Salute/ISS “Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica”.

Test di screening nel personale sanitario
L’utilizzo del test molecolare è da considerarsi prima scelta laddove sia garantita la refertazione entro le 36 ore, il test va ripetuto ogni 8 giorni, senza pertanto modificare la cadenza attualmente prevista, per tutto il personale sanitario operante in contesti ad alto rischio.
Il test antigenico rapido diventa la scelta alternativa da eseguire preferenzialmente ogni 4 giorni.

Presenza di positività di operatore sanitario
Nel caso di positività di un operatore sanitario è da considerarsi prioritaria l’esecuzione del test antigenico per l’individuazione immediata dei soggetti positivi e la conseguente tempestiva applicazione delle misure igienico sanitarie. In caso di negatività al tampone rapido si effettuerà la conferma con test molecolare.

Il Comitato scientifico

Andrea Crisanti
Andrea Vianello
Annamaria Cattelan
Evelina Tacconelli
Francesco Zambon
Liviana Da Dalt
Marco Baiocchi
Paolo Navalesi
Vincenzo Baldo

Bibliografia

- M. Mina, R. Parker, D.B. Larremore. Rethinking Covid-19 Test Sensitivity — A Strategy for Containment. N Engl J Med . 2020 Sep 30. doi: 10.1056/NEJMp2025631
- https://www.iss.it/primo-piano/-/asset_publisher/o4oGR9qmvUz9/content/diagnosticare-covid-19-gli-strumenti-a-disposizione.-il-punto-dell-iss (4 novembre 2020)

ricevuta a mezzo m[illegible] 17.11.2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 06/11/2020 | Protocollo n. 26007 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Scientifico COVID-19. Emergenza COVID-19. Parere sui contenuti della bozza della nota di sospensione dell'attività chirurgica programmata con necessità di TIPO e medica per la fase 4.

Egregio Sig.
Dott. Gianluigi Masullo
Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Con la presente si trasmette in allegato il documento in oggetto, trasmesso dall'avv. Botteon e approvato telematicamente in data odierna dal Comitato Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020, che, per quanto di competenza non ha osservazioni in merito ai contenuti.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

In considerazione dello scenario epidemiologico dell'epidemia di COVID-19 e della evoluzione dello stesso, in attuazione ael documento" Aggiornamento del Piano emergenza" adottato dall'Unità di crisi il 22 ottobre relativamente alla fase 4 nonché al documento "Indirizzi clinico-organizzativi per l'attuazione dell'"aggiornamento del Piano Emergenza Autunno" inviato con nota prot. n.466241 del 2 novembre 2020, si dispone di sospendere in ogni struttura ospedaliera pubblica e privata accreditata tutta l'attività chirurgica programmata per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria e l'attività di area medica al fine di poter disporre di personale per la gestione dei pazienti covid e a ad eccezione dell'attività non rinviabile in considerazione del quadro clinico e per la quale la prognosi e le gravi conseguenze cliniche sono fortemente influenzate dalle tempistiche della diagnosi e dell'intervento e in particolare nell'ambito della chirurgia oncologica tenendo conto della storia naturale della malattia e dei protocolli integrati con chemio e radioterapia adiuvante.

Le strutture ospedaliere private accreditate continueranno a garantire il ruolo assegnatogli dalla programmazione rispetto alle reti tempo dipendenti.

Oltre all'attività libero professionale intramoenia, si dispone anche la sospensione dell'attività di specialistica ambulatoriale delle strutture ospedaliere pubbliche e private accreditate ad eccezione delle prestazioni prioritarizzate come U e B, garantendo, sia come prime visite specialistiche che di controllo, l'attività in ambito materno-infantile, oncologico, malattie rare e non rinviabili in considerazione del quadro clinico dei pazienti; sarà cura di ogni struttura avvertire gli utenti programmati con altre priorità per riprogrammare l'appuntamento al termine dello stato di emergenza;

Tali disposizioni devono attuarsi nel più breve tempo possibile al fine di predisporre i posti letto previsti per la fase 4 come da nota n.455886 del 27 ottobre 2020 secondo i tempi tecnici, riducendo al minimo i disservizi al cittadino e trovano applicazione fino a quando l'occupazione dei posti letto non si stabilizzerà nella fase 3 come previsto nel documento "Aggiornamento del Piano d'autunno"

Prescrittori nel valutare terranno presente la situazione

telem

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 12-11-2020 | Protocollo n. 26538 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Scientifico COVID-19. Emergenza COVID-19. Criteri di accesso dei pazienti COVID-19 alla Terapia Intensiva, alla Terapia Semintensiva e a Malattie Infettive.

Egregio Sig.
Dott. Gianluigi Masullo
Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il documento in oggetto inerente ai criteri di ospedalizzazione, corredato dalle flow chart per la gestione del paziente in terapia intensiva e semintensiva qualora disponibile, come richiesto con nota prot. n. 455508 del 27.11.2020 istitutiva del gruppo di lavoro, approvato telematicamente in data odierna dal Comitato Scientifico Comitato Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

CRITERI DI OSPEDALIZZAZIONE DEI PAZIENTI COVID 19

L'ospedalizzazione di un paziente con infezione da SARS-CoV-2 deve essere effettuata sulla base delle specifiche caratteristiche individuali del singolo paziente, valutando la severità della malattia ed il rischio del possibile rapido peggioramento.
Di seguito vengono proposti 5 possibili "fenotipi" di pazienti affetti da infezione da SARS-Cov2 che possono presentarsi al Pronto Soccorso con i corrispondenti setting assistenziali.
Da sottolineare che l'età del paziente (>65 anni), le comorbidità (malattia cardiovascolare, diabete, tumore, malattia onco-ematologica), le alterazioni di alcuni esami ematochimici (linfopenia, piastrinopenia, aumento della PCR, Procalcitonina, LDH, D-Dimero) sono tutti fattori che possono associarsi ad un'evoluzione peggiorativa del quadro clinico e che pertanto andranno di volta in volta considerati.
Esistono inoltre alcuni score consultabili sul web (Quick COVID19 Severity index, qCSI- www.mdcal.com/quick-covid-19-severity-index-qcsi e Clinical Risk Score to Predict the Occurrence of Critical Illness in Hospitalized Patients With COVID-19 http://118.126.104.170/) che contribuiscono ulteriormente a definire il paziente a basso-medio-alto rischio di progressione di malattia.

FENOTIPO 1:

- paziente positivo al tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2, asintomatico o presintomatico.

Setting assistenziale:

Il paziente sarà reinviato a domicilio in isolamento fiduciario, esclusa la presenza di altra patologia che richieda il ricovero ospedaliero.

FENOTIPO 2:

- paziente positivo al tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2, con febbre e/o sintomi respiratori lievi (tosse, faringodinia, etc) senza dispnea, e/o disgeusia/anosmia e/o sintomi gastrointestinali,
- Saturazione aria ambiente >92%
- Atti respiratori: < 28 atti/minuto
- Rx Torace negativo e/o lieve quadro di interstiziopatia polmonare

Setting assistenziale:

Il paziente potrà essere reinviato a domicilio con indicazione alla misurazione della saturazione di ossigeno mediante saturimetro portatile e presa in carico del MMG e/o Medici USCA

FENOTIPO 3:

- paziente positivo al tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2 con febbre e/o sintomi respiratori moderati (tosse, faringodinia, etc) con o senza dispnea
- saturazione aria ambiente ≤ 92%
- risposta stabile (saturazione maggiore o uguale a 94%) a basse dosi di ossigeno (1-2 L) in osservazione per almeno 2 ore
- Atti respiratori < 24 atti/minuto
- Rx Torace: presenza di interstiziopatia diffusa +/- Addensamenti polmonari

Setting assistenziale:

Il paziente potrà essere reinviato a domicilio in ossigenoterapia a bassi flussi 1-2 L qualora venga garantito il saturimetro a domicilio, la fornitura di ossigeno e il monitoraggio clinico quotidiano a domicilio come previsto dallo specifico documento della Gestione domiciliare.

FENOTIPO 4:

- paziente positivo al tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2 con febbre e/o sintomi respiratori moderati (tosse, faringodinia, etc) con o senza dispnea
- saturazione aria ambiente ≤ 92%
- Atti respiratori >28 atti/minuto
- Rx Torace: presenza di interstiziopatia diffusa +/- Addensamenti polmonari
- PaO2: > 60 mmHg

Setting assistenziale:

Il paziente andrà ricoverato.

Si allegano le flow-chart per la gestione del paziente con insufficienza respiratoria moderata e grave.

Bibliografia:

Gandhi RT, Lynch JB, and del Rio C. Mild or Moderate Covid-19. N Engl J Med 2020; 383:1757-66. doi: 10.1056/NEJMcp2009249

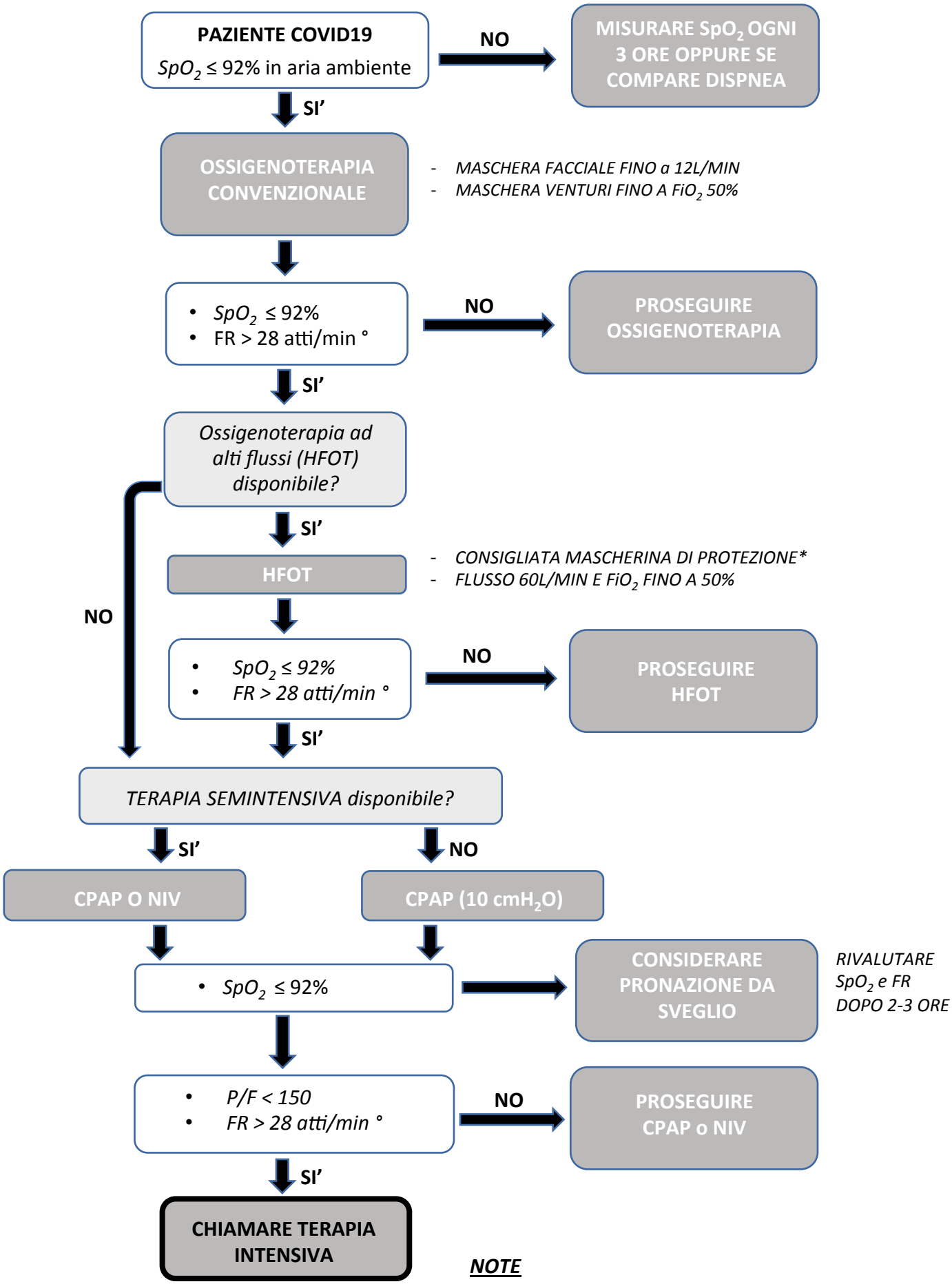
Gandhi RT. The Multidimensional Challenge of Treating Coronavirus Disease 2019 (COVID-19): Remdesivir Is a Foot in the Door. Clin Infect Dis 2020; in press. doi: 10.1093/cid/ciaa1132

Rello J, Storti E, Belliato M, *et al*. Clinical phenotypes of SARS- CoV-2: Implications for clinicians and researchers. *Eur Respir J* 2020; in press

Liang W, Liang H, Ou L et al. for the China Medical Treatment Expert Group for COVID-19. Development and Validation of a Clinical Risk Score to Predict the Occurrence of Critical Illness in Hospitalized Patients With COVID-19 *JAMA Intern Med.* 2020;180(8):1081-1089. doi:10.1001/jamainternmed.2020.2033

Interim Clinical Guidance for Management of Patients with Confirmed Coronavirus Disease (COVID-19). CDC. Updated Oct. 27, 2020 https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html

GESTIONE DELL'INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA DA SARS-COV2 (DA MODERATA A GRAVE)

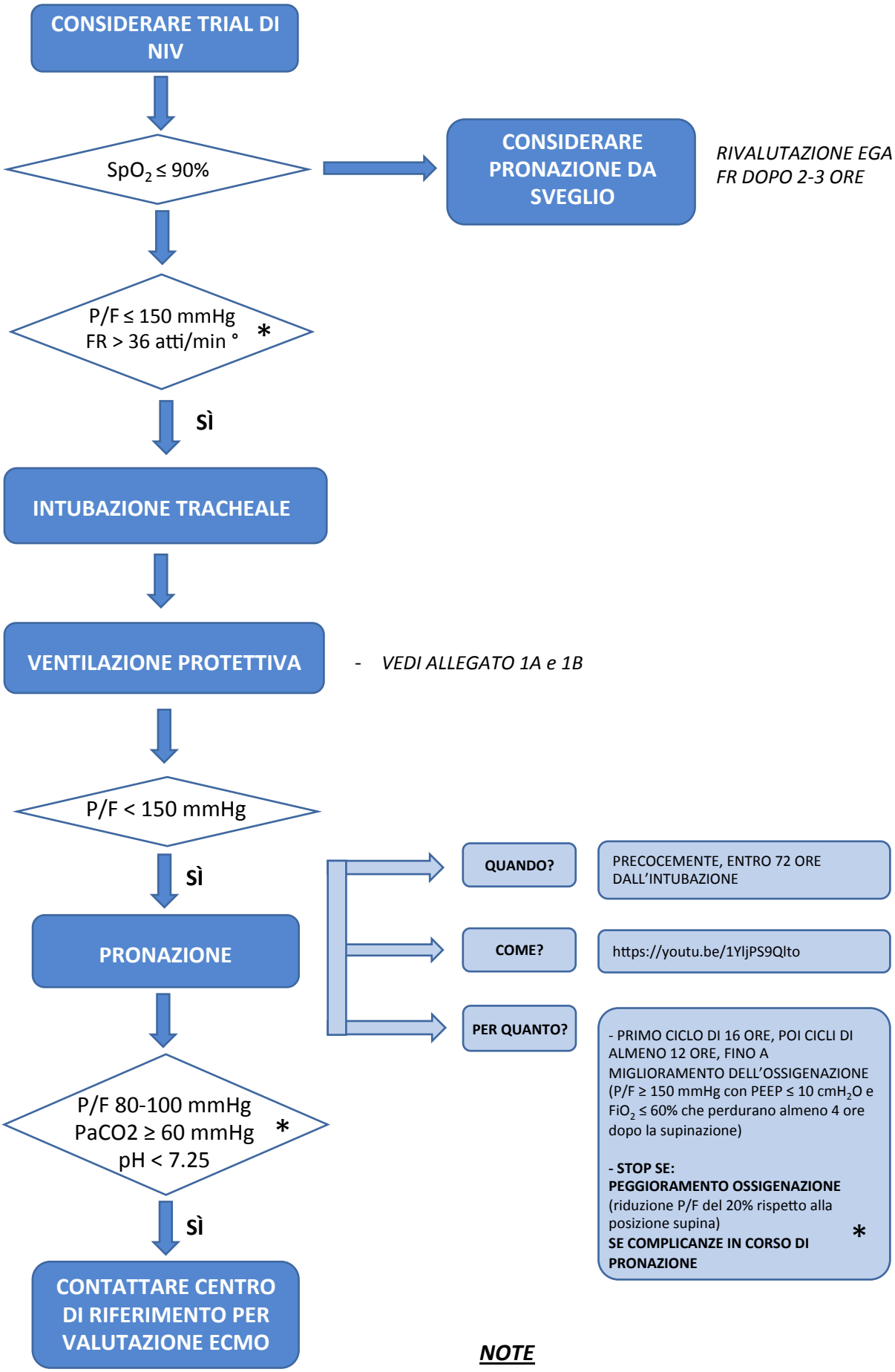


NOTE

° TRATTARE IPERPIRESSIA

** MASCHERINA CHIRURGICA DA CAMBIARE OGNI 2 ORE*

IN TERAPIA INTENSIVA



NOTE

° TRATTARE IPERPIRESSIA

** SUFFICIENTE UNO DEI CRITERI*

ALLEGATO 1A

VENTILAZIONE PROTETTIVA

IMPOSTAZIONI

- SEDAZIONE E CURARIZZAZIONE
- **VOLUME CONTROLLATO (consigliato)**
- VT 4-6 mL/Kg IDEAL BODY WEIGHT (IBW)*
- FR 16-26 ATTI/MINUTO
- PEEP/FiO_2 (TABELLA I)

N.B. Se pH < 7.25 e PaCO2 > 55mmHg aumentare la FR non oltre 30

**IBW UOMINI = 50 + 0.91 x (Altezza cm – 152.4)*
DONNE = 45.5 + 0.91 x (Altezza cm – 152.4)

TABELLA I

Lower PEEP/higher FiO2

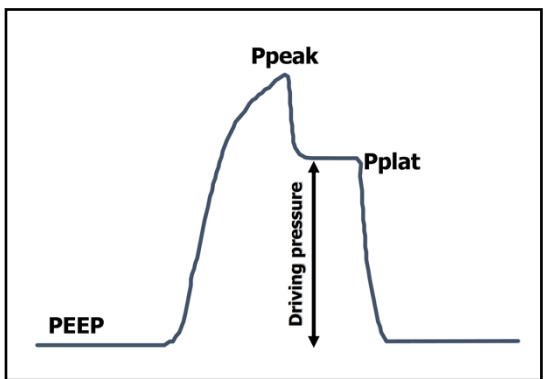
FiO_2	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.7
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12

FiO_2	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0
PEEP	14	14	14	16	18	18-24

TARGET

- SpO_2 88-95%
- PaO_2 55-80 mmHg
- P_{PLAT} ≤ 28 cmH_2O
  ≤ 32 cmH_2O se BMI > 30
- DRIVING PRESSURE ≤ 12 cmH_2O
  (FIGURA 1) ≤ 14 cmH_2O se BMI > 30

FIGURA 1



ALLEGATO 1B

VENTILAZIONE PROTETTIVA

IMPOSTAZIONI

- SEDAZIONE E CURARIZZAZIONE
- **PRESSIONE CONTROLLATA**
- PC 10-15 cmH_2O
  12-18 cmH_2O se BMI > 30
- FR 16-26 ATTI/MINUTO
- PEEP/FiO_2 (TABELLA I)

N.B. Se pH < 7.25 e PaCO2 > 55mmHg aumentare la FR non oltre 30

TABELLA I

Lower PEEP/higher FiO2

FiO_2	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.7
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12

FiO_2	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0
PEEP	14	14	14	16	18	18-24

TARGET

- SpO_2 88-95%
- PaO_2 55-80 mmHg
- VT 4-6 mL/Kg IDEAL BODY WEIGHT (IBW)*

**IBW UOMINI = 50 + 0.91 x (Altezza cm – 152.4)*
DONNE = 45.5 + 0.91 x (Altezza cm – 152.4)

TERAPIA MEDICA

	TERAPIA ANTIVIRALE	TERAPIA CORTICOSTEROIDEA	ENOXAPARINA PROFILATTICA
PAZIENTE IN RESPIRO SPONTANEO IN ARIA AMBIENTE	Nessuna	Nessuna	In caso di ridotta mobilità: Enoxaparina 4000 UI q24h s.c. fino alla ripresa della mobilità Solo in caso di • SpO2 <93% e/o FR>30 atti/min e/o P/F<300 • D-dimero >4-6 volte norma e/o score SIC≥4: Enoxaparina 100 UI/kg q24h s.c. per 7-14 giorni o fino alla dimissione Non usare in associazione ad altri farmaci anticoagulanti. Cautela nell'uso di farmaci antiaggreganti.
PAZIENTE IN OSSIGENOTERAPIA	Remdesivir: 200 mg (dose da carico) poi 100 mg q24h per 5 giorni Non somministrare o sospendere nei seguenti casi: · eGFR< 30 ml/min · ALT ≥4-5 volte la norma · Età inferiore a 12 anni	Desametasone 6 mg q24h per massimo 10 giorni *oppure* Metilprednisolone 32 mg die per 5-7 giorni	In caso di ridotta mobilità: enoxaparina 4000 UI q24h s.c. fino alla ripresa della mobilità Solo in caso di • D-dimero >4-6 volte norma e/o score SIC ≥4 Enoxaparina 100 UI/kg q24h s.c. per 7-14 giorni o fino alla dimissione Non usare in associazione ad altri farmaci anticoagulanti. Cautela nell'uso di farmaci antiaggreganti.
PAZIENTE IN VENTILAZIONE MECCANICA	Solo se iniziato prima della ventilazione meccanica, completare ciclo di 5 giorni	Desametasone 6 mg q24h per massimo 10 giorni *oppure* Metilprednisolone 0.5 mg/kg die per 5-7 giorni	

ABBREVIAZIONI

(in ordine di comparsa nel testo)

SpO_2	Saturazione periferica di ossigeno
FR	Frequenza respiratoria
HFOT	Ossigenoterapia ad alti flussi
FiO_2	Frazione inspiratoria di ossigeno
CPAP	Pressione positiva continua delle vie aeree
NIV	Ventilazione non invasiva
P/F	Rapporto pressione parziale arteriosa di ossigeno su frazione inspiratoria di ossigeno
EGA	Emogasanalisi arteriosa
$PaCO_2$	Pressione parziale arteriosa di anidride carbonica
ECMO	Ossigenazione extracorporea
PEEP	Pressione positiva di fine espirazione
VT	Volume corrente
IBW	Peso corporeo ideale
P_{PLAT}	Pressione di plateau
BMI	Indice di massa corporea
PC	Pressione controllata sovra-PEEP
eGFR	Velocità stimata di filtrazione glomerulare
s.c.	Sottocute
Score SIC	Sepsis-induced coagulopathy score

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

- Frat JP, Ragot S, Thille AW. High-Flow Nasal Cannula Oxygen in Respiratory Failure. N Engl J Med. 2015 Oct; 373(14):1374-5. doi: 10.1056/NEJMc1508390.
- Vianello A, Arcaro G, Molena B, et al. High-flow nasal cannula oxygen therapy to treat patients with hypoxemic acute respiratory failure consequent to SARS-CoV-2 infection. Thorax. 2020 Nov;75(11):998-1000. doi: 10.1136/thoraxjnl-2020-214993.
- Demoule A, Hill N, Navalesi P. Can we prevent intubation in patients with ARDS? Intensive Care Med. 2016 May;42(5):768-771. doi: 10.1007/s00134-016-4323-6.
- Rochwerg B, Brochard L, Elliott MW, et al. Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. European Respiratory Journal 2017 Aug 31;50(2). doi: 10.1183/13993003.02426-2016.
- Coppo A, Bellani G, Winterton D, Di Pierro M, Soria A, Faverio P, Cairo M, Mori S, Messinesi G, Contro E, Bonfanti P, Benini A, Valsecchi MG, Antolini L, Foti G. Feasibility and physiological effects of prone positioning in non-intubated patients with acute respiratory failure due to COVID-19 (PRON-COVID): a prospective cohort study. Lancet Respir Med. 2020 Aug;8(8):765-774. doi: 10.1016/S2213-2600(20)30268-X.
- Sartini C, Tresoldi M, Scarpellini P, Tettamanti A, Carcò F, Landoni G, Zangrillo A. Respiratory Parameters in Patients With COVID-19 After Using Noninvasive Ventilation in the Prone Position Outside the Intensive Care Unit. JAMA. 2020 Jun 9;323(22):2338-2340. doi: 10.1001/jama.2020.7861.
- Brower RG, Lanken PN, MacIntyre N, et al for National Heart, Lung, and Blood Institute ARDS Clinical Trials Network. Higher versus lower positive endexpiratory pressures in patients with the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2004;351(4):327-336. doi: : 10.1056/NEJMoa032193.
- Fan E, Brodie D, Slutsky AS. Acute Respiratory Distress Syndrome: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2018 Feb 20;319(7):698-710. doi: 10.1001/jama.2017.21907.
- Guérin C, Reignier J, Richard JC. Prone positioning in the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2013 Sep 5;369(10):980-1. doi: 10.1056/NEJMc1308895.
- Combes A, Hajage D, Capellier G, et al for EOLIA Trial Group, REVA, and ECMONet. Extracorporeal Membrane Oxygenation for Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. N Engl J Med. 2018 May 24;378(21):1965-1975. doi: 10.1056/NEJMoa1800385.
- Sella N, Zarantonello F, Andreatta G, et al. Positive end-expiratory pressure titration in COVID-19 acute respiratory failure: electrical impedance tomography vs. PEEP/FiO2 tables. Crit Care. 2020 Sep 1;24(1):540. doi: 10.1186/s13054-020-03242-5.
- World Health Organization. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected interim guidance. January 2020.
- Center for Disease Control and Prevention. Interim infection prevention and control recommendations for patients with confirmed 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) or persons under investigation for 2019-nCoV in healthcare setting. February 2020. www.cdc.gov/coronavirus/about/index.html.
- Livingston E, Bucher K, Rekito A. Coronavirus Disease 2019 and Influenza. JAMA. 2020 Feb 26. doi: 10.1001/jama.2020.2633.
- Wiersinga WJ, Rhodes A, Cheng AC, et al. Pathophysiology, transission, diagnosis, and treatment of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). JAMA. 2020; 324(8):782-793. doi: 10.1001/jama.2020.12839
- WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group, Sterne JAC, Murthy S, Diaz JV, et al. Association Between Administration of Systemic Corticosteroids and Mortality Among Critically Ill Patients With COVID-19: A Meta-analysis. JAMA. 2020 Oct 6;324(13):1330-1341. doi: 10.1001/jama.2020.17023.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 9-11-2020 | Protocollo n. 26081 Class. | Allegati n. 2

Oggetto: Comitato Scientifico COVID-19. Emergenza COVID-19. Documento "*Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19*".

Egregio Sig.
Dott. Gianluigi Masullo
Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Con la presente si trasmettono in allegato alla SV il documento in oggetto, trasmesso per l'approvazione da parte del Direttore dell'UO Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali afferente alla Direzione Programmazione Sanitaria – LEA unitamente alla proposta di deliberazione, e approvato telematicamente in data odierna dal Comitato Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020, con le seguenti proposte/osservazioni.

Nell'allegato, a pagina 3 (evidenziato in azzurro) >= 92% dovrebbe essere >92% per conformità con precedenti documenti e, consensualmente, a pagina 4 (parte evidenziata in azzurro) inferiori a 92%, dovrebbe diventare inferiori a 93%.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

OGGETTO: Approvazione delle linee di indirizzo "*Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19*"

NOTA PER LA TRASPARENZA:

Con il presente atto si intende approvare le linee di indirizzo "*Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19*". Il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale.

Il relatore riferisce quanto segue.

In un contesto caratterizzato da una continua evoluzione epidemiologica della pandemia da COVID-19 si evidenzia la necessità di definire un percorso di gestione integrata di Cure domiciliari per pazienti con COVID-19 nell'ottica di facilitare l'integrazione tra Ospedale e Territorio.

Con la DGR n. 1075 del 13/07/2017 è stato promosso un potenziamento pianificato ed omogeneo delle Cure domiciliari su tutto il territorio regionale attraverso un'organizzazione che garantisca la continuità dell'assistenza, che per la gestione della fase emergenziale COVID-19 risulta imprescindibile.

Con DGR. n. 782 del 16/06/2020 sono state programmate le azioni regionali attuative delle misure in materia sanitaria connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, previste dal Decreto-legge n. 34/2020, denominato "Decreto Rilancio" ed è stato approvato, tra le altre cose, il "Piano di potenziamento dell'assistenza territoriale". Successivamente con DGR n.1103/2020 è stato adottato il documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020", al fine di individuare misure per una risposta efficace in caso di aggravamento della situazione sanitaria a causa della diffusione del virus.

Nel Veneto il sistema delle Cure Primarie risulta dunque essere capillare e ben strutturato e si ritiene che gran parte dei soggetti risultati positivi al test e sintomatici possano essere presi in carico in ambiente extraospedaliero, domiciliare o RSA, purché ci si possa avvalere di un accorto monitoraggio delle condizioni di salute degli stessi. La sorveglianza ed il monitoraggio di suddetti pazienti rientrano peraltro nelle previsioni di cui all'art. 38 del…

Il Direttore Generale dell'Area Sanità e Sociale, con nota prot. n. 455508 del 27 ottobre 2020, ha istituito un gruppo tecnico di lavoro con il compito di definire delle indicazioni per le terapie domiciliari per i pazienti COVID-19 e al loro monitoraggio. Il documento prodotto, agli atti dell'Area Sanità e Sociale, fornisce un supporto per la presa in carico a domicilio prevedendo tra l'altro la fornitura ai soggetti sintomatici di un saturimetro, in linea con quanto peraltro già previsto nell'accordo integrativo regionale della medicina generale del…, oltre che la possibilità di includere nella terapia di supporto da effettuarsi a domicilio l'ossigenoterapia.

Oltre a contenere indicazioni in merito all'autovalutazione delle condizioni cliniche va sottolineato come sia espressamente previsto che, nel caso di aggravamento delle condizioni cliniche, nel corso della fase di monitoraggio domiciliare possa sempre essere eseguita una rapida e puntuale rivalutazione generale per verificare la necessità di una ospedalizzazione o valutazione specialistica, onde evitare il rischio di ospedalizzazioni tardive.

Premesso ciò, è stato elaborato il documento complessivo sulla gestione a domicilio del paziente e con il presente atto si propone quindi di approvare le linee di indirizzo "*Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19*" riportate nell'**Allegato A)**, parte integrante ed essenziale del presente provvedimento.

Inoltre, stante la situazione attuale di emergenza da COVID-19, in relazione alla previsione di uno specifico percorso assistenziale per la sorveglianza, il monitoraggio e la presa in carico domiciliare dei pazienti con COVID (ADI COVID), con riferimento al flusso informativo relativo all'assistenza domiciliare di cui alla DGR n. 2372/2011 (flusso SID-ADI), si rende necessario:

- l'adeguamento del tracciato record, al fine di dare conto dei problemi di salute e dell'assistenza dei pazienti assistiti con Cure domiciliari, compresi i pazienti COVID-19;
- lo sviluppo sul datawarehouse regionale di una reportistica a disposizione della Regione e delle Aziende ULSS.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO l'art. 2, comma 2, lett. o) della Legge Regionale n. 54 del 31 dicembre 2012 recante "*Legge regionale per l'ordinamento e le attribuzioni delle strutture della Giunta regionale in attuazione della Legge regionale statutaria 17 aprile 2012, n. 1 "Statuto del Veneto*";

VISTA la delibera del Consiglio dei Ministri del 7/10/2020 "*Proroga dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*"

VISTI il DL n. 18 del 17/03/2020, convertito in Legge n. 27 del 24/04/2020 e il DL n. 34 del 19/05/2020, convertito in Legge n. 77 del 17/07/2020;

VISTA la Legge regionale n. 48 del 28/12/2018 "*Piano socio sanitario regionale 2019-2023*"

VISTI gli Accordi Collettivi Nazionali per i rapporti con i medici di Medicina generale del 23/03/2005 e smi e con i pediatri di libera scelta del 15/12/2005 e smi e i rispettivi Accordi integrativi regionali di cui alle DD.G.R. n. 4395 del 30/12/2005 e n. 2667 del 7/08/2006;

VISTA la Circolare del Ministero della Salute del 03/11/2020 "Indirizzi operativi per l'effettuazione dei test antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS)"

VISTA la DGR n. 2372 del 29/12/2011 *"Flusso Informativo Assistenza e Cure Domiciliari: approvazione dei relativi progetti e collaborazione con l'Azienda ULSS 4 nelle fasi di gestione";*

VISTA la DGR n. 1075 del 13/07/2017 "*Revisione del modello regionale delle Cure Domiciliari: primi indirizzi organizzativi per le Aziende ULSS.*";

VISTE le "Linee di indirizzo per la costituzione delle Unità Speciali di continuità assistenziale" di cui all'Allegato 1) alla nota della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare prot. n. 141750 del 1°/04/2020;

VISTA la DGR n. 782 del 16/06/2020 "Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 *"Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.*";

VISTA la DGR n. 1103 del 6/08/2020 "*Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020*";

DELIBERA

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;
2. di approvare le linee di indirizzo "*Emergenza COVID19 - Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19"* e relativi allegati, riportate nell'**Allegato A)**, parte integrante ed essenziale del presente provvedimento;
3. di incaricare l'U.O. Cure Primarie e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali afferente alla Direzione Programmazione Sanitaria-LEA dell'esecuzione del presente provvedimento;
4. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
5. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino ufficiale della Regione del Veneto.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
Avv. Mario Caramel

Denominazione Direzione / Struttura di Progetto
Il direttore / Il responsabile
Nome e cognome

Emergenza COVID19
Gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19

PREMESSA

I Medici di Medicina Generale (MMG), grazie alla diffusione capillare nel territorio e alla conoscenza diretta della propria popolazione di assistiti, anche dal punto di vista delle condizioni sociali e della composizione familiare, rivestono un ruolo importante nell'identificare i soggetti a rischio di contagio da Coronavirus. Inoltre, l'attività dei MMG consente di attuare la miglior strategia per il monitoraggio delle condizioni cliniche dei pazienti ed educare gli stessi ai corretti comportamenti per la tutela della propria e dell'altrui salute, anche facendo ricorso alle risorse messe in campo da Enti Locali e volontariato. Secondo la previsione dell'art 38 del Decreto Legge, n. 23 del 08/04/2020 convertito in L. n. 40 del 05/06/2020, " [...] 4. I Medici di Medicina generale e i pediatri di libera scelta si dotano, con oneri a proprio carico, di sistemi di piattaforme digitali che consentano il contatto ordinario e prevalente con i pazienti fragili e cronici gravi, e collaborano a distanza, nel caso in cui non siano dotati di dispositivi di protezione individuale idonei, in via straordinaria ove fosse richiesto dalle Regioni, per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli ospedali. [...]", nonché sulla base di quanto previsto dalla DGR n.782/2020, della DGR n.1103/2020 e dell'allegato 1 all'Ordinanza n. 148 del 31 ottobre 2020 si prevede la seguente procedura.
Tale attività consente di limitare la diffusione dell'epidemia e l'aumento dei casi gravi che richiedono l'ospedalizzazione.

RUOLO DEL MMG

Il Medico di Medicina Generale, nell'ambito della gestione domiciliare dei pazienti con COVID-19, è tenuto a:

1. fornire le informazioni utili al soggetto per il rispetto delle regole di isolamento fiduciario, della gestione dei rifiuti e a seguire le raccomandazioni sullo stile di vita;
2. dare indicazioni sulle misure di prevenzione della diffusione dell'infezione all'interno del nucleo famigliare o verso il care giver;
3. garantire i provvedimenti contumaciali e le certificazioni previste per legge (emissione dei provvedimenti contumaciali, eventuale segnalazione al SISP, certificato di malattia o di quarantena per due settimane per i contatti stretti di propria competenza, certificato INAIL per gli operatori sanitari, ecc.);
4. effettuare il monitoraggio da remoto per la raccolta di segni e sintomi del soggetto a domicilio (nella **Scheda 1** sono riportati i parametri di interesse per il monitoraggio), istruendo quest'ultimo alla compilazione della scheda di auto-monitoraggio;
5. monitorare giornalmente la situazione clinica del malato, in funzione dell'impegno clinico, con i pazienti sintomatici, sino alla risoluzione del quadro clinico o al momento dell'eventuale ricovero.

La comunicazione MMG-paziente avviene con le modalità che ciascun Medico ritiene più opportune, a seconda dei mezzi di comunicazione disponibili, del livello di competenze informatiche e delle condizioni socio-familiari del caso (posta elettronica/contatti telefonici/servizi di messaggistica istantanea/App).

CONTINUITÀ DELL'ASSISTENZA

Il paziente con COVID-19 ha sempre come riferimento il proprio MMG che potrà avvalersi della collaborazione delle USCA, qualora lo ritenga necessario. Pertanto, ciascuna Unità Operativa di Cure Primarie è tenuta ad individuare esattamente la collaborazione tra ciascun MMG ed una unica USCA, prevedendo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'USCA. In funzione dell'organizzazione delle singole Aziende ULSS e comunque in coordinamento con l'MMG o l'USCA che ha in carico il paziente, attivando gli infermieri delle Cure Domiciliari (ADI).

La copertura giornaliera è dunque garantita dal MMG e dalle USCA. La copertura notturna è garantita attraverso il Medico di Continuità Assistenziale. Il Medico di Continuità Assistenziale potrà basarsi per la propria valutazione sui parametri individuati dalla Scheda 1 e della Scheda 3 per l'eventuale attivazione del 118 o per il proseguimento del monitoraggio domiciliare.

INDICAZIONI OPERATIVE

A. TIPOLOGIA DI PAZIENTI

1.Pazienti con tampone per Covid-19 positivo asintomatici

Il soggetto asintomatico è colui che pur essendo positivo non presenta sintomi generali (febbre o febbricola, malessere/astenia, cefalea, mialgie e/o artralgie) e respiratori (tosse, mal di gola, difficoltà di respiro).

2. Pazienti con tampone per Covid-19 positivo sintomatici

I soggetti sintomatici presentano improvvisa e rapida insorgenza di almeno un sintomo generale:

- febbre o febbricola
- malessere/astenia
- cefalea
- mialgie e/o artralgie

e dovranno presentare almeno un sintomo respiratorio:

- tosse
- faringodinia
- dispnea

Si segnala che, meno frequentemente, possono essere presenti anche emottisi, rinite, congiuntivite, disgeusia-ageusia, anosmia, nausea, vomito e diarrea.

Ai soggetti sintomatici va sempre fornito il saturimetro da parte dell'Azienda ULSS territorialmente competente.

B. CRITERI E MODALITA' DI PRESA IN CARICO

B.1 PAZIENTI CON TAMPONE PER COVID-19 POSITIVO ASINTOMATICI

Questi soggetti dovranno mantenere l'isolamento domiciliare per 10 gg e al termine eseguire tampone nasofaringeo per il rientro in comunità come da disposizioni di legge. Nel caso durante il periodo di isolamento vi fosse di comparsa di febbre e/o sintomatologia respiratoria e/o disturbi gastrointestinali, il soggetto dovrà contattare il MMG per la valutazione clinica ed eventuale presa in carico come previsto per il monitoraggio domiciliare dei pazienti Covid-19 sintomatici.

B.2.PAZIENTI CON TAMPONE PER COVID-19 POSITIVO SINTOMATICI

Ai soggetti sintomatici va sempre fornito:

1) il saturimetro da parte dell'Azienda ULSS territorialmente competente
2) Scheda di automonitoraggio per la raccolta di segni e sintomi (**Scheda 1**)
3) Istruzioni pratiche per gli utenti (**Scheda 2**)
    a) misurazione della frequenza respiratoria;
    b) utilizzo del saturimetro.

B.2.1 GESTIONE DOMICILIARE

La valutazione iniziale ed il follow-up dovrebbero essere espletate in modo omogeneo, mediante una adeguata "pesatura" dei singoli parametri vitali. Si consiglia l'utilizzo di uno score, es. **Modified Early Warning Score (MEWS)** che ha il pregio di quantificare la gravità del quadro clinico osservato e la sua evoluzione (**Scheda 3**). Il MEWS può essere utilizzato sia nella valutazione iniziale sia nel follow-up.

La patologia condizionante la vita del paziente è quella polmonare; **è importante quindi aggiungere allo score MEWS anche la valutazione saturimetrica**, che, con buona approssimazione, valuta la quantità di ossigeno presente nel sangue.

Il paziente che presenta una **saturazione di ossigeno in aria ambiente >=92%** può essere seguito a **domicilio** con monitoraggio della saturazione periferica dell'ossigeno da effettuarsi autonomamente da parte del paziente e/o familiari almeno 2 volte al giorno.
Nel caso di riscontro di valori di saturazione di ossigeno inferiori a 92%, il paziente informerà il MMG o il Medico di Continuità Assistenziale che, valutate le condizioni cliniche, potrà recarsi a domicilio o, a seconda della organizzazione Aziendale, attivare l'USCA o gli infermieri delle Cure Domiciliari (ADI) ed andrà rivalutato per eventuale necessità di accesso al Pronto Soccorso.
Il Medico dell'USCA, in base al quadro clinico evidenziato ed in accordo con il MMG o il Medico di Continuità assistenziale, potrà disporre la permanenza al domicilio con supporto terapeutico o il ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche, con attivazione del 118. Qualora venga esclusa l'ospedalizzazione, potrà essere attivata la fornitura di ossigenoterapia

domiciliare. Nel caso di aggravamento delle condizioni cliniche durante la fase di monitoraggio domiciliare andrà eseguita una rapida e puntuale rivalutazione generale per verificare la necessità di una ospedalizzazione o valutazione specialistica, onde evitare il rischio di ospedalizzazioni tardive.

Il paziente deve essere informato che l'accesso al PS non comporta automaticamente il ricovero ospedaliero ma, a fronte di valutazione dei parametri clinici e radiologici, il paziente può essere rimandato a domicilio per continuare il follow-up. Anche in tale caso potrà essere attivata la fornitura di ossigenoterapia domiciliare.

Nel caso di comorbidità severe (quali patologia cardiaca, diabetica o polmonare cronica) il MMG valuterà oltre allo score e alla saturimetria il quadro clinico generale del paziente per un eventuale accesso in PS.

È di assoluta importanza rilevare la presenza di eventuali comorbidità, soprattutto in pazienti con più di 65 anni. In particolare, la presenza di patologia cardiaca, diabetica, polmonare cronica oppure di ipertensione arteriosa o cancro, sono da considerare fattori aggravanti e vanno presi in considerazione nel valutare il rischio di complicanze in corso di infezione da Covid-19.

Il MMG dopo aver effettuato le valutazioni/verifiche sopra illustrate, provvederà ad avviare un'eventuale **terapia di supporto** con:

- Terapia sintomatica al bisogno (paracetamolo, anti-tussivi, etc.)
- Abbondante idratazione per via orale
- Eventuale ossigenoterapia
- Eventuale terapia antibiotica se presenza di sospetta sovra infezione batterica
- Adeguata alimentazione

Il monitoraggio delle condizioni cliniche e della saturazione periferica dell'ossigeno andrà proseguito per tutta la durata dell'isolamento domiciliare secondo modalità che verranno concordate tra il MMG e le Unità speciali di continuità assistenziale (USCA), in rapporto alle condizioni cliniche del paziente ed alla organizzazione territoriale.
Nel caso di riscontro di valori di saturazione periferica di ossigeno inferiori al 92% e/o di aggravamento delle condizioni cliniche, il paziente informerà il MMG che provvederà (anche attraverso l'attivazione dell'USCA) a visitare il paziente per verificare la necessità di una ospedalizzazione o valutazione specialistica, onde evitare il rischio di ospedalizzazioni tardive. Qualora venga esclusa l'ospedalizzazione, potrà essere attivata la fornitura di ossigenoterapia domiciliare.

Strumenti a supporto della gestione domiciliare

In caso sia necessaria una consulenza specialistica la Centrale Operativa Territoriale, deputata a monitorare il corretto funzionamento, provvederà a mettere in contatto il MMG o il medico dell'USCA o il MCA con lo specialista. Ogni Azienda ULSS dovrà individuare un gruppo di specialisti infettivologi/pneumologi che forniscano una adeguata consulenza telefonica al MMG, al Medico dell'USCA e al Medico di Continuità Assistenziale.
L'orario di attività della COT dovrà essere di norma analoga alla copertura oraria assicurata per l'ADI infermieristica, ossia dalle ore 7:00 alle ore 21:00 per 7 giorni su 7.

B.2.2 TERMINE DEL PERIODO DI MONITORAGGIO

Al termine del periodo di osservazione da parte del MMG il caso può essere considerato concluso, fermo restando il rispetto delle disposizioni di legge ed il rispetto delle regole generali indicate per la popolazione.

Il periodo di osservazione (con o senza trattamento farmacologico) può ritenersi concluso quando si verificano:

a. una evoluzione sfavorevole con necessità di ricovero ospedaliero
b. la guarigione clinica, con permanenza a domicilio per un congruo periodo di convalescenza.

B.2.3 OSSIGENOTERAPIA

Nella Regione Veneto, con Decreto del Direttore Generale Area e Sanità Sociale n.113 del 26.9.2013 è stato approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) per l'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (ODLT) nel paziente adulto, individuando in particolare lo Pneumologo come unico specialista abilitato alla prescrizione della ODLT attraverso uno specifico modulo di prescrizione.

Lo stesso PDT aveva tuttavia previsto che, nel caso non fosse possibile accedere tempestivamente alla consulenza pneumologica, lo specialista non Pneumologo, in fase di dimissione di un paziente ricoverato in un reparto non pneumologico, è autorizzato ad effettuare una "prescrizione temporanea" della durata massima di 90 giorni, secondo percorsi definiti a livello aziendale, purché venisse contattato contestualmente lo Pneumologo di riferimento per concordare la successiva presa in carico del paziente.

In merito a questa tematica, limitatamente alla fase emergenziale, si rende necessario attivare un percorso specifico di ossigenoterapia domiciliare per i pazienti affetti da Covid-19.

Durante la gestione domiciliare di pazienti COVID-19 positivi, anche residenti presso le Residenze Sanitarie Assistite (RSA)/Ospedali di Comunità, che non necessitano di ospedalizzazione (età, presenza di significative comorbidità, etc), il medico prescrittore, ovvero MMG o medico di Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) o Medico di Continuità Assistenziale in occasione della visita domiciliare, qualora ritenuto necessario, può rilasciare una prescrizione transitoria di ossigenoterapia domiciliare della durata massima di 60 giorni, compilando il modulo specifico. Qualora la richiesta di attivazione dell'ossigenoterapia domiciliare sia effettuata dal medico dell'USCA o Medico di Continuità Assistenziale, questa deve in ogni caso essere comunicata tempestivamente al MMG del paziente.

I suddetti moduli compilati dal medico delle USCA o dal MMG saranno gestiti secondo i percorsi organizzativi definiti da ciascuna Azienda Sanitaria, per la successiva attivazione del servizio di ossigenoterapia domiciliare.

Limitatamente ai pazienti affetti da Covid 19 al proprio domicilio, solo nel caso in cui l'Azienda ULSS non sia in grado di attivare prontamente il servizio di ossigenoterapia domiciliare per nuovi pazienti, si sottolinea l'opportunità di stipulare a riguardo accordi specifici con le farmacie territoriali convenzionate per la durata dell'emergenza, previa analisi dei costi comparativi con i contratti in essere.

Per tutti i casi sopra descritti, posto che la validità massima della prescrizione transitoria è di 60 giorni, qualora sussista successivamente la necessità di proseguire la terapia domiciliare con ossigeno, il paziente dovrà essere preso in carico dallo pneumologo di riferimento dell'Azienda ULSS di residenza, nel rispetto del PDT regionale.

Per tutte le situazioni di emergenza, rimane valida la possibilità di prescrizione dell'ossigeno gassoso da parte del MMG, medici delle USCA, Medici di Continuità Assistenziale secondo le disposizioni vigenti.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 02/11/2020 | Protocollo n. 25313 Class. | Allegati n. 2

Oggetto: Comitato Scientifico COVID-19. Emergenza COVID-19. Documenti "*Linee di indirizzo circa la gestione degli accessi nelle strutture ospedaliere, ed extraospedaliere a gestione diretta, con riferimento alle aree di degenza*" e "*Indirizzi clinico-organizzativi per l'attuazione dell'Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno e attivazione Covid Hospital*".

Egregio Sig.
Dott. Gianluigi Masullo
Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Con la presente si trasmettono in allegato alla SV i documenti in oggetto, trasmessi per l'approvazione da parte del Direttore della Direzione Programmazione Sanitaria – LEA, e approvati telematicamente in data odierna dal Comitato Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020, con le seguenti proposte/osservazioni.

In riferimento al documento denominato "*Linee di indirizzo circa la gestione degli accessi nelle strutture ospedaliere, ed extraospedaliere a gestione diretta, con riferimento alle aree di degenza*", si propone di specificare come nel momento in cui il test antigenico nelle raccomandazioni venga offerto in altre situazioni di rischio per il paziente, sia utile suggerire di eseguire il test antigenico rapido anche ai visitatori nei reparti di oncologia, ematologia, e trapianti con pazienti immunocompromessi, sempre previo nulla osta del medico di reparto come già indicato, da ripetere ogni 7 giorni in caso di degenza prolungata.

Inoltre, dal momento che si suggerisce l'esecuzione del test nel visitatore/trice della puerpera, si ritiene utile specificare come lo stesso vada ripetuto dopo 7 giorni in caso di degenza prolungata.

Per quanto concerne poi l'elenco dei reparti per i quali l'accesso è vincolato al nulla osta del medico e per i quali l'accesso del visitatore deve essere comunque programmato, si rileva l'opportunità di inserire anche le unità di degenza di area pediatrica in considerazione della normativa regionale che prevede come genitori e familiari possano assistere in modo continuo i bambini durante il periodo di degenza in ospedale.

Opportuno considerare inoltre come la scelta della tipologia di tamponi da utilizzare ai care-giver che prestano assistenza a soggetti particolarmente vulnerabili possa tener conto della sensibilità degli stessi.

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico - Assistenziale
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 049 8778179

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Per quanto concerne infine il documento denominato *"Indirizzi clinico-organizzativi per l'attuazione dell'Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno e attivazione Covid Hospital"*, relativamente al passaggio che riporta *"Si dà indicazione altresì di ridurre l'attività di specialistica ambulatoriale erogata in ambito ospedaliero che veda impegnati gli specialisti che possono essere occupati in attività di assistenza a pazienti covid-19"* oltre a evidenziare l'opportunità di indicare esplicitamente quali siano le specialità interessate dalla riduzione di attività si richiede di valutare la possibilità di prolungare il periodo di distribuzione dei farmaci in fascia H fatto salvo i limiti normativi.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

Linee di indirizzo circa la gestione degli accessi nelle strutture ospedaliere, ed extraospedaliere a gestione diretta, con riferimento alle aree di degenza.

In attuazione all'aggiornamento del Piano Regionale di Sanità Pubblica trasmesso con nota prot. n. 452661 del 23 Ottobre u.s. a firma del Direttore Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, considerando quanto indicato nell'aggiornamento del "Piano Emergenza Autunno", trasmesso con nota prot. n. 455886 del 27 Ottobre u.s. a firma del Direttore generale Area Sanità e Sociale e tenendo conto dell'andamento epidemiologico della situazione emergenziale, si trasmettono le seguenti linee di indirizzo circa la gestione degli accessi nelle strutture ospedaliere ed extraospedaliere a gestione diretta, con riferimento alle aree di degenza.

Accesso alla aree di degenza - considerazioni generali:

- non è consentito l'accesso ai reparti COVID e le visite a pazienti positivi per SARS-CoV-2; le strutture adotteranno le misure organizzative e tecnologiche per garantire il collegamento del paziente con persone dallo stesso identificate; il Direttore del Reparto può autorizzare l'accesso di un visitatore in condizioni di particolare necessità: l'accesso potrà avvenire seguendo le misure di sicurezza e per il minor tempo possibile;
- l'accesso ai reparti deve essere pianificato;
- va tenuto il tracciamento dell'accesso per 10 giorni;
- per ogni degente, è possibile l'accesso di 1 unico visitatore al giorno;
- in caso di più pazienti presenti nella stessa stanza l'accesso deve essere di 1 visitatore alla volta;
- i visitatori devono accedere attraverso il varco con misurazione della temperatura, obbligo di indossare la mascherina, igienizzazione delle mani, autocertificazione di non essere sottoposto ad isolamento/quarantena, apposizione del braccialetto colore, secondo le procedure vigenti nella struttura;
- il visitatore deve mantenere sempre la mascherina, durante tutta la permanenza in struttura;
- anche durante la visita va mantenuto il distanziamento;
- il paziente che riceve una visita deve essere munito di mascherina e di norma mantenerla indossata; in caso di più pazienti presenti nella stessa stanza, anche gli altri degenti dovranno mantenere la mascherina;
- la durata della permanenza in stanza è fissata ad un massimo 15 minuti;

Accesso alla aree di degenza - autorizzazioni per accesso prolungato o per situazioni particolari:

- in casi in cui il reparto autorizzi l'accesso più prolungato di un caregiver, finalizzato a prestare assistenza a pazienti non autosufficienti, questo deve essere sottoposto prima del primo accesso a test antigenico rapido; il caregiver deve essere identificato in un numero minimo di persone; il test rapido deve essere ripetuto a cadenza di 7 giorni;
- in caso di assistenza al parto da parte del padre/partner questi deve essere sottoposto al test rapido all'ingresso;
- le visite alle puerpere sono limitate a quelle del padre/partner, che deve essere sottoposto al test rapido all'ingresso; in caso di assenza del padre/partner la presenza potrà essere consentita ad 1 persona identificata dalla paziente e seguirà le medesime procedure;
- il neonato può essere tenuto, di norma, nella stanza; rispetto a particolari situazioni logistiche(ad esempio stanze a due o più posti) la direzione medica della struttura potrà valutare ulteriori limitazioni alle visite;
- l'accesso ai reparti di oncologia, ematologia, trapianti con pazienti immunocompromessi, risulta vincolato ad un nulla-osta da parte del medico del reparto, in base alla situazione clinica del paziente; l'accesso del visitatore deve essere comunque programmato, secondo le modalità che ogni struttura pianificherà con l'obiettivo della massima tutela dei pazienti.

Accesso alle strutture extraospedaliere a gestione diretta:

- l'accesso a strutture di ospitalità e lungodegenza, Ospedali di comunità, URT, Hospice, strutture riabilitative, è limitata ai soli casi indicati dalla Direzione sanitaria della struttura che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione.
- Per quanto riguarda gli Hospice, pur con rigorosa attuazione delle precauzioni, in considerazione della presenza di stanze singole e della finalità della struttura, può essere autorizzato l'accesso più prolungato di uno o più caregiver, che devono essere sottoposti prima del primo accesso a test antigenico rapido , da ripetersi ogni 7 giorni.

Indirizzi clinico-organizzativi per l'attuazione dell'"Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno" e attivazione Covid Hospital

Il documento "Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno" approvato dall'Unità di crisi il 22 ottobre 2020 definisce dalla Fase 3 alla Fase 5 delle riduzioni o sospensioni di attività ordinaria.

In coerenza con i fini del documento di "preservare la possibilità di continuare a svolgere attività ordinaria, posticipando il più possibile la sospensione delle attività non urgenti" e con l' obiettivo di disporre del personale necessario per la gestione dei posti letto ospedalieri dedicati a pazienti covid-19 attivati secondo le fasi del piano stesso, per le fasi 3 e 4 si dispone di rimodulare, anche con concentrazione di interventi in un numero limitato di strutture, ed ridurre gradualmente l'attività programmata non urgente.
Si dà indicazione altresì di ridurre l'attività di specialistica ambulatoriale erogata in ambito ospedaliero che veda impegnati gli specialisti che possono essere occupati in attività di assistenza a pazienti covid-19.
Fanno eccezione le attività per prestazioni prioritarizzate come U e B, garantendo, sia come prime visite specialistiche che di controllo, l'attività in ambito materno-infantile ed oncologico.

Va garantita e riorganizzata in ambito aziendale, o provinciale per le aziende ulss che non hanno un ospedale hub, l'attività non rinviabile in considerazione del quadro clinico e per la quale la prognosi e le gravi conseguenze cliniche sono fortemente influenzate dalle tempistiche della diagnosi e dell'intervento, con particolare riferimento alle patologie neoplastiche.

Le attività vaccinali e di screening oncologico vanno comunque mantenute come anche l'assistenza psichiatrica.

Con particolare riguardo all'attivazione progressiva dei Covid Hospital e in considerazione dello scenario epidemiologico dell'epidemia di COVID-19 si dispone che finchè non si verifichi la necessità di utilizzare tutti i posti letto disponibili per i pazienti COVID-19, vada mantenuta l'attività del punto nascita, l'attività psichiatrica, la dialisi e l'attività oncologica se garantita in uno spazio accessibile attraverso percorso separato.

Si rinnova inoltre l'indicazione di implementare l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria in modalità di telemedicina, secondo quanto previsto da DGR 568/20 e ampliare il più possibile i servizi all'utenza telefonici e on line.

Si richiama infine l'applicazione delle misure di mitigazione del rischio presso tutti i servizi e la possibilità di sospendere l'attività qualora si verifichino situazioni di rischio elevato.

Si richiede inoltre di prestare particolare attenzione al livello di appropriatezza dei ricoveri di pazienti con patologia covid, sia in fase di ammissione che di dimissione valorizzando ogni possibilità di erogazione di assistenza in setting a minor intensità assistenziale, quali gli ospedali di comunità e le cure domiciliari.
A tal proposito si ricorda quanto previsto dalla DGR 1107/20 rispetto alle ammissioni in Ospedale di Comunità possono avvenire da ospedale per acuti, pronto soccorso o dal territorio.

Infine si riprende quanto indicato nelle "Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie" del 19 maggio 2020 rispetto alla possibilità di mantenere e eventualmente potenziare ulteriormente i percorsi e aree isolate, tese al contenimento delle infezioni ospedaliere, con particolare riferimento al SARS-CoV2, per i pazienti che necessitano di cure per altre patologie.
Tali disposizioni trovano applicazione fino all'attivazione della fase 5 per l'occupazione dei posti letto di terapia intensiva previsto dall'"Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno", ed eventuali specifiche a questa nota verranno emanate dalle competenti Direzioni regionali.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 20/10/2020 | Protocollo n. 24237 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Scientifico COVID-19. Emergenza COVID-19. Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno.

Egregio Sig.
Dott. Domenico Mantoan
Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Con la presente si trasmette in allegato il documento in oggetto approvato telematicamente in data odierna dal Comitato Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020.

L'unica proposta di modifica è relativa all'indicazione delle attività da sospendere nella fase 2 (tabella a pag. 4) e consiste nel sostituire quanto riportato con "*riorganizzazione dell'attività ordinaria con eventuale sospensione/ritardo dell'attività programmata*".

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno

Analisi di contesto

Il 13 marzo, in considerazione dello scenario epidemiologico dell'epidemia di COVID-19 e della possibile evoluzione dello stesso, al fine di preservare i posti letto di area intensiva in previsione di un massiccio afflusso di pazienti, è stata disposo quanto segue (con condivisione del Comitato scientifico di cui alla DGR 269/2020 nella seduta del 12 marzo):

- la sospensione con effetto immediato di tutta l'attività chirurgica programmata per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria ad eccezione degli interventi indifferibili in considerazione del quadro clinico dei pazienti, e in particolare nell'ambito della chirurgia oncologica tenendo conto della storia naturale della malattia e dei protocolli integrati con chemio e radioterapia adiuvante.
- la sospensione di tutta l'attività di specialistica ambulatoriale delle strutture pubbliche e private accreditate (compreso ex art. 26 L. 833/1978) ad eccezione delle prestazioni prioritarizzate come U e B, garantendo, sia come prime visite specialistiche che di controllo, l'attività in ambito materno-infantile ed oncologico; sarà cura di ogni struttura avvertire gli utenti programmati con altre priorità per riprogrammare l'appuntamento al termine dello stato di emergenza; ne deriva pertanto l'opportunità che i medici prescrivano le prestazioni con le priorità di cui sopra fermo restando comunque la possibilità di segnalare situazioni cliniche meritevoli di controlli ravvicinati.

Il 13 marzo la situazione di occupazione di posti letto di terapia intensiva era la seguente:

Situazione al 13/03 "Sospensione attività"	
Posti letto strutturati	494 (posti letto flussi hsp 2019)
Posti letto di terapia intensiva occupati da Covid	111
Posti letto di terapia intensiva occupati da NO Covid	217
Posti letto di terapia intensiva occupati TOTALI	328
Tasso di occupazione	66%
Posti letto in fase di attivazione	113 (Nota 116445 del 11 marzo)

E' importante inoltre rilevare i principali avvenimenti e situazioni che si sono verificate successivamente al 13 marzo:

- il 15 marzo è stato adottato dall'unità di crisi l piano di emergenza ospedaliera che prevedeva l'attivazione di **825 posti letto di terapia intensiva;**
- I posti letto di terapia intensiva occupati da **pazienti non covid** è passato da 217 posti letto a 159 (numero minimo di occupazione per pazienti non covid) **in 11 giorni**;
- Anche dopo la sospensione delle attività programmate il numero medio di posti letto di terapia intensiva per pazienti **non covid** nel periodo dal 13 marzo al 30 aprile è stato di **193 posti letto;**
- Con l'inizio del lockdown in tutta italia e con la riduzione degli spostamenti si è ridotto anche la frequenza di eventi di incidenti stradali e conseguente **diminuzione dei politraumi;**
- il 5 maggio con dgr 552/20 viene adottato il "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemico" che prevede **840 posti letto di terapia intensiva** a disposizione per la fase emergenziale;

- il numero massimo di ricoveri giornalieri in terapia intensiva è stato il 29 marzo di **356** ai quali si aggiungono 165 posti letto occupati per pazienti non covid;
- Il numero massimo di posti letto **totali** occupati di terapia intensiva è stato di **524** il 31 marzo.
- Il numero massimo di posti letto di degenza **non intensiva** (semi intensiva e degenze ordinarie) è stata raggiunta il 1 aprile **1.718**. Rispetto ai 1748 previsti in dgr 552/20;
- Considerando il numero di posti letto utilizzati si è verificato un rapporto di 1 posto letto di terapia intensiva ogni 4,9 di degenza (semi intensiva e degenza ordinaria) e per quanto riguarda solo la semi intensiva 1 posto letto di terapia intensiva ogni 1,8 di semi intensiva.

Definizione piano di attivazione risposta emergenziale

Considerato quanto accaduto in fase emergenziale si ritiene ora di predisporre un piano di attivazione dei posti letto già previsti dalla dgr 552/20 al fine di:

- Preservare la possibilità di continuare a svolgere attività ordinaria, posticipando il più possibile la sospensione delle attività non urgenti;
- Ottimizzare l'occupazione dei posti letto di terapia intensiva su base regionale;
- Ridurre i tempi di attivazione dei posti letto disponibili;
- Rendere sostenibile la risposta ai fabbisogni emergenziali su territorio provinciale in ogni fase del percorso del paziente covid, dalla diagnosi e presa in carico territoriale, alla cura in fase acuta alla cura in fase post acuta.

Considerazioni per la gestione della fase diagnostica

Anche a seguito del "Piano investimenti per il potenziamento dell'attività di laboratorio" si è delineato in questi mesi un netto miglioramento delle potenzialità di diagnostica molecolare presso ogni azienda ulss rispetto alla fase emergenziale.

Tale possibilità di aumentare la capacità di test molecolari ha permesso di allargare a sempre più soggetti l'attività di screening e migliorare l'attività di tracciamento dei sospetti individuando nuovi casi.

Ogni azienda sanitaria ha quindi sviluppato i propri laboratori arrivando a erogare potenzialmente volumi di test che si stanno rivelando adeguati alle esigenze di screening del territorio di riferimento.

I laboratori di microbiologia delle aziende territoriali facenti parte della rete regionale delle microbiologie, coordinata dall'Azienda Ulss 2, vengono supportati e si avvalgono, anche nell'ottica di ottimizzazione delle risorse a livello regionale, del laboratorio di microbiologia dell'azienda ospedaliera-Università di Padova centro di riferimento regionale e l'Azienda Ospedaliera universitaria di Verona

Alle potenzialità di diagnostica molecolare di ogni azienda ulss si aggiunge l'utilizzo dei test antigenici rapidi per assicurare una diagnosi accelerata di casi di COVID-19

L'utilizzo dei test antigenici rapidi è in grado di assicurare una diagnosi accelerata di casi di COVID-19, consentendo una tempestiva diagnosi differenziale nei casi sospetti tra sindrome influenzale e malattia da SARS-CoV2, diversamente dai test molecolari per i cui risultati l'intervallo di tempo utile risulta più ampio.

Per questo motivo si prevede la possibilità di aumentare sempre di più gli ambiti del loro utilizzo e il coordinamento della loro distribuzione sarà gestito a livello regionale anche sulla base di quanto definito nei vari aggiornamenti dei piani di sanità pubblica.

Inoltre considerata la necessità di rispondere tempestivamente alle necessità diagnostiche si ritiene che ogni azienda ulss debba identificare una postazione che garantisca la possibilità di fare tamponi sulle 24 ore.

Nell'ottica di poter implementare la capillarità e prossimità territoriale dei punti di erogazione di tamponi si considera, oltre all'implementazione delle attività presso i distretti, di poter valutare anche il coinvolgimento attivo delle istituzioni territoriali.

Considerazioni per la gestione della fase acuta

Rispetto a quanto avvenuto nella prima fase dell'emergenza e di quanto evidenziato nell'analisi di contesto, considerando anche che l'evoluzione dell'epidemia può avvenire in modo territorialmente disomogeneo e localizzato si ritiene sia stato cruciale una visione regionale per poter coordinare la gestione dell'occupazione dei posti letto di terapia intensiva e che tale modalità organizzativa debba essere mantenuta come definito anche nella dgr 1367 /20.

Tale coordinamento si rende necessario anche per la gestione delle reti tempo dipendenti che deve essere garantita in modo tempestivo in tutto il territorio regionale. Prioritario inoltre preservare da sospensioni o ritardi anche la presa in carico e cura delle patologie neoplastiche.

La situazione di disponibilità di posti letto di terapia intensiva ad oggi è la seguente:

	PL da programmazione attivati	PL attrezzati a disposizione del Creu	PL attivabili da riconversione		**TOTALE POSTI LETTO TERAPIA INTENSIVA DISPONIBILI**
			gruppi operatori	da semi intensiva	
Totale regionale	**522**	**191**	**111**	**176**	**1.000**
Ulss 1	17	18		8	43
Ulss 2	62	12	16	26	116
Ulss 3	54	24	14	20	112
Ulss 4	16	10	4	10	40
Ulss 5	23	14	9	14	60
Ulss 6	36	27	17	16	96
Ulss 7	22	12	16	14	64
Ulss 8	55	10		20	85
Ulss 9	26	12	10	8	56
Aou Pd	69	16	13	20	118
Aoui Vr	90	26	12	20	148
Iov	10			0	10
Privati accreditati*	42	10			52

*posti letto e covid hospital come individuati da dgr 552/20

Nella tabella seguente vengono individuati i valori degli indicatori di allarme che a livello regionale indicano situazioni di rischio che a loro volta determinano l'attivazione dell'intervento successivo.

Indicatore di RISCHIO AREA TERAPIA INTENSIVA	
Da 0 a 50 pz covid in ti (fino a 95 % posti liberi)	**→Attivazione Fase 1**
Da 51 a 150 pz covid in ti (fino a 85 % posti liberi	**→Attivazione Fase 2**
DA 151 a 250 pz covid in ti (fino a 75 % posti liberi	**→Attivazione Fase 3**
Da 251 a 400 pz covid in ti (fino a 60 % posti liberi	**→Attivazione Fase 4**
>400 pz covid in ti	**→Attivazione Fase 5**

Si evidenziano di seguito le fase di progressive con la descrizione dell'intervento per ciascuna fase e le conseguenze dell'intervento stesso

FASE	Intervento	Conseguenze	Attività da sospendere
1.	Utilizzo posti letto isolati in ospedali hub e spoke	Si preserva attività ordinaria in modo diffuso in ogni ospedale	Nessuna sospensione, solo eventuale ritardo nel programmato
2.	Attivazione posti letto aggiuntivi negli ospedali hub and spoke e attivazione parziale posti TI CREU	Si preserva attività ordinaria in ospedali spoke e hub	Nessuna sospensione, solo eventuale ritardo nel programmato
3.	Attivazione Covid Hospital Attivazione progressiva posti TI CREU e posti aggiuntivi ordinari e subintensivi	Si preserva attività ordinaria in ospedali spoke e hub Si preserva attività ordinaria e emergenza in hub	Riduzione attività ordinaria in covid hospital con trasferimento di attività d'urgenza
4.	Utilizzo posti letto ricavabili da sale operatorie in covid hospital	Si preserva attività ordinaria in hub	Parziale riduzione di attività negli spoke
5.	6. Utilizzo posti letto anche a coorte in hub	Si preserva attività di emergenza in hub	Sospensione attività ordinaria in hub

L'attivazione contestuale di posti letto non critici è determinata orientativamente dal rapporto di 1 posto letto di terapia intensiva ogni 2 di semi intensiva e 4 posto letto di degenza ordinaria .

I posti letto di area non critica ipoteticamente necessari nello scenario peggiore che prevede l'utilizzo di 1000 posti letto di terapia intensiva (contro i 524 utilizzati al massimo in fase 1) secondo il rapporto individuato sono maggiori dei 1.748 posti letto previsti nella dgr 552/20.

A tal proposito si ritiene di individuare ulteriori 652 posti letto per la fase 4, 350 utilizzando ulteriori posti letto riconverti per covid nei Covid hospital e altri 302 negli ospedali spoke di ogni ulss fino al raggiungimento di 2.400 posti letto.

In fase 5 i posti letto necessari per l'area non critica sono ricavati utilizzando tutti i posti letto disponibili dagli ospedali spoke del veneto.

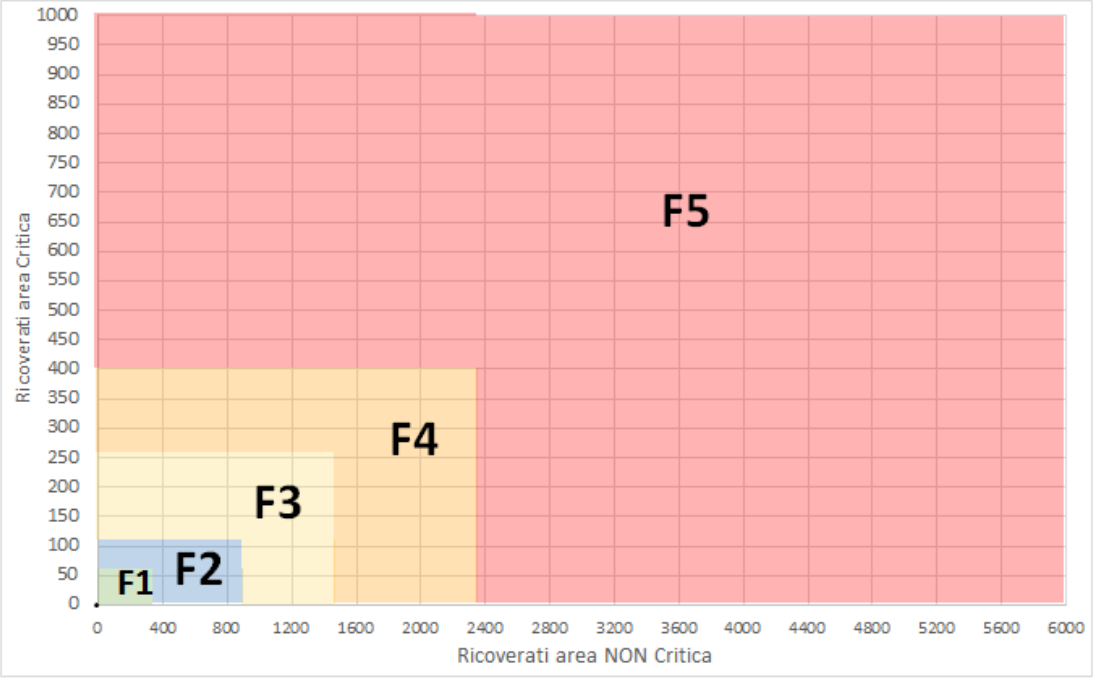
Andando quindi a definire le fasi di rischio anche per l'attivazione dei posti letto di area non critica

Indicatore di RISCHIO- area NON critica	
Da 0 a 300 pz covid in area non critica	**→Attivazione Fase 1**

Da 301 a 900 pz covid in area non critica	**→Attivazione Fase 2**
DA 901 a 1500 pz covid in area non critica	**→Attivazione Fase 3**
Da 1501 a 2400 pz covid in area non critica	**→Attivazione Fase 4**
>2400 pz covid in area non critica	**→Attivazione Fase 5**

L'attivazione contestualizzata delle singole fasi a livello avviene a livello provinciale tenendo in considerazione anche quanto emerge dai Piani di attivazione aziendali declinati come obiettivo da raggiungere entro il 31 ottobre dai direttori generali.

La fase da avviare verrà identificata in base alla matrice di rischio su base provinciale e di seguito riportata sui numeri regionali.



L'attivazione della fase opportuna è definita dall'Unità di crisi su proposta del dipartimento regionale servizio urgenza e emergenza medica che si avvale del supporto tecnico dell'Area Sanità e Sociale e Azienda Zero.

Rispetto infine alle possibilità di cura ospedaliera di pazienti covid si ritiene debba essere mantenuta e implementata con l'aumento dei pazienti possibili donatori, la raccolta del plasma.

Considerazioni per la gestione della fase post-acuta

Durante la fase emergenziale è stato evidente come la prolungata degenza dei pazienti covid (fino a raggiungere i 35 giorni di degenza media nel mese di giugno) riducesse la capacità di presa in carico di nuovi pazienti.

Ulteriore aggravamento della fase di dimissione è stata anche la prolungata positività anche in pazienti che non presentavano più condizioni per le quali fosse necessario un intervento medico.

Con nota del 18 marzo inoltre sono state date indicazioni affinchè gli Ospedali di comunità fossero destinati alle dimissioni protette dei pazienti già affetti da COVID-19 una volta risolta l'acuzie, con sospensione di tutte le procedure di valutazione dell'idoneità all'accesso a tali strutture

Ogni ulss quindi ha cercato di attivare posti letto post acuti in fase post acuta e con dgr 1107/20 è stato inoltre implementato il numero di posti letto di ospedale di comunità per le ulss che avevano evidenziato la necessità di aumentare la dotazione di ospedali di comunità come implementati durante la fase acuta dell'epidemia.

A tal proposito si ritiene che le aziende ulss debbano individuare un ospedale di comunità " ospedale di comunità Covid" dedicato ai pazienti covid e che tale disponibilità verrà progressivamente ampliata fino a raggiungere per ogni territorio provinciale almeno 0,15 posti letto per mille abitanti di ospedale di comunità dedicato alla patologia.

In fase 5 inoltre potranno essere utilizzati come strutture sanitarie temporanee in fase emergenziale come previsto dall'art 4 dl 18/20 riconverto in Legge 27/2020 anche i posti letto delle strutture ex ospedaliere attrezzate in fase 1 che garantiscono fino a ulteriori 740 posti letto non ospedalieri.

Rispetto infine alle problematiche di isolamento di pazienti positivi emerse nel sistema d'offerta territoriale nelle strutture residenziali socio-sanitaria si ritiene che, anche a seguito delle indicazioni contenute della dgr 782/20, sia da implementare il coordinamento della sorveglianza e del monitoraggio della situazione anche identificando per ogni azienda ulss almeno una struttura da dedicare esclusivamente all'isolamento di pazienti positivi di strutture residenziali "Residenze Socio sanitarie Covid"

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 19.10.2020 | Protocollo n. **24156** Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Scientifico COVID-19. Emergenza COVID-19 – Fase 3. Piano di Sanità Pubblica Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione *(DGR 344/2020, DGR 1104/2020 e smi).*

Egregio Sig.
Dott. Domenico Mantoan
Direttore Generale Area Sanità e Sociale

Con la presente si trasmette in allegato il documento in oggetto approvato telematicamente dal Comitato Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020.

L'occasione è gradita per porgere distinti saluti.

Il Coordinatore
Dr. Mario Saia

Direzione Sanitaria
UOC Governo Clinico Assistenziale
Direttore Dr. Mario Saia
Referente istruttoria: Dr. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Piano di Sanità Pubblica

Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione

(DGR 344/2020, DGR 1104/2020 e successive modifiche ed integrazioni)

OTTOBRE 2020

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

SOMMARIO

1. PREMESSA 1

2. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA 2

3. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI DI SCREENING PER SARS-COV-2 2

3.1 Test di screening per la ricerca di sars-cov-2 2

3.2 Popolazione target 3

3.2 Registrazione e tracciabilità dei dati 5

4. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE 6

4.1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica 7

4.2 Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro 7

4.3 Attività di promozione della salute 8

4.4 Attività certificative e medico legali 8

5. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI TEST ANTIGENICI RAPIDI 9

5.1 Sedi h24 7gg/7 9

5.2 Studi della medicina generale e pediatria di libera scelta o spazi alternativi organizzati 9

1. PREMESSA

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dei risultati delle attività di screening fin qui condotte, che evidenziano un aumento della circolazione di SARS-CoV-2 in specifici contesti, si ritiene di aggiornare il Piano di Sanità Pubblica della Regione del Veneto.

Il Piano, nella sua realizzazione, sarà attuato sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS.

Le indicazioni contenute nel presente documento integrano le indicazioni fornite dagli altri documenti regionali per i seguenti ambiti:

- gestione dei casi sospetti e confermati e attività di contact tracing - *"EMERGENZA COVID-19 - Procedura regionale Nuovo Coronavirus SARS-CoV-2",*
- gestione dei casi sospetti, confermati e dei contatti in ambito scolastico - *"EMERGENZA COVID-19 - Protocollo operativo per la gestione dei contatti di caso confermato di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia",*
- "*Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 – COVID-19",*
- *"EMERGENZA COVID-19 - Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale"* e successive note integrative.

2. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

Mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19, intercettando ed isolando tutti i possibili nuovi casi o focolai. La strategia prevede di **rafforzare l'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria** e/o di importazione di casi dall'estero, e le conseguenti azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio soprattutto dei **focolai familiari, scolastici, ospedalieri e delle Strutture residenziali**.

3. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI DI SCREENING PER SARS-COV-2

3.1 Test di screening per la ricerca di sars-cov-2

Preso atto dello sviluppo di nuove metodiche di test in grado di fornire una risposta rapida, con il vantaggio di poter essere processati non solo in laboratorio ma anche nel cosiddetto "punto di cura" ("*point of care*"), la Regione del Veneto ha valutato l'opportunità di impiegare il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* nelle attività del presente Piano di Sanità Pubblica.

La scelta di tale test consente di garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica[1], sulla base di quanto indicato dai principali organismi internazionali (OMS, ECDC, CDC e della Circolare Ministeriale n.31400 del 29.09.2020) e al fine garantire uno screening periodico, rapido e frequente che possa, in particolare per i contesti più fragili, garantire un possibile filtro per SARS-CoV-2

[1] *Documento "EMERGENZA COVID-19 - Indicazioni operative per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2" versione del 05.10.2020, trasmesso con nota della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare, Veterinaria prot. 422973 del 5.10.2020*

3.2 Popolazione target

Le attività di screening previste dalla DGR 1104/2020 (che aggiornava la DGR 344/2020) saranno rimodulate, come di seguito specificato, oltre alle categorie prevalentemente sanitarie si aggiungono gruppi target di popolazione. In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, ci si riserva la possibilità di rimodulare l'offerta in relazione alle future evoluzioni dello stesso.

PROSPETTO RIASSUNTIVO SCREENING PER SARS-CoV-2 NELLA REGIONE DEL VENETO		
CATEGORIA	**GRUPPO TARGET**	**TEMPISTICHE ED INDICAZIONI**
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Operatori Sanitari ospedalieri e territoriali coinvolti principalmente nell'assistenza di pazienti Covid 19 (Mal. infettive, ter.Intensiva, Usca, PS,)	**ogni 8 giorni**
	Operatori Sanitari ospedalieri e territoriali	**ogni 20 giorni**
	MMG, PLS, MCA, USCA	**ogni 20 giorni**
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 20 giorni**
	Pazienti in previsione di ricovero programmato	**entro le 48 ore precedenti il ricovero (Test di biologia molecolare)**
	Soggetti autorizzati a prestare assistenza continuativa in ambito ospedaliero a pazienti non autonomi	**all'inizio dell'attività di assistenza** con eventuale ripetizione da valutare dalla struttura ospedaliera
ALTRI OPERATORI A SUPPORTO SANITARIO	Farmacisti	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS*
	Volontari dei servizi a supporto delle attività sanitarie (es. volontari e soccorritori delle varie Associazioni)	**ogni 20 giorni**
	Personale sanitario INPS e INAIL	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dai Servizi stessi*
	Operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa di persone affette da disabilità sensoriali, psichiche ed intellettive	**ogni 20 giorni**
STRUTTURE RESIDENZIALI	Operatori sanitari	**ogni 8 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e*

EXTRAOSPEDALIERE PER ANZIANI E/O NON AUTOSUFFICIENTI		*garantiti dalla Struttura*
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Ospiti	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Visitatori	**ogni 7 giorni** (in occasione della visita). Di norma è preferibile che i visitatori siano sempre gli stessi, al fine di garantire il monitoraggio. *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
CENTRI DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI	Ospiti ed Operatori	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale
RIENTRI DALL'ESTERO	Operatori che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti (es. badanti)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
	Operatori sanitari che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
	Operatori sanitari che prestano servizio presso strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Soggetti rientranti da trasferta di lavoro all'estero < 5gg (esonerati dall'obbligo di quarantena ai sensi delle normative vigenti)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
AZIENDE PRODUTTIVE	Lavoratori rientranti nel progetto specifico *Back to Veneto* (DGR 601/2020)	**ogni 30 giorni**, o comunque nel rispetto del protocollo sanitario disposto dal Medico Competente *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalle Aziende partecipanti*
SERVIZI ESSENZIALI	Lavoratori dei Servizi Essenziali (VV.FF., FF.OO., ecc.) a maggior contatto con il pubblico	**ogni 30 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dai Servizi stessi*

ALTRO	Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale

Particolare attenzione va posta nel caso di **operatori sanitari** che prestano servizio presso strutture ospedaliere, extraospedaliere (hospice, URT, ospedali di comunità) e strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti e che hanno **transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti**. A tal proposito, si raccomanda agli operatori sanitari che soggiornano all'estero di comunicare suddetto soggiorno alla loro Azienda di riferimento in modo che possa essere opportunamente organizzato lo screening con tampone antigenico.

Inoltre, si ribadisce quanto già riportato con la DGR 1104/2020 circa la necessità di porre particolare attenzione a quelle categorie di viaggiatori che fanno ingresso in Italia e per le quali non è previsto o risulta di più difficile attuazione il rispetto sia dell'obbligo di segnalazione al Dipartimento di Prevenzione, previsto dal DPCM 11 giugno 2020 e successivi aggiornamenti ai fini dell'isolamento fiduciario e della sorveglianza, sia delle misure igienico-sanitarie e di distanziamento sociale volte al contrasto della diffusione virale, in considerazione delle specifiche condizioni lavorative, abitative e sociali (es. promiscuità abitativa, marginalità sociale, lavoratori stagionali, lavoratori impegnati in attività di assistenza di soggetti anziani e/o fragili, possibili barriere di accesso all'assistenza sanitaria, ecc.). Tale approccio da attuare in stretta collaborazione tra i diversi attori coinvolti che, a vario titolo, possono favorire l'applicazione delle presenti raccomandazioni. Un ruolo fondamentale in tale strategia è svolto dal Datore di Lavoro, che dovrà favorire e raccomandare il rispetto delle indicazioni fornite nazionali e regionali, anche in considerazione della tutela della salute degli altri dipendenti.

L'Azienda ULSS, in funzione della particolare situazione epidemiologica locale, anche in considerazione di eventuali focolai identificati in **specifici gruppi di popolazione**, potrà avviare ulteriori indagini, definendo la tipologia di test utilizzato e la relativa frequenza, comunicando l'estensione delle attività di screening alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto e provvedendo a garantire per tutti i test effettuati, in accordo con Azienda Zero, la registrazione sui sistemi informativi regionali anche del dato della specifica categoria target di popolazione individuata e sottoposta a screening.

3.2 Registrazione e tracciabilità dei dati

Si ribadisce che per tutti i test effettuati deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato. A tale scopo, per tutti i dati relativi alle attività di screening delle categorie sopra elencate, oltre che per quelli relativi alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19, ciascuna Azienda ULSS provvede ad alimentare tempestivamente gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, per il successivo inserimento nel *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Azienda Zero provvederà ad aggiornare le specifiche procedure per consentire la registrazione dei dati da parte delle Aziende ULSS (e degli altri attori coinvolti), con particolare riferimento alla registrazione, per i test effettuati, dell'informazione relativa alla motivazione di esecuzione del test e l'eventuale categoria target di popolazione sottoposta a screening.

Si raccomanda alle Aziende ULSS e a tutti gli attori coinvolti (es. medici competenti aziendali) la completezza della registrazione di tutti i dati con le modalità definite da Azienda Zero per alimentare il *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Qualsiasi laboratorio regionale del SSR, ed i laboratori privati accreditati autorizzati ad effettuare tali prestazioni, devono garantire la tracciabilità dei test. Le modalità e i relativi flussi, se non già in essere, andranno concordati tempestivamente dagli stessi laboratori con l'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero.

4. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Le attività di *contact tracing* rivestono un ruolo cardine nella strategia di Sanità Pubblica di prevenzione e contenimento del contagio della Regione del Veneto. Il recente aumento dei nuovi casi positivi su base giornaliera determina un costante incremento del carico di lavoro richiesto al personale dei Dipartimenti di Prevenzione, impegnato senza sosta e a pieno ritmo, fin dalle prime fasi dell'epidemia, per far fronte all'emergenza sanitaria. Anche nell'attuale scenario epidemiologico, l'obiettivo di Sanità Pubblica da porre in essere con assoluta urgenza, è quello di interrompere tutte le possibili catene di trasmissione del virus responsabile di COVID-19.

Al fine di garantire l'efficienza, la sostenibilità e la tempestività delle attività di presa in carico dei positivi, di rintraccio dei contatti, di sorveglianza, prevenzione e controllo dell'epidemia in corso, è necessario che le Aziende ULSS rafforzino i Dipartimenti di Prevenzione da un punto di vista organizzativo e di personale, in modo da garantire ai suddetti Dipartimenti di riorientare le attività al proprio interno a supporto della gestione dell'emergenza, in conformità con quanto indicato nel "Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione" previsto con DGR n. 782 del 16.06.2020[2].

In particolare dovranno essere rafforzate le attività di inchiesta epidemiologica e di rintraccio di tutti i contatti istituendo delle "**Centrali Operative di Contact Tracing".** Le attività di *contact tracing* dovranno essere **coordinate dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, individuando un medico specialista in Igiene come referente,** e garantite da personale afferente ai diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione con il supporto, in caso di bisogno, del personale di altri servizi aziendali. Tali attività potranno essere garantite, per i diversi ambiti di competenza, da medici, assistenti sanitari e infermieri ma anche tecnici della prevenzione, medici in formazione, studenti dei corsi di laurea sanitaria, personale amministrativo, etc. Per quanto riguarda gli operatori che non hanno esperienza di conduzione delle indagini epidemiologiche deve essere garantito dal Sisp una rapida formazione "sul campo".

Si ribadisce l'importanza, sulla base dell'organizzazione locale e in accordo con la Direzione Aziendale, di supportare le attività del Dipartimento di Prevenzione e delle **Centrali Operative di Contact Tracing con personale aggiuntivo afferente anche ad altri servizi dell'Azienda ULSS.** L'articolazione organizzativa sarà valutata da ogni singola Azienda in funzione delle specifiche esigenze e realtà territoriale. La numerosità del personale dedicato a tali attività dovrà essere commisurata al carico di lavoro e allo scenario epidemiologico e in

[2] *DGR n. 782 del 16 giugno 2020 "Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria"*

numero tale da **garantire il rapporto di 1:10.000 abitanti** come previsto dai documenti internazionali[3], nazionali[4] e regionali[5] di riferimento.

4.1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Si dà indicazione di differire tutte le chiamate vaccinali rivolte ai 12enni e 14enni, fino a prossima comunicazione che sarà legata all'andamento dello scenario epidemiologico. Inoltre, andranno differite tutte le attività vaccinali non urgenti a richiesta dell'utenza.

Si raccomanda inoltre di rivedere l'organizzazione Aziendale delle sedi vaccinali territoriali prevedendo un accorpamento delle stesse, con particolare attenzione alle sedi vaccinali minori e periferiche al fine di ottimizzare l'impegno orario e l'organizzazione delle attività, riducendo il tempo legato agli spostamenti del personale e la relativa presenza di personale su più sedi, fornendo anche in questo modo supporto alla gestione dell'emergenza COVID-19.

Per le attività di **relative allo screening oncologico,** allo stato attuale non vi sono indicazioni alla sospensione delle attività di primo livello, e si ribadisce la necessità di garantire in tempi congrui le prestazioni di secondo livello. E' importante che le aziende attivino il portale screening, promuovendone l'uso nella popolazione, perchè tale strumento informatico, oltre ad agevolare le utenti, può ridurre il carico degli operatori delle segreteria di screening e potenzialmente rendere più efficiente la gestione delle sedute disponibili per screening mammografico e screening della cervice uterina. Per quanto inerente lo screening del colon retto, si raccomanda di avviare, dal 1 novembre, il progetto della Farmacie dei Servizi, poichè le farmacie possono rappresentare un utile supporto a tale screening. Si invitano, inoltre, le Aziende a monitorare periodicamente i tassi di adesione della popolazione invitata ai programmi di screening oncologici.

4.2 Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Considerata l'accelerazione nell'evoluzione dell'epidemia, con aumento progressivo del numero di casi ed evidenze di criticità nei servizi territoriali, si forniscono le seguenti indicazioni al fine di promuovere l'adozione di comportamenti omogenei da parte dei Servizi interessati:

- Incrementare l'attività di supporto e assistenza alle attività economiche e produttive, mediante informazione e diffusione di indirizzi operativi, privilegiando, rispetto ad accessi presso le singole aziende, attività di coinvolgimento simultaneo di più aziende con attività a distanza.
- Mantenere l'attività di supporto alle altre strutture del Dipartimento di Prevenzione, sia mediante la condivisione delle informazioni relative alle aziende e al tessuto produttivo del territorio di competenza, sia collaborando ad attività trasversali per una maggiore copertura delle attività economiche del territorio ed anche nelle attività di contact tracing sulla base delle risorse disponibili.
- Garantire le prestazioni urgenti o indifferibili (es. interventi a seguito di segnalazione del SUEM 118 per infortuni sul lavoro; richiesta dell'Autorità Giudiziaria o di Forze dell'Ordine; interventi a seguito di

[3] *ECDC Technical Report - Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities for COVID-19 cases in the EU/EEA - 2 marzo 2020.*

[4] *Decreto del Ministero della Salute del 30.04.2020 - "Adozione dei Criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'Allegato 10 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020".*

[5] *DGR n. 782 del 16 giugno 2020 - Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.*

segnalazione per situazioni lavorative ritenute di pericolo grave e imminente; atti non ripetibili nell'ambito di attività di indagine giudiziaria; altre attività per le quali sono previsti termini di carattere perentorio).

Per le attività certificative e formative, si rimanda alle indicazioni di cui ai punti **4.4** e **4.5**.

4.3 Attività di promozione della salute

Le attività di promozione della salute, anche in considerazione di quanto affermato dall'OMS, che nel futuro prossimo prevede un aumento delle patologie croniche non trasmissibili, dovuto proprio agli stili di vita assunti dalla popolazione durante l'emergenza, vanno mantenute nei limiti delle possibilità connesse alla gestione dell'emergenza. Si evidenzia inoltre che obesità, ipertensione, sedentarietà, consumo di tabacco sono fortemente correlati non solo all'insorgenza e aggravarsi di malattie croniche, ma, come hanno evidenziato i dati relativi all'epidemia di Covid-19, anche alle complicanze di patologie infettive. Pertanto i Servizi di prevenzione MCNT, programmi di Screening sono tenuti con le proprie équipe a:

a) sensibilizzare su quanto sopra gli operatori sanitari
b) prestare particolare attenzione alle fasce d'età maggiormente penalizzate durante la fase 1 Covid-19, dal punto di vista del benessere psico-fisico, quali infanzia, adolescenza, malati cronici e anziani, veicolando strumenti di comunicazione e informazione rivolti sia alla popolazione scolastica che ai gruppi target.

Tali azioni di possono essere attuate tramite gli strumenti già disponibili (alcuni esempi: Programma delle attività congiunte - Strumenti didattici multimediali; Video per la promozione della prescrizione dell'esercizio fisico; FAD specifiche).

Per quanto concerne la medicina di iniziativa, dovranno essere portate avanti le attività già in essere, implementandone di nuove solo in base alla disponibilità di risorse.

4.4 Attività certificative e medico legali

Si dà indicazione a differire tutte le attività certificative che non rivestono carattere di urgenza e non rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Dovranno continuare ad essere garantite le attività previste nei LEA, incluse commissioni patenti provinciali e commissioni invalidi che, dove possibile, possono essere espletate agli atti attraverso la le valutazione documentale della commissioni preposte, anche in considerazione di evitare gli affollamenti degli spazi comuni, riducendo allo stesso tempo gli spostamenti e gli accessi alle strutture di persone con particolari fragilità.

Le Aziende ULSS, in considerazione dei nuovi carichi di lavoro previsti per i Dipartimenti di Prevenzione, dovranno coinvolgere nelle attività di medicina necroscopica altro personale medico afferenti ad altri servizi aziendali, a supporto del personale medico dei Dipartimenti di Prevenzione.

4.5 Attività da remoto e a distanza

Si evidenzia, inoltre, che tutti i Dipartimenti di Prevenzione dovranno garantire lo svolgimento in sicurezza in modalità da remoto o a distanza, con l'ausilio di supporti tecnologici quali videoconferenza, di tutte le attività che possono essere svolte con tale modalità, siano esse incontri interni e riunioni o attività rivolte all'utenza esterna. A titolo di esempio dovranno essere considerate tali modalità per i colloqui pre-vaccinali con i genitori,

colloqui informativi e attività strutturata di formazione/divulgazione con l'utenza in genere. Per tutte le attività di follow-up andrà valutata sempre la possibilità di esecuzione da remoto e la consultazione esami non in presenza del paziente.

5. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI TEST ANTIGENICI RAPIDI

In ogni Azienda ULSS al fine di consentire una diagnosi tempestiva di COVID-19 e di ampliare ulteriormente l'offerta di *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* potranno essere organizzate **Punti di accesso territoriali.** L'esecuzione presso questi punti di accesso territoriali è destinata a persone:

1. con sintomatologia compatibile con COVID (caso sospetto);
2. a persone identificate come contatto stretto di un caso confermato.

L'accesso ai Punti è possibile solo con **mascherina chirurgica e dopo aver effettuato accurata igiene delle mani**.

I Punti di accesso territoriale individuati dalle ULSS possono essere quelli di seguito riportati.

5.1 Sedi h24 7gg/7

Si tratta di sedi dedicate alla somministrazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, attive 7gg/7 h24, che vedano la presenza di equipe di Medici di Continuità Assistenziale, Medici delle USCA, personale infermieristico e/o altro personale per l'accoglienza e la gestione dei pazienti. Per ogni Azienda Ulss deve essere presente almeno un punto Covid 19 h24.

L'accesso è libero; l'esecuzione del tampone rapido è **eseguita previa prescrizione del Medico curante o su indicazione del Medico di Continuità Assistenziale presente.** L'esecuzione del *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* ed il suo esito dovranno essere tempestivamente registrati sul portale regionale.

Gli operatori che eseguono il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, nel rispetto delle procedure aziendali, dovranno indossare i Dispositivi di Protezione Individuale previsti (FFP2, camice/grembiule monouso, guanti, occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera). Specifica formazione sull'esecuzione del Test dovrà essere prevista dalle Aziende ULSS.

Per l'esecuzione del tampone rapido non è necessaria una sanificazione straordinaria dell'ambiente, bensì l'applicazione delle normali procedure di sanificazione degli ambienti sanitari previsti durante la pandemia da SARS-CoV-2. Negli ambienti dove è eseguita la procedura deve essere assicurata adeguata ventilazione. A completamento si precisa che l'introduzione del tampone nella provetta contenente il liquido precedentemente dispensato inattiva completamente il virus. Secondo quanto previsto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 in generale le aree pubbliche in cui un caso COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.

5.2 Studi della medicina generale e pediatria di libera scelta o spazi alternativi organizzati

Al fine di potenziare la presa in carico degli assistiti da parte dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di libera scelta, vengono messi a disposizione degli stessi i *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* che

potranno essere utilizzati a loro discrezione durante l'attività ambulatoriale o domiciliare a favore della popolazione assistita, in particolare con lo scopo di favorire la diagnosi differenziale.

Saranno da privilegiare le forme organizzate di medici convenzionati, in particolare le Medicine di gruppo e le Medicine di gruppo integrate, fondate su una organizzazione dell'accesso e dotate di personale infermieristico.

L'effettuazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* potrà essere gestita anche con modalità in drive-in presso gli studi dei Medici curanti stessi. Alternativamente potranno essere utilizzati gli spazi ad oggi già organizzati per la somministrazione delle vaccinazioni antinfluenzali. Valorizzando la collaborazione delle amministrazioni locali, detti spazi potranno anche rappresentare punti screening per popolazione-target.

Gli operatori che eseguono il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, nel rispetto delle procedure aziendali, dovranno indossare i Dispositivi di Protezione individuale previsti (FFP2, Camice /grembiule monouso, Guanti. Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera). Specifica formazione sull'esecuzione del Test antigenico rapido dovrà essere prevista dalle Aziende ULSS.

L'esecuzione del *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* ed il suo esito dovranno essere tempestivamente registrati sul portale regionale.

Per l'esecuzione del test non è necessaria una sanificazione straordinaria dell'ambiente, bensì l'applicazione delle normali procedure di sanificazione degli ambienti sanitari previsti durante la pandemia da SARS-CoV-2. A completamento si precisa che l'introduzione del tampone nella provetta contenente il liquido precedentemente dispensato inattiva completamente il virus.

Secondo quanto previsto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 in generale le aree pubbliche in cui un caso COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.

Visto l'impegno concomitante anche sul versante delle vaccinazioni antinfluenzali, per suddetta attività potranno essere riconosciute fino ad un massimo di 3 ore aggiuntive/settimana di presenza infermieristica (riconosciute secondo indennità infermieristica prevista da ACN); il riconoscimento dell'indennità di cui sopra sarà erogato a seguito della valutazione dell'effettiva documentata presenza infermieristica e dell'attività svolta e registrata sull'apposito applicativo regionale. Detto riconoscimento sarà limitato alla durata dell'emergenza COVID.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 23/3/2020 | Protocollo n. 22337 Class. | Allegati n. 2

Oggetto: Comitato Scientifico Covid-19. Approvazione documenti "*Indicazioni operative per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2*", "*Protocollo operativo gestione dei contatti di caso confermato di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia*".

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Si trasmettono in allegato alla presente i due documenti in oggetto, proposti dal Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, e approvati telematicamente dal Comitato Scientifico ex DGR n. 269 del 2.3.2020 in data odierna.

Dalla discussione degli stessi sono emerse le seguenti osservazioni che si riportano di seguito.

Riguardo al documento "*Indicazioni operative per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2*" sarebbe opportuno specificare che ci si riferisce solo all'applicazione dei tests al di fuori dall'ambiente ospedaliero presso il quale vengono utilizzati ancora solo tests molecolari a tutti i pazienti, ed è altresì da chiarire la differenza tra la indicazione 1.a (antigenico per casi sospetti) e la indicazione 2.b (molecolare per casi con sintomatologia 'altamente suggestiva di COVID 19).

Per quanto concerne invece il Protocollo operativo gestione dei contatti di caso confermato di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia, si ravvisa l'opportunità di specificare dove viene effettuato il *retesting* alla fine della quarantena e di chiarire se il test antigenico positivo debba essere confermato da un test molecolare, oltre a illustrare perché nel primo anno la positività di un alunno senza alcun altro positivo mette tutte le maestre della sezione immediatamente in quarantena e sia equivalente al caso in cui siano stati identificati più di un positivo.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

Protocollo operativo gestione dei contatti di caso confermato di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PREMESSA

Il presente documento fornisce una linea di indirizzo per gli operatori dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e per i Referenti scolastici per COVID-19 dei Dipartimenti di Prevenzione con la finalità di contrastare la diffusione del virus, garantire in sicurezza la continuità delle attività educative e formative uniformando nel territorio della Regione del Veneto le indicazioni per la gestione dei contatti di caso confermato di COVID-19 in ambito scolastico. Ogni situazione verrà comunque valutata singolarmente dagli operatori di sanità pubblica competenti per territorio (Dipartimento di Prevenzione) che di volta in volta definiranno le strategie più opportune da attuare.

ll Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 "*Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia*", costituisce uno strumento di riferimento utile che fornisce un supporto operativo ai decisori e agli operatori nel settore scolastico e nei Dipartimenti di Prevenzione (DdP) che sono a pieno titolo coinvolti nel monitoraggio e nella risposta a casi sospetti/probabili e confermati di COVID-19 nonché nell'attuare strategie di prevenzione a livello comunitario. Al suo interno si forniscono indicazioni pratiche per la gestione di eventuali casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia tramite l'utilizzo di scenari ipotetici, in assenza, per il momento, di modelli previsionali solidi.

Di seguito sono riportate le indicazioni operative declinate a livello regionale relativamente alle gestione dei contatti scolastici di un caso positivo a SARS-CoV-2, sia nel caso si tratti di un alunno che del personale scolastico. Al fine di garantire la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica, per il contesto scolastico **si raccomanda l'utilizzo come test diagnostico del "*Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*", sia per i casi sospetti di COVID-19, sia per i contatti scolastici di un caso confermato**. Si precisa che, in caso di negatività al test antigenico, in presenza di sintomatologia altamente suggestiva di COVID-19 e sulla base delle valutazioni del Medico curante, potrà essere indicato un test di biologia molecolare di conferma o, in alternativa, ripetere il test antigenico a distanza di uno o più giorni.

Nel presente documento sono schematicamente individuati 4 possibili scenari che si contraddistinguono per profili di rischio diversi e che richiedono misure proporzionali e graduate al contesto. Ogni caso, partendo dallo schema qui proposto, dovrà poi essere valutato nella sua specificità dagli operatori del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) per la definizione delle opportune disposizioni contumaciali, strategia di testing, misure preventive e di sorveglianza:

- **Scenario 1** - caso confermato di COVID-19 in un alunno di una scuola primaria (dal 2° anno al 5° anno) o scuola secondaria di primo e secondo grado;
- **Scenario 2** - caso confermato di COVID-19 in un operatore di una scuola primaria (dal 2° anno al 5° anno) e scuola secondaria di primo e secondo grado;
- **scenario 3** - caso confermato di COVID-19 in un alunno di una scuola primaria (1° anno), asilo o scuola dell'infanzia;
- **Scenario 4** - caso confermato di COVID-19 in un operatore di una scuola primaria (1° anno), asilo o scuola dell'infanzia.

Tali scenari, e le relative indicazioni operative, sono definite in funzione della declinazione delle misure di prevenzione nello specifico contesto e nell'organizzazione della attività (es. utilizzo di mascherine, raccomandazione al distanziamento interpersonale, etc.), dal grado di consapevolezza e di autonomia nonché degli specifici bisogni educativi ed assistenziali dei minori.

Le presenti indicazioni saranno aggiornate costantemente al variare dello scenario epidemiologico e delle conoscenze scientifiche disponibili.

MODALITÀ OPERATIVE

In presenza di un caso confermato di COVID-19 nel contesto scolastico, il "*Referente COVID-19 della Scuola*" comunica al "*Referente Scuola del DdP*" i contatti scolastici del caso da 48 ore prima a 14 giorni dopo l'inizio dei sintomi nel caso confermato (o, se il caso è asintomatico, da 48 ore prima a 14 giorni dopo la data dell'esecuzione del test risultato positivo), comprese eventuali attività di intersezione (es. pre/post scuola) che il SISP provvederà a valutare in funzione del rischio e del rispetto delle misure di prevenzione anti-COVID.

Il SISP programma il "*Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*" a tutti i contatti individuati al tempo zero e, con la collaborazione del Referente COVID-19 della Scuola, indaga la corretta applicazione delle misure anti COVID-19 previste e raccomandate nel caso specifico (es. adeguata aerazione degli ambienti, disposizione dei banchi e distanza interpersonale, organizzazione delle attività, utilizzo della mascherina, distanza tra banchi e cattedra, etc.). A tal fine, in collaborazione con il Referente COVID-19 della Scuola e sotto il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione, i tamponi antigenici nei contatti scolastici, sulla base della specifica organizzazione aziendale, potranno essere effettuati direttamente nel contesto della struttura scolastica **con il supporto attivo delle USCA**.

Le attività di *contact tracing* in ambito scolastico vanno integrate con le consuete attività di *contact tracing* specifiche che interessano le eventuali attività di intersezione tra classi/gruppi diversi, nonché per tutti gli ambiti extra-scolastici o peri-scolastici per l'identificazione di ulteriori contatti stretti.

Ferma restando la necessità di identificare quanto più precocemente possibile i casi positivi a SARS-CoV-2 nel contesto scolastico, **i contatti e i conviventi di un caso sospetto in attesa dell'esecuzione del test diagnostico, o della restituzione dell'esito, non sono sottoposti a disposizione di quarantena**. La quarantena per conviventi/genitori sarà disposta, dal Dipartimento di Prevenzione, a partire dalla conferma del caso. Il PLS/MMG collabora con il Dipartimento di Prevenzione per informare i contatti circa le misure igienico sanitarie e comportamentali da adottare.

SCUOLA PRIMARIA (dal 2° anno al 5° anno) E SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO E SECONDO GRADO

SCENARIO 1 - CASO INDICE ALUNNO GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI				
Test al tempo 0 ai contatti	**Azioni**	**Insegnanti**	**Figure trasversali**	**Alunni**
Tutti i test eseguiti sui contatti scolastici sono risultati negativi	Quarantena	**No**, se le misure anti-COVID-19 sono rispettate	Su valutazione del SISP	**No**, se rispettate le misure anti-COVID-19 *In caso di "non soddisfacente" rispetto delle misure anti-COVID-19, quarantena per tutta la classe* *Per i vicini di banco[1] valutare con particolare attenzione l'eventuale riscontro di contatti stretti (es. scambio di materiale ad uso personale, mancato rispetto della distanza interpersonale, etc.)*
	Re-Testing	- Se in quarantena, ulteriore test al termine - Se non disposta la quarantena, ulteriore test 5-7 giorni dopo il primo test o 10 giorni dopo l'ultimo contatto con il caso positivo		
	Note	*Se non disposta la quarantena, la frequenza scolastica è condizionata dal rispetto di alcune raccomandazioni riportate in Allegato 1*		
≥ 1 contatto positivo nella stessa classe	Quarantena	**Si,** comunque su valutazione del SISP in base al tipo, alla durata dell'attività svolta e al rispetto delle misure anti-COVID	Su valutazione del SISP	**Si**, per tutta la classe
	Re-Testing	- Se in quarantena, ulteriore test al termine - Se non disposta la quarantena, ulteriore test 5-7 giorni dopo il primo test o 10 giorni dopo l'ultimo contatto con il caso positivo		Ulteriore test al termine della quarantena
	Note	*Se non disposta la quarantena, la frequenza scolastica è condizionata dal rispetto di alcune raccomandazioni riportate in Allegato 1*		
≥ 1 contatto positivo in classi diverse	Quarantena	Il SISP valuta le opportune disposizioni di quarantena e di chiusura della scuola/plesso/gruppo di classi in funzione del numero di casi, della loro distribuzione nella scuola, del rispetto delle misure anti-COVID-19 e dell'organizzazione delle attività scolastiche		

[1] *Valutare eventuali compagni di banco più prossimi (es. lateralmente o frontalmente e posteriormente)*

	Re-Testing	Il SISP valuta le opportune azioni finalizzate alla ricostruzione delle catene di contagio e al contenimento della diffusione del virus all’interno del servizio/scuola

SCUOLA PRIMARIA (dal 2° anno al 5° anno) SCUOLA SECONDARIA DI PRIMO E SECONDO GRADO

SCENARIO 2 - CASO INDICE INSEGNANTE/MAESTRA/PROFESSORE/EDUCATORE: GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI				
Test al tempo 0 ai contatti	**Azioni**	**Insegnanti** (es. sala insegnanti)	**Figure trasversali**	**Alunni**
Tutti i test eseguiti sui contatti scolastici sono risultati negativi	Quarantena	**No**, se le misure anti-COVID-19 sono rispettate e se non sono stati individuati contatti stretti con altri insegnanti	Su valutazione del SISP, in presenza di contatto stretto non protetto	**No**, se rispettate le misure anti-COVID-19 *In caso di "non soddisfacente" rispetto delle misure anti-COVID-19, quarantena per tutta la classe* *Per i vicini di banco[2] valutare con particolare attenzione l'eventuale riscontro di contatti stretti (es. scambio di materiale ad uso personale, mancato rispetto della distanza interpersonale, etc.)*
	Re-Testing	- Se in quarantena, ulteriore test al termine - Se non disposta la quarantena, ulteriore test 5-7 giorni dopo il primo test o 10 giorni dopo l'ultimo contatto con il caso positivo		
	Note	*Se non disposta la quarantena, la frequenza scolastica è condizionata dal rispetto di alcune raccomandazioni riportate in Allegato 1*		
≥ 1 contatto positivo nella stessa classe	Quarantena	**No**, se le misure anti-COVID-19 sono rispettate e se non sono stati individuati contatti stretti	Su valutazione del SISP	- **Si**, per tutta la classe. - **No**, per le altre classi frequentate dall'insegnante dove non sono presenti alunni positivi, se le misure anti-COVID-19 sono state rispettate
	Re-Testing	- Se in quarantena, ulteriore test al termine - Se non in quarantena, ulteriore test 5-7 giorni dopo il primo test o 10 giorni dopo l'ultimo contatto con il caso positivo		
	Note	*Se non disposta la quarantena, la frequenza scolastica è condizionata dal rispetto di alcune raccomandazioni riportate in Allegato 1*		
≥ 1 contatto positivo in	Quarantena	Il SISP valuta le opportune disposizioni di quarantena e di chiusura della scuola/plesso/gruppo di classi in funzione del numero di casi, della loro distribuzione nella scuola, del rispetto delle misure anti-COVID-19 e dell'organizzazione delle attività scolastiche		

[2] *Valutare eventuali compagni di banco più prossimi (es. lateralmente o frontalmente e posteriormente)*

classi diverse	Re-Testing	Il SISP valuta le opportune azioni finalizzate alla ricostruzione delle catene di contagio e al contenimento della diffusione del virus all'interno del servizio/scuola

SCUOLA PRIMARIA (1° anno), ASILO E SCUOLA DELL'INFANZIA

SCENARIO 3 - CASO INDICE ALUNNO: GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI				
Test al tempo 0	**Azioni**	**Insegnanti**	**Figure trasversali**	**Bambini**
Tutti i test eseguiti sui contatti scolastici sono negativi o ≥ 1 positivi nella stesso gruppo/ sezione	Quarantena	**Si**, per gli insegnanti del gruppo/sezione	Su valutazione del SISP	**Si**, per i bambini dello stesso gruppo/sezione
	Re-Testing	Ulteriore test al termine della quarantena	- Se in quarantena, ulteriore test al termine - Se non in quarantena, ulteriore test 5-7 giorni dopo il primo test o 10 giorni dopo l'ultimo contatto con il caso positivo	Ulteriore test al termine della quarantena
	Note	*Il SISP valuta eventuali attività di intersezione tra gruppi/sezioni. Se le misure anti-COVID-19 non sono state rispettate considerare la quarantena anche per i bambini/insegnanti dei gruppi/sezioni interessati* *Per le figure trasversali, se non disposta la quarantena, la frequenza scolastica è condizionata dal rispetto di alcune raccomandazioni riportate in Allegato 1*		
≥ 1 contatto positivo in gruppi/ sezioni differenti	Quarantena	Il SISP valuta le opportune disposizioni di quarantena e di chiusura dell'asilo/scuola dell'infanzia in funzione del numero di casi, della loro distribuzione nel servizio educativo o scuola dell'infanzia e dell'organizzazione delle attività		
	Re-Testing	Il SISP valuta le opportune azioni finalizzate alla ricostruzione delle catene di contagio e al contenimento della diffusione del virus all'interno del servizio/scuola		

SCENARIO 4 - CASO INDICE INSEGNANTE/MAESTRA/PROFESSORE/EDUCATORE: GESTIONE CONTATTI SCOLASTICI				
Test al tempo 0	**Azioni**	**Insegnanti**	**Figure trasversali**	**Bambini**
Tutti contatti negativi o ≥ 1 positivi nella stesso gruppo/ sezione	Quarantena	**No**, se le misure anti-COVID-19 sono rispettate e se non sono stati individuati contatti stretti con altri insegnanti	Su valutazione del SISP in presenza di contatto stretto non protetto	**Si**, per i bambini dello stesso gruppo/sezione
	Re-Testing	Se in quarantena, ulteriore test al termine	Se in quarantena, ulteriore test al termine	Ulteriore test al termine della quarantena
	Note	*Il SISP valuta eventuali attività di intersezione tra gruppi/sezioni. Se le misure anti-COVID-19 non sono state rispettate considerare la quarantena anche per i bambini/insegnanti dei gruppi/sezioni interessati*		
≥ 1 contatto positivo in	Quarantena	Il SISP valuta le opportune disposizioni di quarantena e di chiusura dell'asilo/scuola dell'infanzia in funzione del numero di casi, della loro distribuzione nel servizio educativo o scuola dell'infanzia e dell'organizzazione delle attività		

gruppi/ sezioni differenti	Re-Testing	Il SISP valuta le opportune azioni finalizzate alla ricostruzione delle catene di contagio e al contenimento della diffusione del virus all'interno del servizio/scuola

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI UTILI

1. *Interim guidance for rapid antigen testing for SARS-CoV-2*, Centers for Disease Control and Prevention, aggiornato al 4 settembre 2020;
2. *Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays - Interim guidance*, Organizzazione Mondiale della Sanità, 11 settembre 2020;
3. *Diagnostic testing for SARS-CoV-2 - Interim guidance*, Organizzazione Mondiale della Sanità, 11 settembre 2020;
4. *COVID-19 testing strategies and objectives*, European Centre for Disease Prevention and Control, 15 settembre 2020;
5. Jones NR, Qureshi ZU, Temple RJ, et al, *Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in covid-19?*, BMJ. 2020 Aug 25;370:m3223.

ALLEGATO 1
RACCOMANDAZIONI PER SCUOLA, ALUNNI E OPERATORI NON SOTTOPOSTI A QUARANTENA A SEGUITO DI UN CASO CONFERMATO NELLA CLASSE DI APPARTENENZA

Le seguenti indicazioni, i soggetti a cui andranno applicate e la durata di applicazione saranno comunicate alla scuola dal SISP

MISURE ORGANIZZATIVE PER LA SCUOLA

- non dovranno essere svolte attività di canto o utilizzati strumenti a fiato
- la ricreazione andrà effettuata in momenti o in spazi diversi dal resto degli alunni della scuola (es. orari diversi o restando all'interno della classe)
- non dovranno essere previste attività di intersezione tra classi diverse (es. palestra, attività di laboratorio)

RACCOMANDAZIONI IGIENICO-COMPORTAMENTALI A SCUOLA

- obbligo ad indossare la mascherina nel contesto delle attività scolastiche, anche in condizioni statiche (es. seduti al banco)
- rigoroso rispetto della distanza di sicurezza minima
- obbligo di misurazione quotidiana della temperatura a casa con autodichiarazione del valore misurato o, in alternativa, rilevazione quotidiana della temperatura direttamente a scuola
- automonitoraggio delle proprie condizioni di salute per il periodo definito dal SISP. Nell'eventualità di comparsa di sintomatologia compatibile con COVID-19, obbligo di contattare il Medico curante per la presa in carico

RACCOMANDAZIONI IGIENICO-COMPORTAMENTALI NELLA VITA DI COMUNITÀ

- il soggetto interessato, sotto la propria responsabilità o quella del genitore, dovrà comunque limitare al minimo i contatti interpersonali (es. evitare gli amici e le uscite in gruppo)
- dovranno essere evitati i contatti in particolare con persone fragili e/o anziane (es. nonni)
- dovranno essere evitate le attività extrascolastiche (es. attività sportive, corsi extrascolastici in presenza, etc.)
- non dovranno essere svolte attività di canto o utilizzati strumenti a fiato
- dovranno essere rafforzate le raccomandazioni di utilizzo della mascherina in tutti i contesti di interazione interpersonale (es. utilizzo di trasporto scolastico, uscita dalla scuola, etc.), al rispetto della distanza di sicurezza minima e alla frequente igiene delle mani

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

Emergenza
COVID-19

Indicazioni operative per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2

25.09.2020

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

REGIONE DEL VENETO

Sommario

Premessa	2
Indicazioni ai test rapidi per la ricerca dell'antigene di sars-cov-2	3
Indicazioni al test di biologia molecolare per la ricerca di sars-cov-2	3
Modalità di accesso e prescrivibilità	4
Registrazione dei dati	4

PREMESSA

I test diagnostici per COVID-19 rappresentano uno strumento essenziale non solo per la gestione clinica dei pazienti ma anche e soprattutto per controllare la pandemia, mediante il riconoscimento e le successive misure di prevenzione e controllo dirette ad individui infetti, anche asintomatici, che possono diffondere la malattia.

Dall'inizio della pandemia di COVID-19, i laboratori hanno utilizzato il test di biologia molecolare per rilevare la presenza di SARS-CoV-2. Per tutto il processo diagnostico dal prelievo, al trasporto in laboratorio, all'esecuzione del test e alla refertazione, possono essere richiesti anche 1-2 giorni, con importanti risvolti in termini di risorse del servizio sanitario impiegate e ampie ricadute sociali.

Data la ripresa delle attività economiche, ricreative e produttive, nonché dell'avvio dell'anno scolastico in presenza, in linea con il Piano di Sanità Pubblica è aumentato il numero di test eseguiti al fine di prevenire e interrompere la trasmissione del virus. Preso atto dello sviluppo di nuove metodiche di test in grado di fornire una risposta rapida, con il vantaggio di poter essere processati non solo in laboratorio ma anche nei cosiddetti "punto di cura" e "punto Tampone" (RSA, scuole, luoghi di lavoro, ecc), la Regione del Veneto ha valutato l'opportunità di impiegare i test rapidi al fine di garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica, in conformità con quanto indicato dai principali organismi internazionali (OMS[1], ECDC[2], CDC[3]).

Nello specifico, i test diagnostici rapidi antigenici, consistono in un saggio immunologico che rileva la presenza di uno o più specifiche proteine virali (antigeni) nelle secrezioni respiratorie (o salivari[4]), indicative di una infezione virale in atto. Tali test hanno un brevissimo tempo di esecuzione e possono essere processati sia nei laboratori (diminuendo la complessità e i tempi di lavorazione), sia nei "punti tampone" attivati sul territorio regionale, sia nei "punti di cura", in luoghi e anche presso gli studi dei Pediatri di Libera Scelta e Medici di Medicina Generale. La loro performance dipende dal periodo in cui vengono impiegati, fornendo risultati migliori se la persona è sottoposta ad indagine nelle prime fasi dell'infezione, quando in genere la carica virale è più elevata, nonché nelle prime fasi sintomatiche della patologia (entro 5-7 giorni dall'esordio

[1] "Diagnostic testing for SARS-CoV-2 - Interim guidance" e "Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays - Interim guidance", OMS, 11 settembre 2020

[2] "COVID-19 testing strategies and objectives", ECDC, 15 settembre 2020

[3] "Interim guidance for rapid antigen testing for SARS-CoV-2" CDC, aggiornato al 4 settembre 2020

[4] Non attualmente disponibile.

dei sintomi). Il test antigenico rapido in caso di positività deve essere confermato con il test di biologia molecolare.

1. INDICAZIONI AI TEST RAPIDI PER LA RICERCA DELL'ANTIGENE DI SARS-COV-2

In base a quanto premesso, per quanto concerne il ricorso ai predetti test antigenici, si identificano i seguenti contesti:

a. **diagnosi precoce conseguente alla comparsa di sintomi correlati alla definizione di caso sospetto di COVID-19**, allo scopo di isolare rapidamente i casi positivi ed avviare le conseguenti misure di controllo dell'infezione (*contact tracing* e quarantena dei contatti)[5];

b. **screening dei contatti di caso confermato** allo scopo di interrompere precocemente la catena di trasmissione virale, sulla base di opportuna valutazione del Dipartimento di Prevenzione e del Medico curante[5];

c. **gestione di sospetti focolai di COVID-19 in comunità chiuse, semichiuse e località remote** (es. scuole, residenze sanitarie per anziani, luoghi di lavoro, istituti penitenziari, navi da crociera, ecc.). Risultati positivi in più individui sospetti sono altamente indicativi di un focolaio di COVID-19 e consentono una rapida attuazione delle conseguenti misure di Sanità Pubblica;

d. **monitoraggio dell'incidenza della malattia** nelle categorie target previste, in accordo con quanto indicato dalla DGR n. 1104 del 6 agosto 2020 (ed eventuali successive modifiche ed integrazioni);

e. **attività di screening su soggetti asintomatici facenti parte di gruppi di popolazione dalla comprovata circolazione virale elevata** (es: viaggiatori provenienti da zone ad alta incidenza di COVID-19).

2. INDICAZIONI AL TEST DI BIOLOGIA MOLECOLARE PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

Il test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 è indicato nei seguenti casi:

a. **conferma di eventuale positività al test antigenico**: in caso di esito positivo al test rapido antigenico, allo stato attuale è necessario effettuare un test di biologia molecolare di conferma;

b. **persone con sintomatologia altamente suggestiva di COVID-19 e negative al test antigenico:** è indicato eseguire un test di biologia molecolare di conferma o, in alternativa, ripetere il test antigenico a distanza di uno o più giorni, su valutazione del medico curante;

[5] *In caso di negatività al test antigenico, in presenza di sintomatologia altamente suggestiva di COVID-19, sulla base delle valutazioni del Medico curante, è indicato ripetere il test a distanza di uno o più giorni o eseguire un test di biologia molecolare di conferma*

c. **persone sintomatiche che, in ragione di eventuali comorbilità, presentano un aumentato rischio di decorso severo e/o di complicanze da COVID-19**, su valutazione del medico curante;

d. documentazione della negativizzazione di un soggetto precedentemente positivo: in accordo con le indicazioni ministeriali vigenti che prevedono due tamponi a distanza di 24 ore l'uno dall'altro al termine del periodo di isolamento.

3. MODALITÀ DI ACCESSO E PRESCRIVIBILITÀ

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica si avvalgono del test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2 o del test di biologia molecolare, secondo quanto raccomandato nei contesti di cui ai punti precedenti.

Per quanto concerne i test antigenici, l'accesso ai punti tampone attivati sul territorio della Regione del Veneto, anche in modalità drive-in, avviene secondo le modalità pubblicate dalle Aziende ULSS del Veneto, anche con prescrizione dematerializzata a cura del Medico curante (Medico di Medicina Generale e Pediatra di Libera Scelta, Medici Specialisti. DGR 1407/2020).

4. REGISTRAZIONE DEI DATI

Al fine di garantire la registrazione e la tracciabilità dei dati, le Aziende ULSS provvederanno a garantire, per tutti i test effettuati, la registrazione dell'esito sui sistemi informativi regionali o, in alternativa, sugli applicativi attualmente in uso, in conformità con quanto previsto dalla nota di Azienda Zero prot. n. 20146 del 1.09.2020, che fa seguito alla nota regionale prot. n. 330273 del 21.8.2020, mediante cui la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto ha trasmesso la DGR n. 1104 del 06/08/2020 "Emergenza COVID-19 – Fase 3 – Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening" e con la quale si evidenzia l'importanza di monitorare tutte le attività di screening eseguite e previste dal piano regionale.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 18/3/2020 | Protocollo n. 21601 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Scientifico Covid-19. Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale. Precisazioni e aggiornamenti.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il documento in oggetto, sottoposto ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020 ed approvato telematicamente in data odierna.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

Emergenza COVID-19
"Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale"

Precisazioni e aggiornamenti

Con riferimento al documento *"Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale*", si ritiene, con la presente, di fornire ulteriori precisazioni e aggiornamenti sulla linea dettata dal susseguirsi dei provvedimenti anti COVID-19 emessi dal Presidente della Giunta regionale.

Allo scopo si richiama e si conferma quanto stabilito nella predetto documento[1] che si ricorda essere tutto sviluppato nel rispetto del principio irrinunciabile di prevenzione e protezione per la massima tutela della salute dei cittadini e per lo svolgimento in sicurezza delle attività socio-sanitarie all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali extra ospedaliere. In coerenza e nel pieno rispetto del predetto principio, si forniscono le ulteriori indicazioni volte a superare alcune criticità emerse in ambiti particolari riconducibili ai paragrafi della richiamata Ordinanza presidenziale di seguito specificati.

Protocolli specifici per le visite di familiari e altri congiunti
Con riferimento al punto ove è prevista l'esclusione di ogni accesso dei familiari e/o altri congiunti all'interno dei nuclei di degenza, salva la possibilità di una deroga per i casi di estrema necessità o indifferibilità, con l'esempio del caso di fine vita, si ritiene che l'ente gestore, con la Direzione sanitaria o, se questa figura non è prevista, d'intesa con il Medico curante, possa valutare di porre in atto iniziative di *favor* nei confronti dei rapporti "diretti" (in presenza) tra parenti e ospiti, laddove le condizioni della struttura, dell'organizzazione e dell'ospite, quali ad esempio quelle che lo rendono allettato e non deambulante o incapace ad acquisire nuove competenze, siano tali da non consentire modalità alternative di relazione con i propri familiari.

A tal fine l'ente gestore dovrà provvedere individuando idonee misure strutturali e/o organizzative, forenendo adeguate informazioni/raccomandazioni da tenere durante la visita, finalizzate a garantire un accesso protetto del visitatore nelle aree degenza, compatibile, senza interferenze, con le attività assistenziali, evitando altresì interazioni con gli altri ospiti: percorsi e stanze singole. La visita dovrà prevedere non più di un visitatore per ospite e una durata indicativa di 30 minuti. Rimangono confermate le altre indicazioni riportate nel paragrafo 2.1 e relative, in particolare, a prenotazione visite (compresa valutazione stato salute visitatore - *checklist*), utilizzo delle mascherine chirurgiche da parte di ospiti e visitatori, distanziamento interpersonale, norme igieniche, areazione e detersione e sanificazione della stanza dove è avvenuta la visita, con particolare attenzione alle superfici e agli altri elementi che vengono toccati più frequentemente (maniglie, interruttori, corrimano, ecc.).

Area di accoglienza temporanea per soggetti affetti da demenza
Si conferma quanto già indicato al paragrafo in esame con la precisazione che in riferimento ai soggetti affetti da demenza, deambulanti che presentano disturbi comportamentali, le aree di accoglienza devono tener conto delle peculiarità di tale utenza rispetto al problema cognitivo, al disagio psicologico e, quindi, ai disturbi di adattamento al nuovo ambiente e alle limitazioni ai movimenti che esso comporta se non adeguatamente impostato anche sotto il profilo del mantenimento appropriato di un minimo di attività di stimolazione cognitiva e/o di supporti mirati a prevenire la comparsa di emergenze comportamentali.

Aree dedicate alla quarantena in modalità accentrata a servizio della rete
Ai fini dell'individuazione delle aree di isolamento le strutture residenziali possono valutare, d'intesa con la Direzione dei Servizi Socio-Sanitari dell'Azienda ULSS di riferimento (Piano di Sanità Pubblica specifico per tali strutture residenziali), l'opportunità di prevedere forme di collaborazione sinergica

[1] *Allegato all'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale del Veneto n. 61/2020*

tra più strutture in rete che contemplino l'identificazione di aree dedicate alla quarantena in modalità accentrata a servizio della rete. Il successivo trasferimento presso la struttura residenziale scelta dall'utente per l'inserimento definitivo segue le modalità previste al paragrafo "*3.2.2. Trasferimenti interni alla struttura residenziale*" dell'Allegato A all'Ordinanza presidenziale n. 61 del 22/6/2020.

Saggi diagnostici e protocolli di monitoraggio

I dati disponibili sul periodo di incubazione evidenziano curve in cui la patologia tende a manifestarsi clinicamente con maggior frequenza dopo 4-6 giorni (IC al 95%) con code in cui, dopo il nono giorno, le probabilità di manifestazione clinica sono pressoché nulle. Alla luce di tali riscontri si ritiene di contenere il periodo di quarantena del nuovo ospite a nove giorni, di cui i primi due nel proprio domicilio (isolamento fiduciario) e i rimanenti sette all'interno della struttura residenziale nell'area appositamente allestita (paragrafo "*3.1.1. Area di accoglienza temporanea*"). Successivamente, dal decimo giorno, con la sistemazione definitiva dell'ospite nell'area di degenza, proseguirà l'applicazione dei protocolli di monitoraggio del suo stato di salute già disciplinati e un nuovo test diagnostico gli verrà effettuato al quattordicesimo giorno. Precisamente, si prevede:

a) Giorno 1 - test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 (negativo) da eseguirsi a domicilio del paziente entro le 48 ore antecedenti l'inizio del periodo di quarantena che il paziente effettuerà per i primi due giorni nella propria abitazione;
b) Giorno 3 - test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2 (negativo), ingresso in struttura (con referto negativo del test di biologia molecolare eseguito il Giorno 1) e accoglimento dell'ospite per gli ulteriori sette giorni di quarantena, terzo giorno compreso, nell'area di isolamento;
c) Giorno 10 - ripetizione del test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2 (negativo) e sistemazione definitiva dell'ospite nell'area di degenza;
d) Giorno 14 - ripetizione di un ulteriore test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2 (negativo) e prosecuzione dei protocolli di monitoraggio dello stato di salute.

SORVEGLIANZA ATTIVA PRIMA DELL'INSERIMENTO DEFINITIVO IN STRUTTURA													**SORVEGLIANZA PREVISTA PER TUTTI GLI OSPITI**			
Quarantena a domicilio		Quarantena in struttura							Inserimento in struttura e sorveglianza stretta							
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Test di biologia molecolare		Test rapido antigenico							Test rapido antigenico				Test rapido antigenico			

Se il test antigenico rapido risultasse positivo dovrà essere confermato dal test di biologia molecolare. Nei due giorni di quarantena nella propria abitazione la persona non autosufficiente deve rimanere a casa, isolata, e le sole necessarie interazioni con i familiari devono avvenire in sicurezza, indossando correttamente le mascherine chirurgiche. La stanza dev'essere costantemente arieggiata e igienizzata. Tutti i componenti del nucleo familiare devono adottare comportamenti e prestare ogni attenzione volta a ridurre il rischio di contagio, anche nei contesti esterni all'ambiente familiare, nonché seguire le indicazioni igienico-sanitarie previste dalle disposizioni vigenti e le raccomandazioni formulate dall'USCA territorialmente competente. I componenti del nucleo familiare devono, inoltre, impegnarsi a informare la struttura residenziale nel caso in cui vi fosse un familiare con sintomi compatibili con la malattia COVID-19, o nel caso di insorgenza di quadri clinici compatibili nei quattordici giorni successivi l'ingresso in struttura del congiunto non autosufficiente.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 31/08/2020 | Protocollo n. 20061 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Scientifico Covid-19. Linee di indirizzo per le attività didattiche rivolte a minori ricoverati - Scuola in ospedale.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il documento in oggetto, sottoposto ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020 ed approvato telematicamente in data odierna.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

LINEE DI INDIRIZZO PER LE ATTIVITÀ DIDATTICHE RIVOLTE A MINORI RICOVERATI SCUOLA IN OSPEDALE

Con riferimento alle attività didattiche di cui all'oggetto, considerato il protrarsi dello stato di emergenza sanitaria COVID-19 e l'attuale scenario epidemiologico, che sarà oggetto di costante monitoraggio da parte della Regione del Veneto, alla luce delle indicazioni normative emanate dall'Ordinanza del Ministro dell'Istruzione n. 69 del 23 luglio 2020 che prevedono la ripresa delle attività scolastiche per le scuole di ogni ordine e grado a partire dal giorno 1 settembre p.v., si prevede la contestuale ripresa delle attività in presenza di Scuola in Ospedale al fine di garantire il dialogo didattico e il percorso formativo degli allievi ospedalizzati.

Le lezioni in presenza tenute dai docenti ospedalieri saranno concordate, come di consueto, col personale sanitario della struttura ospedaliera e con le famiglie, individuando le migliori soluzioni per personalizzare gli interventi in presenza e continuare a garantire il diritto allo studio dei bambini e dei ragazzi presi in carico in ospedale prima dell'emergenza.

Le modalità di svolgimento del servizio e la definizione dello specifico protocollo operativo sarà predisposto a cura della Direzione Sanitaria della Struttura Ospedaliera, al fine di assicurare il rispetto delle raccomandazioni igienico-sanitarie volte alla prevenzione e al contenimento del rischio di contagio, in accordo con le indicazioni contenute nel documento "*Linee di indirizzo regionali per la ripresa delle attività sanitarie*" e garantendo una stretta collaborazione tra ospedale, istituzioni scolastiche, operatori e famiglie. Dovranno quindi essere definite, per ogni singolo contesto, le disposizioni specifiche nel rispetto dei seguenti principi forniti per rendere tali misure adeguate ed omogenee in tutte le strutture sanitarie regionali, tali da orientare i comportamenti di tutti i soggetti interessati nei processi di erogazione delle prestazioni didattiche.

1.REPARTI/AREE COVID

L'attività di Scuola in Ospedale non viene garantita in presenza in considerazione del rischio infettivo, oltre che in ragione delle condizioni cliniche del bambino/ragazzo affetto da COVID-19 o sospetto per COVID-19. Resta ferma la possibilità per i dirigenti di provvedere ad attivare, ove possibile e opportuno, la didattica a distanza.

2. REPARTI/AREE NON COVID

Per le Aree o i Reparti in cui vengono ricoverati bambini/ragazzi non affetti da COVID-19 e comunque con test di biologia molecolare di screening per il ricovero, eseguito e risultato negativo per il bambino/ragazzo stesso e per il suo *caregiver*, l'attività didattica (Scuola in Ospedale) può essere garantita attraverso la modalità in presenza ovvero con didattica a distanza. L'accesso da parte del personale docente alla struttura ospedaliera, in caso di didattica in presenza, dovrà sempre avvenire nel rispetto delle raccomandazioni e delle misure igienico-comportamentali e di prevenzione finalizzate al contenimento del rischio COVID-19, così come definite dalla Direzione Sanitaria.

Di seguito si forniscono ulteriori precisazioni per la definizione degli specifici protocolli da attivare in ogni struttura ospedaliera per l'avvio delle attività didattiche.

2.1 Spazi e distanziamento interpersonale

- individuare spazi idonei allo svolgimento delle attività didattiche in presenza, che garantiscano il rispetto delle indicazioni per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2 (es. spazi ampi e comunque idonei a garantire il distanziamento interpersonale tra insegnanti e allievi ospedalizzati, postazioni distanziate tra loro, presenza di finestre per una adeguata aerazione, ecc.);
- adeguare gli spazi e le aree minimizzando la presenza di personale, differenziando e scaglionando gli orari di insegnamento per evitare contatti ravvicinati, sostenendo la diffusione della cartellonistica descrivente le misure di prevenzione e protezione della salute (distanziamento interpersonale, lavaggio delle mani, utilizzo di mascherine chirurgiche o di altri dispositivi);
- garantire regolari pulizia e disinfezione degli ambienti utilizzati, anche in considerazione dello specifico contesto sanitario in accordo con le procedure della struttura e ponendo particolare attenzione alle superfici toccate più frequentemente (es. porte, maniglie delle porte, finestre, tavoli, interruttori della luce, servizi igienici, rubinetti, lavandini, scrivanie, sedie, ecc.);
- garantire un buon ricambio dell'aria in tutti gli ambienti dedicati alle attività di insegnamento, in maniera naturale, aprendo le finestre regolarmente e con maggiore frequenza, in particolare prima e dopo l'ora della didattica (preferibilmente per pochi minuti più volte al giorno, piuttosto che una sola volta per tempi lunghi). I tempi di apertura devono essere ottimizzati in funzione del numero di persone e delle attività svolte per evitare condizioni di disagio/discomfort (correnti d'aria o freddo);
- garantire durante le attività di insegnamento il distanziamento interpersonale di almeno un metro tra insegnanti e alunni ospedalizzati;
- le modalità di svolgimento degli insegnamenti dovranno favorire, ove possibile, la didattica individuale, in alternativa potranno essere previsti piccoli gruppi di allievi comunque nel rispetto del distanziamento interpersonale.

2.2 Personale docente

- è consentita la didattica in presenza solo nel caso in cui l'insegnante presti servizio esclusivamente presso l'ospedale (non svolge quindi attività presso altre scuole o servizi esterni all'ospedale stesso);
- gli insegnanti che svolgono la loro attività presso un reparto ospedaliero sono sottoposti a screening periodico con le modalità e tempistiche definite per gli operatori sanitari impiegati presso lo stesso reparto;
- la struttura ospedaliera deve garantire adeguata informazione/formazione del personale docente che accede alla struttura circa le misure igienico-comportamentali e di prevenzione finalizzate al contenimento del rischio COVID-19 da adottare durante la permanenza in ospedale;
- il personale docente è tenuto al rigoroso rispetto delle raccomandazioni igienico-comportamentali rivolte alla popolazione generale non solo durante la permanenza presso la struttura ospedaliera ma anche in tutti i contesti di vita di comunità extralavorativi (es. non toccare occhi, naso e bocca con le mani, coprire naso e bocca quando si starnutisce o tossisce, rispettare il distanziamento interpersonale, ecc.);
- i docenti devono utilizzare la mascherina chirurgica a protezione delle vie aeree durante l'attività di insegnamento e durante tutto il periodo di permanenza all'interno della struttura ospedaliera, e comunque nel rispetto delle indicazioni fornite dalla Direzione Sanitaria;
- i docenti devono provvedere alla rigorosa igienizzazione delle mani all'ingresso in struttura e in particolare prima di accedere all'area dedicata alla didattica, e comunque regolarmente durante l'attività di insegnamento;

- per tutto il personale docente coinvolto nelle attività didattiche in presenza, si ribadisce la forte raccomandazione alla vaccinazione anti-influenzale stagionale, in accordo con quanto previsto dalle raccomandazioni nazionali e regionali;
- si raccomanda l'adesione, per tutto il personale docente, alla campagna screening per COVID-19 condotta a mezzo di test sierologico su sangue capillare da effettuarsi prima dell'inizio delle attività didattiche, così come organizzata dalla Regione del Veneto in accordo con le indicazioni del Ministero della Salute.

2.3 Bambini e ragazzi

- i bambini/ragazzi, a partire dai 6 anni di età, devono sempre utilizzare la mascherina chirurgica a protezione delle vie aeree durante l'attività di insegnamento, quando tollerata e compatibile con le specifiche condizioni cliniche;
- i bambini/ragazzi devono provvedere alla rigorosa igienizzazione delle mani prima di accedere all'area dedicata alla didattica, e comunque regolarmente durante l'attività di insegnamento, anche con modalità ludico-ricreative in relazione all'età e al grado di autonomia;
- i bambini/ragazzi devono essere guidati nell'apprendimento e nel rispetto delle raccomandazioni igienico-comportamentali rivolte alla popolazione generale in particolare durante le attività didattiche (es. non toccare occhi, naso e bocca con le mani, coprire naso e bocca quando si starnutisce o tossisce, rispettare il distanziamento interpersonale, ecc.);
- le attività di insegnamento devono essere concordate, anche in funzione delle condizioni cliniche, con i medici specialisti che hanno in cura il bambino/ragazzo e la Direzione Sanitaria della struttura;

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 05/08/2020 | Protocollo n. 18728 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Scientifico Covid-19. Emergenza COVID-19: Piano emergenziale per l'autunno 2020.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il documento in oggetto, sottoposto ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020 ed approvato telematicamente in data odierna.

A seguito di una analitica revisione del testo proposto i componenti del Comitato Tecnico Scientifico hanno formulato le seguenti osservazioni:

1. si suggerisce l'opportunità di inserire nel documento un riferimento a percorsi relativi alle sale operatorie riservate a pazienti SARS-CoV-2 positivi che necessitano di intervento chirurgico non differibile che dovranno prevedere interventi in ottemperanza alle disposizioni di prevenzione indicate negli altri documenti regionali di indirizzo;
2. si concorda in via assoluta sul ruolo essenziale della vaccinazione anti-influenzale, ma se il target di copertura vaccinale viene fissato al 95%, come indicato, va considerata anche la possibilità del raggiungimento di una soglia più elevata per gli operatori sanitari che verranno impiegati in aree COVID e per alcuni pazienti ad alto rischio. Ciò in quanto una teorica vaccinazione obbligatoria in RSA, ospedali e per i MMG risolverebbe maggiori problemi acuti, nel periodo autunno/inverno, rispetto a qualsiasi disposizione strutturale od organizzativa;
3. nell'intestazione della tabella a pag 11 andrebbe meglio esplicitato il termine "misure contumaciali"; in effetti pare d comprendere che la tabella si riferisca a criteri di priorità di diagnostica differenziale Influenza / SARS-CoV-2;
4. nel documento andrebbe esplicitato il programma per gli Ospedali di Comunità in quanto l'esperienza passata ha evidenziato una difficoltà per la dimissione di pazienti, in particolare anziani fragili con pregresso COVID-19 che necessitavano di riabilitazione respiratoria o motoria o comunque di terapia difficilmente attuabile a livello domiciliare, ma allo stesso tempo potenzialmente dimissibili dalle strutture per acuti. L'emergenza COVID ha riproposto infatti il problema critico della dimissione dei pazienti in fase post-acuta: allo stato attuale, il loro accoglimento in strutture riabilitative/ospedali di comunità risulta vincolato al rispetto di particolari condizioni (necessità assistenziali, assenza di multiresistenze, durata preventivabile del ricovero, etc), da rendere questa opzione sostanzialmente impraticabile nella maggior parte dei casi. Si propone, pertanto, la formulazione di un preciso riferimento al percorso dall'ospedale per acuti vs strutture di riabilitazione/assistenza extraospedaliera con precisazione di tempistiche da rispettare, priorità e requisiti dei soggetti eligibili.

Direzione Sanitaria
Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 Padova
pec: protocollo.azero@pecveneto.it

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

5. Di assoluta utilità infine utile una puntuale ricognizione delle attrezzature attualmente disponibili nelle Unità di Terapia Intensiva a livello regionale per razionalizzare il processo di acquisizione e distribuzione di nuove apparecchiature in sostituzione di analoghe attrezzature obsolete.
6. Relativamente al panorama pediatrico, pur considerando il quadro epidemiologico regionale, la letteratura internazionale, soprattutto inglese e nord-americana, evidenzia una non indifferente necessità di ricoveri pediatrici in Terapia Intensiva, in particolare per i bambini con malattie croniche e/o del primo anno di vita. Si considera, pertanto, valido quanto scritto al punto 4.2 del documento di aprile scorso, che si riporta per eventuali integrazioni al documento in oggetto.

"*4.2 Assistenza in regime di ricovero*

Idealmente, ogni Ospedale dotato di Pronto Soccorso, dovrà disporre di letti per accogliere pazienti pediatrici COVID-19 sospetti e/o positivi accertati.

i. *Il bambino/adolescente andrà ricoverato in un in stanza a pressione negativa, o dove non disponibili, in stanza singola con bagno dedicato, in isolamento respiratorio (con messa in atto di dispositivi di protezione individuale previsti per agenti trasmessi tramite droplets + via aerea + contatto). Il personale sanitario che assiste il paziente deve essere dedicato. Il genitore/ caregiver deve indossare sempre la mascherina chirurgica e non deve uscire dalla stanza di degenza. Va attivato pasto con stoviglie monouso sia per il paziente che per il caregiver. Non sono consentite visite al paziente pediatrico con COVID-19.*
ii. *Nel caso venisse confermata sia ai genitori/caregivers che al bambino/adolescente la presenza di COVID-19, per mantenere l'unità familiare, il bambino/adolescente potrà essere ricoverato presso il reparto di Pediatria con uno dei genitori solo in caso che quest'ultimo sia asintomatico o presenti sintomi di infezione lieve in assenza di fattori di rischio non richiedenti un ricovero ospedaliero.*
iii. *Nel caso entrambi i genitori/caregivers presentassero sintomatologia tale da richiedere un ricovero ospedaliero, genitori/caregivers e bambino potranno essere ricoverati nella stessa stanza di degenza presso il Reparto di Malattie Infettive, garantendo al bambino consulenza da parte di equipe pediatrica dedicata.*
iv. *In caso di quadro* ***clinico grave in bambino/adolescente COVID-19 positivo*** *andrà previsto* ***immediato ricovero presso centri*** *dotati di letti di terapia intensiva pediatrica con possibilità di isolamento, che al momento sono: Azienda Ospedaliera di Padova, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, Ospedale San Bortolo dell'Azienda ULSS 8 Berica, e limitatamente ai primi sei mesi di vita, l'Ospedale di Treviso ULSS2.*
v. *Il trasferimento in tali centri va anche considerato i bambini* ***COVID-19 positivi*** *di* ***età inferiore all'anno, indipendentemente dalla gravità****, in considerazione del maggior rischio di evoluzione clinica negativa o comunque qualora l'Ospedale non fosse in grado di garantire una stanza di isolamento o il livello di cure richiesto".*

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

PIANO EMERGENZIALE PER L'AUTUNNO 2020

ASSISTENZA OSPEDALIERA

In relazione all'emergenza COVID-19 e alle indicazioni ministeriali della circolare del Ministero della Salute prot. n. 2627 del 01/03/2020 relative all'aumento di posti letto di terapia intensiva, pneumologia e malattie infettive è stato approvato, il 15 marzo 2020, dall'Unità di crisi istituita con decreto del Presidente della Regione n. 23 del 21 febbraio 2020, il Piano di Emergenza Ospedaliera COVID-19 del Veneto, finalizzato ad assicurare che l'intero sistema ospedaliero fosse in grado di affrontare l'ipotesi di maggior pressione possibile.

In attuazione a tale piano sono stati attivati in Veneto 825 posti letto di terapia intensiva e 383 posti letto di pneumologia semi intensiva.

Considerata l'efficacia e l'efficienza delle azioni intraprese con tale piano, è stata approvata il 5 maggio 2020 la DGR n. 552/2020 "Approvazione Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" che permette di definire la risposta del sistema ospedaliero in caso di emergenza.

Il potenziamento della disponibilità posti letto di tale piano emergenziale ha previsto la strutturazione di 840 posti letto di terapia intensiva così ripartiti:

- 559 sono i posti letto programmati dalle schede di dotazione ospedaliera;
- 191 sono posti letto aggiuntivi, attivati secondo le linee guida predisposte dal Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza;
- 90 sono i posti letto ricavabili dalla riconversione di sale operatorie in caso di emergenza.

Considerate le necessità assistenziali evidenziate nel periodo di fase 1 dell'emergenza sono stati inoltre previsti 663 posti letto di pneumologia semi intensiva di cui 382 posti letto ricavabili riconvertendoli da altre discipline, in aggiunta ai 281 già programmati dalle schede di dotazione ospedaliera per la disciplina di Pneumologia.

Non ultimo, con la DGR 552/2020 sono stati previsti complessivamente 1085 posti letto di malattie infettive, dei quali 941 riconvertibili in fase emergenziale in aggiunta ai 144 già programmati dalle schede di dotazione ospedaliera per la disciplina di malattie infettive.
Successivamente, con la Deliberazione della Giunta Regionale n. 782 del 16/06/2020, è stato attuato quanto previsto all'art 2 del D.L. n. 34/20 recante "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" che prevede come le regioni debbano predisporre un piano di riorganizzazione ospedaliera per l'emergenza.

Nel dettaglio la circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29/05/2020 ha esplicitato come per la Regione Veneto l'incremento di posti letto fosse pari a 211 posti letto di terapia intensiva con una riconversione invece di 343 posti letto da destinare alla terapia semi intensiva; si precisa come con DGR n. 782 del 16/06/2020 per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza Covid-19, relativamente all'incremento dei posti letto di terapia intensiva e la riconversione di quelli di semi intensiva sia stato quantificato un importo pari a € 81.924.272,00 per lavori edili, impiantistici e attrezzature.

L'incremento dell'offerta ospedaliera per un eventuale fase emergenziale va considerato nell'ambito della strategia già intrapresa che è consistita nell'individuazione di specifici ospedali su base provinciale dedicati alla patologia epidemica, i cosiddetti COVID Hospital, da attivare progressivamente in base alle necessità e presso i quali è da prevedere la contestuale progressiva chiusura delle attività routinarie, compresa l'attività ambulatoriale e di pronto soccorso, eccezion fatta per trattamenti salvavita non destinati a pazienti COVID-19, quali ad esempio la dialisi.

TIPOLOGIA DI STRUTTURE OSPEDALIERE PER PAZIENTI COVID-19

Da quanto esposto ne deriva l'individuazione di 3 tipologie di strutture ospedaliere per l'accoglienza di pazienti COVID-19 all'interno del percorso di cura delle acuzie, ovvero:

<u>Ospedale Hub e di riferimento provinciale con presenza di reparti di pneumologia e malattie infettive.</u>

- Interventi finalizzati a creare le condizioni per non sospendere l'attività di elezione e permettere la continuità soprattutto per le cure indifferibili e per potenziare il trasporto intraospedaliero e il servizio di emergenza urgenza.

<u>Ospedali spoke con posti letto di terapia intensiva e personale con specifiche competenze intensivologiche:</u>

- Interventi finalizzati a creare le condizioni per il potenziamento della capillarità territoriale dell'offerta di posti letto di terapia intensiva e semi intensiva;
- Interventi finalizzati a migliorare la separazione dei percorsi dedicati a pazienti COVID-19 in pronto soccorso;
- Interventi finalizzati al rafforzamento della dotazione di apparecchiature di ausilio alla ventilazione e monitoraggio.

<u>Ospedali dedicati alla patologia (Covid Hospital)</u>

- Interventi finalizzati a creare le condizioni per stabilizzare e completare l'attrezzamento dei posti letto aggiuntivi attrezzati in fase emergenziale

Tale offerta assistenziale è da ritenersi a tutti gli effetti integrata dalla presenza di strutture sanitarie dedicate alla fase post acuzie, quali gli ospedali di Comunità, che hanno ricoperto un ruolo importante nella fase più critica dell'epidemia della scorsa primavera risultando destinati alle dimissioni protette dei pazienti già affetti da COVID-19, una volta risolta l'acuzie e nel pieno rispetto delle misure di contenimento del rischio infettivo, sospendendo le usuali procedure di valutazione dell'idoneità all'accesso agli stessi.

Infine va considerata, qualora sopraggiungessero eventuali ulteriori bisogni di accoglienza in spazi dedicati oltre il limite di sostenibilità, anche la possibilità di avvalersi di strutture sanitarie dismesse e ricondizionate in deroga agli standard strutturali e tecnologici attualmente previsti, che saranno attrezzate dal Dipartimento della Protezione Civile per garantire il rispetto dei requisiti minimi strutturali e organizzativi.

MODALITA' DI ACCESSO AL RICOVERO OSPEDALIERO – PRONTO SOCCORSO

Con DGR n. 552/2020 è stato previsto come presso tutti i Pronto Soccorso dovessero essere attivi specifici percorsi di pre-triage tesi ad individuare tempestivamente i pazienti sospetti positivi a malattie infettive al fine di indirizzarli verso i percorsi specificatamente dedicati ed evitare al massimo contaminazioni sia tra i soggetti in attesa di diagnosi, sia contaminazioni intraospedaliere da parte di soggetti affetti da patologie acute.

Con DGR n. 782/2020 sono state recepite anche le linee di indirizzo della circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29/05/2020, in applicazione al DL n. 34/20, in merito alla ristrutturazione dei pronto soccorso con l'individuazione di distinte aree di permanenza per i pazienti sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi.

A tal proposito si è ritenuto come gli interventi destinati alla ristrutturazione dovessero poter prevedere nel maggior numero possibile di ospedali:
• aree di pre-triage distinte;
• area di attesa dedicata a sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
• ambulatorio per sospetti COVID-19 o potenzialmente contagiosi in attesa di diagnosi;
• area dedicata per soggetti in attesa di esito tampone;
• percorso specificatamente individuato per paziente COVID-19;
• accesso diretto e percorsi dedicati di mezzi di soccorso a spazi di attesa sospetti barellati;
• diagnostica radiologica dedicata.

Per quanto concerne poi gli interventi sui Pronto Soccorso presso i quali non sono definibili soluzioni specifiche strutturali tali da garantire una soluzione a breve termine ed è necessario definire nuovi spazi dedicati si è optato per adottare tipologie di moduli di pre triage Covid in relazione alla tipologia di struttura ospedaliera e di servizio, prevedendo nel contempo per i moduli da collocare negli ospedali con elevata affluenza nei pronto soccorso la presenza di una TAC dedicata.

L'importo complessivo da quadro economico per gli interventi di ristrutturazione dei pronto soccorso previsto dalla DGR n. 782/2020 è pari a € 16.120.000,00.

Per quanto concerne i criteri generali di accesso dell'utenza alle strutture ospedaliere si rammenta come l'accesso delle persone all'ospedale/struttura sanitaria debba essere consentito solo in caso di effettiva necessità, attraverso un limitato numero di varchi, quanto più separati possibile per i dipendenti e per l'utenza esterna, verificando l'eventuale sussistenza di condizioni che controindicano l'ingresso.

Auspicabile inoltre come all'interno dell'ospedale i diversi percorsi siano differenziati, e a titolo esemplificativo si riportano i percorsi di Pronto Soccorso, di fast-track, di ricovero e ambulatoriali, in considerazione del fatto che tale differenziazione è finalizzata ad evitare il più possibile l'incrocio fra pazienti interni e pazienti esterni.

Per l'accesso al Pronto Soccorso le misure da mettere in atto, in un'ottica di accesso ai soli casi appropriati, sono fondamentalmente l'istituzione dei percorsi rapidi (fast track) per le patologie a gestione specialistica, evitando il transito per le prestazioni ambulatoriali con codice di priorità U, senza trascurare il fatto che prima dell'ingresso al PS ogni persona dovrà essere sottoposta preliminarmente ad un pretriage in un'area strutturalmente separata dal PS, presso la quale verranno verificate le sue condizioni di salute in rapporto al COVID-19, la dotazione di idonea copertura di naso e bocca, in assenza della quale va fornita una mascherina adeguata, l'esecuzione dell'igiene delle mani, e non ultimo, va richiamata la massima attenzione sulla necessità di mantenere la distanza di sicurezza di almeno 1 mt in tutti i percorsi e le aree del PS, ivi compresi quello di pre-triage e triage.

In tabella 1 e 2 sono riportati per ogni singolo ospedale i posti letto rispettivamente di terapia intensiva e di terapia semintensiva, mentre in **tabella 3** è riportata la tempistica per l'attuazione delle principali attività del piano operativo.
Le attività individuate in relazione alla tipologia di posto letto da realizzare sono:

- Individuazione posti letto
- Determinazione fabbisogno lavori/attrezzamento
- Realizzazione lavori
- Attrezzamento

I soggetti attuatori per la realizzazione dei posti letto sono:

- Regione Veneto nella attività di controllo e monitoraggio della realizzazione dei posti letto;
- Ciascuna azienda sanitaria per i posti previsti dalla DGR 552/20;
- Azienda Zero per la fornitura delle attrezzature principali per la realizzatone dei posti letto di terapia intensiva e semintensiva previsti dalla DGR 552/20
- Il Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e il contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 per quanto concerne i posti letto previsti dalla DGR 782/20;

Per quanto concerne infine l'attività prevista in capo al Commissario, in attesa delle modalità e della tempistica della loro attuazione, in questa fase verrà sviluppato un Piano di contingenza della DGR 782/20 per raggiungere l'obiettivo prefissato dalla DGR 552/20 secondo le tempistiche previste dalla Regione Veneto.

Le attrezzature che Azienda Zero procederà ad acquistare centralmente per tutte le aziende sanitarie della regione veneto sono, in analogia alla fase 1, le seguenti:

- Ventilatori per terapia intensiva e semintensiva;
- Monitor per terapia intensiva e semintensiva;
- Letti per terapia intensiva e semintensiva;
- Centraline di monitoraggio
- Pome siringa
- Pompe volumetriche

Le attrezzature che verranno acquisite per i Piani di contingenza della DGR 782/20 e che si renderanno disponibili al termine delle attività poste in capo al Commissario straordinario saranno utilizzate per il rinnovo tecnologico delle attrezzature esistenti nella Regione Veneto.
Anche per i Pre-Triage Covid, di competenza del Commissario straordinario, sono state definite le attività principali e il Piano di contingenza.

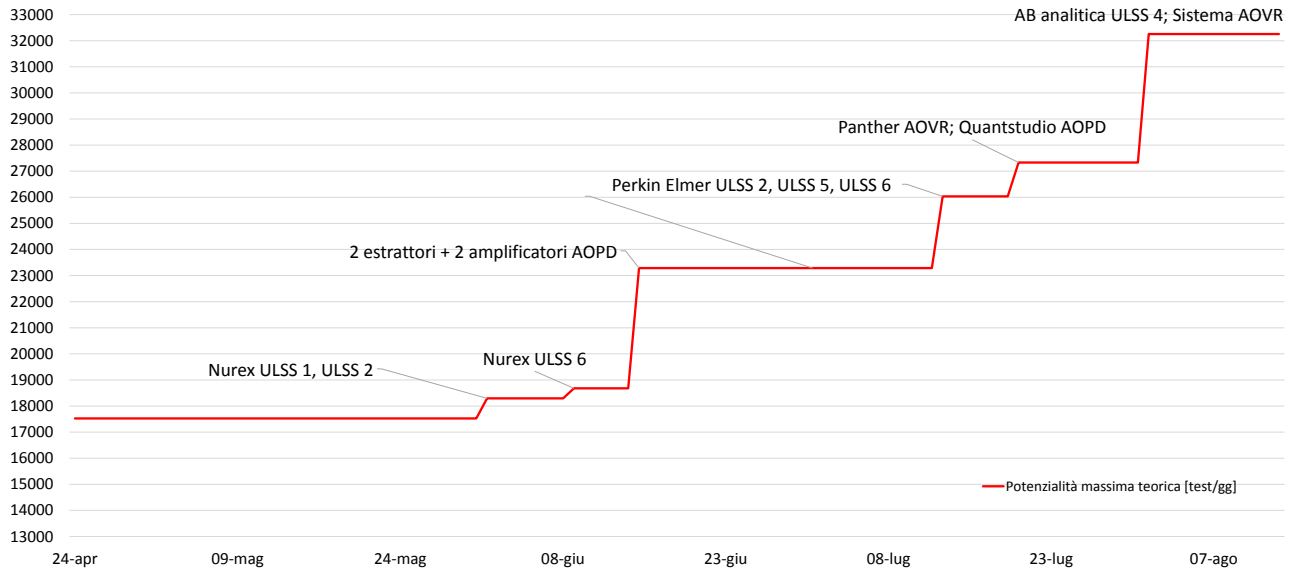
PIANO AUTUNNO 2020 LABORATORI DI MICROBIOLOGIA

Per quanto concerne i laboratori di microbiologia il piano prevede tre linee d'azione:

1) Completamento del piano straordinario di potenziamento dei laboratori di microbiologia

Entro l'autunno, con l'avvio della produzione delle ultime piattaforme acquisite, la potenzialità produttiva teorica massima dei laboratori di microbiologia del Veneto si attesterà attorno ai **32.000 test/gg**, alla quale va aggiunta la potenzialità garantita dalle piattaforme acquisite in autonomia dalle singole aziende sanitarie. Si riporta di seguito la sintesi delle piattaforme aggiuntive rispetto a quelle in dotazione pre-Covid 19 con le relative tempistiche di avvio produzione.

Azienda	Produttore	Potenzialità produttiva della singola attrezzatura [test/gg]	Massimo aumento di potenzialità produttiva giornaliera [test/gg]	Data di inizio produzione
ULSS 1 Dolomiti	Estrattore Nurex	576	384 (+93%)	In produzione da inizio giugno
	Amplificatore Nurex	384		
ULSS 2 Marca Trevigiana	Estrattore Nurex	576	384 (+27%)	In produzione da inizio giugno
	Amplificatore Nurex	384		
	Estrattore Perkin Elmer e modulo Janus G3	3.840	1.000 (+69%)	Installato il 19 giugno
ULSS 4 Veneto Orientale	Estrattore A.B. Analitica	922	922 (+372%)	Amplificatore installazione entro il 12 giugno; estrattore installazione entro fine luglio
	Amplificatore A.B. Analitica	1200		
ULSS 5 Polesana	Estrattore Perkin Elmer e modulo Janus G3	3.840	200 (+80%)	Installato il 19 giugno
ULSS 6 Euganea	Estrattore Nurex	576	384 (+45%)	In produzione dal 9 giugno
	Amplificatore Nurex	384		
	Estrattore Perkin Elmer e modulo Janus G3	3.840	1.548 (+282%)	Installato il 19 giugno
Azienda Ospedale-Università di Padova	Estrattore Roche Magna Pure	2.304	2.304 (+33%)	in produzione dal 15 giugno
	Estrattore Roche Magna Pure	2.304	1.344 (+13%)	
	Amplificatore Quantstudio 6	2.304	960 (+10%)	in produzione dal 15 giugno
	Amplificatore Quantstudio 5	4.128	0 (+0%)	
	Amplificatore Quantstudio	4.128	300 (+4%)	In collaudo al 13 luglio
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona	Estrattore Biomek i5 S8	4.000	4.000 (+161%)	In produzione da inizio agosto
	Estrattore Biomek i5			
	Pippettatore ECHO 525 + 1	8.000		
	Amplificatore Liason MDX	4.000		
	Panther Hologic	1.000	1.000 (+40%)	In produzione da metà luglio



2) Utilizzo di test rapidi

Ricerca, sviluppo e acquisto di test rapidi che forniscono un risultato nel giro di minuti, finalizzati allo screening di Covid 19 da dotare i Pronto Soccorso, le RSA e i medici di medicina generale. Essendo un test di screening, non sarà effettuata una diagnosi definitiva a risultato positivo, ma si dovrà sottoporre il paziente risultato positivo al successivo tampone nasofaringeo.

3) Soggetti attuatori

- dott. Roberto Rigoli, Direttore del laboratorio di microbiologia del P.O. di Treviso: coordinatore delle microbiologie del Veneto
- Azienda Zero: acquisizione centralizzata di macchinari e reattivi. Fornirà, inoltre, le piattaforme informatiche ed il supporto metodologico ed operativo al monitoraggio degli indicatori e all'implementazione di nuove metodologie
- Aziende Sanitarie: prelievo e la successiva processazione di tamponi e test rapidi, proponendo l'implementazione di piattaforme aggiuntive per il raggiungimento della potenzialità produttiva necessaria a soddisfare il piano di esecuzione di tamponi.

DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE

PREMESSA

L'emergenza da SARS-CoV-2 conferma la necessità di **rafforzare la capacità del Servizio Sanitario Regionale di rispondere** ad una eventuale situazione di crisi, anche in considerazione dello scenario epidemiologico internazionale e della possibile insorgenza di nuovi focolai nel contesto del territorio nazionale.

Non è esclusa una co-circolazione di virus influenzali e SARS-CoV-2 nelle prossime stagioni autunnali e invernali, pertanto, si ribadisce l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti, di tutte le età, ad alto rischio per complicanze. Risulta, altresì, necessario definire dei criteri per affrontare le criticità possibili legate alla diagnosi differenziale tra SARS-CoV-2 e sindromi influenzali, anche in considerazione della **definizione delle priorità** nell'utilizzo dei test diagnostici, del **monitoraggio delle curve epidemiche** di entrambe le malattie infettive e dei necessari **interventi di sanità pubblica**. Vaccinando contro l'influenza, inoltre, si riducono le complicanze da influenza nei soggetti a rischio e gli accessi al pronto soccorso, permettendo una riduzione dell'impegno delle risorse a disposizione del servizio sanitario e prevenendo il sovraccarico del sistema delle cure.

OBIETTIVI

L'obiettivo principale della strategia regionale è quello di intervenire prontamente intercettando ed isolando tutti i possibili focolai di SARS-CoV-2, individuando i casi singoli ed attuando, anche su base modulare in funzione del livello di rischio identificato dal monitoraggio degli indicatori ministeriali e regionali, interventi di sanità pubblica generali o in specifiche aree geografiche.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Per quanto concerne l'area della prevenzione i documenti cui far riferimento sono da un lato il **Piano di Sanità Pubblica "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica"** contenuto nella Deliberazione della Giunta Regionale n. 344 del 17.03.2020 e dall'altro il **Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione** di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale n. 782 del 16.06.2020.

Il **piano di Sanità Pubblica ex DGR 344/2020** è stato **aggiornato** alla luce del modificarsi dello scenario epidemiologico dell'infezione da COVID-19 e nel documento "Emergenza COVID-19 fase 3- aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'effettuazione dei test diagnostici" sono evidenziati tre elementi cardine:

1. **Rafforzamento delle attività di contact tracing** di ricerca della circolazione virale in tutti i contatti a rischio. A seguito di ogni caso confermato, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) proseguiranno le attività di indagine epidemiologica tempestiva e puntuale, includendo sia i contatti stretti che i contatti in seguito a valutazione della tipologia del contatto.
2. **Screening per la ricerca di SARS-CoV-2**. La modifica dei gruppi da sottoporre a screening è stata focalizzata dall'obiettivo di intercettare precocemente nuovi casi in contesti con presenza di soggetti vulnerabili (ad es: operatori sanitari coinvolti nell'assistenza di pazienti con particolare

fragilità, ospiti ed operatori di strutture residenziali per anziani, personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche, intellettive. Oltre alla proposta di screening attivo su alcuni specifici gruppi "target", la Regione ha esteso anche l'offerta passiva del test tampone al personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili di ritorno dall'estero.

3. **Studio di un sistema di allerta precoce (early warning).** In previsione di una possibile ripresa della circolazione virale, sarà attivato, a fianco delle attività di screening, un sistema di allerta precoce (early warning), attraverso la ricerca ed il monitoraggio della circolazione virale in campioni rappresentativi di specifici gruppi di popolazione individuati come sentinella attraverso l'utilizzo del test rapido. Sulla base degli esiti delle attività svolte dai SISP in seguito al contact tracing, alle indagini di screening e all'attivazione del sistema di allerta precoce, la Regione Veneto valuterà l'eventuale rimodulazione del Piano di Sanità Pubblica.

AZIONI

1. Definizione del modello aziendale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica

Le singole Aziende ULSS provvedono, sulla base di quanto disposto dalla DGR 782 del 2020, ad aggiornare l'organizzazione relativa alla gestione delle emergenze di sanità pubblica provvedendo in particolare ad:

a) aggiornare la composizione del CESP,
b) istituire i Gruppi Operativi a Risposta Rapida (GORR) su base distrettuale,
c) identificare nominalmente con atto formale del Direttore del Dipartimento di Prevenzione tutti i componenti dei GORR,
d) definire l'organizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione e l'attivazione dei GORR in ottica Dipartimentale, su base modulare e progressiva in funzione dello scenario epidemiologico.

2. Campagna vaccinale pneumococcica per RSA (schedula sequenziale)

In considerazione dell'impatto che COVID-19 ha avuto in tutto il mondo, così come a livello nazionale, sui soggetti fragili ed in particolare sugli ospiti delle Strutture Residenziali per Anziani, in accordo con quanto previsto dalle Linee di indirizzo per la ripresa delle attività del Dipartimento di Prevenzione - Fase 2 (prot. 186806 del 11.5.2020) e dai documenti specifici[1] a partire dal luglio sarà avviata una campagna vaccinale anti-pneumococcica, applicando la schedula sequenziale in accordo con il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, rivolta ai soggetti fragili ospiti delle strutture residenziali per anziani. Tale campagna sarà condotta dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica in collaborazione con le strutture e con i medici operanti nelle stesse, secondo specifica organizzazione aziendale, anche in considerazione di eventuali progetti vaccinali già in essere.

3. Definizione dei livelli di rischio sulla base degli indicatori di monitoraggio e delle eventuali misure integrative di sanità pubblica

Individuazione e monitoraggio di indicatori di Early Warning allo scopo di identificare il possibile aumento della circolazione virale in determinate contesti del territorio regionale (es. case di riposo, strutture ospedaliere, comuni...) e prevedere il rischio di trasmissione di SARS-CoV-2.

[1] *"Linee di indirizzo Strutture residenziali extraospedaliere" approvate con Ordinanza n. 55 del 29.5.2020 e "Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale" approvate con ordinanza n. 61 del 22.6.2020.*

Delineare misure specifiche (es. norme igienico-comportamentali, distanziamento sociale, chiusura degli esercizi commerciali, rimodulazione del trasporto pubblico ecc.) da attuare per contenere il rischio rilevato tramite i suddetti indicatori. Potrà essere disposta l'esecuzione di test rapidi a "a cerchi concentrici" allargati.

4. Progetto di sorveglianza epidemiologica di SARS-COV-2 attraverso le acque reflue urbane (SARI, Sorveglianza Ambientale Reflue in Italia)

Con il coordinamento tecnico-scientifico dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e del Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Commissione Salute, della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, una rete di strutture territoriali analizzerà la presenza di tracce di SARS-COV-2 nelle acque reflue a fini di monitoraggio preventivo sulla presenza del virus e la sua possibile propagazione in Italia. Il progetto consentirà di acquisire indicazioni utili sull'andamento epidemico e sull'allerta precoce di focolai.

5. Sviluppo di interfaccia software per la registrazione delle vaccinazioni non eseguite presso il servizio vaccinale

E' in corso di ultimazione una specifica interfaccia software per la registrazione puntuale e precisa delle vaccinazioni effettuate da operatori e servizi diversi dal Servizio Vaccinale del SISP (MMG, RSA, Medico Competente Aziende Ospedaliere e IOV, etc.). In particolare, tale interfaccia, integrata con l'anagrafe vaccinale regionale (SIARV) ed i software dei MMG consentirà la registrazione completa e tempestiva di tutte le vaccinazioni eseguite, anche al fine di garantire un monitoraggio periodico sullo stato e sull'andamento della copertura vaccinale.

6. Campagna informativa prevenzione influenza e COVID-19

Sarà avviata una specifica campagna informativa rivolta alla popolazione per la promozione del vaccino anti-influenzale oltre che per promuovere le raccomandazioni igienico sanitarie finalizzate alla prevenzione sia dell'influenza che di SARS-CoV-2, in particolare sensibilizzando all'applicazione delle norme igienico-comportamentali dei soggetti affetti da sintomatologia respiratoria, con particolare riferimento alla necessità di rimanere in isolamento domiciliare con automonitoraggio seguendo le indicazioni del medico curante.

7. Campagna vaccinale anti-influenzale, stagione 2020/2021

Nella prossima stagione influenzale 2020/2021, si rende necessario ribadire l'importanza della vaccinazione antinfluenzale, in particolare nei soggetti ad alto rischio di tutte le età, per semplificare la diagnosi e la gestione dei casi sospetti, dati i sintomi simili tra COVID-19 e Influenza. Vista l'attuale situazione epidemiologica relativa alla circolazione di SARS-CoV-2, si prevede di **anticipare la conduzione delle campagne di vaccinazione antinfluenzale e offrire la vaccinazione ai soggetti eleggibili in qualsiasi momento della stagione influenzale**, anche se si presentano in ritardo per la vaccinazione. La vaccinazione antinfluenzale può essere **offerta gratuitamente anche nella fascia d'età 60-64 anni**. È fondamentale nella strategia di sanità pubblica la vaccinazione antinfluenzale di tutti gli operatori sanitari, in tutte le occasioni possibili.

Particolare attenzione va rivolta agli anziani istituzionalizzati in strutture residenziali o di lungo degenza, per i quali si rafforza l'indicazione alla vaccinazione e per tutti i soggetti con patologie croniche.

Gli obiettivi di copertura, per tutti i gruppi target, sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale.

8. Campagna vaccinale pneumococcica ai nuovi 65enni e di recupero (PCV13)

Per quanto riguarda la popolazione generale, in collaborazione con i Medici di Medicina Generale secondo specifica organizzazione aziendale, sarà avviata una campagna vaccinale, in aggiunta alla chiamata attiva dei 65enni, di recupero estesa a tutti soggetti delle coorti di nascita già invitati ma non vaccinati (*drop out*) e ai soggetti nati dal 1943 al 1947. Per tale campagna ogni azienda provvederà a definire le specifiche modalità favorendo la vaccinazione anti-pneumococcica, come da indicazioni sopra riportate, in tutte le occasioni opportune. Gli obiettivi di copertura, per i nuovi 65enni sono il 75% come obiettivo minimo perseguibile e il 95% come obiettivo ottimale mentre per gli ospiti delle strutture residenziali l'obiettivo è del 95%.

9. Nuove indicazioni per diagnosi differenziale COVID-19 e Influenza

In funzione dello scenario epidemiologico prevedibile ad ottobre, identificare tutti i soggetti a cui riservare "prioritariamente" l'esecuzione di saggi diagnostici per la ricerca di SARS-CoV-2, stratificando sulla base di categorie a rischio di complicanze nonché in base al loro contesto sociale e lavorativo. In particolare si evidenzia la necessità di riservare particolare attenzione ai soggetti fragili e/o appartenenti a comunità chiuse.

Ottimizzazione risorse e riduzione delle misure contumaciali

Caso	Vaccinato per influenza	Frequenta una collettività o è un operatore sanitario	Priorità diagnostica
Caso sospetto	si	si	1
Caso sospetto	no	si	2
Caso sospetto	si	no	3
Caso sospetto	no	no	3

10. Sorveglianza virologica per Influenza e per Sars-Cov-2

Rafforzare la partecipazione alla sorveglianza virologica da parte dei MMG e PLS come "medici sentinella". Questo al fine di stimare l'impatto dell'influenza confermata e l'efficacia vaccinale sul campo dei vaccini antinfluenzali, nei soggetti di tutte le età non ospedalizzati, oltre che monitorare l'andamento delle curve epidemiche in relazione alla diffusione di SARS-CoV-2 per aggiornare e integrare le raccomandazioni di diagnostica differenziale e le disposizioni di sanità pubblica.

11. Regolamentazione accessi e visite strutture residenziali per anziani

In previsione di una possibile risalita della curva epidemica di SARS-CoV-2 ed in considerazione delle caratteristiche delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere, che richiedono una particolare attenzione nelle strategie di sanità pubblica, si prevede la possibilità di attuare delle misure maggiormente restrittive, anche in merito agli accessi di nuovi ospiti e/o visitatori, al fine di contenere, la diffusione di SARS-CoV-2 in tali contesti di vita. Introducendo la chiusura alle visite esterne dall'inizio di ottobre.

12. Intensificazione del piano regionale di screening per ricerca di SARS-CoV-2

In considerazione dello scenario epidemiologico prevedibile per il mese di ottobre, si rafforzano le attività di screening per la ricerca di tutti i casi positivi di COVID-19, anche paucisintomatici e asintomatici, al fine di interrompere ogni possibile catena di trasmissione virale di SARS-CoV-2 e contenere l'insorgenza di nuovi focolai. Si rimodula, a tale scopo, l'offerta per le categorie di popolazione target, con possibilità di ampliamento al variare dello scenario epidemiologico.

13. Rinforzare la stretta integrazione tra SISP, COT, Distretti, MMG, PLS, MCA e USCA

I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica delle Aziende ULSS definiranno specifiche procedure al fine di lavorare in sinergia con i Servizi Distrettuali e la COT. Inoltre, la presa in carico territoriale per tutti i casi sospetti dovrà essere fortemente integrata con le attività di sorveglianza sanitaria coordinata dai SISP.

Inoltre, dovrà essere definita una specifica organizzazione aziendale che coinvolga i medici delle USCA, a supporto dei SISP e dei MMG, per garantire le campagne vaccinali (es. anti-influenzale e anti-pneumococcica), in sinergia con i SISP e dei Distretti.

CRONOPROGRAMMA

	Mag		Giu.		Lug.		Ago.		Set.		Ott.		Nov.		Dic.	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
	FASE 2			FASE 3							FASE 4					
Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione (DGR 782/20)																
Aggiornamento CESP e GORR delle Aziende ULSS (DGR 782/20)																
Definizione dei piani dei Dipartimenti di Prevenzione per la "Fase 4"																
Definizione dei livelli di rischio e delle eventuali misure integrative																
Sviluppo di interfaccia software per la registrazione delle vaccinazioni																
Campagna vaccinale pneumococcica per RSA (schedula sequenziale)																
Campagna informativa prevenzione influenza e COVID-19																
Campagna vaccinale pneumococcica coorti di recupero (PCV13)																
Campagna vaccinali anti-influenzale, stagione 2020/2021																
Nuove indicazioni per diagnosi differenziale COVID-19 e Influenza																
Sistema di misure integrative in funzione del livello di rischio																
Regolamentazione accessi e visite strutture residenziali per anziani																
Intensificazione del piano regionale di screening per SARS-CoV-2																

ASSISTENZA TERRITORIALIE

Unità Speciali di Continuità Assistenziale

In ottemperanza alle disposizioni previste dal DL 34/2020 le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) operano all'interno del Distretto (afferiscono alla Unità Operativa di Cure Primarie distrettuale e svolgono le seguenti funzioni:

- garantiscono l'assistenza al domicilio dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresi la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio. Il concetto di gestione domiciliare si intende esteso anche alle Residenze Sanitarie Assistite (RSA) e strutture di ricovero intermedie (Ospedali di Comunità, Unità Riabilitative Territoriali, strutture residenziali per persone con disabilità, dell'area della Salute Mentale, Comunità Terapeutiche o strutture di accoglienza per minori, ecc.);
- garantiscono supporto anche ai pazienti fragili, cronici ed affetti da patologie invalidanti che, a seguito dell'emergenza in corso, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione.

Punti di forza rilevati nella fase 1

- Importante ruolo svolto non solo per i pazienti a domicilio ma anche in supporto alle RSA, strutture di ricovero intermedie e comunità residenziali/semiresidenziali, strutture ricettive alberghiere, casa circondariale.
- Forte integrazione con il SISP per il monitoraggio clinico e l'esecuzione dei tamponi naso faringei, sia di screening, sia su richiesta dei MMG.
- Garanzia dell'attività di triage sulle attivazioni USCA, quale elemento di riferimento ordinario per MMG/PLS/MCA, in collegamento con le centrali operative dell'ADI e la COT.

Proposte operative - disposizioni

- Per rinforzare la stretta integrazione tra MMG e medici USCA e assicurare una continuità di assistenza, mantenendo in capo ai medici curanti la titolarità dell'assistenza del proprio paziente, ogni Unità Operativa di Cure Primarie distrettuale è tenuta ad individuare esattamente l'afferenza di ciascun MMG ad una unica USCA. L'elenco dettagliato dovrà essere reso noto a tutti i servizi che operano a livello territoriale, in particolare ai SISP, alle Centrali Operative dell'ADI, alla COT.
- Fermo restando che l'USCA afferisce all'Unità Operativa di Cure Primarie del Distretto di competenza, in un'ottica di integrazione dei servizi viene mantenuto un collegamento funzionale con i SISP ai fini del coordinamento della sorveglianza epidemiologica dei casi sospetti e dei positivi.
- Gli accessi a domicilio dei medici delle USCA dovranno avvenire in modo congiunto con l'infermiere qualora siano richieste anche prestazioni infermieristiche, mentre si considera l'affiancamento di un OSS nel caso sia prevalentemente richiesto il supporto vestizione/svestizione DPI.
- I medici delle USCA saranno coinvolti in modo diretto nelle campagne vaccinali (es. antinfluenzale e antipneumococcica), in integrazione con i servizi SISP e dei Distretti e a supporto dei MMG, anche con riferimento alle strutture residenziali, alle case circondariali, alle strutture ricettive.
- I medici dell'USCA, sulla base dell'organizzazione aziendale, sono coinvolti anche nella presa in carico di soggiornanti per motivi di turismo o lavoro/studio che si rivolgono ai servizi aziendali per motivazioni legate all'emergenza COVID 19 o su segnalazione dei SISP.
- E' in corso di sviluppo un'interfaccia con i software dei MMG e il sistema informativo regionale, anche

per la registrazione delle vaccinazioni, in modo che i MMG possano seguire in tempo reale l'andamento dei pazienti presi in carico dalle USCA e la situazione vaccinale.

- Ogni USCA dovrà essere dotata di kit per il monitoraggio dei pazienti a domicilio o presso le RSA, prevedendo device come saturimetro, termometro a distanza, misuratore PA, eventuale ecografo ed ECG portatili. Tale dotazione dovrà essere fornita in funzione di attività in telemedicina ottimizzando il ruolo degli Specialisti Ambulatoriali Interni nella refertazione a distanza.
  Il sistema di telemonitoraggio attraverso i device forniti ai medici USCA sarà poggiato su una piattaforma che consenta: la registrazione e l'accesso da remoto ai valori misurati dai device, alcuni lasciati al paziente (come termometro e saturimetro), altri utilizzati dagli operatori sanitari al momento dell'accesso, come l'ECG. Detto telemonitoraggio non solo sarà rivolto ai pazienti COVID19, ma anche nell'ambito della gestione domiciliare del paziente cronico complesso. È auspicabile che detta piattaforma sia unica a livello regionale (implementata poi da ogni singola Azienda ULSS) così da garantire sistemi tecnologicamente avanzati che dialogano tra loro, anche per una possibile integrazione con il Fascicolo Sanitario Elettronico (garantendo in questo modo facile accesso ai dati a tutti gli attori sanitari che hanno in carico ed entrano nell'assistenza al paziente).
- Ogni Distretto deve attivare un sistema di monitoraggio puntuale dell'attività delle USCA al fine di trasmettere, per il tramite della UOC Cure primarie di afferenza, alla Regione (U.O. Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali) una relazione ed apposita rendicontazione trimestrale, **comprensiva del numero di pazienti presi in carico dall'USCA, della tipologia degli stessi, delle attività svolte, descrivendo dettagliatamente anche i meccanismi di funzionamento delle USCA**.

Centrale Operativa Territoriale

In conformità a quanto previsto dalla DGR n.1075/2017 e di quanto previsto dalla DGR n.782/2020:

- svolge attività di coordinamento funzionale delle attività sanitarie e socio-sanitarie territoriali, con funzioni di raccordo con tutti i servizi, garantendo la tracciabilità delle informazioni e supervisionando la gestione delle transizioni;
- assicura, a supporto dei Direttori della Funzione Territoriale e della Funzione Ospedaliera e del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, la funzione di coordinamento e comunicazione unitaria, anche telefonica, a servizio dei MMG, PLS, MCA e loro aggregazioni, dei SISP e servizi territoriali, delle strutture di ricovero intermedie, delle strutture residenziali, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio;
- costituisce il luogo di coordinamento della gestione delle transizioni ed il punto di raccordo tra le tre macrostrutture aziendali ossia Ospedale, Distretto e Dipartimento di Prevenzione.

Punti di forza rilevati nella fase 1

- Forte integrazione/coordinamento con le Cure Primarie e il SISP per:
  a) supportare nella comunicazione alla popolazione, attraverso ad esempio la gestione del numero verde aziendale in collaborazione con i servizi URP, la raccolta delle segnalazioni dei cittadini che entrano in Italia da un paese estero, ecc.;
  b) facilitare le comunicazioni verso i professionisti che operano nell'ambito dei servizi distrettuali, in particolare MMG, PLS, MCA, attraverso la trasmissione delle comunicazioni/procedure operative prodotte dal SISP-Dipartimento di Prevenzione e dalla Direzione Aziendale, inerenti l'emergenza

COVID19, la contestuale disponibilità telefonica e per mail nel raccogliere richieste di approfondimenti, ecc.

- Ampliamento dell'orario di attività al fine di supportare tutte le fasi della gestione dell'emergenza.
- Riconoscimento quale punto di riferimento per gli attori del sistema per l'emergenza COVID, anche per le strutture residenziali.
- Mantenimento e garanzia dell'attività ordinaria assegnata alla COT anche in fase di emergenza, quindi senza perdere la sua identità, ma valorizzando le competenze acquisite ed ampliando il raggio della propria azione.

Proposte operative - disposizioni

- Ogni Azienda ULSS dovrà ampliare l'orario di copertura della COT rendendolo progressivamente sovrapponibile a quello dell'ADI infermieristica (dalle ore 7:00 alle ore 21:00 per 7 giorni su 7), riadeguandone la dotazione organica.
- Alla COT dovrà essere assegnato il coordinamento del personale addestrato (anche non sanitario) che gestisce il numero verde dedicato al cittadino per informazioni e inserimento/presa in carico della richiesta nel corretto flusso aziendale secondo procedure specifiche (ad esempio comunicazione arrivo in Italia da stati esteri).
- Ogni Azienda ULSS dovrà individuare un numero telefonico (gestito dal personale sanitario della COT) dedicato agli operatori sanitari sia territoriali che ospedalieri (in particolare MMG, PLS, USCA) per informazioni e supporto sulle procedure aziendali attivate per la gestione dell'emergenza COVID19 e, più in generale, per un supporto nella identificazione della risorsa più appropriata da attivare in funzione dei bisogni del paziente fragile rappresentati dall'operatore che contatta il servizio.
- Dovrà essere individuato un indirizzo mail specificatamente dedicato alle segnalazioni di criticità inerenti il COVID19 e gestito dall'URP, eventualmente con il supporto della COT, provvedendo allo smistamento delle stesse per competenza ed alla tracciabilità dell'effettiva presa in carico e conclusione.
- Ogni Azienda ULSS dovrà individuare un gruppo di specialisti infettivologi che, attraverso il filtro organizzativo della COT, rispondano direttamente ai quesiti dei medici convenzionati, con possibilità di estendere l'esperienza anche ad altre specialità.
- Dovrà essere garantita anche alla COT l'accessibilità alle piattaforme del sistema informativo regionale (su tamponi, esiti, pazienti presi in carico dalle USCA, pazienti in isolamento, ecc.) così da poter far circuitare le informazioni ed assicurarsi che le stesse siano comunicate agli attori coinvolti nella presa in carico ed anche per poter avere una visione aziendale complessiva dei casi. La stessa piattaforma dovrà anche consentire la programmazione delle attività di esecuzione dei tamponi, fermo restando che la gestione degli stessi per la sorveglianza rimane in carico al SISP.

INFERMIERE DI FAMIGLIA

L'infermiere di famiglia gestisce i processi infermieristici in ambito familiare e di comunità e opera in collaborazione con il MMG e PLS, l'équipe multiprofessionale distrettuali, per aiutare il cittadino e la sua famiglia a trovare le soluzioni ai bisogni di salute e a gestire le malattie croniche e le disabilità.

L'infermiere di famiglia afferisce alla UOC Cure Primarie del Distretto di riferimento.

Svolge la propria attività sia presso l'ambulatorio territoriale, sia a domicilio delle persone non già prese in carico dall'ADI, garantendo la presa in carico di utenti con bassa complessità assistenziale. Promuove un'assistenza differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi che rispondono ai bisogni di salute della popolazione**.**

L'infermiere di famiglia opera in collaborazione con la rete dei servizi socio-sanitari e del volontariato presenti nel territorio utilizzando un modello assistenziale infermieristico orientato alla famiglia e al contesto in cui questa vive. Caratteristiche del modello sono:

- *prossimità* alla famiglia e alla comunità: opera in un ambito territoriale secondo un criterio geografico di ripartizione del territorio, coerente con l'organizzazione dei vari servizi presenti;
- *proattività*: intercetta e riconosce in modo precoce i bisogni latenti della popolazione di riferimento, conosce la rete dei servizi territoriali e del volontariato, orienta e facilita l'accesso appropriato e tempestivo ai servizi;
- *equità*: facilita l'accesso degli utenti ai vari servizi sociosanitari e l'attenzione proattiva ai determinanti di salute e sociali, assume un ruolo di garante verso i cittadini dell'equità del sistema di erogazione delle cure;
- *multiprofessionalità*: opera secondo una logica multiprofessionale con l'adozione del modello della presa in cura integrata che prevede l'utilizzo di piani assistenziali individuali e PDTA, superando così la logica prettamente prestazionale, verso un modello di presa in carico.

Le attività attribuite all'infermiere di famiglia sono quelle già previste nella DGR n.782.

Proposte operative - disposizioni

- Ogni Distretto introdurrà in maniera progressiva la figura dell'infermiere di famiglia, **dando priorità alle zone geografiche in cui non siano già presenti forme evolute di aggregazioni della medicina generale** o si ritenga necessario potenziare gli studi medici periferici al fine di supportare la capillarità dell'assistenza. Si ricorda che lo standard massimo previsto è di 8 infermieri ogni 50.000 assistiti, equivalenti al massimo a circa un infermiere ogni 4 MMG massimalisti. **Ciò richiede l'elaborazione di un progetto pilota aziendale, in condivisione con i Medici di Medicina Generale, in cui vengano esplicitati gli obiettivi, le attività assegnate in conformità a quanto già stabilito con la DGR n.782/2020, il bacino di utenza affidato, gli indicatori per il monitoraggio e la valutazione. Gli obiettivi individuati dovranno essere congruenti e correlati a quelli assegnati alla medicina generale**.
- Per l'identificazione dei pazienti con cronicità semplice che possono essere presi in carico dall'infermiere di famiglia andranno utilizzati anche strumenti di case mix (es. ACG), al fine della valutazione di impatto e per il dimensionamento delle risorse per singola area geografica.
- È necessario che ogni Azienda ULSS provveda alla definizione di procedure uniformi per la presa in carico (applicazione PDTA, azioni proattive di promozione della salute, ecc.), corredate da opportuni indicatori per valutarne a distanza il reale impatto. Dette procedure andranno condivise con tutti gli attori coinvolti nella presa in carico.

TEAM MULTIPROFESSIONALI

Con riferimento ai pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che, anche a seguito dell'emergenza COVID-19, costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione, il modello organizzativo

regionale prevede un lavoro fondato su team multiprofessionali, che vedranno la partecipazione dei MMG, degli specialisti territoriali, degli infermieri, dei fisioterapisti, degli assistenti sociali, o di altri operatori sanitari, con legami funzionali con i professionisti che operano all'interno delle strutture ospedaliere e con gli operatori del Dipartimento di Prevenzione.

Punti di forza rilevati nella fase 1

- L'emergenza COVID ha richiesto un lavoro di integrazione operativa tra Ospedale-Distretto-Dipartimento Prevenzione-SISP, ciò ha consentito di migliorare la reciproca conoscenza delle specifiche competenze e la messa in comune/trasferimento di competenze prima non previste con conseguente miglioramento della qualità del servizio offerto alla popolazione.
- Necessità ed importanza di garantire/proseguire a domicilio con attività riabilitative per pazienti COVID post dimissione dai reparti ospedalieri.

Proposte operative - disposizioni

- In ogni Azienda ULSS andranno definite procedure organizzativo/assistenziali atte a garantire un coordinamento funzionale tra le Unità Operativa Cure Primarie distrettuali e i Dipartimenti di Prevenzione-SISP, **prevedendo squadre operative integrate "rimodulabili" a seconda della fase emergenziale e del relativo carico** (composizione delle squadre, dimensionamento, obiettivi, modalità di attivazione).
- Dovrà essere portata a compimento entro il 2021 l'attuazione dei piani di sviluppo delle cure primarie così come previsti dalla DGR n.476/2019, completando la rete della medicina generale organizzata nelle diverse tipologie di forme associative, dalle più semplice alle più evolute.
- A supporto della gestione della cronicità e per garantire una fidelizzazione andrà estesa l'adozione dei contratti diurni come previsti dall'ACN per i Medici di Continuità Assistenziale.
- Ogni Azienda ULSS è tenuta ad implementare la geriatria territoriale, quale valido riferimento anche per MMG, infermieri ADI e infermieri di famiglia nella gestione dei pazienti anziani fragili, individuando modalità dirette di contatto e consultazione, con definizione territoriale/geografica (suddivisione per zone al fine di garantire una risposta integrata).
- Andranno potenziate in ogni Distretto le equipe multiprofessionali delle cure domiciliari e modulabili, a seconda della tipologia di bisogno, coinvolgendo le diverse professionalità già in fase di dimissione o di transizione del paziente da un setting ad un altro, al fine di definire il prima possibile il percorso più appropriato. In particolare la fisioterapia domiciliare, quale parte integrante del Dipartimento Funzionale Riabilitazione Ospedale Territorio, è la componente che assicura la continuità dell'assistenza tra i diversi setting di cura (ospedale, strutture riabilitative intensive ed estensive, territorio), integrandosi a livello distrettuale nell'équipe dell'ADI, e che dovrà garantite le seguenti attività:
  - riattivazione motoria per utenti che hanno subito un periodo di prolungata inattività, provocato da un ricovero ospedaliero o da un evento morboso acuto;
  - trattamenti di riabilitazione per pazienti con esiti di politraumatismo, in caso di frattura prossimale di femore ed in tutti quei casi nel quale il paziente non possa essere trasportato con i comuni mezzi;
  - sedute di addestramento all'utilizzo degli ausili e di educazione del caregiver alla gestione del paziente;
  - valutazione dell'adeguamento paziente-ambiente-ausili su segnalazione del MMG o dei servizi territoriali (in particolare la COT) al fine di assicurare la fornitura di un ausilio-presidio necessario all'utente a garantire l'autonomia nelle ADL o consentirne la mobilità domestica;
  - continuità del Progetto Riabilitativo Individuale stilato nel reparto di Riabilitazione o nelle Unità

Riabilitative Territoriali per assicurare un efficace ed adeguato reinserimento del paziente presso il proprio domicilio;

- attività di Teleriabilitazione, anche a seguito dell'emergenza COVID, per i pazienti dimessi dall'Ospedale e che necessitano di continuare e monitorare l'attività motoria di riallenamento.

Questo modello risulta particolarmente rilevante nella presa in carico dei pazienti COVID19 negativizzati dimessi dai reparti per acuti e per post-acuti o di riabilitazione intensiva, richiedendo un monitoraggio nel tempo e/o la prosecuzione del trattamento, sia a domicilio o in ambulatorio, secondo interventi personalizzati in base agli esiti.

Obiettivi specifici diventano infatti:

a. abbreviare i tempi di ripresa del trattamento attraverso una presa in cura diretta dei pazienti da parte dei fisioterapisti territoriali, riservando visite fisiatriche domiciliari a situazione di particolare complessità che prefigurino la necessità di un Progetto Riabilitativo Individuale;
b. riservare le prestazioni ambulatoriali laddove necessario un setting terapeutico dedicato;
c. integrare il set informativo (Fascicolo Sanitario Elettronico e cartella ADI) con dati rilevanti sull'andamento dello stato funzionale.

Dal punto di vista operativo diventa efficiente prevedere canali di interlocuzione diretta tra fisioterapista ospedaliero e fisioterapista del territorio, supportata da un adeguato scambio informativo, con comunicazione alla COT e alla centrale ADI di riferimento per la tracciatura dei casi.

La possibilità di avvalersi della teleassistenza sia per funzioni di triage che di follow up o di monitoraggio da remoto tra un accesso a domicilio e il successivo potrà altresì efficientare il sistema.

Le Aziende ULSS potranno definire specifici accordi con i Centri di Servizi per l'utilizzo nel territorio dei fisioterapisti delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani.

- Le equipe multiprofessionali domiciliari andranno dotate di adeguati kit di monitoraggio dei pazienti al domicilio o presso le RSA, di adeguata attrezzatura diagnostica ed ogni altro presidio necessario, ivi compresi i farmaci di urgenza. **La dotazione andrà fornita in funzione di attività in telemedicina, ottimizzando anche il ruolo degli specialisti ambulatoriali interni nella refertazione a distanza**.
- Il teleconsulto, gli strumenti di video-chiamata, la telemedicina andranno estesi a tutti gli ambiti del Distretto (minori, anziani, disabilità, dipendenze, ecc.), al fine di garantire l'erogazione di servizi di assistenza sanitaria a distanza, di assicurare la continuità dell'assistenza ed interventi educativo-relazionale a sostegno degli utenti e delle loro famiglie.

CAMPAGNE VACCINALI ANTI-INFLUENZALE RIVOLTA ALLA POPOLAZIONE PEDIATRICA

- In considerazione della possibile co-circolazione di virus influenzali e virus SARS-CoV-2, al fine di garantire la protezione e ridurre la circolazione del virus influenzale e per facilitare la diagnosi, per la stagione 2020-21 si ritiene utile coinvolgere i PLS nell'offerta vaccinale antiinfluenzale nei bambini dai 6 mesi ai 6 anni, previo accordo con le rappresentanze sindacali, al fine di definire le modalità di offerta, i tempi di svolgimento della campagna vaccinale antinfluenzale e le modalità di registrazione delle vaccinazioni effettuate.

SISTEMI INFORMATIVI

Questo paragrafo descrive le principali azioni sui sistemi informativi che le strutture del SSR, sotto il coordinamento tecnico di Azienda Zero, devono obbligatoriamente mettere in atto nel caso che in autunno si verifichi il ritorno della pandemia Covid-19.

SORVEGLIANZA SANITARIA E MICROBIOLOGICA

Primariamente è necessario raccogliere tutti gli esiti dei test per Covid-19 per avere un controllo ed un monitoraggio complessivo dell'epidemia ed incrociarli con una serie di altri flussi informativi per identificare e prevenire l'insorgenza di focolai nei differenti contesti assistenziali, sociali e lavorativi.
Più nel dettaglio la raccolta e la processazione dei dati deve essere svolta per le seguenti finalità:

- prevenire nuovi contagi, diagnosticare velocemente i nuovi casi, isolare e curare i casi infetti, monitorarne lo stato
- prevedere e rilevare l'insorgenza di focolai in ambito familiare, di quartiere (urbani), nelle strutture per anziani e disabili, negli ambienti lavorativi, nelle scuole, nelle strutture sanitarie (sia per i degenti che per gli operatori) o di altro tipo correlati ad eventi specifici, al fine di interrompere precocemente la catena dei contagi, contenere l'espansione dell'epidemia e salvare vite umane
- monitorare il carico delle strutture sanitarie, in particolare l'occupazione dei posti letto per ricoveri Covid-19, con particolare attenzione alla terapie intensive e sub-intensive per poter intervenire prima della saturazione delle risorse
- descrivere la dinamica della pandemia in termini di spazio e tempo per governare la situazione generale e per simulare e prevedere la sua evoluzione

Gli strumenti software messi a punto per garantire le azioni sotto riportate sono già stati indicati nella DGR 782 del 2020. Al fine di soddisfare i bisogni informativi dell'unità di crisi e prendere decisioni basate sui dati, devono quindi essere garantiti i seguenti flussi informativi e le seguenti elaborazioni:

1. Tutti le strutture e i laboratori pubblici o privati autorizzati ad eseguire esami per Covid-19 di qualsiasi tipo (microbiologia molecolare, sierologici quali-quantitativi, sierologici qualitativi, etc.) devono in modo mandatorio conferire i dati anagrafici e degli esiti dei casi al *Sistema di Biosorveglianza* secondo le specifiche tecniche e le tempistiche (un aggiornamento ogni ora) già definite da Azienda Zero; devono inoltre garantire la qualità dei processo di identificazione degli assistiti primariamente attraverso il processo di preaccettazione supportato dal modulo software per gli *screening covid-19*
2. I dati provenienti dai laboratori di cui al punto 1 devono essere processati dal *Sistema di Biosorveglianz*a e nel dettaglio:
    a. Essere incrociati con l'anagrafe degli assistiti regionale con il fine di correggere ed integrare i dati anagrafici per evitare errori di persona o di mancata identificazione;
    b. Essere incrociati con la base dati dei nuclei familiari con il fine di identificare focolai familiari e altri soggetti esposti al rischio Covid-19
    c. Essere incrociati con i flussi informativi FAR (Flusso di Assistenza Residenziale), SDO (Schede di Dimissione Ospedaliera), APS (Assistenza Pronto Soccorso) al fine di identificare i positivi, i focolai e altri soggetti esposti nelle strutture residenziali per anziani, e consolidare i casi in

regime di ricovero e in pronto soccorso; più in generale bisogna prevedere l'incrocio con tutti i flussi informativi che permettono di identificare il setting assistenziale dei casi positivi e quindi intervenire prima dell'insorgenza di focolai (ADI, strutture intermedie, strutture per pazienti psichiatrici, etc.)

d. Essere incrociati con l'anagrafe dei dipendenti pubblici SSR al fine di identificare i casi positivi, i focolai ed altri soggetti esposti nelle strutture sanitarie
e. Essere incrociati con l'anagrafe dei lavoratori con il fine di identificare casi positivi, focolai ed altri soggetti esposti negli ambienti di lavoro
f. Essere incrociati con l'anagrafe degli studenti al fine di identificare casi positivi, focolai ed altri soggetti esposti nelle scuole
g. Essere arricchiti dalle informazioni raccolte dai SISP sui casi confermati,in isolamento e sui contatti stretti con la finalità di ricostruire la catena del contagio ed identificare e contenere i focolai
h. Essere arricchiti dalle informazioni raccolte dalle Direzioni Mediche sui casi positivi che vengono ricoverati con il fine di monitorare lo stato clinico dei pazienti e misurare lo stato di occupazione dei posti letto di degenza, con particolare attenzione alle terapie intensive e sub-intensive
i. Essere correlati con i sintomi raccolti dalla App "*Zero Covid Veneto*" per identificare molto più precocemente l'insorgere di nuovo casi o focolai

3. I dati raccolti e processati con le finalità sopra indicate devono essere conferiti dalle Aziende Sanitarie per il tramite dei SISP, delle COT, dei MMG/USCA, delle Direzioni Mediche; tali soggetti devono, utilizzando obbligatoriamente i moduli software per la gestione dei casi confermati e dei casi in isolamento di cui alla DGR 782/2020, procedere alle indagini epidemiologiche e inserire le informazioni necessarie al completamento del quadro complessivo di ogni caso (richieste anche per l'invio obbligatorio verso l'Istituto Superiore di Sanità) sia per i casi in isolamento che per i casi ricoverati o in altro regime assistenziale, al fine di prendere in carico precocemente i soggetti ed agire sui casi positivi ed sui focolai di cui ai punti precedenti
4. I dati devono inoltre essere conferiti e ai medici competenti delle aziende private aderenti al progetto di cui alla Delibera di Giunta Regionale 601 del 2020 con le modalità e gli strumenti nella stessa indicati al fine di controllare in modo più efficace lo stato di salute dei lavoratori e l'insorgenza di focolai negli ambienti di lavoro
5. Devono essere garantite al livello regionale tutte le informazioni necessarie al governo e al monitoraggio dell'epidemia, per il tramite dei cruscotti del sistema di biosorveglianza e di specifici ed ulteriori report o elaborazioni
6. Nel caso si renda necessario dichiarare una fase di lockdown o instaurare zone rosse, al fine di valutare l'efficacia di tali misure di contenimento dovrà essere possibile rilevare ed incrociare con i dati sopra indicati anche i dati di mobilità, i dati delle presenze turistiche ed i dati ambientali (in collaborazione con la Direzione ICT di Regione del Veneto e con gli eventuali enti strumentali coinvolti).

TELEMEDICINA

Come previsto dalla DGR 589 del 2020 "Attivazione di servizi di assistenza sanitaria erogabili a distanza: Telemedicina", al fine di garantire l'accesso e la continuità di assistenza all'utenza privilegiando, per ragioni di sanità pubblica, la permanenza degli assistiti a domicilio, gli Enti del SSR devono avviare prontamente

l'erogazione di servizi sanitari in modalità di Telemedicina, supportati da strumenti informatici e tecnologici adeguati, con contestuale comunicazione di una relazione da inviare congiuntamente alla Direzione Regionale Programmazione Sanitaria e Azienda Zero, per le valutazioni e eventuali considerazioni di competenza (tale relazione dovrà descrivere le caratteristiche e gli standard del servizio di Telemedicina, così come individuati nel documento "Telemedicina - Linee di indirizzo nazionali").
Analogamente i MMG/PLS, per le stesse ragioni, devono dotarsi di una piattaforma di telemedicina, come previsto dai recenti accordi di categoria.

COORDINAMENTO DELLE AZIONI ICT

A supporto di tutte le azioni sopra descritte è necessario che i sistemi informativi delle strutture pubbliche e private interessate nella gestione dell'emergenza agiscano sotto il coordinamento della UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, organizzandosi per rispondere ed intervenire nella risoluzione di criticità e malfunzionamenti h24, 7 su 7, con lo scopo di garantire la continuità informativa a tutti gli attori coinvolti.

	DGR 552/2020 + DGR 782/2020											
PUBBLICI	**PL ATTIVI**				**DGR 782/20 (DL 34)**		**PL AGGIUNTIVI DA DGR 552**					
	POSTI ATTIVI AL 01/03/20 HSP 49		**ADEGUEMNTO PROGRAMMAZIONE HSP 49**				**AGGIUNTIVI**		**RICONVERTIBILI DA BLOCCO**		**TOTALE**	
501. Dolomiti		**18**		**-1**		**19**						**36**
05050101. OSPEDALE DI BELLUNO	9		1								10	
05050104. OSPEDALE DI FELTRE	7				19						26	
PIEVE DI CADORE	2		-2									
502. Marca Trevigiana		**46**		**5**		**30**				**9**		**90**
05050201. OSPEDALE DI TREVISO	30		2		20						52	
05050202. OSPEDALE DI ODERZO	5				6						11	
05050204. OSPEDALE DI CONEGLIANO	6		2								8	
05050207. OSPEDALE DI MONTEBELLUNA	5		1								6	
05050205. OSPEDALE DI VITTORIO VENETO					4				9		13	
503. Serenissima		**54**				**19**		**5**		**14**		**92**
05050301. OSPEDALE DI MESTRE	22		2		2						26	
05050302. OSPEDALE DI VENEZIA	8						2				10	
05050303. OSPEDALE DI DOLO	6				9				14		29	
05050304. OSPEDALE DI MIRANO	12		-2		8		1				19	
05050306. OSPEDALE DI CHIOGGIA	6						2				8	
504. Veneto Orientale		**16**						**10**		**4**		**30**
05050401. OSPEDALE DI PORTOGRUARO	8										8	
05050402. OSPEDALE DI SAN DONA` DI PIAVE	8										8	
05050403. OSPEDALE DI JESOLO							10		**4**		14	
505. Polesana		**22**				**12**		**4**		**8**		**46**
05050501. OSPEDALE DI ROVIGO	14				1						15	
05050502. OSPEDALE DI TRECENTA	4				11				8		23	
05050503. OSPEDALE DI ADRIA	4						4				8	
506. Euganea		**33**				**39**				**5**		**77**
05050601. OSPEDALE DI CITTADELLA	7				14						21	
05050602. OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO	8				15						23	
05050604. OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO	6				6						12	
05050605. OSPEDALE DI SCHIAVONIA	12				4				**5**		21	
507. Pedemontana		**25**		**-3**		**5**		**7**		**14**		**48**
05050701. OSPEDALE DI BASSANO	10				4						14	
05050703. OSPEDALE DI SANTORSO	15		-3		1		7		**14**		34	
05050702.OSPEDALE DI ASIAGO												
508. Berica		**42**		**6**		**17**						**65**
05050801. OSPEDALE DI VICENZA	34		2		17						53	
05050803. OSPEDALE DI ARZIGNANO	8		2								10	
05050805. OSPEDALE DI VALDAGNO			2								2	
05050802. OSPEDALE DI NOVENTA VICENTINA												
05050805. MONTECCHIO MAGGIORE												
509. Scaligera		**22**				**14**		**2**		**10**		**48**
05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO	8										8	
05050903. OSPEDALE DI SAN BONIFACIO	8						2				10	
05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	6				14				**10**		30	
05050902. OSPEDALE DI BOVOLONE												
05050906. OSPEDALE DI BUSSOLENGO												
901. AOU Padova		**85**		**8**		**18**		**5**				**116**
OSPEDALE DI S. ANTONIO	16		-4				5				17	
ATTUALE AO PADOVA	69		12		18						99	
912. AOUI Verona		**78**				**38**				**12**		**128**
05091201. AOUI VERONA BORGO TRENTO	66				30						96	
05091202. AOUI DI VERONA BORGO ROMA	12				8				**12**		32	
952. IRCCS IOV		**9**		**1**								**10**
05095201. IOV PADOVA	4		-2								2	
05095202. IOV SEDE CASTELFRANCO	5		3								8	
Totale PUBBLICO	**450**		**16**		**211**		**33**		**76**		**786**	

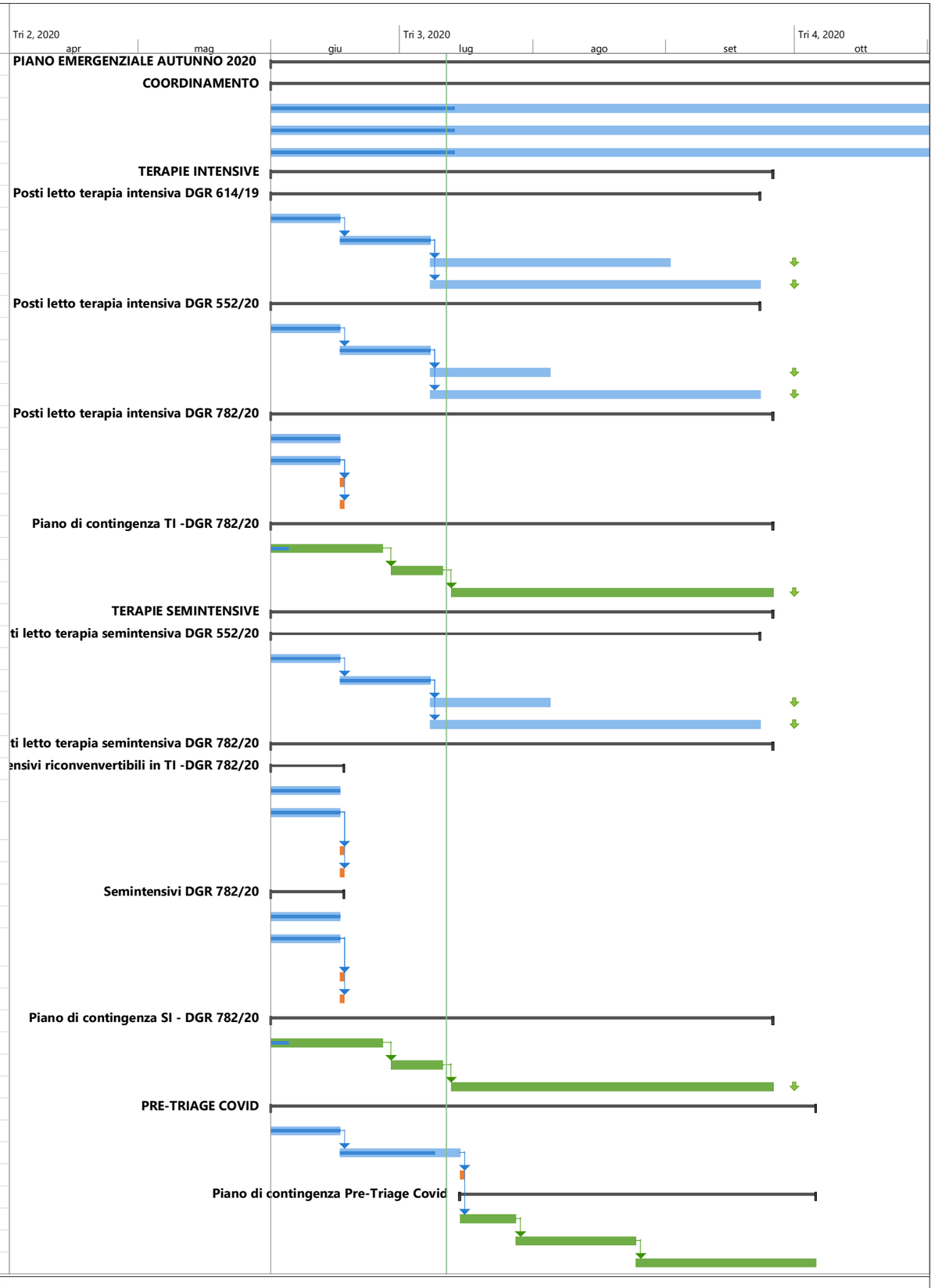
PROTOCOLLO I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PRIVATI ACCREDITATI	**DGR 614/19**				**DGR 782/20 (DL 34)**		**DGR 552**					
	POSTI ATTIVI AL 01/03/20 HSP 49		**ADEGUEMNTO PROGRAMMAZIONE HSP 49**				**AGGIUNTIVI**		**RICONVERTIBILI**		**TOTALE**	
05002200. CASA DI CURA PEDERZOLI	12						4					
05001700. OSPEDALE S. CUORE - D. CALABRIA	8						6					
05008100. C.C.GIOVANNI XXIII	2											
05007900. C.C S. CAMILLO	2											
05009900. CASA DI CURA S.MARCO	2											
05009800. OSP.CLASS.VILLASALUS												
05010000. CASA DI CURA SILENO E ANNA RIZZOLA S.P.A	2											
05014500. CASA DI CURA MADONNA DELLA SALUTE	4											
05012300. CASA DI CURA ABANO TERME	8											
05004500. CASA DI CURA ERETENIA	2											
05004600. CASA DI CURA VILLA BERICA	2											
Totale PRIVATI A.	**44**						**10**					

TOTALE PUBBLICO E PRIVATO ACCREDITATO	**DGR 614/19**				**DGR 782/20 (DL 34)**		**DGR 552**					
	POSTI ATTIVI AL 01/03/20 HSP 49		**ADEGUEMNTO PROGRAMMAZIONE HSP 49**				**AGGIUNTIVI**		**RICONVERTIBILI**		**TOTALE**	
TOTALE PUBBLICO E PRIVATO A.	**494**		**16**		**211**		**43**		**76**		**840**	

	DGR 552/2020 + DGR 782/2020							
PUBBLCI	POSTI DI TERAPIA SEMINTENSIVA E SEMINTENSIVA RICONVNRTIBILE IN INTENSIVA							
	DGR 782/20 RICONV. IN TI		DGR 782/20 ULTERIORI SEMI INT		PL AGGIUNTIVI DA DGR 552/20		TOTALE	
501. Dolomiti		**8**		**15**		**23**		**46**
05050101. OSPEDALE DI BELLUNO	8		10		4		22	
05050104. OSPEDALE DI FELTRE			5		19		24	
502. Marca Trevigiana		**26**		**23**		**34**		**83**
05050201. OSPEDALE DI TREVISO	20		10		10		40	
05050207. OSPEDALE DI MONTEBELLUNA					10		10	
05050205. OSPEDALE DI VITTORIO VENETO	6		13		14		33	
503. Serenissima		**20**		**25**		**28**		**73**
05050301. OSPEDALE DI MESTRE	13		8		4		25	
05050303. OSPEDALE DI DOLO	7		17		24		48	
504. Veneto Orientale		**10**		**8**		**26**		**44**
05050402. OSPEDALE DI SAN DONA` DI PIAVE					4		4	
05050403. OSPEDALE DI JESOLO	10		8		22		40	
505. Polesana		**14**		**8**		**23**		**45**
05050501. OSPEDALE DI ROVIGO	8				7		15	
05050502. OSPEDALE DI TRECENTA	6		8		16		30	
05050503. OSPEDALE DI ADRIA								
506. Euganea		**16**		**22**		**42**		**80**
05050601. OSPEDALE DI CITTADELLA	6		14				20	
05050602. OSPEDALE DI CAMPOSAMPIERO					10		10	
05050604. OSPEDALE DI PIOVE DI SACCO					10		10	
05050605. OSPEDALE DI SCHIAVONIA	10		8		22		40	
507. Pedemontana		**14**		**8**		**38**		**60**
05050701. OSPEDALE DI BASSANO	8				12		20	
05050703. OSPEDALE DI SANTORSO	6		8		26		40	
05050702.OSPEDALE DI ASIAGO								
508. Berica		**20**		**16**				**36**
05050801. OSPEDALE DI VICENZA	20		16				36	
509. Scaligera		**8**		**12**		**18**		**38**
05050901. OSPEDALE DI LEGNAGO					16		16	
05050905. OSPEDALE DI VILLAFRANCA	8		12		2		22	
901. AOU Padova		**20**		**8**		**32**		**60**
OSPEDALE DI S. ANTONIO					16		16	
ATTUALE AO PADOVA	20		8		16		44	
912. AOUI Verona		**20**		**22**				**42**
05091201. AOUI VERONA BORGO TRENTO	10		4				14	
05091202. AOUI DI VERONA BORGO ROMA	10		18				28	
Totale PUBBLICO	**176**		**167**		**264**		**607**	

ID		Modalità attività	Nome attività	Competenza	% completam	Durata	Inizio	Fine
1			**PIANO EMERGENZIALE AUTUNNO 2020**		**25%**	**154 g?**	**lun 01/06/20**	**gio 31/12/20**
2			**COORDINAMENTO**		**20%**	**154 g**	**lun 01/06/20**	**gio 31/12/20**
3			Monitoraggio e controllo avanzamento piano	Regione Veneto	20%	154 g	lun 01/06/20	gio 31/12/20
4			Rapporti con il Commissrio	Regione Veneto	20%	154 g	lun 01/06/20	gio 31/12/20
5			Distribuzione attrezzature acquisite da Azienda Zero	Regione Vento	20%	154 g	lun 01/06/20	gio 31/12/20
6			**TERAPIE INTENSIVE**		**24%**	**85 g?**	**lun 01/06/20**	**ven 25/09/20**
7			**Posti letto terapia intensiva DGR 614/19**		**22%**	**82 g**	**lun 01/06/20**	**mar 22/09/20**
8	✓		Individuazione posti letto TI DGR 614/19	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
9	✓		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto TI DGR 614/19	Azienda Sanitaria	100%	15 g	mer 17/06/2(	mar 07/07/20
10			Realizzazione lavori posti letto TI DGR 614/19	Azienda Sanitaria	0%	40 g	mer 08/07/2(	mar 01/09/20
11			Attrezzamento posti letto TI DGR 614/19	Azienda Zero	0%	55 g	mer 08/07/2(	mar 22/09/20
12			**Posti letto terapia intensiva DGR 552/20**		**26%**	**82 g**	**lun 01/06/20**	**mar 22/09/20**
13	✓		Individuazione posti letto TI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
14	✓		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto TI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	15 g	mer 17/06/2(	mar 07/07/20
15			Realizzazione lavori posti letto TI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	0%	20 g	mer 08/07/2(	mar 04/08/20
16			Attrezzamento posti letto TI DGR 552/20	Azienda Zero	0%	55 g	mer 08/07/2(	mar 22/09/20
17			**Posti letto terapia intensiva DGR 782/20**		**25%**	**85 g?**	**lun 01/06/20**	**ven 25/09/20**
18	✓		Individuazione posti letto TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
19	✓		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
20			Realizzazione lavori posti letto TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/2(	mer 17/06/20
21			Attrezzamento posti letto TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/2(	mer 17/06/20
22			***Piano di contingenza TI -DGR 782/20***		***5%***	***85 g***	***lun 01/06/20***	***ven 25/09/20***
23			*Analisi posti letto interferenziali TI*	*Azienda Sanitaria*	*20%*	*20 g*	*lun 01/06/20*	*ven 26/06/20*
24			*Individuaizone posti letto temporanei TI*	*Azienda Sanitaria*	*0%*	*10 g*	*lun 29/06/20*	*ven 10/07/20*
25			*Attrezzamento posti letto temporanei TI*	*Azienda Zero*	*0%*	*55 g*	*lun 13/07/20*	*ven 25/09/20*
26			**TERAPIE SEMINTENSIVE**		**33%**	**85 g?**	**lun 01/06/20**	**ven 25/09/20**
27			**Posti letto terapia semintensiva DGR 552/20**		**26%**	**82 g**	**lun 01/06/20**	**mar 22/09/20**
28	✓		Individuazione posti letto SI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
29	✓		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto SI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	100%	15 g	mer 17/06/2(	mar 07/07/20
30			Realizzazione lavori posti letto SI DGR 552/20	Azienda Sanitaria	0%	20 g	mer 08/07/2(	mar 04/08/20
31			Attrezzamento posti letto SI DGR 552/20	Azienda Zero	0%	55 g	mer 08/07/2(	mar 22/09/20
32			**Posti letto terapia semintensiva DGR 782/20**		**38%**	**85 g?**	**lun 01/06/20**	**ven 25/09/20**
33			**Semintensivi riconvenvertibili in TI -DGR 782/20**		**92%**	**13 g?**	**lun 01/06/20**	**mer 17/06/20**
34	✓		Individuazione posti letto RIC-TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
35	✓		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto RIC-TI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
36			Realizzazione lavori posti letto RIC-TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/2(	mer 17/06/20
37			Attrezzamento posti letto RIC-TI DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/2(	mer 17/06/20
38			**Semintensivi DGR 782/20**		**92%**	**13 g?**	**lun 01/06/20**	**mer 17/06/20**
39	✓		Individuazione posti letto SI DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
40	✓		Fabbisogno lavori/attrezzamento posti letto SI - DGR 782/20	Azienda Sanitaria	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
41			Realizzazione lavori posti letto SI- DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/2(	mer 17/06/20
42			Attrezzamento posti letto SI - DGR 782/20	Commissario	0%	1 g?	mer 17/06/2(	mer 17/06/20
43			***Piano di contingenza SI - DGR 782/20***		***5%***	***85 g***	***lun 01/06/20***	***ven 25/09/20***
44			*Analisi posti letto interferenziali SI*	*Azienda Sanitaria*	*20%*	*20 g*	*lun 01/06/20*	*ven 26/06/20*
45			*Individuaizone posti letto temporanei SI*	*Azienda Sanitaria*	*0%*	*10 g*	*lun 29/06/20*	*ven 10/07/20*
46			*Attrezzamento posti letto temporanei SI*	*Azienda Zero*	*0%*	*55 g*	*lun 13/07/20*	*ven 25/09/20*
47			**PRE-TRIAGE COVID**		**30%**	**91 g?**	**lun 01/06/20**	**lun 05/10/20**
48	✓		Determiazione schema tipo	Aziende Sanitarie	100%	12 g	lun 01/06/20	mar 16/06/20
49			Individuazione area di installazione	Aziende Sanitarie	80%	20 g	mer 17/06/2(	mar 14/07/20
50			Realizzazione	Commissario	0%	1 g?	mer 15/07/2(	mer 15/07/20
51			***Piano di contingenza Pre-Triage Covid***		***0%***	***59 g***	***mer 15/07/2(***	***lun 05/10/20***
52			*Predisposizone capitolato accordo quadro*	*Azienda Zero*	*0%*	*9 g*	*mer 15/07/2(*	*lun 27/07/20*
53			*Gara*	*Azienda Zero*	*0%*	*20 g*	*mar 28/07/2(*	*lun 24/08/20*
54			*Realizzaizone PRE-TRIAGE COVID*	*Azienda Zero*	*0%*	*30 g*	*mar 25/08/2(*	*lun 05/10/20*



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 3.8.2020 | Protocollo n. 18463 Class. | Allegati n.

Oggetto: Comitato Scientifico Covid-19. Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il documento in oggetto, sottoposto ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020 ed approvato telematicamente in data odierna.

Il Comitato Scientifico concorda con la formulazione delle seguenti osservazioni al testo proposto:

1. il verbo "transitare" utilizzato nella sezione **3. SCREENING PER LA RICERCA DI SARS-COV-2** al punto B di pag. 3, al punto F di pag. 4 ed al punto C di pag. 5 potrebbe generare alcuni dubbi applicativi. Si propone di chiarire che *l'indicazione all'esecuzione del test è valida per chiunque si sia recato fuori dal territorio italiano, indifferentemente dalla durata del soggiorno*;

2. si suggerisce, inoltre, l'utilità di chiarire che *l'indicazione allo screening degli operatori sanitari riguarda tutti i soggiorni all'estero e non solo quelli di natura "lavorativa"*. Questa specifica assume rilevanza soprattutto in considerazione del periodo di pubblicazione del documento e, pertanto, *gli operatori sanitari che soggiornano per ferie all'estero* (non pochi) *devono comunicare alla loro Azienda il soggiorno all'estero per ferie, in modo che l'Azienda possa organizzare lo screening al loro rientro in Italia e dopo 5-7 giorni*.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici

(DGR 344/2020 e successive modifiche ed integrazioni)

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PREMESSA

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dei risultati delle attività di screening fin qui condotte, che evidenziano un aumento della circolazione di SARS-CoV-2 in specifici contesti, si propone un aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica. Il seguente aggiornamento evidenzia tre elementi cardine della strategia regionale per la "fase 3": rafforzamento delle attività di contact tracing di ricerca della circolazione virale in tutti i contatti a rischio, aggiornamento delle indicazioni sullo screening in alcune categorie di persone, studio di un sistema di early warning da attivare in vista della prossima stagione autunnale.

OBIETTIVO GENERALE

Mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19, intercettando ed isolando tutti i possibili nuovi focolai.

STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

1. individuare tutti i possibili casi sospetti, probabili e confermati e disporre le adeguate misure di isolamento domiciliare fiduciario;
2. intercettare tutti i possibili contatti a rischio (*contact tracing*), seguirli in sorveglianza attiva e disporre le misure di quarantena;
3. focalizzare le attività di screening in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria e/o di importazione di casi dall'estero;
4. implementazione di un sistema di allerta precoce (*early warning*) per la ricerca anche di casi asintomatici per monitorare la circolazione virale.

1. INDIVIDUARE E TRACCIARE TUTTI I CASI SOSPETTI E CONFERMATI

La ricerca di tutti i possibili soggetti con sintomi compatibili, o comunque sospetti di COVID-19, deve essere sempre condotta in stretta sinergia tra tutti gli operatori sanitari che pongono il sospetto clinico e il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, che dovrà sempre essere informato anche del caso sospetto. Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ha un ruolo fondamentale nell'avviare le opportune azioni di sanità pubblica in sinergia con gli altri servizi e operatori coinvolti. In accordo con tale strategia e con le indicazioni ministeriali[1] e regionali, tutti i casi sospetti per COVID-19 richiedono l'esecuzione del test diagnostico.

2. CONTACT TRACING E GESTIONE DEI CONTATTI

[1] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7922 del 9.03.2020 "COVID-2019. Aggiornamento della definizione di caso" e successive modifiche. Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico: 1) Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse, difficoltà respiratoria) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in aree in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi. 2) Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi. 3) Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) e che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica. Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel Pronto Soccorso ospedaliero, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o Paese è stata segnalata trasmissione locale.*

Il *contact tracing* rappresenta una misura essenziale di sanità pubblica per contrastare la diffusione dell'epidemia di COVID-19. In linea con quanto esplicitato dalle Circolari Ministeriali e quanto già previsto nella DGR 344 del 17.3.2020, è opportuno, ancor più nello scenario attuale, che le indagini epidemiologiche dei nuovi casi positivi vengano estese, oltre ai contatti stretti (ad alto rischio), anche ad altri contatti sociali/occasionali (anche definiti a rischio basso).

A seguito di ogni caso confermato, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica proseguiranno le attività di indagine epidemiologica tempestiva e puntuale.

- **Contatti stretti (sintomatici e asintomatici**): vengono posti in quarantena e sottoposti a test di biologia molecolare all'inizio della sorveglianza e successivamente ripetuto al termine del periodo di quarantena.
- **Contatti occasionali sintomatici**: vengono posti in quarantena e sottoposti a test di biologia molecolare all'inizio della sorveglianza.
- **Contatti occasionali asintomatici**: l'operatore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica valuta, sulla base del tipo di contatto se raccomandare l'automonitoraggio riprendendo la normale vita di comunità o predisporre la quarantena con eventuale esecuzione del test di biologia molecolare; per i casi posti in isolamento, sulla base della valutazione del rischio, dovrà essere effettuato il test di biologia molecolare la termine della quarantena.

3. SCREENING PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

Le attività di screening previste dalla DGR 344/2020 (e successive modifiche e integrazioni) saranno rimodulate, come di seguito specificato, in considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, riservandosi la possibilità di rimodularne l'offerta in relazione alle future evoluzioni dello stesso.

Il Piano, nella sua realizzazione, sarà attuato dai Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS e prevede, ove possibile, il supporto dell'Azienda Ospedale Università di Padova unitamente al Comitato regionale della Croce Rossa Italiana, attraverso il coordinamento della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto. L'Azienda Ospedale Università di Padova, allo scopo di supportare le Aziende ULSS nella realizzazione del Piano in oggetto, metterà a disposizione i medici tirocinanti e i tecnici di laboratorio del Dipartimento di Scienze Chirurgiche, Oncologiche e Gastroenterologiche.

La nuova strategia prevede l'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria e/o di importazione di casi dall'estero, e le conseguenti azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio.
Si raccomanda l'esecuzione dei test per la ricerca diretta del virus SARS-CoV-2 tramite tampone e/o test sierologici rapidi con finalità di screening nelle seguenti categorie:

A. pazienti che accedono al Pronto Soccorso, o agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19, nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati;
B. ospiti e operatori a diretto contatto con gli ospiti di strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti, con particolare attenzione nel caso di operatori che hanno transitato o soggiornato all'estero nei 14 giorni precedenti;

C. operatori sanitari impiegati presso le strutture del servizio sanitario regionale, con particolare attenzione nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato all'estero nei 14 giorni precedenti;
D. personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive;
E. ospiti ed operatori dei centri di accoglienza per migranti;
F. soggetti che fanno ingresso nel territorio della Regione del Veneto e che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato all'estero, rientranti nelle categorie di seguito elencate:
    a. operatori (es. badanti) che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti;
    b. tutti i lavoratori che si sono recati all'estero per trasferte di lavoro di durata fino a 120 ore (5 giorni), per i quali è prevista un'eccezione all'obbligo di quarantena ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rientro dall'estero;
    c. lavoratori stagionali del settore agricolo;
    d. persone che nei 14 giorni precedenti hanno soggiornato o transitato in Romania o Bulgaria e che fanno ingresso nel territorio regionale attraverso trasporto di linea terrestre;
G. gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, su valutazione dell'Azienda ULSS.

A. **Pazienti che accedono al Pronto Soccorso, o agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta, in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19, nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati.**

Tenendo conto delle disposizioni di cui alle *Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 – COVID-19* si raccomanda l'esecuzione del tampone rinofaringeo per i pazienti che accedono al Pronto Soccorso in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19 nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati (prot. n. 170839 del 28.04.2020).

Come già riportato nel presente documento, al fine di individuare tutti i possibili casi di COVID-19, in accordo con tale strategia e con le indicazioni ministeriali e regionali, tutti i casi sospetti per COVID-19 richiedono l'esecuzione del test diagnostico.

B. **Ospiti e operatori a diretto contatto con gli ospiti di strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti, con particolare attenzione nel caso di operatori che hanno transitato o soggiornato all'estero nei 14 giorni precedenti.**

In relazione alle disposizioni di cui alle *Linee di indirizzo per le Strutture residenziali extra-ospedaliere* trasmesse con nota prot. n. 207292 del 26.05.2020, si conferma l'opportunità di effettuare, prima dell'accoglimento definitivo di un nuovo ospite, un tampone rinofaringeo al momento dell'accesso e a distanza di 14 giorni, dopo un periodo di osservazione in un modulo di accoglienza temporanea.

Per la ripetizione dei test sugli operatori e gli ospiti residenti, si prevede l'esecuzione del **tampone rinofaringeo di screening ogni 30 giorni**, fermo restando la possibilità di incrementare tale frequenza in presenza di nuovi casi. Qualora si riscontrasse un caso positivo per SARS-CoV-2 non precedentemente noto all'interno della struttura, dopo aver effettuato un'accurata indagine epidemiologica per identificare rapidamente i focolai e garantire adeguate misure di contenimento, e dopo aver offerto il test ai residenti e agli operatori sanitari coinvolti, si può valutare l'opportunità di anticipare lo screening di tutti gli ospiti ed operatori, e di ripeterlo temporaneamente a cadenza inferiore.
Particolare attenzione va posta nel caso di operatori sanitari che prestano servizio presso strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti e che hanno transitato o soggiornato all'estero nei 14 giorni precedenti. **In questo caso è raccomandata l'effettuazione di un tampone rinofaringeo per la ricerca di SARS-CoV-2 all'arrivo e un secondo a distanza di 5-7 giorni e, comunque, prima della conclusione della quarantena quando prevista.**

C. **Operatori sanitari impiegati presso le strutture del servizio sanitario regionale, con particolare attenzione nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato all'estero nei 14 giorni precedenti.**

Si raccomanda di avviare un'attività di screening allargata a seguito del riscontro di un caso positivo di COVID-19 non precedentemente noto all'interno della struttura sanitaria o che ha frequentato un servizio o struttura ambulatoriale. In tale contesto si raccomanda di adottare una strategia di *contact tracing* che consideri tutti gli operatori potenzialmente venuti a contatto con il predetto caso in modo

da sottoporli a tampone rinofaringeo (inclusi tutti i contatti occasionali e indipendentemente dall'utilizzo di dispositivi di protezione o dispositivi medici). Tale indagine, a cura della Direzione Sanitaria con il supporto del servizio del Medico Competente o di altro servizio sulla base dell'organizzazione aziendale, potrà essere estesa a seconda delle necessità e sarà compito dei sopracitati servizi stabilire le tempistiche di eventuali test diagnostici aggiuntivi per il personale coinvolto.

Si prevede l'esecuzione del **tampone rinofaringeo di screening ogni 30 giorni** agli operatori sanitari delle Unità Operative coinvolte principalmente nell'assistenza di pazienti COVID-19 o nell'assistenza di pazienti con condizione di particolare fragilità, che possano predisporre a forme di malattia complicata quali: terapia intensiva, malattie infettive, geriatria, lungodegenza, USCA, MMG, PLS, medici delle commissioni invalidi (es. medici Inps, medici legali, medici di categoria, ecc.), o altri individuati dalla singola Azienda ULSS. Organizzando l'effettuazione dei test in modo asincrono all'interno delle strutture ospedaliere, si può garantire un continuo monitoraggio dell'eventuale circolazione virale.
Particolare attenzione va posta nel caso di operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato all'estero nei 14 giorni precedenti. **In questo caso è raccomandata l'effettuazione di un tampone rinofaringeo per la ricerca di SARS-CoV-2 all'arrivo e un secondo a distanza di 5-7 giorni e, comunque, prima della conclusione della quarantena quando prevista.**

D. Personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive.

Con particolare riferimento agli individui affetti da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive, in considerazione dell'oggettiva difficoltà del personale e del disabile al mantenimento di idonei dispositivi di protezione individuale e comunque di mascherine a protezione delle vie respiratorie, nel contesto delle attività assistenziali e tenuto conto della fragilità degli individui assistiti, si raccomanda l'esecuzione di un **tampone rinofaringeo di screening ogni 30 giorni per gli operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa.** La periodicità di tale test diagnostico può eventualmente variare a discrezione delle valutazioni dell'Azienda ULSS territorialmente competente.

E. Ospiti e operatori dei centri di accoglienza per migranti.

Alla luce del quadro epidemiologico nazionale ed internazionale che ha evidenziato la presenza di alcuni focolai all'interno dei centri di accoglienza, e in considerazione della maggior facilità di rapida trasmissione virale in questi contesti, in accordo con le raccomandazioni dei maggiori organismi internazionali (OMS, ECDC), appare necessario procedere ad aggiornare gli strumenti messi in atto per contrastare l'epidemia COVID-19 e per prevenire l'insorgenza di nuovi focolai sul territorio regionale.
Pertanto si raccomanda di sottoporre gli ospiti e operatori di tali strutture a test di screening con tampone rinofaringeo per la ricerca di SARS-CoV-2. L'eventuale ripetizione del test dovrà essere valutata dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica in funzione degli esiti del primo screening e della situazione epidemiologica locale. Si rafforza, altresì, la raccomandazione al rispetto di tutte le misure igienico-sanitarie per il contenimento del rischio di diffusione di SARS-CoV-2 (es. utilizzo corretto della mascherina a protezione delle vie aeree, igiene delle mani, igiene respiratoria, distanziamento

interpersonale, automonitoraggio delle condizioni cliniche, ecc.) prevedendo attività specifiche in considerazione della peculiarità di tale contesto.

F. Soggetti che fanno ingresso nel territorio della Regione del Veneto e che nei 14 giorni precedenti hanno transitato o soggiornato all'estero, rientranti nelle categorie di seguito elencate:

a. **operatori (es. badanti) che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti;**
b. **tutti i lavoratori che si sono recati all'estero per trasferte di lavoro di durata fino a 120 ore (5 giorni), per i quali è prevista un'eccezione all'obbligo di quarantena ai sensi della normativa nazionale vigente in materia di rientro dall'estero;**
c. **lavoratori stagionali del settore agricolo;**
d. **persone che nei 14 giorni precedenti hanno soggiornato o transitato in Romania o Bulgaria e che fanno ingresso nel territorio regionale attraverso trasporto di linea terrestre.**

Quando sopra specificato trova riscontro nel modificato scenario epidemiologico che evidenzia un'attuale contenuta circolazione virale nel territorio italiano ma, in considerazione delle riaperture dei confini nazionali, risulta necessario aggiornare gli strumenti messi in atto per prevenire l'insorgenza di nuovi focolai di importazione sul territorio regionale, correlati all'arrivo e al rientro in Italia di soggetti potenzialmente infetti. L'attuale scenario epidemiologico internazionale, in continua evoluzione, si caratterizza per l'eterogeneità dei dati di prevalenza e incidenza e delle azioni messe in atto per contrastare la diffusione di SARS-CoV-2 (es. lockdown, disponibilità e utilizzo dei test diagnostici, utilizzo delle mascherine, distanziamento interpersonale, ecc.).

Pertanto, è necessario porre particolare attenzione a quelle categorie di viaggiatori che fanno ingresso in Italia e per le quali non è previsto o risulta di più difficile attuazione il rispetto sia dell'obbligo di segnalazione al Dipartimento di Prevenzione, previsto dal DPCM 11 giugno 2020 ai fini dell'isolamento fiduciario e della sorveglianza, sia delle misure igienico-sanitarie e di distanziamento sociale volte al contrasto della diffusione virale, in considerazione delle specifiche condizioni lavorative, abitative e sociali (es. promiscuità abitativa, marginalità sociale, lavoratori stagionali, lavoratori impegnati in attività di assistenza di soggetti anziani e/o fragili, possibili barriere di accesso all'assistenza sanitaria, ecc.).

Tale approccio, da attuare sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione territorialmente competenti, necessita di una efficace collaborazione tra i diversi attori coinvolti che, a vario titolo, possono favorire l'applicazione delle presenti raccomandazioni. Un ruolo fondamentale in tale strategia è svolto dal Datore di Lavoro, che dovrà favorire e raccomandare il rispetto delle indicazioni fornite nazionali e regionali, anche in considerazione della tutela della salute degli altri dipendenti. In questo contesto risulta fondamentale il ruolo delle parti sociali, sia delle Associazioni datoriali che sindacali, che potranno rafforzare la consapevolezza e la collaborazione dei Datori di Lavoro e dei lavoratori, con particolare riferimento all'obbligo di isolamento fiduciario, di cui al DPCM 11 giugno 2020, prima del rientro al lavoro, secondo il principio che vede la tutela della salute pubblica realizzarsi anche nei luoghi di lavoro a tutela della salute del cittadino-lavoratore. I Servizi di Prevenzione e Sicurezza sul Lavoro potranno ricercare la predetta collaborazione anche nell'ambito delle attività del Comitato di coordinamento art. 7 DLgs 81/08, individuando peraltro i settori merceologici cui prioritariamente indirizzare attenzione (a titolo di esempio l'agricoltura e la manodopera stagionale proveniente da

Paesi ad incidenza elevata di rischio di contagio, la logistica e o altri settori a maggior rischio anche per la presenza contemporanea di più imprese), e raccordando la loro azione con quella dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica.

Si ritiene, infine, opportuno rafforzare le azioni di collaborazione tra i soggetti coinvolti al fine di promuovere il rispetto dell'obbligo di notifica, previsto dal DPCM 11 giugno 2020, ai Dipartimenti di Prevenzione territorialmente competenti.

Pertanto si raccomanda, **nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di rientro dall'estero**, di sottoporre a test di screening:

- **le categorie di cui ai punti a. e b. attraverso tampone rinofaringeo** per la ricerca di SARS-CoV-2 all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni e, comunque, prima della conclusione della quarantena quando prevista;
- **le categorie di cui ai punti c. e d. attraverso test sierologico rapido** all'arrivo e, in caso di positività, tampone rinofaringeo per la ricerca diretta di SARS-CoV-2.

In attesa di refertazione dei saggi diagnostici e di screening, si raccomanda comunque il rispetto delle disposizioni di quarantena quando previste, e di tutte le misure igienico-sanitarie per il contenimento del rischio di diffusione di SARS-CoV-2 (es. utilizzo corretto della mascherina a protezione delle vie aeree, igiene delle mani, igiene respiratoria, distanziamento interpersonale, automonitoraggio delle condizioni cliniche, ecc.).

G. Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico per la realtà locale, su valutazione dell'Azienda ULSS.

L'Azienda ULSS, in funzione della particolare situazione epidemiologica locale, anche in considerazione di eventuali focolai identificati in specifici gruppi di popolazione, potrà avviare ulteriori indagini, definendo la tipologia di test utilizzato e la relativa frequenza, comunicando l'estensione delle attività di screening alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto e provvedendo a garantire per tutti i test effettuati, in accordo con Azienda Zero, la registrazione sui sistemi informativi regionali anche del dato della specifica categoria target di popolazione individuata e sottoposta a screening.

4. SISTEMA DI ALLERTA PRECOCE (*EARLY WARNING*)

In previsione di una possibile ripresa della circolazione virale con l'arrivo della stagione autunnale, sarà attivato, al fianco dell'attività di screening, un sistema di **allerta precoce** (*early warning*) attraverso la ricerca e il monitoraggio della circolazione virale in campioni rappresentativi di ulteriori specifici gruppi di popolazione individuati come sentinella.

5. TEST SIEROLOGICI

I test sierologici per SARS-CoV-2 rappresentano "uno strumento importante per stimare la diffusione dell'infezione in una comunità", come ribadito anche nella Circolare Ministeriale prot. n. 16106 del 9.5.2020 "*COVID-19: test di screening e diagnostici*". Alla luce dell'evoluzione del panorama epidemiologico nazionale ed internazionale ed in considerazione della possibile insorgenza di focolai epidemici nel territorio regionale, si raccomanda l'utilizzo di tali test al fine di mantenere una stretta sorveglianza della circolazione virale nelle categorie di cui ai punti c. e d. precedentemente elencati.
Nel caso di un soggetto positivo al suddetto test, come anche ribadito dalla predetta Circolare Ministeriale, è indicata l'esecuzione di un test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 tramite tampone rinofaringeo, al fine di escludere l'evenienza di un'infezione in atto.
Le Aziende ULSS potranno valutare di avviare ulteriori indagini epidemiologiche, avvalendosi dei suddetti test, anche su specifiche popolazioni target sentinella, da loro individuate, con finalità di monitoraggio epidemiologico della circolazione virale sul loro territorio. Per tutti i test effettuati dovrà essere garantita la registrazione con specificato il target di popolazione.

6. TAMPONI IN POOL e RICERCA CARICA VIRALE

Al fine di ottimizzare l'efficienza dei test diagnostici con tampone, si suggerisce di valutare l'adozione della metodica del *pooling sample* per i campioni effettuati per screening.

Per poter effettuare valutazioni specifiche sull'infettività dei nuovi positivi, tutti i laboratori del Veneto abilitati all'effettuazione dei test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 dovranno, per ogni nuovo positivo, rilevare ed inviare Azienda ULSS 2 marca trevigiana (UOC Microbiologia, Ospedale di Treviso) i seguenti parametri: i target rilevati, i CT rilevati (cicli nel quale si registra la positività) e un inquadramento sintetico del paziente.

7. TEST DIAGNOSTICI RAPIDI

Sono stati sviluppati e sono in continua evoluzione, test diagnostici rapidi che identificano il virus in soggetti infetti, rilevando la presenza di proteine virali nelle secrezioni respiratorie (tamponi oro-faringei o saliva) attraverso il legame ad anticorpi specifici fissati su un supporto, che determinano la formazione di bande colorate o fluorescenti. Tali test possono fornire una risposta qualitativa in tempi rapidi (pochi minuti) e possono essere eseguiti sia nei laboratori (diminuendo la complessità e i tempi di lavorazione) sia direttamente al "point of care". Sono in corso valutazioni nazionali e regionali per definire con maggior precisione la loro performance e il loro potenziale utilizzo diagnostico. L'utilizzo di questi test, successivamente alle necessarie validazioni, potrà rappresentare un contributo importante nel controllo della trasmissione di SARS-CoV-2. Pertanto, in attesa di specifica validazione, potranno essere avviate valutazioni e studi ad hoc da parte delle Aziende Sanitarie con il coordinamento della microbiologia di Treviso.

8. SORVEGLIANZA ATTIVA e PASSIVA

Alla luce dell'attuale scenario epidemiologico, l'operatore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, al fine di perseguire un utilizzo più razionale delle risorse a disposizione, porrà i casi sospetti, confermati, i loro contatti così come i soggetti sottoposti a quarantena per i rientri dall'estero in sorveglianza passiva. A tal proposito

potrà essere utilmente impiegata l'applicazione (App) di automonitoraggio predisposta dalla Regione del Veneto per la sorveglianza.

L'operatore valuta, altresì, l'opportunità di porre in sorveglianza attiva i casi sospetti, confermati e i loro contatti appartenenti a categorie che, per contesto socio-culturale, potrebbero risultare meno complianti nell'attuazione della sorveglianza passiva nonché a tutti i soggetti a maggior rischio di complicanze (es. anziani, soggetti fragili, soli o non autosufficienti ecc.). Limitatamente a specifici contesti (es. centri di accoglienza), qualora le consuete forme di sorveglianza attiva non siano percorribili da un punto di vista organizzativo, tale attività potrà essere riformulata ad hoc, con l'eventuale assistenza di soggetti terzi portatori di interesse.

9. REGISTRAZIONE DEI DATI

Si ribadisce che per tutti i test effettuati deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato. A tale scopo, per tutti i dati relativi alle attività di screening delle categorie sopra elencate, oltre che per quelli relativi alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19, ciascuna Azienda ULSS provvede ad alimentare tempestivamente, relativamente ai propri dati, gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero per consentire la valutazione epidemiologica dell'epidemia da cui derivano le azioni di sanità pubblica conseguenti.

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

TABELLA 1 - PROSPETTO RIASSUNTIVO SCREENING - REGIONE del VENETO	
TARGET	**"FASE 3" (v. 02)**
OPERATORI SANITARI COINVOLTI PRINCIPALMENTE NELL'ASSISTENZA DI PAZIENTI COVID-19 O NELL'ASSISTENZA DI PAZIENTI FRAGILI O CON PARTICOLARI CONDIZIONI DI VULNERABILITÀ es. terapia intensiva, malattie infettive, geriatria, lungodegenza, USCA, MMG, PLS, medici delle commissioni invalidi (es. medici Inps, medici legali, medici di categoria, ecc.) o altri individuati dalla singola Azienda Sanitaria	**Tampone rinofaringeo ogni 30 gg**, con modalità asincrona Per gli operatori che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT) e che hanno transitato o soggiornato all'estero nei 14 giorni precedenti **tampone rinofaringeo all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni** *NB: Indagine epidemiologica "allargata" ed esecuzione tamponi in caso di riscontro di nuovo caso*
OSPITI E OPERATORI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI E/O NON AUTOSUFFICIENTI	**Tampone rinofaringeo ogni 30 gg** Per gli operatori sanitari che hanno transitato o soggiornato all'estero nei 14 giorni precedenti **tampone rinofaringeo all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni** *NB: Indagine epidemiologica ed esecuzione tamponi in caso di riscontro di caso non noto al momento dell'accesso*
OPERATORI DIRETTAMENTE COINVOLTI NELL'ASSISTENZA CONTINUATIVA DI PERSONE AFFETTE DA DISABILITÀ SENSORIALI, PSICHICHE E INTELLETTIVE	**Tampone rinofaringeo ogni 30 gg**
OSPITI ED OPERATORI DEI CENTRI DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI	**Tampone rinofaringeo,** *eventuali ripetizioni su valutazione del SISP in funzione degli esiti dello screening*
OPERATORI CHE PRESTANO ASSISTENZA DOMICILIARE CONTINUATIVA AD ANZIANI E SOGGETTI AFFETTI DA DISABILITÀ NON AUTOSUFFICIENTI (es. badanti)	**Tampone rinofaringeo all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
SOGGETTI RIENTRANTI DA TRASFERTA DI LAVORO ALL'ESTERO < 5gg (esonerati dall'obbligo di quarantena ai sensi delle normative vigenti)	**Tampone rinofaringeo all'arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
LAVORATORI STAGIONALI DEL SETTORE AGRICOLO CHE ARRIVANO DALL'ESTERO	**Test sierologico rapido**
SOGGETTI IN INGRESSO IN REGIONE DEL VENETO PER MEZZO DI TRASPORTO DI LINEA TERRESTRE da Bulgaria o Romania o da altri paesi successivamente individuati	**Test sierologico rapido all'arrivo**
ALTRI GRUPPI TARGET DI POPOLAZIONE CHE	**Gruppo target, tipologia di test e frequenza**, *su*

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

RIVESTONO UN PARTICOLARE INTERESSE EPIDEMIOLOGICO LOCALE	*valutazione dell'Azienda ULSS in considerazione della situazione epidemiologica locale*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 23/7/2020 | Protocollo n. 17377 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Documento "Emergenza Covid-19. Fase 3. Procedura regionale nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2)"

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il documento *"Emergenza Covid-19. Fase 3. Procedura regionale nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2)"*, sottoposto ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020 ed approvato telematicamente in data odierna.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Procedura regionale Nuovo Coronavirus

(SARS-CoV-2)

Rev. 04 del 23.07.2020

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PREMESSA **3**

1. DEFINIZIONI **5**

2. INDICAZIONI ALL'EFFETTUAZIONE DEI TEST PER SARS-COV-2 **8**

2.1 Test diagnostico su tampone nasofaringeo 8

2.2 Test sierologici di screening su sangue venoso e capillare 9

3. LABORATORI PER L'ESECUZIONE DEI TEST **9**

4. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DI CASI SOSPETTI E CONFERMATI DI COVID-19 **10**

4.1 Setting ospedaliero 11

4.2 Setting territoriale 12

5. CONTACT TRACING, GESTIONE DEI CONTATTI E SORVEGLIANZA ATTIVA **13**

5.1 Inchiesta epidemiologica e contact tracing 14

5.2 Esecuzione dei test di biologia molecolare nei contatti 14

5.3 Disposizioni di isolamento e/o quarantena e sorveglianza attiva 14

5.4 Modalità quarantena per i contatti stretti nel contesto dell'attività agonistica di squadra professionista 15

6. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI EXTRA-OSPEDALIERE **15**

7. FLUSSI DI NOTIFICA E SISTEMI INFORMATIVI **16**

7.1 Flusso informativo casi COVID-19 16

7.2 Flusso informativo decessi pazienti positivi COVID-19 17

8. ESENZIONE PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI **17**

9. FORMAZIONE DEL PERSONALE **18**

10. PROCEDURE DI SANIFICAZIONE **18**

11. GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI **21**

12. INDICAZIONI PER ATTIVITÀ FUNEBRE **23**

Allegato 1. Procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI **26**

Allegato 2. Protezione degli operatori dei servizi sanitari - FASE 3 **27**

Allegato 3. Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori **32**

Allegato 4. Scheda riassuntiva isolamento domiciliare fiduciario e quarantena **34**

Allegato 5. Indicazioni per la gestione dei soggetti in isolamento domiciliare e/o quarantena **36**

Allegato 6. Misure generali di igiene per la riduzione del rischio di contagio da SARS-CoV-2 **37**

Allegato 7. Disposizioni operative per il Distretto e i MMG/PLS/MCA **38**

Allegato 8. Flow chart accoglimento pazienti in Pronto Soccorso Emergenza COVID-19 **40**

Allegato 9. Flow-chart per la gestione telefonica (call center) **41**

Allegato 10. Flow-chart Triage MMG/PLS/MCA **42**

Allegato 11. Flow-chart per la gestione dei contatti asintomatici di caso **43**

Allegato 12. Elenco dei Laboratori di Microbiologia Autorizzati per l'esecuzione dei test **44**

PREMESSA

Il presente documento, redatto a cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e sottoposto all'approvazione del Comitato Tecnico-Scientifico della Regione del Veneto, fornisce le linee di indirizzo per la gestione della fase 3 dell'epidemia COVID-19, in cui si evidenzia una ridotta circolazione di SARS-CoV-2, con la finalità di contenere il rischio di trasmissione del virus e di ripresa di focolai epidemici, riducendo l'impatto della pandemia sui servizi socio-sanitari e assicurando il mantenimento dei servizi essenziali.

In considerazione dello scenario epidemiologico attuale e della sua prospettiva di evoluzione nel medio termine, che sarà costante oggetto di attento monitoraggio, la Regione del Veneto fonda la strategia di Sanità Pubblica per la fase 3 su un solido sistema di accertamento diagnostico dei casi sospetti e dei loro contatti, al fine di intercettare e gestire tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus. Viene rafforzata la rete dei laboratori per la diagnosi molecolare di SARS-CoV-2, intensificato il numero di test eseguiti sulla base dell'ampliamento delle indicazioni all'effettuazione del test e perfezionate le piattaforme informatiche di supporto ai flussi informativi per l'emergenza in corso, ottenendo uno stretto monitoraggio dell'andamento della trasmissione del virus sul territorio regionale.

Il presente documento definisce le nuove indicazioni operative regionali per la presa in carico dei casi sospetti, probabili e confermati di infezione da SARS-CoV-2, nonché per l'identificazione dei contatti. Si forniscono le modalità di gestione del paziente sintomatico, che può avere il primo contatto con le strutture del Servizio Sanitario Regionale tramite il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta, il Medico di Continuità Assistenziale, il Pronto Soccorso ospedaliero o il SUEMM 118. Sono, inoltre, riportate le raccomandazioni in caso di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena per tutti i contatti, al fine di interrompere tutte le possibili catene di trasmissione virale, in accordo con quanto previsto dal Piano di Sanità Pubblica regionale[1], e le modalità del flusso di notifica per la segnalazione dei casi e dei decessi di COVID-19.

La "*Procedura regionale Nuovo Coronavirus - fase 3"* si integra alle linee di indirizzo e alle indicazioni contenute, in particolare, nei documenti di seguito elencati, e successive modifiche ed integrazioni:

- **Gestione dell'operatore sanitario contatto di caso confermato di COVID-19, senza i DPI raccomandati:** *"Istruzioni operative per la sorveglianza del personale del Sistema Sanitario Regionale" rev. 02 del 22.04.2020, trasmesso con nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020 e aggiornato, per lo screening periodico del personale sanitario, dalla nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020;*
- **Indicazioni per la riapertura in sicurezza delle attività sanitarie:** *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2" trasmesso con nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020*;
- **Percorso di diagnosi e cura del bambino e adolescente COVID-19 in ambito ospedaliero:** *"Gestione ospedaliera del bambino con sospetta o accertata infezione da SARS-CoV-2" versione 01 del 28.03.2020;*
- **Indicazioni per la riapertura in sicurezza delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere: "***Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale - Fase 3", di cui all'Allegato A all'OPGR n. 61 del 22.06.2020 e nota regionale integrativa prot. n. 255090 del 29.06.2020;*
- **Attività di screening per SARS-CoV-2 previste dal Piano di Sanità Pubblica:** *DGR n. 344 del 17.03.2020 "Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica" e successivo aggiornamento trasmesso con nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020;*
- **Misure di contenimento e screening rivolte ai soggetti che rientrano dall'estero:** *OPGR n. 64 del 6.07.2020 "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni" e note regionali integrative prot. n. 255145 del 29.06.2020 "Esecuzione del tampone di ricerca SARS-CoV-2 nel personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili, di ritorno dall'estero" e prot. n. 289671 del 21.07.2020 "Esecuzione test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 con finalità di screening nel personale sanitario di rientro dall'estero".*

[1] *DGR 344 del 17.3.2020 - "Epidemia COVID-19 Interventi urgenti di Sanità Pubblica" e successivo aggiornamento con Nota regionale prot. 247521 del 23.6.2020 "Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici".*

Il presente documento costituisce una versione ad interim, che fornisce linee di indirizzo valide per la gestione dell'attuale scenario epidemiologico e andrà rivalutata nel tempo in considerazione delle eventuali nuove indicazioni di carattere scientifico, delle raccomandazioni nazionali ed internazionali e in funzione dell'evoluzione dell'epidemia. Cambiamenti significativi della situazione epidemiologica o di altre variabili di contesto comporteranno l'aggiornamento del documento.

1. DEFINIZIONI

1.1 Glossario COVID-19

Epidemia[2]
Aumento, di solito improvviso, nel numero di casi di una specifica malattia superiore a quanto atteso per la popolazione specifica di quell'area geografica.

Focolaio (outbreak) [1]
Riprende la stessa definizione di epidemia ma in genere riferito ad un'area geografica più limitata.

SARS-CoV-2
Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 indica il virus responsabile della malattia.

COVID-19
Coronavirus Disease – 2019, indica la malattia provocata dal virus SARS-CoV-2.

Droplet [1]
Goccioline di aerosol eliminate con respiro, starnuto, tosse o con il parlato e che raggiungono una breve distanza da chi le ha prodotte, in ragione della forza di gravità (in genere meno di 1 metro).

Cluster [1]
Aggregazione di casi raggruppati in un luogo e in un arco temporale, in numerosità superiore a quanto atteso, anche se il reale numero può non essere noto.

Contumacia [3]
Per contumacia si intende l'obbligo di permanere in un determinato luogo, ospedale o proprio domicilio per un dato periodo prescritto, osservando le prescrizioni igienico-sanitarie imposte dall'Autorità Sanitaria competente per il territorio.

Quarantena [4]
La quarantena è un insieme di restrizioni e rientra tra i provvedimenti definiti in passato come "misure contumaciali", applicate a **soggetti sani** presumibilmente venuti a contatto con soggetti infetti, volte a prevenire la diffusione di una malattia infettiva nella comunità.

Isolamento [4]
L'isolamento è la separazione per il periodo di contagiosità di **soggetti infetti**, in luoghi o condizioni tali da prevenire o limitare il rischio di trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettante dai soggetti infetti a quanti sono potenzialmente suscettibili. Nel contesto del presente documento, si intende il periodo in cui al soggetto viene raccomandato di restare presso il proprio domicilio (**isolamento domiciliare fiduciario**) seguendo tutte le raccomandazioni riportate in Allegato 5.

Sorveglianza attiva
La sorveglianza attiva, durante il periodo di isolamento domiciliare fiduciario o di quarantena, prevede che la persona sorvegliata venga contattata quotidianamente per avere notizie sulle sue condizioni cliniche di salute. Il soggetto è informato di provvedere all'autocontrollo domiciliare della temperatura corporea due volte al giorno e di prestare attenzione all'eventuale comparsa di sintomi (anche lievi).

---

[2] *Centers for Disease Control and Prevention – "Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition - An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics" - Page last reviewed: May 18, 2012.*
[3] *Ministero della Salute, Quesiti scientifici relativi all'infezione da Coronavirus SARS-CoV-2, Documento 26 febbraio 2020.*

1.2 Definizioni di caso

La definizione di caso si basa sulle informazioni attualmente disponibili e può essere modificata in base all'evoluzione delle conoscenze scientifiche.

Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico [4]

1. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse, difficoltà respiratoria) **e** senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica **e** storia di viaggi o residenza in aree in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.
2. Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta **e** che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.
3. Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) **e** che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) **e** senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.

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

Si raccomanda di considerare, nell'ambito della valutazione clinica, anche sintomi non esclusivamente respiratori potenzialmente correlati a COVID-19, in relazione alle attuali conoscenze scientifiche disponibili (es. anosmia, ageusia, sintomi gastrointestinali soprattutto in età pediatrica, eruzioni cutanee e congiuntiviti). [5]

Per l'età **pediatrica** la definizione di caso sospetto si attribuisce ad ogni bambino/adolescente con: febbre (TC >37,5 C ascellare) **e/o** sintomi respiratori (rinite, tosse e dispnea) **e/o** sintomi gastrointestinali (vomito, diarrea) **e/o** rash cutaneo o congiuntivite, **e** senza un'eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica, **con o senza** contatto stretto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti.

Caso probabile

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

Caso confermato

Un caso, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici, con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il Laboratorio di Riferimento Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dai Laboratori di Riferimento Regionali e dai Laboratori autorizzati dalla Regione nel rispetto dei criteri ministeriali.

1.3 Definizione di contatto

Un contatto di un caso COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso. Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

1.3.1 Definizione di contatto stretto

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

- persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19;

[4] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7922 del 9.03.2020 "COVID-2019. Aggiornamento della definizione di caso".*
[5] https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/clinical.

- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

Gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.
Le attività di ricerca e gestione dei contatti possono essere di difficile esecuzione quando la trasmissione del virus è sostenuta, ma dovrebbero essere effettuate quanto più possibile, concentrandosi su:

- contatti familiari;
- operatori sanitari;
- comunità chiuse ad alto rischio (dormitori, strutture per lungodegenti, RSA, ecc.);
- gruppi di popolazione vulnerabile.

1.4 Definizione di contact tracing (rintraccio dei contatti) [6]

Per contact tracing ci si riferisce all'attività di ricerca e di rintraccio di tutti i possibili contatti con un caso confermato di COVID-19. Tale attività, garantita dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, è una delle misure essenziali di sanità pubblica finalizzate a contrastare la diffusione di SARS-CoV-2. Il contact tracing deve essere svolto in stretta sinergia con la ricerca attiva dei casi sospetti e l'esecuzione del test di conferma diagnostica. L'applicazione rigorosa e tempestiva del contact tracing durante il periodo caratterizzato dalla presenza di casi sporadici assume un ruolo ancor più rilevante.

1.5 Definizione di paziente guarito da COVID-19 e di paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2 [7]

1.5.1 Paziente che dopo essere stato sintomatico può essere considerato guarito da COVID-19

Il paziente **clinicamente guarito** da COVID-19 è colui che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche (febbre, rinite, tosse, mal di gola, eventualmente dispnea e, nei casi più gravi, polmonite con insufficienza respiratoria) associate all'infezione virologicamente documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata. Il soggetto clinicamente guarito può risultare ancora positivo al test per la ricerca di SARS-CoV-2.
Il paziente **guarito** da COVID-19 è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione e risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2.

1.5.2 Paziente con clearance (eliminazione) del virus SARS-CoV-2

La definizione di "clearance" del virus indica la scomparsa di RNA del SARS-CoV-2 rilevabile nei fluidi corporei, sia in persone che hanno avuto segni e sintomi di malattia, sia in persone in fase asintomatica senza segni di malattia. Tale eliminazione solitamente si accompagna alla comparsa di anticorpi specifici di tipo IgG per il virus SARS-CoV-2 prodotti dall'organismo. Per il soggetto asintomatico, si ritiene opportuno suggerire di ripetere il test per documentare la negativizzazione non prima di 14 giorni (durata raccomandata del periodo di isolamento/quarantena) dal riscontro della positività. La definizione di scomparsa dell'RNA virale è attualmente data dall'esecuzione di due test molecolari,

[6] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 18584 del 29.05.2020.*
[7] *Parere del Gruppo di lavoro permanente del Consiglio Superiore di Sanità espresso in data 28 febbraio 2020, a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti (Circolare del Ministero della Salute prot. n. 6607 del 29.02.2020).*

effettuati normalmente a distanza di 24 ore, aventi entrambi esito negativo. La negatività del test deve accompagnarsi alla scomparsa dei sintomi della malattia eventualmente presenti.

Si ritiene ad oggi che due test molecolari consecutivi per il SARS-CoV-2, con esito negativo, accompagnati nei pazienti sintomatici dalla scomparsa di segni e sintomi di malattia, siano indicativi di "clearance" virale dall'organismo. L'eventuale comparsa di anticorpi specifici rinforza la nozione di eliminazione del virus e di guarigione clinica e virologica.

Non è raccomandato effettuare ulteriori test se non in caso di ricomparsa di quadro clinico sospetto. Il soggetto con tampone persistentemente positivo (almeno dopo 30 giorni di positività), in assenza di sintomatologia clinica dovrebbe eseguire coltura virale per escludere l'infettività.

2. INDICAZIONI ALL'EFFETTUAZIONE DEI TEST PER SARS-COV-2

2.1 Test diagnostico su tampone nasofaringeo

L'esecuzione del test diagnostico di biologica molecolare è raccomandata per:

- tutti i casi clinici sintomatici o paucisintomatici sospetti per COVID-19[8];
- tutti i contatti stretti di un caso confermato di COVID-19 (es. conviventi);
- tutti i contatti, anche non stretti, comunque individuati come a rischio durante l'inchiesta epidemiologica, anche se asintomatici;
- tutti i contatti posti in quarantena, prima del termine della stessa;
- soggetti paucisintomatici o asintomatici che possono essere potenzialmente collegati ad un cluster[9], su valutazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica per ricostruire le catene di contagio.

Tali indicazioni vanno integrate con le indicazioni all'effettuazione del tampone rinofaringeo per le attività di screening (es. operatori sanitari, ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere, ricoveri ospedalieri, ingressi in Italia dall'estero, ecc.), di cui ai documenti elencati in premessa.

Vanno inoltre sottoposti a tampone tutti i **pazienti ospedalizzati** in accordo con quanto previsto dalle *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2"*[10] (nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020); si precisa che i tamponi eseguiti in previsione di un ricovero programmato sono da considerarsi validi se effettuati nelle 48 ore precedenti il ricovero. Inoltre, l'accesso ai servizi durante il ricovero non richiede esecuzione di ulteriore test diagnostico per SARS-CoV-2. Per l'età pediatrica la procedura di ricovero deve prevedere l'esecuzione di tampone nasofaringeo anche al caregiver, possibilmente riducendo il numero di persone che si alternano nell'assistenza al bambino.

Per garantire l'efficacia nella strategia di ricerca dei casi e dei contatti, l'esecuzione, il processamento e la comunicazione dei risultati dei test devono essere tempestivi.

Le indicazioni del Ministero della Salute sono, in caso di necessità, di applicare i seguenti criteri di priorità:

- pazienti ospedalizzati con infezione acuta respiratoria grave (SARI);
- tutti i casi di infezione respiratoria acuta ospedalizzati o ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e nelle altre strutture di lunga degenza, in considerazione del fatto che ivi risiedono i soggetti esposti al maggior rischio di sviluppare quadri gravi o fatali di COVID-19;
- operatori sanitari esposti a maggior rischio, operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici o paucisintomatici, operatori, anche asintomatici, delle RSA e altre strutture residenziali per anziani;

[8] *Ministero della Salute attraverso la Circolare prot. n. 11715 del 3.04.2020.*
[9] *Piano di Sanità Pubblica approvato con DGR n. 344/2020 Regione del Veneto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di Sanità Pubblica".*
[10] *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2" (nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020)*

- persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili, come persone anziane con comorbidità (quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione) con segni di malattia acuta respiratoria, che possono richiedere ospedalizzazione e cure ad alta intensità per COVID-19; ivi incluse le persone vulnerabili, quali le persone che risiedono in residenze per anziani;
- primi individui sintomatici all'interno di comunità chiuse per identificare rapidamente i focolai e garantire misure di contenimento. Se la capacità di esecuzione dei test è limitata, tutti gli altri individui che presentano sintomi possono essere considerati casi probabili e isolati senza test supplementari.

2.2 Test sierologici di screening su sangue venoso e capillare

Nell'attuale fase dell'emergenza COVID-19, assume particolare rilevanza la tematica dei test diagnostici di tipo sierologico, che possono essere utilizzati per la rilevazione di eventuali anticorpi diretti contro SARS-CoV-2. I test sierologici sono utili nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale in quanto:

- sono uno strumento importante per stimare la diffusione dell'infezione in una comunità;
- la sierologia può evidenziare l'avvenuta esposizione al virus;
- i metodi sierologici possono essere utili per l'identificazione dell'infezione da SARS-CoV2 in individui asintomatici o con sintomatologia lieve o moderata che si presentino tardi alla osservazione clinica.

Le attuali conoscenze scientifiche relative ai test sierologici per il COVID-19 sono però lacunose relativamente alla capacità di fornire informazioni riguardo la presenza di anticorpi neutralizzanti e la loro persistenza a lungo termine.
L'OMS evidenzia che sono necessarie ulteriori evidenze sulla performance e utilità operativa dei test sierologici e, secondo il parere espresso dal Comitato Tecnico Scientifico, **non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei**.[11]

3. LABORATORI PER L'ESECUZIONE DEI TEST

I test microbiologici per la ricerca diretta di SARS-CoV-2 sono effettuati presso i laboratori di Microbiologia autorizzati dalla Regione del Veneto e riportati in Allegato 12. Le Aziende Ulss, ove lo ritengano necessario al fine di garantire un'analisi tempestiva dei test molecolari effettuati, possono avvalersi di laboratori di Analisi privati accreditati ed autorizzati, sulla base delle indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute n. 9774 del 20 marzo 2020, secondo apposita Flow-Chart regionale[12].

Il referto, sia esso positivo o negativo, dovrà essere caricato dal Laboratorio sui sistemi informativi aziendali/regionali preposti ai quali accederanno le strutture sanitarie abilitate. È importante assicurarsi che anche il referto negativo venga comunicato il prima possibile al paziente, indipendentemente da dove quest'ultimo si trovi, per limitare il carico di ansia associato.

Il **Laboratorio di Riferimento Regionale (LRR)** svolge funzione di coordinamento per i laboratori aggiuntivi identificati dalla Regione per effettuare la diagnosi SARS-CoV-2, fornendo il supporto e le indicazioni necessarie. Per ogni quesito specialistico o nel caso di test dubbi i laboratori potranno aprire un confronto con il LRR.

Secondo quanto definito dalla Circolare del Ministero della Salute n. 11715 del 3 aprile 2020:

- quale criterio per la valutazione delle capacità diagnostiche per infezione da COVID-19 dei nuovi Laboratori arruolati dalla Regione, si ritiene sufficiente un riscontro dei risultati di diagnosi riguardanti i loro primi 5 campioni positivi e 10 campioni negativi con quanto rilevato presso il LRR;

[11] *Ministero della salute attraverso la Circolare prot. n. 16106 del 09.05.2020.*
[12] *COVID-19 – procedura di "autorizzazione" dei laboratori privati accreditati e delle case di cura accreditate per analisi dei test molecolari per la ricerca del virus sars-cov-2, Regione del Veneto, Rev. 13 maggio 2020.*

- in aree con diffusa trasmissione di COVID-19, è considerata sufficiente quale diagnosi di laboratorio la positività al test RT-PCR rilevata su un singolo gene target di SARS-CoV-2 dal Laboratorio di Riferimento Regionale e dai laboratori aggiuntivi individuati dalla Regione;
- viene richiesto il solo invio di un numero rappresentativo di campioni clinici al Laboratorio di Riferimento Nazionale in ISS, previo accordo, al fine di monitorare l'epidemiologia molecolare di SARS-CoV-2;
- tutti i campioni risultati positivi SARS-CoV-2 in pazienti deceduti devono essere conservati congelati a -80°C presso la struttura che effettua il prelievo e/o la diagnosi di laboratorio e inviati successivamente al Laboratorio di Riferimento Nazionale in ISS su espressa richiesta;
- si ribadisce, inoltre, che nei laboratori autorizzati per le analisi dei tamponi, la presentazione di campioni afferenti a personale sanitario dovrà ottenere priorità assoluta e la comunicazione del risultato dovrà avvenire in un arco di tempo massimo di 36 ore.

TAMPONI IN POOL E RICERCA CARICA VIRALE

Come indicato nel documento "EMERGENZA COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici (DGR 344/2020 e successive modifiche ed integrazioni)", trasmesso con nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020, al fine di ottimizzare l'efficienza dei test diagnostici con tampone, si suggerisce di valutare l'adozione della metodica del *pooling sample* per i campioni effettuati per lo screening.
Per poter effettuare valutazioni specifiche sull'infettività dei nuovi positivi, tutti i laboratori del Veneto abilitati all'effettuazione dei test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 dovranno, per ogni nuovo positivo, rilevare ed inviare all'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana (UOC Microbiologia, Ospedale di Treviso) i seguenti parametri: i target rilevati, i CT rilevati (cicli nel quale si registra la positività) e un inquadramento sintetico del paziente.

Per tutti i test effettuati deve, inoltre, essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato.

In questa fase epidemiologica caratterizzata da bassa prevalenza, i test positivi al tampone con CT>30 dovrebbero essere considerati dubbi e ripetuti per migliorare il valore predittivo positivo che è in funzione della prevalenza e dei falsi positivi. Allo stesso modo, per i soggetti asintomatici, in caso di tampone positivo si raccomanda di ripetere il test: in caso di test ripetuto positivo si conferma l'esito; in caso di test negativo si ripete un ulteriore test che se positivo confermerà il primo esito.

4. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DI CASI SOSPETTI E CONFERMATI DI COVID-19

Poiché la manifestazione dell'infezione da COVID-19 è talvolta subdola, comprendendo un ampio spettro di segni/sintomi e quadri clinici, che vanno dal paziente completamente asintomatico o con sintomi lievi, al paziente con sintomatologia respiratoria critica con distress respiratorio, ipossiemia severa, shock, disfunzione multiorgano e morte, è di importanza assoluta l'identificazione ed intercettazione dei soggetti in grado di veicolare l'infezione, per evitare che entrino in contatto con quelli a rischio di contrarla, ivi compresi gli operatori sanitari. Tutti gli operatori sanitari operanti nel percorso diagnostico-terapeutico di un caso sospetto o confermato di COVID-19 devono essere muniti degli idonei DPI (Allegato 2). Si richiama l'attenzione sulla necessità di assicurare la formazione del personale sanitario sulle corrette metodologie per indossare e rimuovere i DPI (Allegato 1).

4.1 Setting ospedaliero [13]

4.1.1 Gestione del caso sospetto (presentazione spontanea al Pronto Soccorso o chiamata al SUEM 118)

All'interno dei Pronto Soccorso devono essere mantenuti distinti e funzionalmente separati i percorsi di gestione e cura dei pazienti con e senza sintomi sospetti per COVID-19 (percorso pulito e percorso sporco). Gli utenti e gli eventuali accompagnatori autorizzati devono essere dotati di mascherina chirurgica e deve essere favorita e raccomandata la frequente igienizzazione delle mani. Nelle aree comuni del PS deve essere rispettato il distanziamento sociale di

[13] *nota regionale prot. 170839 del 28.04.20 "Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2 - COVID-19".*

almeno un metro e osservate tutte le misure igienico-comportamentali.

Tutti gli utenti che accedono al PS, come riportato nel diagramma di flusso (Allegato 8), devono transitare in un'area di pre-accettazione esterna alla struttura dove vengono identificati attraverso pre-triage i casi sospetti per COVID-19 che verranno avviati alla valutazione all'interno al **percorso compatibile COVID-19**.

Il caso sospetto dovrà essere sottoposto a tampone naso-faringeo e sostare in spazi del PS dedicati e almeno funzionalmente separati, secondo un percorso distinto da quello per gli utenti ordinari fino all'arrivo del referto del tampone, stratificando il rischio del paziente al fine di individuare precocemente gli utenti con alto rischio di sviluppare nel breve periodo un quadro clinico di insufficienza respiratoria acuta:

- nel caso in cui non sia necessario trattenere il paziente in osservazione, lo stesso potrà essere dimesso a domicilio con disposizione di rimanere in isolamento fino a esito del tampone e con indicazione a contattare telefonicamente il proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta per la successiva presa in carico con eventuale supporto delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale;
- in caso di emergenza/urgenza che non consente di attendere il referto, la persona va trattata come infetta da COVID-19 e gestita con tutte le precauzioni del caso.

In tutti i casi non sospetti per COVID-19, individuati tramite pre-triage, è invece previsto l'avvio al **percorso standard**. Rimane di fondamentale importanza mantenere un elevato indice di sensibilizzazione da parte del personale sanitario sul riconoscimento e l'intercettazione dei sintomi sospetti per COVID-19, oltre che garantire un elevato standard delle norme di Prevenzione e Controllo delle Infezioni (PCI).

Analogo approccio per i casi sospetti che contattano telefonicamente la Centrale Operativa SUEM 118:

- in caso di sintomatologia lieve che non richiede il ricovero ospedaliero la Centrale Operativa SUEM 118 reindirizza il paziente al proprio Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta per la successiva presa in carico.
- in caso di sintomatologia grave che richiede il ricovero ospedaliero il pre-triage va effettuato al momento della chiamata ed eventualmente sul luogo del soccorso. All'arrivo in pronto soccorso si adotterà la procedura descritta al capitolo 4.1.1.

4.1.2 Gestione ospedaliera del caso confermato

Ogni Azienda/struttura sanitaria dovrà dotarsi, secondo propri modelli organizzativi, di aree di degenza COVID-19, per le quali dovranno essere rispettate le seguenti indicazioni:

- l'accesso all'area di degenza dovrà essere strettamente riservato alle sole persone cui sono dedicate;
- i pazienti degenti in questa area non potranno ricevere visite e dovranno sottostare ad isolamento e alle relative misure;
- dovranno essere limitate al minimo le consulenze in presenza e, per quanto possibile, si dovranno utilizzare le risorse della telemedicina;
- la pulizia e la sanificazione degli ambienti dovranno avvenire applicando rigidamente le norme previste.

In alternativa, i casi confermati di COVID-19 che richiedono ospedalizzazione vanno collocati, ove possibile, in stanze d'isolamento singole a pressione negativa, con bagno dedicato e, possibilmente, anticamera. Qualora ciò non sia realizzabile, il caso confermato deve comunque essere ospedalizzato in una stanza singola con bagno dedicato e trasferito quanto prima in una struttura con idonei livelli di sicurezza. Si raccomanda che tutte le procedure che possono generare aerosol siano effettuate in una stanza d'isolamento con pressione negativa. Nel caso in cui quanto descritto non trovasse possibilità di applicazione si procederà all'isolamento per coorte.

4.1.3 Dimissione dall'ospedale

Qualora fossero dimessi casi confermati di COVID-19 senza la prova di avvenuta negativizzazione, questi devono rimanere in isolamento domiciliare fiduciario dal giorno della dimissione per almeno 7 giorni e comunque non meno di

14 giorni dalla data di esecuzione del primo tampone positivo. Si rimanda all'Allegato 4 per la gestione dell'isolamento domiciliare fiduciario. Per tutti i soggetti dimessi dall'Ospedale con diagnosi di COVID-19, la U.O. dimettente provvede a notificare al SISP la dimissione per il seguito di competenza. Le Aziende ULSS definiscono specifici percorsi per la presa in carico domiciliare in stretta collaborazione tra MMG/PLS e USCA, con il coordinamento della COT.

4.2 Setting territoriale

In via transitoria, al fine di evitare le occasioni di contatto, l'accesso degli utenti allo studio medico deve preferibilmente avvenire su appuntamento, previo contatto telefonico con il MMG/PLS/MCA (qui di seguito il Medico). Pertanto, la presentazione spontanea di utenti con sintomi sospetti per COVID-19 presso lo studio medico deve costituire un'eccezione.

4.2.1 Gestione del caso sospetto (presentazione spontanea all'ambulatorio o contatto telefonico)

Se il caso sospetto si presenta in ambulatorio, dev'essere immediatamente dotato di mascherina chirurgica e isolato, se possibile, in un locale separato dagli altri pazienti. Il personale sanitario che entra in contatto stretto con il paziente deve utilizzare gli opportuni DPI e dispositivi medici (Allegato 2).

In caso di sintomatologia grave, il medico deve immediatamente contattare il SUEM 118.
In caso di sintomatologia lieve:

- il **Medico di Medicina Generale**, dopo valutazione:
  - invita il paziente a rimanere presso il proprio domicilio;
  - raccomanda di seguire le indicazioni igienico-comportamentali di cui all'Allegato 5;
  - dispone l'esecuzione del tampone;
  - rilascia certificato di malattia;
  - notifica il caso sospetto al SISP e alla COT.

- il **Pediatra di Libera Scelta**, dopo valutazione:
  - invita il paziente a rimanere al proprio domicilio;
  - raccomanda di seguire le indicazioni igienico-comportamentali di cui all'Allegato 5;
  - dispone l'esecuzione del tampone, con priorità nell'effettuazione e refertazione dello stesso in caso di un bambino frequentante una collettività;
  - notifica il caso sospetto al SISP e alla COT;

Il SISP, ricevuta la notifica, valuta le opportune disposizioni di isolamento domiciliare e quarantena per il soggetto e per i contatti a rischio, in attesa di refertazione del tampone per SARS-CoV-2, e pone il paziente in sorveglianza attiva e automonitoraggio, in collaborazione con il MMG/PLS secondo organizzazione aziendale (Allegato 4) e secondo una procedura operativa fornita dal SISP territorialmente competente.

Il Medico di Medicina Generale, per la gestione del caso e l'esecuzione del tampone, potrà avvalersi delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (Allegato 7).

In caso di test diagnostico positivo il caso diventa confermato, in caso di test negativo il medico valuterà come proseguire l'iter diagnostico.

4.2.2 Gestione territoriale del caso confermato da parte del MMG e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) [14]

I **MMG** comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'USCA che opera per le valutazioni dei soggetti con sintomatologia, che devono essere considerati come casi sospetti di COVID-19 o che sono casi confermati di COVID-19.

[14] *"Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in RSA" del 1.04.2020.*

Al momento dell'attivazione il MMG fornirà al Medico dell'USCA tutte le necessarie informazioni cliniche e anamnestiche del paziente.

Per la gestione domiciliare dei pazienti sospetti o affetti da COVID-19 è necessario che i **medici dell'USCA lavorino in stretta integrazione con i MMG** al fine di assicurare la necessaria continuità dell'assistenza. Pertanto, ciascuna Unità Operativa di Cure Primarie è tenuta ad individuare esattamente l'afferenza di ciascun MMG ad un'unica USCA, prevedendo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'USCA. L'attività domiciliare dei medici dell'USCA verrà effettuata preferibilmente con accesso congiunto con un infermiere del Servizio di Assistenza Domiciliare del Distretto o della Medicina di Gruppo Integrata qualora insista nel bacino di riferimento. L'accesso congiunto è da preferirsi in quanto permette il supporto e la supervisione per le manovre di vestizione/svestizione dei DPI e l'immediata esecuzione di eventuale attività infermieristica necessaria. Il medico dell'USCA potrà, prima di effettuare l'intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento. Spetterà al medico dell'USCA, adeguatamente formato, decidere, in base alle richieste ricevute e a quelle eventualmente rimaste inevase nei giorni precedenti, quali priorità assegnare all'attività. Durante la visita domiciliare è possibile utilizzare un dispositivo elettronico per effettuare una videochiamata con il MMG, qualora ritenuto necessario.

Il medico dell'USCA, in base al quadro clinico evidenziato ed in accordo con il MMG, potrà decidere se seguire il paziente a domicilio o attivare il ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche, con attivazione del 118.

Al termine di ogni visita domiciliare, il medico dell'USCA dovrà compilare apposita modulistica (meglio se informatizzata) con cui comunicare al MMG l'esito dell'intervento effettuato. Sulla base della valutazione, il medico provvederà a **notificare il caso al SISP, se non già notificato**; la notifica dovrà essere aggiornata al momento della conferma diagnostica (tampone nasofaringeo). Il MMG provvede a rilasciare eventuale certificazione di malattia e/o certificazione di isolamento sulla base della disposizione contumaciale rilasciata dal SISP. Non rientra fra i compiti del medico dell'USCA alcun atto certificativo, che deve rimanere in capo al MMG, opportunamente informato. Analoghe modalità organizzative dovranno essere implementate per i pazienti COVID-19 all'interno di RSA o strutture di ricovero intermedie.

4.2.3 Gestione territoriale del caso confermato da parte del PLS e delle U.O. di Pediatria

I **PLS**, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, secondo procedura operativa fornita dallo stesso SISP e sotto il coordinamento di quest'ultimo, seguiranno i casi sospetti e confermati asintomatici o paucisintomatici, eventualmente anche con mezzi di teleconsulto. Nel caso di peggioramento delle situazioni cliniche che necessitino di visita od esami di approfondimento, il bambino sarà inviato presso il reparto di Pediatria di riferimento.

5. CONTACT TRACING, GESTIONE DEI CONTATTI E SORVEGLIANZA ATTIVA

Il rintraccio (contact tracing) e la presa in carico di tutti i contatti di un caso probabile o confermato ha lo scopo di identificare precocemente possibili casi secondari e interrompere le catene di trasmissione virale. Tale obiettivo è realizzabile attraverso le seguenti azioni:

- pronta identificazione dei casi probabili e confermati;
- disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario di tutti i casi;
- disposizione di quarantena per tutti i contatti stretti e comunque tutti i contatti a rischio identificati dall'inchiesta epidemiologica;
- comunicazione delle norme di isolamento, delle raccomandazioni igienico-comportamentali e invito all'auto-monitoraggio per la comparsa di eventuali sintomi;
- sorveglianza attiva;
- utilizzo del test di conferma diagnostica.

Le operazioni di contact tracing, inchiesta epidemiologica, disposizioni contumaciali e sorveglianza attiva dei contatti sono affidate al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica in sinergia con gli altri servizi del Dipartimento di Prevenzione, anche avvalendosi della collaborazione di ulteriore personale reclutato in caso di necessità e in funzione dello scenario epidemiologico.

5.1 Inchiesta epidemiologica e *contact tracing* [15]

Il SISP effettua l'inchiesta epidemiologica raccogliendo informazioni sulla storia clinica e su tutti i possibili contatti valutando la tipologia di rischio per il tipo di contatto. L'intervista deve essere prioritariamente condotta a mezzo telefono. In caso di soggetti ricoverati, o comunque se l'intervista telefonica non è possibile, il personale del SISP può avvalersi della collaborazione dei familiari, del personale ospedaliero e/o del medico curante.

- Per identificare la **fonte del contagio**, durante l'intervista con il caso, devono essere raccolti dettagli sulle possibili esposizioni nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi (o della data della raccolta del campione se la persona è asintomatica);
- Per identificare, invece, i **contatti a cui il caso potrebbe avere trasmesso l'infezione**, è necessario considerare il periodo da 48 ore prima a 14 giorni dopo l'inizio dei sintomi nel caso (o, se la persona è asintomatica, da 48 ore prima a 14 giorni dopo la data della raccolta del campione), ricostruendo meticolosamente le sue attività e spostamenti e individuando gli individui esposti.

Il SISP identifica **tutti i possibili contatti stretti e comunque tutti i contatti considerati a rischio sulla base di quanto emerso dell'inchiesta epidemiologica**. Nella raccolta delle informazioni, si deve prestare attenzione all'appartenenza del contatto a uno dei gruppi a rischio di sviluppare forme gravi di COVID-19 e all'attività lavorativa svolta, quale assistenza ad anziani, a persone immunocompromesse e ad altre popolazioni vulnerabili. La ricerca dei contatti deve focalizzarsi sulle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

- In caso di soggetti afferenti ad altra Azienda ULSS le informazioni devono essere comunicate al SISP territorialmente competente.
- In caso di residenti/domiciliati fuori Regione, le informazioni devono essere comunicate dall'Autorità sanitaria regionale di identificazione del caso all'Autorità sanitaria della Regione o Provincia Autonoma di residenza/domicilio e al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria - Ufficio 5.
- In caso di residenti/domiciliati all'estero, le informazioni devono essere comunicate dall'Autorità sanitaria regionale di identificazione del caso al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria - Ufficio 5, che informerà lo Stato coinvolto, attraverso la piattaforma della Commissione Europea EWRS – "Early Warning Response System" o tramite la rete dei "National Focal Point" (NFP) previsti dal Regolamento Sanitario Internazionale (IHR 2005).

5.2 Esecuzione dei test di biologia molecolare nei contatti

A seguito dell'inchiesta epidemiologica effettuata per ogni caso sospetto o confermato di COVID-19, **tutti i conviventi, i contatti stretti, e comunque i contatti considerati a rischio** sulla base della valutazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, devono essere tempestivamente sottoposti ad esecuzione del test diagnostico di biologia molecolare al fine di un'identificazione precoce di possibili nuovi casi e per la ricostruzione della catena di contagio (Allegato 4). La priorità sarà rivolta nei confronti di soggetti sintomatici e dei contatti stretti a partire dai conviventi.

5.3 Disposizioni di isolamento e/o quarantena e sorveglianza attiva

Per le definizioni di isolamento e quarantena si rimanda al capitolo 1, paragrafo 1.1.
Il SISP fornisce indicazioni e informazioni chiare, anche in forma scritta, sulle misure precauzionali da attuare (Allegato 5). Il SISP, provvede alla disposizione di isolamento e/o quarantena e informa il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta (anche ai fini della certificazione INPS[16]), informando contestualmente anche la COT, ed

[15] *Rapporto ISS COVID-19 n.53/2020 v. del 25 giugno 2020 "Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19".*
[16] *Circolare INPS HERMES 25 febbraio 2020 0000716 del 25 febbraio 2020.*

accerta l'eventuale disponibilità del MMG/PLS ad effettuare la sorveglianza sanitaria del proprio assistito tramite triage telefonico, secondo procedura operativa fornita dallo stesso SISP e sotto il coordinamento di quest'ultimo. Le indicazioni sulla durata dell'isolamento e/o quarantena e sulla sorveglianza attiva sono riportate in Allegato 4. L'Azienda Ulss che adotta il provvedimento di collocazione in isolamento e/o quarantena, in relazione al numero dei conviventi nell'abitazione, può disporre l'effettuazione dell'isolamento e/o quarantena presso strutture alternative individuate dall'Azienda medesima in collaborazione con la Protezione Civile in conformità con le disposizioni regionali [17].

In caso di necessità di certificazione INPS per l'assenza da lavoro, il SISP procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al Medico di Medicina Generale, informando che per motivi di sanità pubblica il contatto è posto in isolamento e/o quarantena, specificando la data di inizio e di fine.

Per tutta la durata dell'isolamento e/o quarantena, il SISP mantiene la sorveglianza attiva per monitorare la condizioni cliniche del soggetto. Se non ne dispongono, il SISP fornisce ai contatti mascherine chirurgiche e termometro. Con il supporto della COT, dovranno essere attivate forme di supporto d'intesa tra servizi sociali delle amministrazioni comunali, associazioni di volontariato e SISP al fine di garantire, in caso di specifiche necessità, alcune funzioni di supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver ed eventuale supporto psicologico. Qualora le condizioni abitative non siano idonee al periodo di isolamento e/o quarantena, si raccomanda di proporre il trasferimento in strutture di tipo residenziale appositamente dedicate ed attivate.[18]

5.4 Modalità attuative della quarantena per i contatti stretti dei casi COVID-19 nel contesto dell'attività agonistica di squadra professionista

Come previsto dalla circolare del Ministero della Salute 21463 del 18/06/2020[19], l'operatore di sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente, nel caso in cui risulti positivo un giocatore, ne dispone l'isolamento ed applica la quarantena dei componenti del gruppo squadra che hanno avuto contatti stretti con un caso confermato. Il Dipartimento di prevenzione può prevedere che, alla luce del citato parere del 12 giugno 2020 n. 88 del Comitato tecnico scientifico nominato con ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 630 del 3 febbraio 2020, alla quarantena dei contatti stretti possa far seguito, per tutto il "gruppo squadra", l'esecuzione del test, con oneri a carico delle società sportive, per la ricerca dell'RNA virale, il giorno della gara programmata, successiva all'accertamento del caso confermato di soggetto Covid-19 positivo, in modo da ottenere i risultati dell'ultimo tampone entro 4 ore e consentire l'accesso allo stadio e la disputa della gara solo ai soggetti risultati negativi al test molecolare. Al termine della gara, i componenti del "gruppo squadra" devono riprendere il periodo di quarantena fino al termine previsto, sotto sorveglianza attiva quotidiana da parte dell'operatore di sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente, fermi gli obblighi sanciti dalla circolare di questa direzione generale del 29 maggio 2020.

6. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI EXTRA-OSPEDALIERE

Le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere dedicate ad anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale, presentano delle caratteristiche che richiedono una particolare attenzione nelle strategie di sanità pubblica finalizzate al contenimento della diffusione di SARS-CoV-2 in tali contesti di vita. La popolazione ospite delle suddette strutture è costituita da persone più vulnerabili rispetto alla popolazione generale a causa delle peggiori condizioni di salute e/o maggior esposizione a fattori di rischio ed è, quindi, da considerarsi potenzialmente a maggior rischio di infezione da SARS-CoV-2.

All'interno dei luoghi chiusi il virus può essere introdotto e circolare tramite il personale lavorativo, i nuovi ingressi o i familiari in visita. Pertanto, è essenziale prevedere delle procedure specifiche per l'accesso di nuovi ospiti e delle

[17] *Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n.64 del 6 luglio 2020.*
[18] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7865 del 25.03.2020.*
[19] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 21463 del 18.06.2020.*

persone esterne nonché per diagnosticare tempestivamente i casi sospetti al fine di identificare rapidamente eventuali focolai e garantire adeguate misure di contenimento[20].

Per le indicazioni in tali contesti si fa riferimento agli specifici documenti ed in particolare alle "L*inee di indirizzo - Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale*" [21] del 22 giugno 2020 e alle "*Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in Strutture Residenziali per Anziani*"[22] del 1 aprile 2020, tenendo conto di possibili successive modificazioni o aggiornamenti.

7. FLUSSI DI NOTIFICA E SISTEMI INFORMATIVI

Si ribadisce che, per tutti i casi con tampone positivo per SARS-CoV-2, ciascuna Azienda Sanitaria provvede ad **alimentare tempestivamente e con completezza gli applicativi regionali**. Tali dati vengono successivamente trasmessi dalla Regione, con cadenza giornaliera, all'Istituto Superiore di Sanità e da questo al Ministero. Sulla base dei dati registrati e sulla loro completezza vengono calcolati gli indicatori previsti nel Monitoraggio del Ministero della Salute in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità[23].

7.1 Flusso informativo casi COVID-19

Il Medico segnalatore provvede a notificare al SISP tutti i casi COVID-19 confermati o sospetti (in attesa di esecuzione o esito del tampone), in accordo con la procedura azienale. I casi devono essere segnalati al SISP inviando la Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori (Allegato 3). Per tutti i casi confermati dovranno essere aggiornati gli applicativi regionali:

- piattaforma **PiC-19**[24] per i soggetti ricoverati in ospedali per acuti ed in Ospedali di Comunità. Devono essere registrati anche informazioni relative al link epidemiologico con Strutture Residenziali per Anziani o strutture penitenziarie, in qualità di ospiti/detenuti o dipendenti di tali strutture. Nello stesso strumento devono essere registrati anche i decessi avvenuti in ospedale o a domicilio, sia per soggetti positivi che per soggetti negativizzati.
- **SIAVR-Covid** per le attività del SISP di inchiesta epidemiologica, di sorveglianza sanitaria ed isolamento dei soggetti assistiti a domicilio.

I data base si alimentano a partire dai flussi dei referti degli esami di laboratorio per ricerca diretta del virus tramite PCR su tamponi nasofaringei. In caso di positività i referenti aziendali delle suddette piattaforme provvedono ad integrare i campi relativamente a fattori di esposizione, ad eventuale ricovero e decesso. La Piattaforma PIC-19 è inoltre integrata con altri flussi regionali quali l'anagrafe dei dipendenti e convenzionati ed il flusso dei residenti in strutture residenziali per anziani, per automatizzare l'integrazione di tali fattori epidemiologici, e permettere l'identificazione precoce di cluster a carico di operatori sanitari e di ospiti di Case di riposo. Le due piattaforme regionali (PiC-19 e SIAVR-Covid) interagiscono tra loro tramite un flusso informatizzato strutturato dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, al fine di integrare le informazioni inserite relativamente alle indagini epidemiologiche svolte dai servizi territoriali competenti. Si precisano di seguito **i campi, compilati su PIC-19 o su SIAVR-Covid, che assumono particolare rilevanza ai sensi del monitoraggio ministeriale**: data inizio sintomi, stato clinico iniziale e relativa data, mutamenti di stato clinico (diarie per SIAVr-Covid) e relative date, presa in carico di ogni soggetto caricato in SIAVr-Covid tramite lo "Stato Sorveglianza" per identificarne l'approfondimento epidemiologico, "esposizione" per

[20] *Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 v. del 17 aprile 2020.*
[21] *Linee di indirizzo - Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale* del 22 giugno 2020, Regione del Veneto.
[22] *Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in Strutture Residenziali per Anziani* del 1 aprile 2020, Regione del Veneto.
[23] *Decreto del Ministro della Salute del 30.04.2020 - Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020; Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità - Sistema Indicatori di cui al D.M. 30 aprile 2020 Documento metodologico.*
[24] *Note regionali prot n. 111476 del 09.03.2020 e prot n. 127224 del 19.03.2020.*

identificare la provenienza del caso. Si sottolinea l'importanza di verificare la coerenza dei dati inseriti e delle date indicate (es. un soggetto con sintomi registrati e la compilazione puntuale della data di inizio sintomi).

Si ricorda che, come già comunicato, l'inserimento dei dati dai SIPS presso la piattaforma regionale PiC-19 ed in SIAVR-Covid ha sostituito l'invio alla Regione delle schede di sorveglianza dei casi positivi di COVID-19 (Schede per la Notifica di casi da Virus Respiratori Allegato 3). Inoltre, nella piattaforma SIMIWEB per la notifica di malattie infettive non vanno inserite le notifiche per COVID-19. Ai sensi del DM 1990, rimane invariato l'obbligo a carico del medico che effettua la diagnosi di segnalare al SISP territorialmente competente ogni caso sospetto o confermato di COVID-19 utilizzando la Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori (Allegato 3).

7.2 Flusso informativo decessi pazienti positivi COVID-19

Per tutti i soggetti COVID-19 deceduti, deve essere aggiornata tempestivamente la piattaforma regionale **PiC-19**[25]. Le singole Aziende definiscono i flussi con cui registrare tale informazione.

Per tutti i decessi di paziente deceduti con una diagnosi di COVID-19, indipendentemente dalla data di diagnosi o di negativizzazione[26], dovranno essere inviate ad ISS[27] attraverso il portale accessibile all'indirizzo https://w3.iss.it/site/covid19, tempestivamente e comunque non oltre le 48 ore dal decesso, le seguenti informazioni:

- nel caso di decesso avvenuto in ospedale, dovrà essere caricata la cartella clinica e la copia della relativa scheda di morte ISTAT[28] direttamente dalla Struttura Ospedaliera in cui è avvenuto il decesso.
- nel caso di decesso avvenuto sul territorio, è sufficiente il caricamento di copia della scheda di morte ISTAT[29] unita ai dati identificativi del paziente, che sarà caricata sul portale a cura del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di riferimento territoriale.

Ogni struttura ospedaliera e ogni Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dovrà provvedere al proprio accreditamento alla piattaforma ISS per il caricamento della documentazione all'indirizzo indicato. Per necessità è possibile contattare l'Istituto Superiore di Sanità via e-mail all'indirizzo *decessicovid-19@iss.it* o al n. 06.49903000.

8. ESENZIONE PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Come disposto dalla DGR n. 567 del 05 maggio 2020 "*Disposizioni relative alla prescrizione di tamponi per la determinazione del virus SARS-CoV-2 a seguito dell'attuale emergenza sanitaria*":

- la prescrizione del tampone può essere fatta su ricetta dematerializzata utilizzando il codice di prestazione già previsto nel Nomenclatore Tariffario Regionale (NTR) "91.12.1_0 VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (PREVIA RT-PCR) (Inclusa estrazione, amplificazione, rivelazione)", specificando nel campo quesito diagnostico "tampone per ricerca SARS-CoV-2";
- è estesa ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta la facoltà di immissione del dato relativo all'esenzione codice 5G1.

Si ribadisce che l'esenzione 5G1, per questa circostanza, non è solo richiedibile su prescrizione del Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, ma anche da parte di tutti gli Specialisti coinvolti nei percorsi clinici di supporto alle UU.OO. coinvolte nell'inquadramento diagnostico dei casi sospetti.

---

[25] *Nota regionale prot. n. 137157 del 30.3.2020.*
[26] *Tali indicazioni derivano dalle attuali raccomandazioni fornite dall'Istituto Superiore di Sanità.*
[27] *Nota regionale prot. n. 137957 del 30 marzo 2020 - Indicazioni sul flusso di trasmissione delle schede di notifica dei casi di virus respiratori, schede ISTAT, schede decessi, cartelle cliniche e aggiornamente piattaforma regionale Pic-19. Compiti assegnati all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dall'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 640 del 27/2/2020 e in base alle indicazioni emanate dal Ministero della Salute con Circolare prot. 5889 del 25 febbraio 2020 avente ad oggetto "Richiamo in ordine a indicazioni fornite con la circolare del 22.2.2020", la certificazione di decesso a causa di COVID-19 dovrà essere accompagnata da parere dell'ISS.*
[28] *Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020 "COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte".*
[29] *Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020 "COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte".*

Si raccomanda alle Direzioni Aziendali di comunicare semestralmente alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria le spese sostenute per questa esigenza di Sanità Pubblica (ad es: per acquisto DPI, per prestazioni specialistiche e ricoveri erogati a pazienti sintomatici non iscritti al SSN), al fine di successiva rendicontazione alla Protezione Civile.

9. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Per contenere il rischio di trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 è richiesta la definizione di misure adeguate ed omogenee in tutte le strutture socio-sanitarie regionali, tali da orientare i comportamenti di tutti i soggetti interessati nei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie, attraverso un'adeguata formazione continua di tutto il personale coinvolto (medici, infermieri, operatori sanitari, ecc.) in materia di prevenzione e controllo dell'infezione, cui potrà essere offerta la partecipazione alle numerose FAD prodotte dai diversi organismi istituzionali, reperibili anche al sito web di Azienda Zero al seguente link https://www.azero.veneto.it/-/emergenza-coronavirus, con modalità di fruizione e riconoscimento dell'impegno orario che ogni Azienda sanitaria stabilirà in proprio.

Il personale suddetto va, inoltre, responsabilizzato sulla necessità di osservare scrupolosamente le disposizioni in materia di contenimento del contagio previste dai provvedimenti in vigore. In ogni reparto/servizio va documentata la presa d'atto di ogni dipendente di queste disposizioni e verificata la sua effettiva comprensione dei comportamenti da adottare in caso di sintomatologia sospetta per COVID-19.

Pertanto, si raccomanda che ogni struttura predisponga momenti formativi interni per il personale, sia via FAD che in presenza, che includano le procedure regionali descritte nel presente documento, le procedure aziendali organizzative interne per la gestione di casi sospetti e confermati di COVID-19, il corretto uso dei DPI, comprese le fasi di vestizione e svestizione, ecc. (Allegato 1).

10. PROCEDURE DI SANIFICAZIONE

10.1 Sanificazione dei locali ospitanti pazienti sospetti o positivi per COVID-19 [30]

La contaminazione ambientale deve essere considerata una potenziale modalità di contagio indiretta: l'evidenza emersa da precedenti studi sui coronavirus mostra che questo particolare gruppo è più stabile nell'ambiente degli altri virus con envelope. La pulizia e l'utilizzo delle corrette misure di igiene degli ambienti costruiti rappresentano un punto cardine nella prevenzione della diffusione di SARS-CoV-2. La trasmissione di SARS-CoV-2 avviene principalmente con due modalità: attraverso particelle respiratorie (droplets, > 5 µm) e per contatto, diretto o indiretto. Sono state proposte anche altre vie di trasmissione, come la trasmissione aerea tramite aerosol (particelle < 5 µm) e una trasmissione legata alla eliminazione fecale, che tuttavia non sono state ancora del tutto chiarite. In generale, i coronavirus umani possono rimanere vitali e mantenere la capacità infettante su superfici inanimate a temperatura ambiente per un periodo variabile da 2 ore a 9 giorni, a seconda del contesto analizzato. Trattandosi di virus con envelope, sono i più sensibili all'inattivazione da parte dei disinfettanti, quali ipoclorito di sodio (0.1% - 0.5%), etanolo (62-71%) o perossido di idrogeno (0.5%), che compromettono l'integrità del virus e ne neutralizzano la capacità infettiva. Pertanto, in accordo con quanto suggerito dall'OMS, sono procedure efficaci e sufficienti una "*pulizia accurata delle superfici ambientali con acqua e detergente seguita dall'applicazione di disinfettanti*".

La **sanificazione** è l'insieme dei procedimenti atti ad igienizzare ambienti e superfici mediante l'attività di pulizia e di disinfezione. La **pulizia** rimuove polveri, materiale non desiderato o sporcizia dalle superfici, rendendole visibilmente pulite. Con **disinfezione** s'intende il complesso di procedimenti atti a sanificare gli ambienti mediante la distruzione o inattivazione di microrganismi patogeni. I prodotti per la pulizia includono sapone liquido, detergenti enzimatici e detersivi che, combinati con l'acqua, rimuovono il materiale organico (es. sporco, fluidi corporei, ecc.) utilizzando

[30] *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020.*

l'azione meccanica (es. strofinamento e frizione). I disinfettanti servono solo per la disinfezione dopo la pulizia e non sono sostituti della pulizia. Prima della disinfezione, utilizzare un prodotto di pulizia per rimuovere tutto il materiale organico e lo sporco. I sistemi meccanizzati di pulizia di grandi superfici devono essere evitati perché producono aerosol o disperdono la polvere nelle aree di cura del paziente come pure è sconsigliato spazzare a secco, spruzzare, spolverare. Preferire quindi le metodiche ad umido.

Di seguito verranno presi in esame i seguenti setting in cui sia necessario eseguire un intervento di sanificazione.

10.1.1 Setting ospedaliero

Gli ambienti ospedalieri che ospitano casi sospetti o confermati di COVID-19 (stanze dei pazienti, aree di attesa, sale per le procedure mediche, sale di rianimazione) devono essere puliti e disinfettati almeno due volte al giorno dal personale addetto munito di adeguati DPI e specificamente formato per la bonifica di ambienti a rischio biologico. Prima di procedere alla bonifica, i locali devono essere aerati adeguatamente per almeno un'ora (1-3 ore se eseguite procedure generanti aerosol e non a pressione negativa) tramite ventilazione naturale o tramite l'impianto di ventilazione meccanica controllata (VCM).

Inoltre, per procedere alla sanificazione è necessario definire due squadre oppure due tempi d'intervento: uno dedicato alla rimozione degli effetti letterecci e della biancheria (dal momento che si tratta di attività a rischio di aerosolizzazione, è necessario non agitare la biancheria durante il cambio e raccoglierla in contenitori chiusi, sostituendola con quella sanificata) ed uno per la pulizia e disinfezione dei locali, procedendo dalle aree più pulite verso quelle più contaminate.

Le superfici devono essere accuratamente pulite con un detergente neutro e successivamente disinfettate mediante prodotti con attività virucida, con particolare attenzione ai servizi igienici, e alle superfici ad alta frequenza di contatto. É anche possibile effettuare in un tempo unico l'azione di pulizia e disinfezione impiegando prodotti detergenti - disinfettanti con azione virucida. In alternativa, è suggerito, dopo la fase di pulizia, l'utilizzo di soluzioni a base di ipoclorito di sodio di cloro attivo allo 0,1% o 0,5%. Per superfici che possono essere danneggiate dall'ipoclorito di sodio, possono essere utilizzati i prodotti a base di etanolo (almeno il 70%).

Si raccomanda l'uso di dispositivi di pulizia monouso o dedicati; i dispositivi medici e i DPI non monouso devono essere decontaminati utilizzando adeguati prodotti registrati come dispositivi medici, o, in alternativa, ipoclorito di sodio allo 0,1% di cloro attivo o etanolo al 70%).

Se si usano prodotti chimici per la pulizia, è importante mantenere l'ambiente arieggiato sia durante che dopo l'uso per proteggere la salute del personale addetto alle pulizie. Il personale che ha effettuato le procedure non va considerato come contatto salvo in caso di mancata osservanza delle misure di protezione o di esposizione accidentale.

10.1.2 Setting assistenziale

Nelle strutture assistenziali e comunitarie, quali indicativamente le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), comunità terapeutiche, poliambulatori, particolare considerazione dovrebbe essere data all'applicazione di misure di pulizia e disinfezione nelle aree comuni (bagni, sale, corridoi, ascensori, ecc.) come misura preventiva generale durante tutta l'epidemia di COVID-19. Inoltre, devono essere tenuti di conto gli oggetti che vengono toccati frequentemente, come maniglie, pulsanti degli ascensori, corrimano, interruttori, maniglie delle porte, ecc.

Per le stanze o le aree specifiche esposte ai casi di COVID-19 si dovrebbe:

- garantire un buon ricambio dell'aria;
- pulire accuratamente con un detergente neutro;
- disinfettare le superfici che si sporcano con secrezioni respiratorie o altri fluidi corporei (es. toilette, lavandini, ecc.) con un disinfettante (presidio medico-chirurgico PMC) ad azione virucida o con ipoclorito di sodio contenente lo 0,1% di cloro attivo o, se non adatto, utilizzare alcol etilico al 70%. Per superfici porose come

moquette e tappeti, rimuovere la contaminazione visibile, pulire con detergenti e disinfettanti appropriati secondo le istruzioni del produttore;
- risciacquare con acqua pulita dopo 10 minuti di contatto con il cloro;
- raccogliere la biancheria sporca in contenitori chiusi in attesa di lavaggio e sanificazione.

Il personale dedicato alla pulizia ambientale degli spazi pubblici frequentati da una persona sospetta o confermata COVID-19 deve indossare i dispositivi medici e i DPI. Quando possibile, usare solo materiali di pulizia monouso, in alternativa disinfettare adeguatamente gli attrezzi per la pulizia non porosi con una soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,5% di cloro attivo o secondo le istruzioni del produttore prima dell'uso per altri ambienti. I materiali di scarto prodotti durante la pulizia devono essere collocati in un sacchetto separato e ben chiuso, che può essere smaltito con la spazzatura indifferenziata.

In generale, le aree pubbliche in cui un caso confermato COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.

10.1.3 Setting domestico

In ambito domestico si devono rispettare due tempi d'intervento: uno dedicato alla biancheria e uno per la pulizia e disinfezione dei locali. Per la pulizia di una stanza domestica in cui è stato isolato un paziente COVID-19, si applicano le stesse procedure descritte per i setting precedenti:
- la stanza deve essere arieggiata in maniera naturale per almeno un'ora;
- successivamente pulire accuratamente con un detergente neutro;
- disinfettare utilizzando un prodotto efficace contro i virus, con particolare attenzione alle superfici toccate più frequentemente (es. porte, maniglie delle porte, finestre, tavoli, interruttori della luce, servizi igienici, rubinetti, lavandini, scrivanie, sedie, telefoni cellulari, tastiera, telecomandi). Utilizzare panni in microfibra inumiditi con un prodotto detergente-disinfettante o in alternativa con alcol etilico al 70%, con una soluzione di ipoclorito di sodio diluita allo 0,5% di cloro attivo per i servizi igienici e allo 0,1% di cloro attivo per tutte le altre superfici, tenendo in considerazione la compatibilità con il materiale da detergere, l'uso e l'ambiente. I detergenti a base di cloro non sono utilizzabili su tutti i materiali. Per superfici porose come moquette e tappeti, rimuovere la contaminazione visibile, pulire con detergenti e disinfettanti appropriati secondo le istruzioni del produttore;
- non agitare la biancheria durante il cambio e raccoglierla in contenitori chiusi, lavandola con un ciclo ad acqua calda da 60°C a 90°C per almeno 30 minuti con un comune detersivo per il bucato.

La persona che pulisce dovrebbe indossare guanti e una maschera chirurgica. L'igiene delle mani deve essere eseguita ogni volta dopo aver rimosso guanti o maschera. Si consiglia l'uso di attrezzature monouso per la pulizia. I materiali di scarto prodotti durante la pulizia devono essere collocati in un sacchetto separato e ben chiuso, che può essere smaltito come rifiuti indifferenziati.

10.1.4 Opzioni di sanificazione per tutti i tipi di locali

Durante la pandemia di COVID-19 anche nei locali senza casi confermati di COVID-19 è consigliato:
- Usare attrezzature diverse per pulire spazi frequentati dal pubblico e spazi per i dipendenti.
- Pulire frequentemente le superfici più toccate (almeno giornalmente se possibile). Esempi di queste superfici sono maniglie e barre delle porte, delle finestre, sedie e braccioli, tavoli, interruttori della luce, corrimano, rubinetti dell'acqua, pulsanti dell'ascensore, ecc.

L'uso di un detergente neutro per la pulizia di superfici in locali generali (vale a dire non per i locali che sono stati frequentati da un caso sospetto o confermato di COVID-19) si ritiene sufficiente.

La pulizia di servizi igienici pubblici, lavandini del bagno e servizi igienici utilizzati da più persone (es. nei centri commerciali, stazioni ferroviarie, aeroporti, ecc.) devono essere eseguiti con cura. Considerare l'uso di un disinfettante efficace contro virus, o soluzioni a base di ipoclorito di sodio allo 0,1% di cloro attivo o altri prodotti virucidi autorizzati seguendo le istruzioni per l'uso fornite dal produttore.

Possono essere impiegati strumenti meccanizzati di pulizia quali spazzatrici, lavasciuga pavimenti, aspirapolvere, purché dotati di un sistema efficace di ritenzione polveri e se il flusso di aria e polvere viene filtrato in uscita attraverso un filtro HEPA o ULPA (testato secondo la norma EN1822). Il personale che conduce le macchine deve essere dotato degli adeguati dispositivi di protezione individuale.

Sprayer, nebulizzatori e atomizzatori consentono di spruzzare biocidi (PMC) o disinfettanti, quali perossido di idrogeno, ozono o cloro attivo generati in situ, in forma nebulizzata o atomizzata su superfici anche difficilmente raggiungibili e sugli oggetti presenti nell'ambiente. È necessario che gli operatori siano adeguatamente protetti e formati per utilizzare queste apparecchiature e in grado di verificare la compatibilità delle concentrazioni necessarie per l'attività di sanificazione, se spruzzate con queste strumentazioni. Durante l'uso è fondamentale indossare DPI adeguati. Pertanto, in accordo con la Circolare del Ministero della Salute del 22 maggio 2020, tali procedure possono essere utilizzate per finalità di sanificazione, intesa in questo caso come il complesso di procedimenti e operazioni atti a rendere sani determinati ambienti mediante la pulizia e il controllo e il miglioramento della qualità dell'aria.

Le procedure di utilizzo delle sostanze sanificanti possono essere complementari a procedure di pulizia ambientale, o essere integrate con attività di disinfezione. In questo ultimo scenario, la procedura deve prevedere la preventiva disinfezione diretta delle superfici esposte secondo il seguente ordine:

1. pulizia;
2. disinfezione diretta delle superfici esposte con disinfettanti autorizzati;
3. trattamento di sanificazione con sostanze generate in situ a completamento ed ottimizzazione delle procedure di pulizia e disinfezione;
4. adeguata areazione dei locali.

Il personale impegnato nella pulizia ambientale deve indossare i dispositivi medici e i DPI durante le attività di pulizia. L'utilizzo del solito set di DPI (es. uniforme, che viene rimossa e lavata frequentemente in acqua calda, e guanti) è sufficiente per la protezione durante la pulizia dei locali generali. Il materiale di pulizia deve essere adeguatamente pulito alla fine di ogni sezione di pulizia. L'igiene delle mani deve essere eseguita ogni volta che vengono rimossi DPI come guanti. Il materiale di scarto prodotto durante la pulizia deve essere collocato nei rifiuti indifferenziati.

In occasione del periodo pandemico SARS-COV-2 è importante che l'operatore tenga traccia del processo di sanificazione ambientale, tramite checklist cartacea o elettronica dove controfirma le fasi previste ed eseguite di sanificazione, data e orario.

11. GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI [31]

I rifiuti potenzialmente contaminati devono essere trattati ed eliminati come materiale infetto categoria B (UN3291).

11.1 Soggetti positivi al tampone in isolamento o in quarantena obbligatoria (anche in attesa di conferma di positività)

I rifiuti urbani prodotti nelle abitazioni dove soggiornano i soggetti sopracitati, dovrebbero essere considerati equivalenti a quelli che si possono generare in una struttura sanitaria, come definiti dal DPR 254/2003. In tale contesto dovrebbero essere applicate le prescrizioni del DPR. Tuttavia, data la difficoltà di applicazione delle stesse, si raccomanda che nelle abitazioni in cui siano presenti soggetti positivi al tampone, in isolamento o in quarantena

[31] *Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti. Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2).*

obbligatoria, sia interrotta la raccolta differenziata, ove in essere, e che tutti i rifiuti domestici, indipendentemente dalla loro natura, includendo fazzoletti di carta, carta in rotoli, teli monouso, mascherine e guanti, siano equiparati a rifiuti indifferenziati e pertanto raccolti e conferiti insieme. Le mascherine e i guanti dovranno, per ulteriore precauzione, essere inseriti in una busta, prima di essere introdotti nel sacco dei rifiuti indifferenziati, per limitare il più possibile errori nella raccolta e nel conferimento dei rifiuti a salvaguardia della sicurezza in ambito domestico e della salute degli operatori ecologici professionali e dei volontari addetti alla raccolta dei rifiuti.

Per la raccolta dovranno essere utilizzati almeno due sacchetti uno dentro l'altro o in numero maggiore in dipendenza della loro resistenza meccanica, possibilmente utilizzando un contenitore a pedale.
Si raccomanda di:

- chiudere adeguatamente i sacchi utilizzando guanti monouso;
- non comprimere i sacchi con le mani;
- non danneggiare e/o contaminare esternamente i sacchi;
- ogni qualvolta siano presenti oggetti taglienti, eseguirne il conferimento con particolare cura (es. avvolgendoli in carta);
- evitare l'accesso di animali da compagnia ai locali dove sono presenti sacchetti di rifiuti;
- far smaltire il rifiuto dalla propria abitazione con le procedure in vigore sul territorio (esporli fuori dalla propria porta negli appositi contenitori o gettarli negli appositi cassonetti condominiali o stradali destinati ai rifiuti indifferenziati);
- i guanti monouso utilizzati per l'operazione dovranno essere rimossi rovesciandoli ed eliminati nel successivo sacco di rifiuti indifferenziati;
- nel caso in cui il soggetto positivo o in quarantena non possa far ritirare i rifiuti da qualcuno che si faccia carico del loro conferimento o con altra modalità prevista sul territorio, si raccomanda di istituire un servizio dedicato di ritiro da parte di operatori addestrati (es. Protezione Civile, Esercito, Croce Rossa, ecc.).

11.2 Soggetti non positivi e non in isolamento o quarantena obbligatoria

Per i rifiuti urbani prodotti dalla popolazione generale in abitazioni dove non soggiornano soggetti positivi al tampone in isolamento o in quarantena obbligatoria si raccomanda di mantenere le procedure in vigore nel territorio di appartenenza, non interrompendo la raccolta differenziata. A scopo cautelativo fazzoletti o rotoli di carta, mascherine e guanti eventualmente utilizzati, dovranno essere smaltiti nei rifiuti indifferenziati.

11.3 Raccomandazioni per gli operatori del settore di raccolta e smaltimento rifiuti

Per gli operatori del settore della Raccolta e Smaltimento Rifiuti, che dovranno essere adeguatamente formati, si raccomanda l'adozione di DPI, come da gestione ordinaria, in particolare di mascherine (filtranti facciali FFP2 o FFP3), compatibilmente con la valutazione del rischio in essere in azienda. Alla luce delle conoscenze scientifiche attualmente disponibili, le mascherine chirurgiche opportunamente certificate e preferibilmente del tipo IIR o equivalente, in grado di proteggere l'operatore che le indossa da schizzi e spruzzi, rappresentano una protezione sufficiente nella maggior parte dei casi.[32]
Esclusivamente nel caso di raccolta presso utenze di soggetti positivi a COVID-19 o in quarantena obbligatoria, si raccomanda l'utilizzo di guanti monouso al di sotto dei normali guanti da lavoro non monouso al fine di prevenire il contatto della pelle con gli indumenti da lavoro e le mascherine; si consiglia, inoltre, agli operatori di procedere alla svestizione a fine turno come di seguito descritto:

- rimuovere la tuta monouso nell'apposito locale e inserirla nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire fornito dalla Azienda e presente nello spogliatoio;
- rimuovere i guanti da lavoro non monouso riponendoli, se sanificabili, in apposito sacco di plastica predisposto, dove verrà eventualmente inserita anche la divisa da lavoro. Nel caso non siano sanificabili, o

[32] *Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2).*

siano stati manipolati sacchi danneggiati e/o con visibile contaminazione esterna, devono essere conferiti nel contenitore degli indumenti da smaltire;
- rimuovere i copriscarpe monouso e gettarli nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire;
- procedere alla sanificazione dei guanti monouso ancora indossati, simulando le operazioni di lavaggio delle mani, anche mediante l'apposito disinfettante a base alcolica (75% v/v);
- rimuovere le calzature antinfortunistiche avendo cura di non farle entrare in contatto con gli altri indumenti ancora indossati;
- rimuovere la divisa da lavoro senza scuotere gli abiti, avendo cura di non farla entrare in contatto con l'arredo del locale e, secondo le regole aziendali, riporla nell'apposito sacco degli indumenti da inviare a sanificazione;
- rimuovere i guanti monouso rovesciandoli e inserirli nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire;
- dopo aver applicato le consuete obbligatorie norme igieniche alle mani (acqua e sapone e/o gel idroalcolico), procedere alla rimozione dei DPI a protezione delle vie respiratorie avendo cura di non toccare le parti esterne e gettarli nel contenitore per i dispositivi da smaltire.

11.4 Raccomandazioni per i volontari

Poiché esistono sul territorio iniziative di volontariato atte a sostenere le esigenze di persone anziane, sole, o affette da patologie, si raccomanda quanto segue:
- i volontari non possono prelevare rifiuti presso abitazioni in cui siano presenti soggetti positivi al tampone, in isolamento o in quarantena obbligatoria
- nelle abitazioni nelle quali siano presenti soggetti NON positivi al tampone, e non in isolamento o in quarantena obbligatoria, i volontari possono prelevare i rifiuti sulla base delle seguenti precauzioni e osservando norme comportamentali di seguito elencate:
    - utilizzare guanti monouso, che successivamente all'uso dovranno essere smaltiti come rifiuti indifferenziati;
    - non prelevare sacchetti aperti o danneggiati;
    - gettare il sacchetto come da procedure già in vigore (es. apposito cassonetto dell'indifferenziato o contenitore condominiale).

11.5 Raccomandazioni per gli operatori addestrati che svolgono assistenza domiciliare

Agli operatori addestrati (es. Protezione Civile, Esercito, Croce Rossa, ecc.) che svolgono assistenza domiciliare ai soggetti positivi al tampone o in quarantena obbligatoria si raccomanda quanto segue:
- qualora non già fornito dal Gestore della Raccolta Rifiuti, consegnare il materiale necessario al confezionamento del rifiuto quale sacchi, nastro adesivo o lacci per il successivo ritiro del rifiuto indifferenziato;
- ritirare i rifiuti se confezionati come previsto nel presente documento;
- verificare che i sacchi non siano danneggiati e non presentino contaminazioni esterne;
- conferire in cassonetto condominiale o stradale di indifferenziata con frequenza di almeno due volte a settimana (compatibilmente con i giorni di ritiro previsti sul territorio).

11.6 Gestione rifiuti indifferenziati

I rifiuti indifferenziati dovranno essere gestiti come da procedure vigenti sul territorio e, ove siano presenti impianti di termodistruzione, deve essere privilegiato l'incenerimento, al fine di minimizzare ogni manipolazione del rifiuto stesso.

12. INDICAZIONI PER ATTIVITÀ FUNEBRE [33]

In tutti i casi di morte di pazienti positivi COVID-19 e in tutti i casi di morte nei quali non si possa escludere con certezza che la persona fosse affetta da COVID-19, per il principio di precauzione, si applicano le cautele specifiche per defunti già adottate in presenza di sospetta o accertata patologia da microrganismi di gruppo 3 o prioni.

12.1 Precauzioni per tutti i defunti per i quali non si possa escludere la contrazione in vita di Covid-19

Premesso che con il decesso cessano le funzioni vitali e si riduce nettamente il pericolo di contagio (la trasmissione di SARS-CoV-2 è via droplets e per contatto) non essendo, il paziente deceduto, fonte di dispersione del virus nell'ambiente, è tuttavia utile osservare le seguenti precauzioni:

- la manipolazione del defunto antecedente la chiusura nel feretro deve avvenire adottando tutte le misure di sicurezza atte ad evitare il contagio tramite droplets, aerosol o contatto con superfici nonché fluidi e materiali biologici infetti;
- il personale adibito alla manipolazione del cadavere deve adottare DPI appropriati, secondo le indicazioni dei competenti servizi di sicurezza e protezione dei lavoratori, nonché dal medico competente, tenendo conto delle indicazioni fornite per gli operatori sanitari - per procedure con analogo livello di rischio - con circolari del Ministero della Salute;
- garantire un'adeguata aerazione dei locali, al termine delle attività, e un'accurata pulizia con disinfezione delle superfici e degli ambienti adibiti alle attività;
- prima dell'arrivo del personale incaricato del trasporto funebre, il personale sanitario deve provvedere all'isolamento del defunto all'interno di un sacco impermeabile sigillato e disinfettato esternamente per ridurre il rischio di contagio durante le operazioni di incassamento. In caso di decesso al di fuori delle strutture sanitarie, il personale incaricato del trasporto funebre, laddove il defunto non sia già isolato all'interno di sacco impermeabile sigillato, disinfettato, provvede all'incassamento riducendo al minimo le occasioni di contatto, avvolgendo il defunto in un lenzuolo imbevuto di disinfettante;
- sono vietati la vestizione del defunto, la sua tanatocosmesi, come qualsiasi trattamento di imbalsamazione o conservativo, o altri quali lavaggio, taglio di unghie, capelli, barba e di tamponamento;
- dopo l'incassamento il feretro, confezionato diversamente in funzione della destinazione, è chiuso e sottoposto a disinfezione esterna sia superiormente, sia lateralmente che inferiormente
- il feretro e il suo confezionamento dovranno avere le caratteristiche stabilite dall'Allegato 1 della Circolare Ministeriale prot. n. 15280 del 2.05.2020;
- le cerimonie funebri sono consentite purché svolte nei termini previsti dalla normativa vigente.

12.2 Esami autoptici e riscontri diagnostici

1. L'esecuzione di autopsie o riscontri diagnostici nei casi conclamati di COVID-19, sia se deceduti in corso di ricovero presso un reparto ospedaliero sia se deceduti presso il proprio domicilio è svolta, anche in questa terza fase emergenziale, con l'applicazione rigorosa dei protocolli di sicurezza.
2. In caso di esecuzione di esame autoptico o riscontro diagnostico, oltre ad una attenta valutazione preventiva dei rischi e dei vantaggi connessi a tale procedura, devono essere adottate tutte le precauzioni seguite durante l'assistenza del malato. Le autopsie e i riscontri possono essere effettuate solo in quelle sale settorie che garantiscano condizioni di massima sicurezza e protezione infettivologica per operatori ed ambienti di lavoro.
3. Oltre agli indumenti protettivi, l'anatomo patologo e tutto il personale presente in sala autoptica indosseranno un doppio paio di guanti in lattice, con interposto un paio di guanti antitaglio. È obbligatorio l'impiego di dispositivi di protezione delle vie respiratorie (FFP2 o superiori) associati a dispositivi di protezione di occhi e mucose (visiera o schermo facciale).
4. Evitare procedure e strumentario che possono determinare la formazione di aerosol.

[33] *Circolare Ministeriale prot. n. 15280 del 2.05.2020 e Circolare Ministeriale prot. n. 18457 del 28.05.2020.*

5. Evitare l'irrigazione delle cavità corporee; il lavaggio di tessuti ed organi deve essere eseguito utilizzando acqua fredda a bassa pressione, fatta defluire a distanza ravvicinata in modo da evitare la formazione di aerosol; i fluidi corporei devono essere raccolti per mezzo di materiale assorbente, immesso nelle cavità corporee.
6. Campioni di tessuti ed organi, prelevati per esami istologici, devono essere immediatamente fissati con soluzione di Zenker, formalina al 10% o glutaraldeide per la microscopia elettronica.
7. Al termine dell'autopsia o del riscontro diagnostico, la sala settoria deve essere accuratamente lavata con soluzione di ipoclorito di sodio o di fenolo.
8. Evitare le manipolazioni non necessarie, così come qualsiasi contatto con la salma da parte di parenti, conviventi o altre persone diverse da quelle incaricate delle operazioni necessarie.

12.3 Riduzione dei tempi di osservazione e per eseguire il trasporto funebre in cimitero o crematorio

1. Il primo medico intervenuto, se il decesso avviene all'esterno di strutture sanitarie accreditate o di ricovero e cura, per il principio di precauzione, sospende ogni intervento sul defunto, allontana i presenti e allerta tempestivamente la struttura territoriale competente per l'intervento del medico necroscopo;
2. in caso di decesso sulla pubblica via, in luogo pubblico, o comunque in luoghi diversi da abitazione, strutture di ricovero e cura, RSA e similari, gli operatori intervenuti osservano le precauzioni di massima cautela, comportandosi come se la persona defunta possa essere portatore asintomatico di COVID-19;
3. se il decesso avviene all'interno di strutture sanitarie accreditate o di ricovero e cura, il personale sanitario, attenendosi alle istruzioni puntuali della Direzione sanitaria, allontana i presenti;
4. in caso di decesso presso struttura sanitaria le direzioni di presidio riducono il periodo di osservazione della salma ricorrendo all'accertamento strumentale della morte, ai sensi del D.M. Salute 11 aprile 2008;
5. in caso di decesso al di fuori di strutture sanitarie, i medici necroscopi, constatata la morte mediante visita necroscopica, riducono il periodo di osservazione al tempo dell'esecuzione della loro visita e consentono il più rapido incassamento del cadavere e il successivo trasporto funebre;
6. in assenza di volere degli aventi titolo per il trasporto funebre e la successiva sepoltura o cremazione, decorse al massimo 48 ore dal decesso, la Prefettura può disporre d'ufficio il trasporto funebre, fatta salva una tempistica inferiore disposta dal sindaco (v. OCDPC n.655 del 25 marzo 2020);
7. tutti i defunti di cui al precedente punto 2) sono obbligatoriamente trasportati al Servizio mortuario della struttura sanitaria territoriale di riferimento o all'obitorio, secondo le indicazioni ricevute dall'Autorità intervenuta, sia essa giudiziaria, di polizia giudiziaria, o sanitaria.

I rifiuti sono trattati nel rispetto delle norme applicabili in base alla natura e, laddove se ne ravvisi la necessità, secondo quanto previsto dalla normativa sui rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo di cui al D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254.

Allegato 1. Procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI

Negli ambienti ospedalieri, la vestizione e la svestizione devono essere eseguite nell'anti-stanza/zona filtro, prima di entrare nella stanza di degenza del paziente.
Si raccomanda di eseguire le operazioni rispettando scrupolosamente l'ordine sotto indicato.

Procedura di vestizione:

- togliere ogni monile e oggetto personale;
- praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica;
- controllare l'integrità dei dispositivi; non utilizzare dispositivi non integri;
- indossare un primo paio di guanti;
- indossare sopra la divisa il camice monouso, ove indicato;
- indossare mascherina chirurgica o idoneo filtrante facciale, ove indicato;
- indossare gli occhiali di protezione, ove indicato;
- indossare un secondo paio di guanti, ove indicato, avendo cura di coprire il polsino del camice con il secondo paio di guanti.

Procedura di svestizione:

- evitare ogni contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute;
- i DPI monouso vanno smaltiti in apposito contenitore impermeabile;
- decontaminare i DPI riutilizzabili;
- rispettare la sequenza indicata, cercando di partire dal DPI più contaminato, ossia sovrascarpe se presente e paio di guanti esterno, a seguire camice, ecc.:

  1. rimuovere il sovrascarpe se presente,
  2. rimuovere i guanti esterni e smaltirli nel contenitore,
  3. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
  4. rimuovere il camice monouso, arrotolandolo dalla parte interna e smaltirlo nel contenitore,
  5. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
  6. rimuovere gli occhiali (prendendoli dal laccio posteriore e non dal davanti) e sanificarli (o riporli nell'apposito contenitore per successiva sanificazione),
  7. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
  8. rimuovere la maschera o filtrante facciale maneggiando dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore,
  9. rimuovere ultimo paio di guanti,
  10. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone.

Azienda Zero mette a disposizione dei video tutorial dimostrativi su alcune procedure assistenziali di base utili per la gestione di persone assistite affette da COVID-19, tra le quali le procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI, al seguente link https://www.azero.veneto.it/-/emergenza-coronavirus.

Allegato 2. Protezione degli operatori dei servizi sanitari - FASE 3

È documentato che i soggetti maggiormente a rischio d'infezione da SARS-CoV-2 sono coloro che sono a contatto stretto con un paziente affetto da COVID-19, in primis gli operatori sanitari impegnati in assistenza diretta ai casi, e il personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni biologici di un caso di COVID-19, senza l'impiego e il corretto utilizzo dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei. **Risulta, pertanto, di fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale siano opportunamente formati e aggiornati in merito alle modalità e ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19.**
Si riporta di seguito la Tabella 1. tratta e adattata dal *Rapporto ISS COVID-19, n. 2/ 2020 Rev. 2, a cura del Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020.*

Si segnala che in caso di utilizzo di dispositivi FFP2 e FFP3 con valvola, è necessario indossare sopra agli stessi anche la mascherina chirurgica.

Tabella 1. DPI e dispositivi medici indicati per la prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 per contesto lavorativo e destinatari dell'indicazione.

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
Aree di degenza			
Stanza di pazienti COVID-19[34]	Operatori sanitari (si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Assistenza diretta a pazienti COVID-19	FFP2 Camice monouso/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Procedure o setting a rischio di generazione di aerosol[35]	FFP3 o FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esecuzione tampone oro e rinofaringeo (stessi DPI anche per tamponi effettuati in comunità)	FFP2 Camice/grembiule monouso Occhiali di protezione (occhiale a mascherina/visiera)

[34] *In UTI l'operatore che passa da un paziente ad un altro effettuando procedure differenziate dovrebbe indossare sempre FFP2/FFP3, per un minor consumo di dispositivi o FFP3 o Powered Air Purifyng Respirator (PAPR) o sistemi equivalenti.*
[35] *Ad esempio rianimazione cardiopolmonare, intubazione ed estubazione con le relative procedure come ventilazione manuale e aspirazione aperta del tratto respiratorio, broncoscopia, induzione di espettorato, terapie in grado di generare nebulizzazione*, NIV, BiPAP, CPAP, ventilazione ad alta frequenza oscillatoria, ossigenazione nasale ad alto flusso*, tampone nasofaringeo (anche effettuato in comunità), procedure correlate alla tracheotomia/tracheostomia, broncoscopia, chirurgia e procedure autoptiche che includono apparecchiature ad alta velocità*, alcune procedure dentistiche (es. trapanazione ad alta velocità)*, procedure endoscopiche (es. gastrointestinale dove è presente aspirazione aperta del tratto respiratorio superiore)* Le procedure con (*) non sono incluse nella lista di procedure che generano aerosol indicata dall'OMS (vedi "Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages").*

			Guanti
	Addetti alle pulizie (si raccomanda riduzione al minimo del numero di addetti esposti; formazione e addestramento specifici)	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse
	Visitatori (necessario limitare l'accesso)[36]	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19, qualora eccezionalmente permesso	Mascherina chirurgica Camice monouso Guanti
Altre aree di transito e trasporto interno dei pazienti (es. reparti, corridoi)	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Nessuna attività che comporti contatto con pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica
Aree di degenza senza pazienti COVID accertati o sospetti, incluse unità di lungodegenza, Day Hospital, Day Services	Operatori sanitari	Contatto diretto con pazienti non sospetti COVID-19	DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria attività
Triage (in ambito ospedaliero per accettazione utenti)	Operatori sanitari (si raccomanda riduzione al minimo del numero di esposti; formazione e addestramento specifici)	Screening preliminare che non comporta contatto diretto	Mascherina chirurgica Vetrata, interfono/citofono. In alternativa mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro se possibile
		Screening con contatto diretto paziente COVID 19 positivo o sospetto	FFP2 Camice monouso/grembiule monouso Guanti monouso Occhiali/visiera protettivi
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere una distanza dall'operatore di almeno 1 mt (in assenza di vetrata e interfono) Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)* Isolamento in stanza singola con porta chiusa e adeguata ventilazione se possibile;

[36] *I visitatori al momento della redazione di questo documento non sono consentiti in base alla circolare del Ministero della Salute del 24/2/2020. Se i visitatori devono entrare nella stanza di un paziente con COVID-19, devono ricevere istruzioni chiare su come indossare e rimuovere i DPI e sull'igiene delle mani da effettuare prima di indossare e dopo aver rimosso i DPI; questo dovrebbe essere supervisionato da un operatore sanitario.*

			alternativamente, collocazione in area separata sempre a distanza di almeno 1 mt
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)* Mantenere una distanza dagli altri pazienti di almeno 1 metro
Laboratorio locale o di riferimento regionale e nazionale ISS	Tecnici di laboratorio (si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Manipolazione di campioni respiratori	Laboratorio BSL di classe 3 (coltura per isolamento del virus) con procedure e DPI conseguenti Laboratorio BSL di classe 2 (diagnostica con tecniche di biologia molecolare) con procedure e DPI conseguenti
Aree amministrative	Tutti gli operatori	Attività amministrative che non comportano contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza interpers. di almeno 1 metro

Ambulatori ospedalieri e del territorio nel contesto di COVID-19			
Ambulatori	Operatori sanitari	Esame obiettivo di pazienti con sintomi respiratori	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esame obiettivo di pazienti senza sintomi respiratori	Mascherina chirurgica
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica
	Addetti alle pulizie	Dopo l'attività di visita di pazienti con sintomi respiratori. Areare gli ambienti dopo l'uscita del paziente e prima di un nuovo ingresso	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

Sale d'attesa	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)* Isolare immediatamente il paziente in area dedicata o comunque separata dagli altri; se tale soluzione non è adattabile assicurare la distanza di almeno 1 metro dagli altri pazienti
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica Distanza di almeno 1 mt
Aree amministrative	Tutti gli operatori	Attività amministrative	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza interpers. di almeno 1 metro
Triage (accettazione utenti)	Operatori sanitari	Screening preliminare che non comporta contatto diretto[37]	Mascherina chirurgica e, se possibile, mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere la distanza dal paziente di almeno 1 metro Mascherina chirurgica se tollerata (*per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni)*
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica
	Accompagnatori	Accesso in stanza del paziente senza prestare cure o assistenza diretta	Mascherina chirurgica
Assistenza al domicilio	Paziente sospetto con sintomi respiratori – paziente COVID-19	Assistenza diretta al domicilio di paziente COVID-19 o di pazienti con sintomi respiratori	Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente
	Operatori sanitari	Assistenza diretta al domicilio di paziente COVID-19 o di pazienti con sintomi respiratori	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera

Ambulanza o mezzi di trasporto			
Ambulanza o mezzi di trasporto	Operatori sanitari	Trasporto con permanenza con il sospetto caso	FFP2 Camice/grembiule

[37] *Questa categoria include l'utilizzo di termometri senza contatto, termocamere e la limitazione del tempo di osservazione e di domande, il tutto mantenendo una distanza spaziale di almeno 1 metro.*

		COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento	monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
	Addetti alla guida	Solo guida del mezzo con sospetto o confermato caso di COVID-19 a bordo e separazione del posto di guida da quello del paziente senza circuiti di ricircolo dell'aria tra i due compartimenti del mezzo	Mantenere la distanza di almeno 1 metro Non sono necessari DPI
		Assistenza nelle fasi di carico e scarico del paziente sospetto per COVID-19	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Nessun contatto diretto con paziente sospetto COVID-19 ma senza separazione del posto di guida da quello del paziente	Mascherina chirurgica
	Paziente con sospetta infezione da COVID-19	Trasporto alla struttura sanitaria di riferimento	Mascherina chirurgica se tollerata
	Addetti alle pulizie delle autoambulanze	Pulizie dopo e durante il trasporto dei pazienti con sospetta infezione da COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento (alla fine del trasporto del paziente, nel caso in cui sia possibile areare il mezzo, mascherina chirurgica)	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

Allegato 3. Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori

SCHEDA PER LA NOTIFICA DI CASI DA VIRUS RESPIRATORI

Stagione 2019-2020

I dati della scheda dovranno essere inseriti nel sito al seguente indirizzo https://www.iss.it/Site/FLUFF100/login.aspx
Copia della scheda dovrà essere inviata a malinf@sanita.it ed a sorveglianza.influenza@iss.it

[COMPILARE IN STAMPATELLO IN MODO LEGGIBILE]

Dati della segnalazione

Data di segnalazione: |_____|

Regione: |_____| **Asl:** |_____|

Dati di chi compila la scheda

Nome: |_____| **Cognome:** |_____|

Telefono: |_____| **Cellulare:** |_____| **E-mail:** |_____|

Informazioni Generali del Paziente

Nome: |_____| **Cognome:** |_____| **Sesso:** M|__| F|__|

Data di nascita: |_____| se data nascita non disponibile, specificare età in anni compiuti: |__|__| o in mesi: |__|__|

Comune di residenza: |_____|

In stato di gravidanza? Si|__| No|__| Non noto|__| se sì, mese di gestazione |___|

Informazioni sullo Stato Vaccinale

Il paziente è stato vaccinato per influenza nella corrente stagione: Si|__| No|__| Non noto|__|

se si, **Nome commerciale del vaccino:** |_____| **Data della vaccinazione:** |_____|

Informazioni Cliniche del Paziente

Data insorgenza primi sintomi: |_____|

Data ricovero: |_____| **Nome Ospedale**: |_____|

Reparto: Terapia intensiva/rianimazione (UTI) |__| Intubato |__| ECMO |__|
DEA/EAS |__|
Terapia sub intensiva |__|
Cardiochirurgia |__|
Malattie Infettive |__|
Altro, specificare |__| _____

Terapia Antivirale: Si|__| No|__| Non noto|__|

se si, Oseltamivir |__| Zanamivir |__| Peramivir |__| **Data inizio terapia:** |_____| **Durata:** |___| (giorni)

Malattie respiratorie	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Malattie renali	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Malattie metaboliche	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Obesità BMI tra 30 e 40	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Obesità BMI>40	Si|__|	No|__|	Non noto|__|

Altro, specificare: _____

Dati di Laboratorio

Data prelievo del campione: |_____|

Diagnosi per: |__| A(H1N1)pdm09
|__| A(H3N2)
|__| A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)
|__| A/Altro sottotipo |_____|
|__| B
|__| nuovo coronavirus (2019 – nCoV)

Data diagnosi del laboratorio: |_____|

Invio del campione al Laboratorio NIC presso ISS: Si|__| No|__| se si, **Data di invio:** |_____|

Se presenza complicanze, specificare: |_____|

Data complicanza: |_____| **Eseguita radiografia:** Si|__| No|__| Non noto|__|

Polmonite:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Polmonite influenzale primaria:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Polmonite batterica secondaria:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Polmonite mista:	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI) [4]**:**	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) [5]**:**	Si|__|	No|__|	Non noto|__|
Altro, specificare:	Si|__|	No|__|	Non noto|__| _____

Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da **nuovo coronavirus**? Si|__| No|__| Non noto|__| Se sì,

dove _____ data di arrivo : |___||___||_____| data di partenza : |___||___||_____|

dove _____ data di arrivo : |___||___||_____| data di partenza : |___||___||_____|

dove _____ data di arrivo : |___||___||_____| data di partenza : |___||___||_____|

data di arrivo in Italia: |___|/|___|/|_____|

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da **nuovo coronavirus**? Si|__| No|__| Non noto|__|

[4] **Definizione di caso di SARI**: un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:
- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbricola, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

[5] **Definizione di ARDS:** paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:
sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento

Se sì, specificare dove: _____

data esposizione: |___|/|___|/|_____|

Esito e Follow-up

Esito:	Guarigione	|__|	**Data:** |_____|
	Decesso	|__|	**Data:** |_____|
	Presenza esiti	|__|	Specificare _____

Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali, inclusa la sottotipizzazione per A(H1N1)pdm09 e A(H3N2), per tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sopra riportate).

Per i casi con conferma di laboratorio per influenza si raccomanda di far pervenire il campione biologico al Centro Nazionale Influenza (NIC) presso L'ISS, previa comunicazione tramite **flulab@iss.it**, se da soggetti con età <65 anni e non aventi patologie croniche favorenti le complicanze. In caso di virus di tipo A non sottotipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2) e appartenente ad altro sottotipo (es. H5, H7, H9, H1N1v, H3N2v) e in caso di 2019-nCoV, si raccomanda di contattare tempestivamente e far pervenire al NIC il campione biologico.

Allegato 4. Scheda riassuntiva isolamento domiciliare fiduciario e quarantena

CASO CONFERMATO O SOSPETTO

CASO CONFERMATO	INIZIO	Corrisponde alla data di prelievo del tampone positivo.
	DURATA	**14 giorni**
	TERMINE	I due tamponi di negativizzazione a distanza di almeno 24 ore l'uno dall'altro vengono eseguiti a partire dal 15° giorno, se il soggetto non accusa febbre e ha un miglioramento degli altri sintomi da almeno 72 ore. L'isolamento termina appena disponibile il referto negativo del secondo tampone.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Il termine previsto verrà differito di sette giorni in sette giorni, qualora uno dei due tamponi risulti ancora positivo o qualora il soggetto presenti febbre o altra sintomatologia importante nelle ultime 72 ore del periodo.

CASO SOSPETTO*	INIZIO	Corrisponde inizialmente alla data di inizio sintomi.
	DURATA	**fino a esito tampone**
	TERMINE	**fino a esito tampone**
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il caso diventa confermato si seguono le indicazioni per il caso confermato.

** Il caso sospetto, come da indicazioni nazionali e regionali, deve essere sottoposto a test diagnostico.*

CASO CONFERMATO DIMESSO SENZA NEGATIVIZZAZIONE	INIZIO	Corrisponde al giorno della dimissione.
	DURATA	**7 giorni dalla data di dimissione e comunque non meno di 14 giorni dalla data di esecuzione del primo tampone positivo.**
	TERMINE	All'8° giorno, se il soggetto non accusa febbre e ha un miglioramento degli altri sintomi da almeno 72 ore e abbia eseguito due tamponi risultati negativi effettuati a distanza di almeno 24 ore l'uno dall'altro.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Il termine previsto verrà differito di sette giorni in sette giorni, qualora uno dei due tamponi di negativizzazione risulti ancora positivo o qualora il soggetto presenti febbre o non siano migliorati i restanti sintomi da almeno 72 ore dal termine previsto.

CONTATTI DI CASO

Si ricordano le indicazioni all'effettuazione del test diagnostico per SARS-CoV-2 su tampone nasofaringeo per i contatti di caso confermato di COVID-19, di cui al capitolo 2.1.

CONTATTO DI CASO CONFERMATO	INIZIO	Corrisponde alla data dell'ultimo contatto con il caso. Se convivente, corrisponde alla data dell'isolamento funzionale a domicilio del caso.
	DURATA	**14 giorni** *N.B. Si ricorda che per il caso confermato non è raccomandato effettuare ulteriori test se non per la negativizzazione o in caso di ricomparsa di quadro clinico sospetto. La durata dell'isolamento del contatto non è comunque influenzata dall'eventuale ripetuta positività al tampone del caso confermato.*
	TERMINE	Al 15° giorno se il soggetto è rimasto asintomatico per tutto il periodo di quarantena. **Deve essere eseguito un tampone al termine della quarantena a tutti i contatti stretti, e comunque a tutti i contatti considerati a rischio in base alla valutazione del SISP, anche se asintomatici.**
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il soggetto presenta sintomatologia sospetta per COVID-19 durante il periodo di quarantena devono essere osservate le disposizioni per caso sospetto. In caso di tampone positivo eseguito per sintomi comparsi o per controllo al termine della quarantena, si seguono le indicazioni per il caso confermato. *N.B. Se durante il periodo di sorveglianza attiva, l'operatore di sanità pubblica rilevasse che l'isolamento non fosse stato condotto correttamente o comunque fossero ipotizzabili dei contatti definiti a rischio, valuta di prolungare l'isolamento.*

** In presenza di contatto di caso sospetto si seguono le indicazioni di isolamento per i contatti in attesa della conferma.*

CONVIVENTE DI CASO CONFERMATO AL MOMENTO RICOVERATO	INIZIO	Corrisponde alla data dell'ultimo contatto a rischio con il caso convivente, prima del ricovero di quest'ultimo.
	DURATA	**14 giorni** *N.B. Qualora il caso confermato venisse dimesso con tampone positivo, il periodo di quarantena dei conviventi rimasti asintomatici non verrà prolungato.*
	TERMINE	Al 15° giorno, se il soggetto è rimasto asintomatico per tutto il periodo di quarantena. Deve essere eseguito un tampone al termine della quarantena a tutti i conviventi, anche se asintomatici, e deve essere risultato negativo prima del termine dell'isolamento.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il soggetto presenta sintomatologia sospetta per COVID-19 durante il periodo di quarantena devono essere osservate le disposizioni per caso sospetto. In caso di tampone positivo eseguito per sintomi comparsi o per controllo al termine della quarantena, si seguono le indicazioni per il caso confermato. *N.B. Se durante il periodo di sorveglianza attiva, l'operatore di sanità pubblica rilevasse che l'isolamento non fosse stato condotto correttamente o comunque fossero ipotizzabili dei contatti definiti a rischio, valuta di prolungare l'isolamento.*

Allegato 5. Indicazioni per la gestione dei soggetti in isolamento domiciliare e/o quarantena

1. Il soggetto deve rimanere in una **stanza dedicata** e dotata di **buona ventilazione**, possibilmente con **bagno dedicato**, dormire da solo/a. Se disponibile un solo bagno, dopo l'uso pulire con prodotti a base di cloro attivo 0.5% oppure con alcool 70%.
2. **Escludere eventuale impianto di ricircolo aria**.
3. **Limitare al massimo i movimenti del soggetto negli spazi comuni della casa**. Assicurarsi che gli **spazi condivisi** (ad es. cucina, bagno) siano **ben ventilati** (es. tenere le finestre aperte). **In presenza di altre persone**, mantenere una distanza di almeno un metro e assolutamente **evitare ogni contatto diretto**.
4. **Evitare ogni possibile condivisione di oggetti**. Il soggetto deve utilizzare **lenzuola, asciugamani, salviette e stoviglie dedicati**. Lavarli con cura con normale detergente prima di permettere il riutilizzo da parte di altre persone.
5. Vi è il **divieto di spostamenti** o viaggio e **l'obbligo** di rimanere **raggiungibile per le attività di sorveglianza**.
6. Vi è il **divieto di ricevere visite** fino al termine del periodo di isolamento e/o quarantena se il soggetto è asintomatico, e comunque fino a guarigione clinica se sintomatico.
7. Il soggetto deve indossare il più possibile una **mascherina chirurgica** per contenere le secrezioni respiratorie. Se questa non dovesse essere tollerata, osservare le norme di **igiene respiratoria** (coprire naso e bocca usando fazzoletti quando starnutisce o tossisce, tossire nel gomito; eliminare i fazzoletti monouso in un doppio sacco impermeabile in una pattumiera chiusa con apertura a pedale; lavarsi immediatamente le mani).
8. Le **persone incaricate di assistere il soggetto dovrebbero essere in buona salute**, non affette da patologie croniche o che compromettono il sistema immunitario.
9. Le **persone che assistono il soggetto devono indossare mascherina chirurgica** monouso (che non deve essere toccata durante l'uso e deve essere cambiata se umida o danneggiata), da eliminare in un doppio sacco impermeabile posto in pattumiera chiusa con apertura a pedale, procedendo successivamente a lavaggio delle mani. Se possibile, mantenere una distanza di almeno 1 metro dal soggetto.
10. I conviventi e le **persone che forniscono assistenza devono evitare ogni contatto diretto con il soggetto**. Se l'assistenza prevede contatto con secrezioni respiratorie, feci o urine è necessario l'utilizzo dei guanti monouso che devono essere poi eliminati con cura in un doppio sacco impermeabile in pattumiera chiusa con apertura a pedale, seguito dal lavaggio delle mani.
11. **Pulire e disinfettare almeno una volta al giorno le superfici** dei locali utilizzati dal soggetto con detergenti e successivamente con prodotti a base di cloro attivo 0.5% oppure con alcol 70%, con particolare attenzione alle superfici toccate di frequente. Indossare un camice monouso (o un grembiule dedicato) e guanti monouso; in caso di guanti domestici in gomma spessa riutilizzabili, questi devono essere puliti e disinfettati dopo l'uso.
12. **Non scuotere la biancheria** del soggetto, deporla in un sacco dedicato, separatamente da quella del resto della famiglia e lavarla in **lavatrice ad almeno 60°** per trenta minuti, usando comune detersivo. Utilizzare mascherina chirurgica e guanti durante queste procedure.
13. I **rifiuti** (guanti, mascherine, fazzoletti, ecc.) prodotti dal soggetto in isolamento o nell'attività di assistenza, devono essere **smaltiti in un doppio sacchetto di plastica chiuso e disposto in pattumiera chiusa**.
14. Sebbene al momento non esistano prove che dimostrino che animali come cani o gatti possano essere una fonte di infezione per l'uomo, a scopo puramente precauzionale, si suggerisce di limitare il contatto con gli animali.
15. **Lavarsi le mani** (con sapone e acqua, per almeno 40 secondi, o con soluzione idroalcolica):
    - dopo contatto col soggetto o il suo ambiente;
    - prima e dopo aver preparato il pasto, usato il bagno, soffiato il naso e comunque in relazione a contatti potenzialmente a rischio;
    - prima e dopo la vestizione/svestizione dei DPI (mascherina, guanti, ecc.).

Il SISP (o in alternativa MMG/PLS secondo l'organizzazione e in funzione dell'evoluzione epidemiologica) provvede a contattare telefonicamente, una volta al giorno, il soggetto in isolamento, il quale è anche invitato a misurare ed annotare la temperatura corporea due volte al giorno e a **contattare solo telefonicamente SISP/118 nel caso di comparsa o peggioramento di febbre o altri sintomi**.

Allegato 6. Misure generali di igiene per la riduzione del rischio di contagio da SARS-CoV-2

Le misure generali di prevenzione e mitigazione del rischio di infezione da SARS-CoV-2 sia nei contesti sanitari sia di comunità, includono le seguenti azioni:

- praticare frequentemente l'igiene delle mani con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi o con soluzioni/gel a base alcolica e in tutti i momenti raccomandati (prima e dopo il contatto interpersonale, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo essersi soffiati il naso o aver tossito o starnutito, dopo l'uso del bagno, dopo il contatto con superfici o oggetti che vengono toccati da molte persone come maniglie, rubinetti, interruttori, banconi, denaro);
- indossare la mascherina o altra idonea protezione delle vie respiratorie ed eseguire l'igiene delle mani prima di indossarla e dopo averla rimossa ed eliminata;
- evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani, senza prima essersele lavate o deterse accuratamente;
- tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;
- evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori;
- in caso di febbre e/o sintomi respiratori (e/o gastrointestinali in particolare nei bambini) non uscire di casa e contattare il proprio medico curante;
- praticare un'accurata igiene degli ambienti e delle superfici con particolare attenzione a quelle che più frequentemente vengono toccate o manipolate o sulle quali possono depositarsi goccioline prodotte con il respiro, il parlato o colpi di tosse e starnuti;
- aerare frequentemente i locali e privilegiare le attività all'aria aperta evitando i luoghi chiusi e affollati.

Tali principi per prevenire la trasmissione e contenere la diffusione di SARS-CoV-2 devono essere divulgati tramite appositi materiali informativi. Inoltre, le attività e gli ambienti in tutte le strutture sanitarie e nei luoghi affollati (ad esempio aeroporti, stazioni ferroviarie, porti, metropolitane, scuole, centri commerciali, mercati, centri congressuali) devono essere riorganizzate nel rispetto delle indicazioni sopra riportate.

Uso della mascherina a protezione delle vie aeree

La mascherina riduce la trasmissione dei patogeni che vengono trasportati dalle goccioline emesse quando si tossisce, si starnutisce o ci si soffia il naso, svolgendo una funzione di barriera meccanica. La mascherina è efficace solo se usata in modo appropriato, altrimenti rischia di essere controproducente diventando un ricettacolo di patogeni e favorendone la trasmissione. Le regole per il corretto uso della mascherina sono:

- prima di indossarla, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone oppure con soluzione idroalcolica;
- far aderire bene la mascherina al volto in modo che non ci sia spazio libero tra il bordo della mascherina e la pelle;
- mentre si indossa la mascherina, evitare di toccarla con le mani per non rischiare di contaminarla oppure di contaminarsi le mani;
- se la mascherina si inumidisce o danneggia, è necessario cambiarla perché il tessuto di cui è fatta svolge un'efficace funzione di barriera solo quando è asciutto ed integro;
- per togliersi la mascherina, afferrarla per le stringhe o gli elastici evitando di toccare la parte a contatto con il viso, per evitare di contaminarsi le mani con eventuali goccioline depositatesi sulla mascherina;
- dopo essersi tolti la mascherina, gettarla immediatamente in un sacchetto impermeabile ed evitare di lasciarla in giro o di porla a contatto con oggetti e superfici per non contaminare l'ambiente;
- dopo aver gettato la mascherina, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone oppure con soluzione idroalcolica e non toccare il proprio corpo, gli oggetti o le superfici circostanti finché non ci si è lavati le mani.

Per richieste di informazioni sono disponibili i seguenti numeri:

- **numero verde Regione Veneto: 800.462.340**
- **numero verde Azienda ULSS: _____**
- **numero di pubblica utilità: 1500**

Allegato 7. Disposizioni operative per il Distretto e i MMG/PLS/MCA

Le procedure di gestione dei pazienti in relazione alla epidemia COVID-19, che coinvolgono principalmente i Distretti e i MMG/PLS/MCA, si articolano in percorsi operativi atti a facilitare l'individuazione, attraverso criteri epidemiologici e clinici, dei casi e dei contatti e la relativa presa in carico, nonché le modalità organizzative a supporto.

Sulla base di quanto disposto dal Decreto Legge n.23 dell'8 aprile 2020 – art 38, i MMG/PLS, per le necessità connesse al contenimento dell'emergenza pandemica da COVID-19, per tutta la durata dell'emergenza, devono garantire (comma 3) la reperibilità a distanza (telematica, SMS, Sistemi di messaggistica, sistemi di videocontatto e videoconsulto) per tutta la giornata. I medici si dotano, con oneri a proprio carico, di sistemi di piattaforme digitali che consentano il contatto ordinario e prevalente con i pazienti fragili e cronici gravi e collaborano a distanza nel caso non siano dotati di DPI idonei, per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli ospedali (comma 4).

Corretto utilizzo del numero verde della Regione del Veneto: 800462340

Il numero verde regionale è a disposizione dei cittadini per informazioni generali e risponde sulla base dello schema riportato nell'Allegato 9. Si precisa che è un **servizio esclusivamente informativo** e non può in alcun modo attivare l'esecuzione di tamponi a domicilio o altre prestazioni dirette sulla persona chiamante. Le singole Aziende ULSS possono attivare singoli numeri di carattere informativo o a supporto della gestione, la cui organizzazione sarà regolata dalle singole procedure aziendali.

La gestione dei singoli casi spetta al MMG/PLS/MCA. I MMG potranno avvalersi del supporto delle USCA per la gestione dei casi sintomatici segnalati dai SISP o che si rivolgono telefonicamente direttamente al Medico di riferimento. Le USCA garantiscono l'assistenza a domicilio dei pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresa l'eventuale effettuazione del tampone, la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio. Le USCA forniscono supporto anche nella gestione dell'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle RSA/Ospedali di Comunità, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio.

Per l'età pediatrica il PLS collabora con le U.O. di Pediatria alle quali, dopo preliminare accordo telefonico, potrà essere inviato il bambino COVID-19 positivo in caso di persistenza o aggravamento dei sintomi.

Richiesta da parte del MMG/PLS/MCA di effettuazione tamponi

Qualora, anche a seguito di triage telefonico, il MMG/PLS/MCA ritenga necessaria la raccolta di campione biologico a domicilio (tampone) per la diagnosi di COVID-19, si procederà come segue:

- il MMG/PLS/MCA comunica alla COT la necessità di eseguire la raccolta di un campione biologico fornendo i dati necessari, nel rispetto delle raccomandazioni;
- la COT attiva la Centrale ADI o le USCA per la raccolta del campione biologico a domicilio o in ambulatori dedicati, secondo l'organizzazione aziendale; alternativamente provvederà direttamente il MMG, se necessario supportato dal SISP; per l'età pediatrica la raccolta del campione può essere effettuata presso punti di prelievo distrettuali o aziendali o ospedalieri direttamente con impegnativa del PLS;
- l'operatore sanitario, adottando le precauzioni, i dispositivi di protezione individuale e dispositivi medici utili a minimizzare la possibilità di esposizione ad agenti patogeni, provvede alla raccolta del campione e lo consegna al Laboratorio individuato ai fini della diagnosi, secondo le procedure aziendali.

Comunicazione esiti del tampone effettuato

La UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero rende disponibile l'esito degli esami effettuati direttamente al MMG/PLS/COT.

Dispositivi di protezione individuale nell'ambito dell'Assistenza Primaria

Tutti gli operatori sanitari, compresi MMG/PLS/MCA, devono utilizzare i DPI e dispositivi medici previsti per le finalità di tutela della salute individuale e collettiva, in considerazione del ruolo da essi esercitato nell'ambito di servizi essenziali e visto l'elevato numero di possibili contatti con il virus nello svolgimento delle loro funzioni.

Le Aziende ULSS mettono a disposizione i DPI e dispositivi medici previsti da procedure aziendali o dalla normativa vigente specifici per i setting dell'Assistenza Primaria (Allegato 2) comunicando l'elenco delle sedi in cui è possibile ritirare il materiale nonché le annesse modalità (orari e quantità).

Centrale Operativa Territoriale

Le funzionalità delle COT dovranno essere opportunamente riorganizzate da parte della Direzione Generale, prevedendo di garantire anche ampliamenti di orario, al fine di poter adeguatamente supportare l'applicazione delle suddette disposizioni. In particolare le attività riguardano:

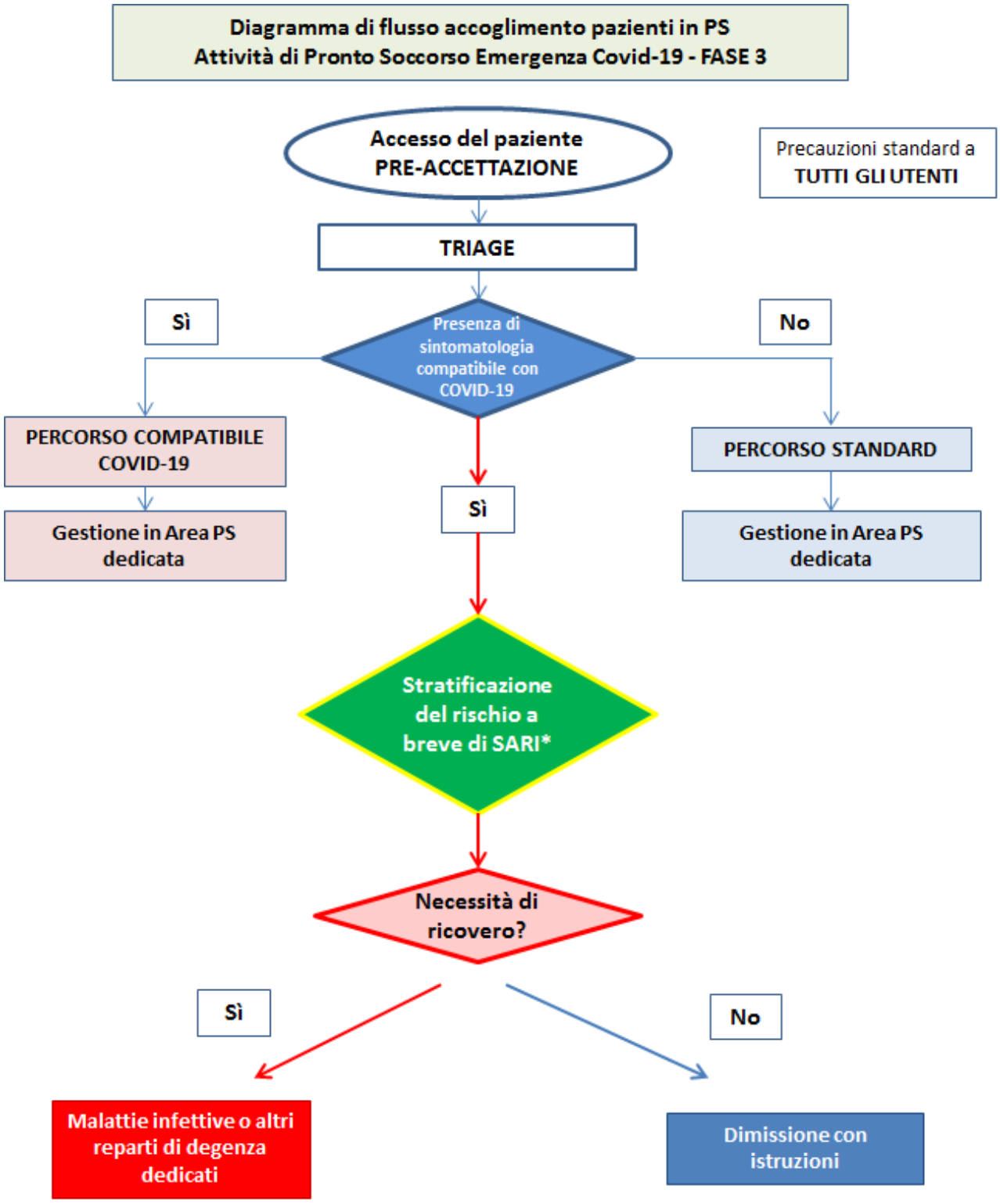
- verifica dell'esecuzione del tampone a pazienti dimessi verso RSA/strutture intermedie e verso il proprio domicilio, verificando che l'esito sia stato comunicato al MMG/PLS, all'ADI e/o ai vari servizi coinvolti nella presa in carico (es. cure palliative, ecc.);
- supporto alla gestione delle dimissioni/ammissioni o trasferimenti di pazienti COVID-19 verso i Centri COVID-19, ricevendo le richieste di trasferimento, organizzando gli accessi e i trasferimenti, registrando gli ingressi in entrata e uscita;
- supporto alla programmazione dei tamponi a domicilio, negli ambulatori dedicati e in tutte le strutture (sia per ospiti che per dipendenti del SSN);
- supporto all'attività programmatoria delle U.S.C.A. anche per la gestione dei tamponi nelle varie dimensioni aziendali (domicilio, strutture residenziali, strutture intermedie, ecc.).

Certificati Malattia

In caso di necessità di certificazione ai fini INPS per l'assenza dal lavoro, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al Medico di Medicina Generale in cui si dichiara che per motivi di Sanità Pubblica il soggetto è stato posto in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario, specificando la data di inizio e fine.

Come previsto dal DPCM del 8 marzo 2020, accertata la necessità di avviare la sorveglianza sanitaria e l'isolamento fiduciario o la quarantena a domicilio, l'operatore di Sanità Pubblica informa il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta da cui il soggetto è assistito anche ai fini dell'eventuale certificazione INPS (Circolare INPS HERMES 25 n. 716 del 25 febbraio 2020). Al fine di agevolare le misure cautelative per evitare la diffusione di SARS-CoV-2, si chiede ai Medici certificatori di malattia, all'atto della compilazione dei certificati dei soggetti interessati, di apporre chiaramente in diagnosi se si tratta di quarantena, isolamento fiduciario, febbre con sospetto di coronavirus, o in alternativa il codice V29.0 corrispondente a quarantena obbligatoria o volontaria, sorveglianza attiva, ecc.

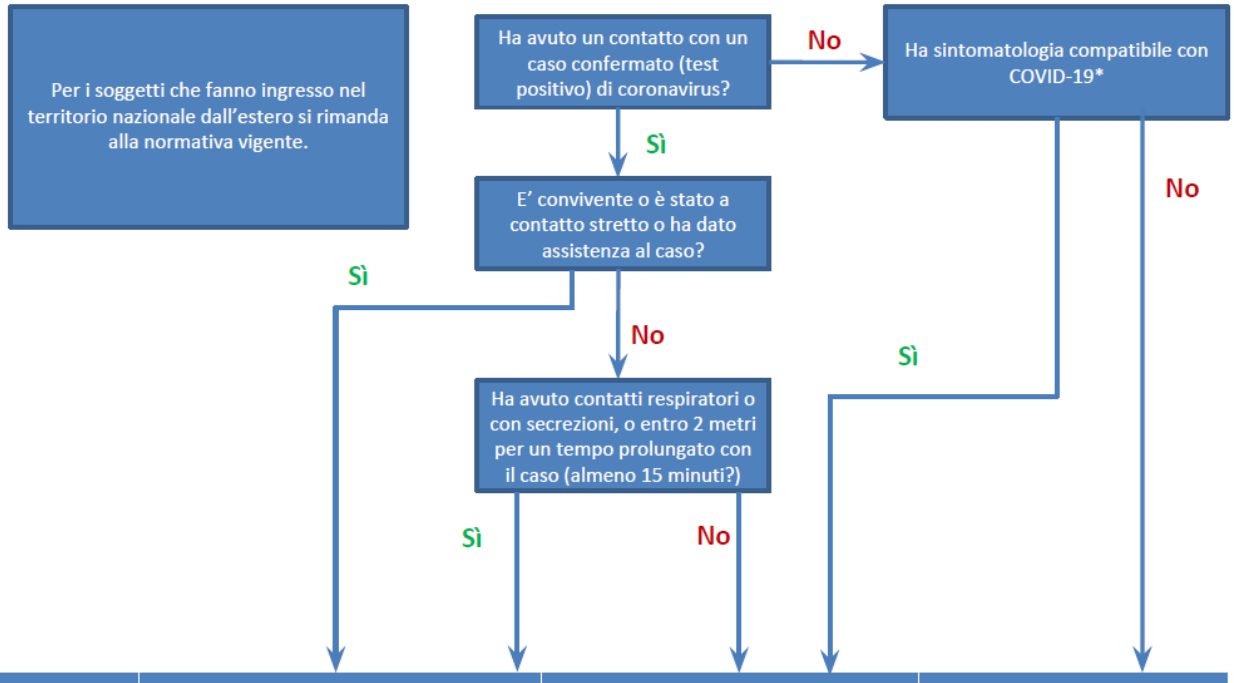
Allegato 8. Flow chart accoglimento pazienti in Pronto Soccorso Emergenza COVID-19 [38]



* SARI: Severe Acute Respiratory Infection

[38] *Flow-chart tratta dal documento "Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2 - COVID-19"*

Allegato 9. Flow-chart per la gestione telefonica (call center)



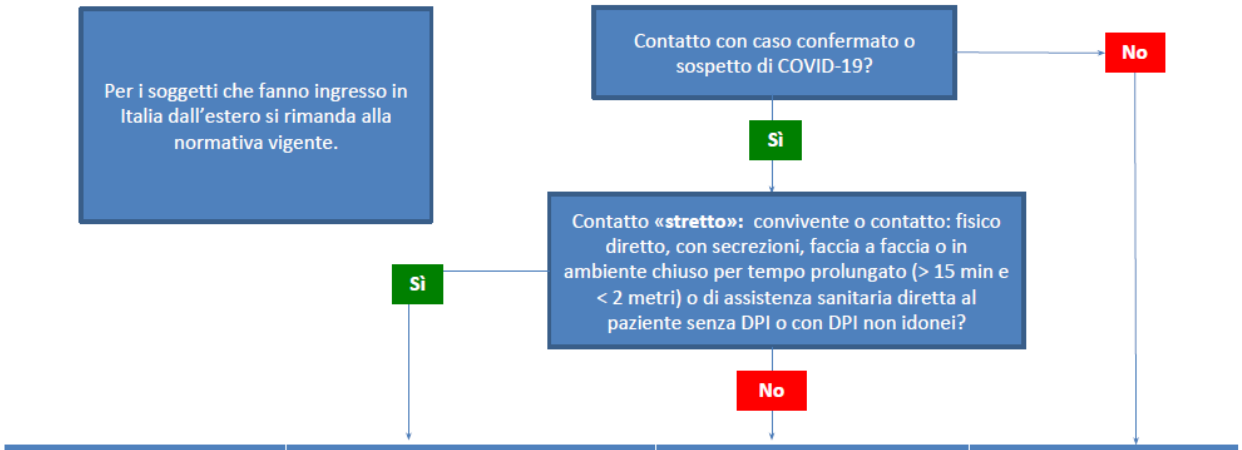
MISURE INDICATE	ALTO RISCHIO	BASSO RISCHIO	NESSUN RISCHIO IDENTIFICABILE
NESSUN SINTOMO	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena per 14 gg. Controlli insorgenza di febbre o tosse o altri sintomi sospetti*	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena a discrezione dell'operatore SISP Controlli insorgenza di febbre o tosse o altri sintomi sospetti*	Nessuna
FEBBRE E/O TOSSE E/O ALTRI SINTOMI SOSPETTI*	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena per 14 gg. Contatti telefonicamente il suo medico di medicina generale. (se difficoltà a respirare CHIAMARE 118)	Rilevare generalità e trasmettere a SISP e COT. Quarantena. Contattati telefonicamente il suo medico di medicina generale. (se difficoltà a respirare CHIAMARE 118)	Contatti telefonicamente il suo medico di medicina generale.

* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

Allegato 10. Flow-chart Triage MMG/PLS/MCA



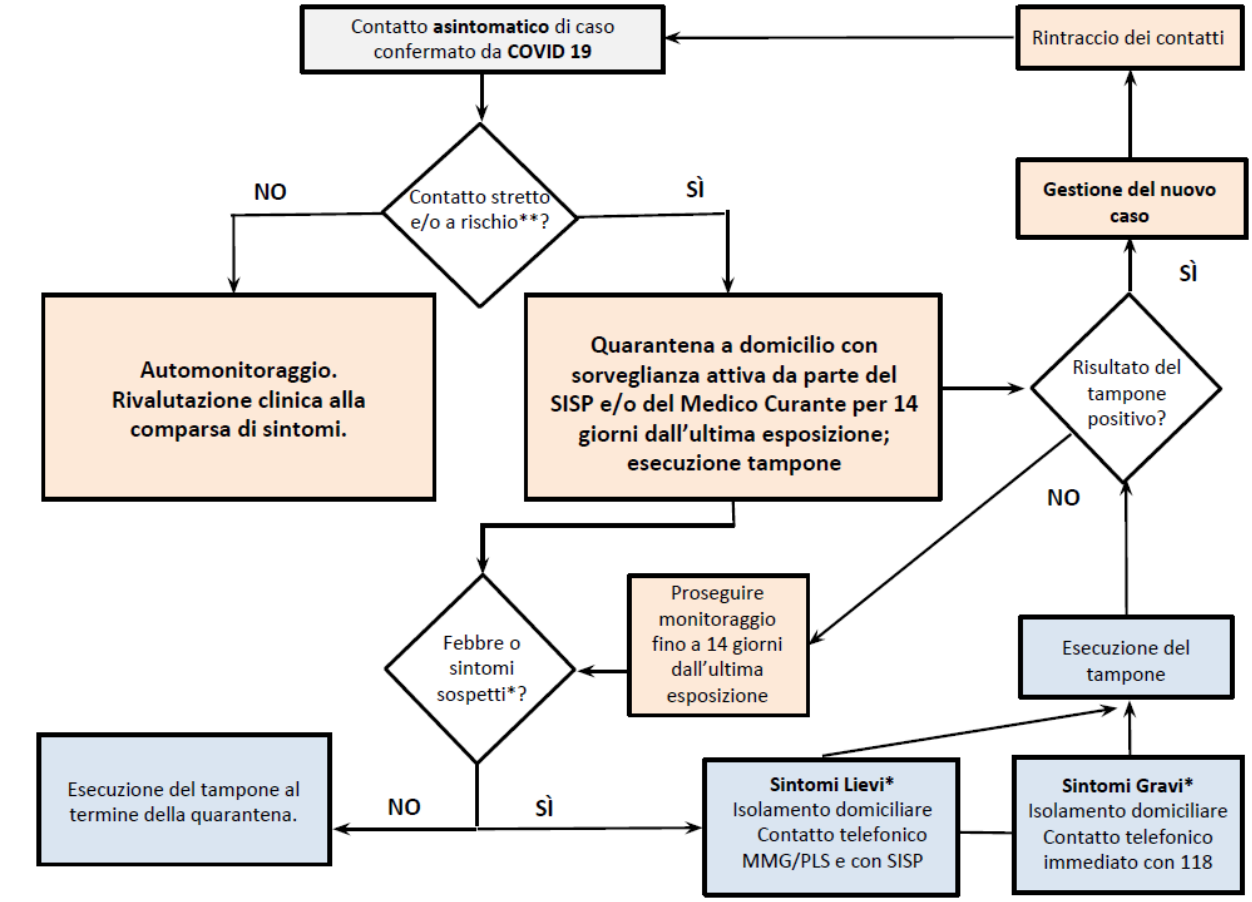
VALUTAZIONE CLINICA	CONTATTO AD ALTO RISCHIO	CONTATTO A BASSO RISCHIO	NESSUN TIPO DI CONTATTO
NESSUN SINTOMO	Paziente: Quarantena domiciliare per 14 gg; **Medico: Comunicazione alla COT/SISP** SISP: sorveglianza attiva per 14 gg	Paziente: attenersi alle disposizioni dell'operatore SISP, Auto-monitoraggio **Medico: comunicazione alla COT/SISP** SISP: quarantena per 14 giorni a discrezione dell'operatore SISP	**Paziente: attenersi alle disposizioni generali Rassicurazione**
SINTOMATOLOGIA LIEVE/MODERATA (che non richiede l'ospedalizzazione)*	Paziente: Isolamento domiciliare immediato per 14 gg; **Medico: Valutazione clinica, presa in carico, comunicazione alla COT/SISP** SISP: sorveglianza attiva per 14 gg	Paziente: Isolamento domiciliare immediato secondo disposizioni dell'operatore SISP **Medico: Valutazione clinica, presa in carico, comunicazione alla COT/SISP** SISP: valutare sorveglianza attiva	Paziente: Evitare contatti stretti; **Medico: Valutazione clinica, presa in carico, comunicazione alla COT**
SINTOMATOLOGIA GRAVE (che richiede l'ospedalizzazione)*	Paziente: Isolamento immediato **Medico: Chiamare il 118 e comunicazione alla COT/SISP**	Paziente: Isolamento immediato **Medico: Chiamare il 118 e comunicazione alla COT/SISP**	**Medico: Chiamare il 118**

* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

Allegato 11. Flow-chart per la gestione dei contatti asintomatici di caso



Adattata da: Contact tracing: Public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union - second update, 9 aprile 2020

* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

** Sulla base delle valutazioni dell'operatore SISP.

Allegato 12. Elenco dei Laboratori di Microbiologia Autorizzati per l'esecuzione dei test

I test microbiologici per la ricerca diretta di SARS-CoV-2 sono effettuati presso i laboratori di Microbiologia delle seguenti Aziende:

- Laboratorio di Virologia, Dip. Medicina Molecolare, Università degli Studi di Padova, via Gabelli 63, Padova
- Microbiologia e Virologia, Az. Universitaria Integrata di Verona, Ospedale Borgo Roma, P.le L.A. Scuro 10, Verona
- UOSD Laboratorio, ULSS 1 Dolomiti, Viale Europa, 22, Belluno
- UOC Microbiologia, ULSS 2 Marca Trevigiana, Piazzale Ospedale, 23, Treviso
- UOC Microbiologia, Ospedale dell'Angelo, ULSS 3 Serenissima, Via Paccagnella 11, Mestre (VE)
- UOC Medicina di laboratorio, ULSS 5 Polesana, Viale Tre Martiri, 140, Rovigo
- UOC Microbiologia, Ospedali Riuniti Padova Sud, ULSS 6 Euganea, Via Albere, 30, Monselice PD
- UOC Medicina di Laboratorio, Osp. San Bassiano, ULSS 7 Pedemontana, Via Dei Lotti, 40, Bassano del Grappa (VI)
- UOC Microbiologia, ULSS 8 Berica, Viale Rodolfi, 37, Vicenza
- UOC Laboratorio Analisi di Legnago, ULSS 9 Scaligera, Via Carlo Gianella, 1, Legnago (VR)
- UOSD Laboratorio Analasi di San Bonifacio, ULSS 9 Scaligera, Via Circonvallazione, 1, San Bonifacio (VR)
- UOS Laboratorio Analisi di Villafranca, ULSS 9 Scaligera, Via Ospedale 2, Villafranca di Verona (VR)
- Laboratorio diagnostica, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, Viale dell'Università, 10, Legnaro (PD)
- IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, Via Don A. Sempreboni, 5, San Vito di Negrar (VR)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 23/07/2020 | Protocollo n. 17361 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Verbale Comitato Tecnico Scientifico COVID_19 – 9ª riunione del 22.7.2020

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il verbale dell'incontro del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 tenutosi in videoconferenza il 22.7.2020.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Verbale Comitato scientifico Coronavirus (ex DGR 269/2020) – 9ª riunione

22/7/2020 ore 14:00-15:00

Riunione tenutasi in modalità Videoconferenza

Presenti:

Dr. Mario Saia, Prof. Paolo Navalesi, Prof. Andrea Vianello, Prof. Vincenzo Baldo, Dr.ssa Annamaria Cattelan, Prof.ssa Evelina Tacconelli, Prof.ssa Liviana Da Dalt, Prof. Andrea Crisanti, Dott. Michele Tonon

Nel corso dell'incontro sono state discusse le osservazioni inerenti al documento "*Emergenza Covid-19 Fase 3. Procedura regionale Nuovo Coronavirus (SARS- CoV-2) Rev.04 del 9.7.2020"* pervenute da parte dei componenti il Comitato Scientifico per via telematica che si riportano di seguito per il recepimento delle stesse.

Osservazioni da parte di Baldo, Crisanti, Vianello, Navalesi e Cattelan

Pagina 5, Punto 1.1. inserire: "La definizione di caso si basa sulle informazioni attualmente disponibili e può essere modificata in base all'evoluzione delle conoscenze scientifiche".
Pagina 5, Punto 3: del caso sospetto aggiungere tra la sintomatologia "i sintomi non respiratori (ad es. anosmia, ageusia e seppur raramente sintomi gastrointestinali, eruzioni cutanee e congiuntiviti)"
Pagina 6, cap.1.4.1 ultimo paragrafo da sostituire: "non è raccomandato effettuare ulteriori test se non in caso di ricomparsa di quadro clinico sospetto. Il soggetto con tampone persistentemente positivo (almeno dopo 30 gg. di positività) in assenza di sintomatologia clinica dovrebbe eseguire coltura virale per escludere l'infettività".
Pagina 7, punto 2.1: da aggiungere a fine elenco "tutti i soggetti ospedalizzati. Inoltre l'accesso ai servizi durante il ricovero non richiede esecuzione di ulteriore test diagnostico per SARS-COV2".
Pagina 7, cap 2.2, 4° punto da togliere in quanto i soggetti asintomatici e paucisintomatici potrebbero non sviluppare anticorpi.
Pagina 8, cap.3: inserire "in questa fase epidemiologica caratterizzata da bassa prevalenza, i test positivi al tampone con CT>30 dovrebbero essere ripetuti per migliorare il valore predittivo positivo che è in funzione della prevalenza e dei falsi positivi"
Pagina 8: ultima frase manca "all'"
Pagina 9, cap.4: togliere "con depressione respiratoria severa" e sostituire con "distress respiratorio, ipossiemia severa".
Pagina 24, tab.1: evidenziare la necessità che il paziente indossi sempre mascherina chirurgica". E aggiustare la tabella in modo tale che si evinca che "gli operatori a contatto con pazienti COVID-19 positivi o con sintomi respiratori è indicata almeno la mascherina FFP2.
Da segnalare inoltre che l'utilizzo di dispositivi FFP2 e FFP3 con valvola richiedono anche, in caso di contatti, di indossare la mascherina chirurgica".
Pagina 33, nelle due tabelle "in caso di contatto confermato" in n.b. sostituire con nota a pag.6.
Pagina 41: togliere "a rischio" nella flow-chart.

Coprire la maschera valvolata con mascherina chirurgica

Osservazioni da parte della prof.ssa Da Dalt:

Mi permetto di fare una osservazione sulla definizione di caso sospetto in età pediatrica. La letteratura di questi mesi (e anche la nostra esperienza) evidenziano come nei bambini più che negli adulti un sintomo di presentazione della malattia sia dato dalle manifestazioni gastrointestinali (diarrea e vomito) riportati fino al 20% dei pazienti, talora anche in assenza di sintomi respiratori (che pur, anche nel bambino, soni i più comuni). Allego come riferimento un solo lavoro, tra i più recenti, eseguito si scala europea (Götzinger F et Al. COVID-19 in children and adolescents in Europe: a multinational, multicentre cohort study. Lancet Child Adolesc Health. 2020 Jun 25; S2352-4642(20)30177-2)

La proposta è quindi, per il bambino, di usare i criteri che già abbiamo riportato nel nostro documento di aprile scorso 'Gestione ospedaliera del bambino/adolescente con sospetta o accertata infezione da SARS-Cov-2', che il tavolo tecnico ha approvato.

Tali criteri sono:

Bambino/adolescente con:

febbre (TC >37,5 C ascellare)

e/o

sintomi respiratori (rinite, tosse e dispnea)

e/o

sintomi gastrointestinali (vomito, diarrea, inappetenza)

con o senza contatto stretto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti.

Osservazioni da parte della prof.ssa Tacconelli:

Il documento sembra suggerire (pag. 7) che lo screening con tampone naso faringeo nella Fase 3 sia da effettuare solo ai pazienti con sintomi respiratori o con sintomatologia sospetta per COVID-19. Vista la prevalenza dell'infezione attuale concordo con l'approccio ma credo sia necessario renderlo piu' chiaro nel testo. Al momento attuale, seguendo le indicazioni della Regione, tutti i pazienti che si recano in PS o che effettuano un ricovero programmato vengono sottoposti a tamponi naso-faringei.

Nella tabella 1 si consiglia ai pazienti senza sintomi respiratori di non usare la mascherina. Sconsiglierei questo approccio soprattutto in PS ed aree comuni; tale procedura renderebbe inoltre estremamente problematico anche il contact tracing in caso di paziente identificato tardivamente come SARS-CoV-2 positivo senza sintomi respiratori.

Nel testo non si fa riferimento al problema dei "falsi positivi" che proprio per la bassa prevalenza sono un problema importante da affrontare in particolare per la gestione dei ricoveri in ambiente ospedaliero; tutte le Aziende hanno sviluppato indicazioni proprie ma sarebbe davvero utile se il CTS potesse fornire qualche indicazione /chiarimento; da discuterne nel caso nella riunione di domani

Punto minore: potrebbe essere utile la creazione di un accesso rapido a mediatori culturali per la gestione dei contact tracing; data la variazione del quadro epidemiologico un gran numero di soggetti attualmente positivi non sono di nazionalità italiana e non parlano lingue di facile accesso agli operatori (inglese, francese o tedesco).

Osservazioni da parte del dott. Zambon:

- *L'uso dei guanti da parte degli utenti pronto soccorso e accompagnatori: sconsigliato (pagina 9, setting ospedaliero).*
- *Allegato 1 su procedure di vestizione e svestizione*
- *Importante: Allegato 2 sulla protezione degli operatori. Secondo la Tabella i pazienti in Triage non devono indossare la mascherina (forse leggo male la Tabella?) anche in assenza di sintomi respitatori. In realtà nessun paziente viene ammesso in ospedale senza mascherina. Peraltro è ben specificato nel primo*

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

paragrafo 4.1.1, pagina 9, accesso in PS, che tutti gli utenti devono essere dotati di mascherina chirurgica. Lo stesso vale per altri punti nella stessa Tabella.
Nel documento, sempre pagina 9, si fa riferimento al percorso compatibile COVID19 e al fatto che il caso sospetto sosta in spazi dedicati del PS fino all'arrivo del referto del tampone.
Per una revisione successiva del documento, quando saremo in periodo influenzale dove molti dei pazienti in PS arriveranno come "sospetti", potrebbe aver senso dividere ulteriormente zone funzionali del PS in zone a basso ed alto rischio, con relativo aumento dello standard delle misure PCI.

Il Coordinatore
Dott. Mario Saia

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico Assistenziale
governo.clinico@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 0412791344

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 10/02/2020 | Protocollo n. 16035 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Scientifico Covid-19. Protocollo per la gestione di soggetti con patologie croniche nelle palestre della salute.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il documento "*Protocollo per la gestione di soggetti con patologie croniche nelle palestre della salute*", sottoposto ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020 ed approvato telematicamente in data odierna.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PROTOCOLLO PER LA GESTIONE DI SOGGETTI CON PATOLOGIE CRONICHE NELLE PALESTRE DELLA SALUTE

Al fine di accogliere i cittadini con patologie croniche, le Palestre della Salute garantiscono il rispetto delle norme vigenti in materia di igiene e distanziamento. In aggiunta a quanto previsto per le normali palestre, i laureati magistrali in scienze motorie che operano nella rete territoriale hanno completato un percorso formativo che comprende le misure di contenimento del rischio infettivo. A loro è chiesta la massima collaborazione a:

- controllare l'igiene degli ambienti e della strumentazione
- identificare una fascia oraria di allenamento non compresa tra quelle tipicamente a più alta affluenza ed evitare la permanenza dell'utente in luoghi chiusi negli orari di maggiore affollamento
- rispettare scrupolosamente le misure di distanziamento, eventualmente delimitando le postazioni per l'allenamento in modo da garantire una distanza di almeno 2 metri tra gli individui che si allenano
- attento monitoraggio della respirazione durante gli esercizi, volto a garantire un controllo continuo della fase espiratoria, ad evitare la manovra di Valsalva e gli esercizi che inducono sputum
- utilizzo della mascherina da parte dell'operatore e dell'utente.

La direzione della palestra è tenuta ad informare gli utenti riguardo la necessità di indossare la mascherina e il divieto di accesso per gli individui con febbre (TC > 37.5°c), sintomi influenzali o sintomi respiratori. Vanno rispettate le seguenti indicazioni in materia di:

Effetti personali:

- Devono essere utilizzate calzature apposite
- Gli oggetti personali (es. telefoni o altri device) vanno riposti in una borsa chiusa e non possono essere condivisi con gli altri utenti o con il personale della palestra
- Se è indicato l'utilizzo di un cardiofrequenzimetro, questo deve essere personale e possibilmente già indossato al momento dell'arrivo in palestra
- Viene incoraggiata la misurazione della pressione arteriosa a domicilio o con un apparecchio personale, in modo da limitare l'utilizzo promiscuo dello sfigmomanometro. Qualora la pressione arteriosa venga rilevata in palestra, l'apparecchio andrà disinfettato con prodotti idonei prima dell'utilizzo e devono essere impiegati sottobracciali usa e getta.
- Gli utenti giungono possibilmente in palestra con l'abbigliamento già adeguato all'allenamento, riservare un'area specifica per eventuali cambi da poter disinfettare e sanificare dopo ogni utilizzo.

Igiene della strumentazione:

Disinfezione di tutta la strumentazione utilizzata nel corso dell'allenamento dopo ogni utilizzo, da parte del personale della palestra. Non è ammesso l'utilizzo di strumentazione non igienizzabile.

Distanziamento:

La distanza minima deve essere di due metri dall'utente che svolge attività fisica.

Vanno evitati lo stazionamento e l'assembramento di persone anche nelle aree di transito o di attesa.

INDICAZIONI OPERATIVE PER IL LAUREATO MAGISTRALE IN SCIENZE MOTORIE:

Le seguenti disposizioni riguardano la ripresa del programma di esercizio fisico strutturato in palestra, in modo da far riprendere all'utente l'attività in maniera graduale.

1. In occasione della prima seduta dopo l'interruzione, verificare:

- *Esercizio fisico svolto autonomamente nel periodo di chiusura della palestra:*

  - Frequenza (numero di sedute settimanali)
  - Tipo (esercizio aerobico, di forza o entrambi)
  - Durata delle sedute di esercizio
  - Monitoraggio: valutare se l'utente ha tenuto traccia delle sedute di esercizio tramite compilazione di un diario o tramite applicazione collegata al cardiofrequenzimetro
  - Intensità: valutare se la sensazione di affaticamento percepita era adeguata e compatibile con gli esercizi prescritti

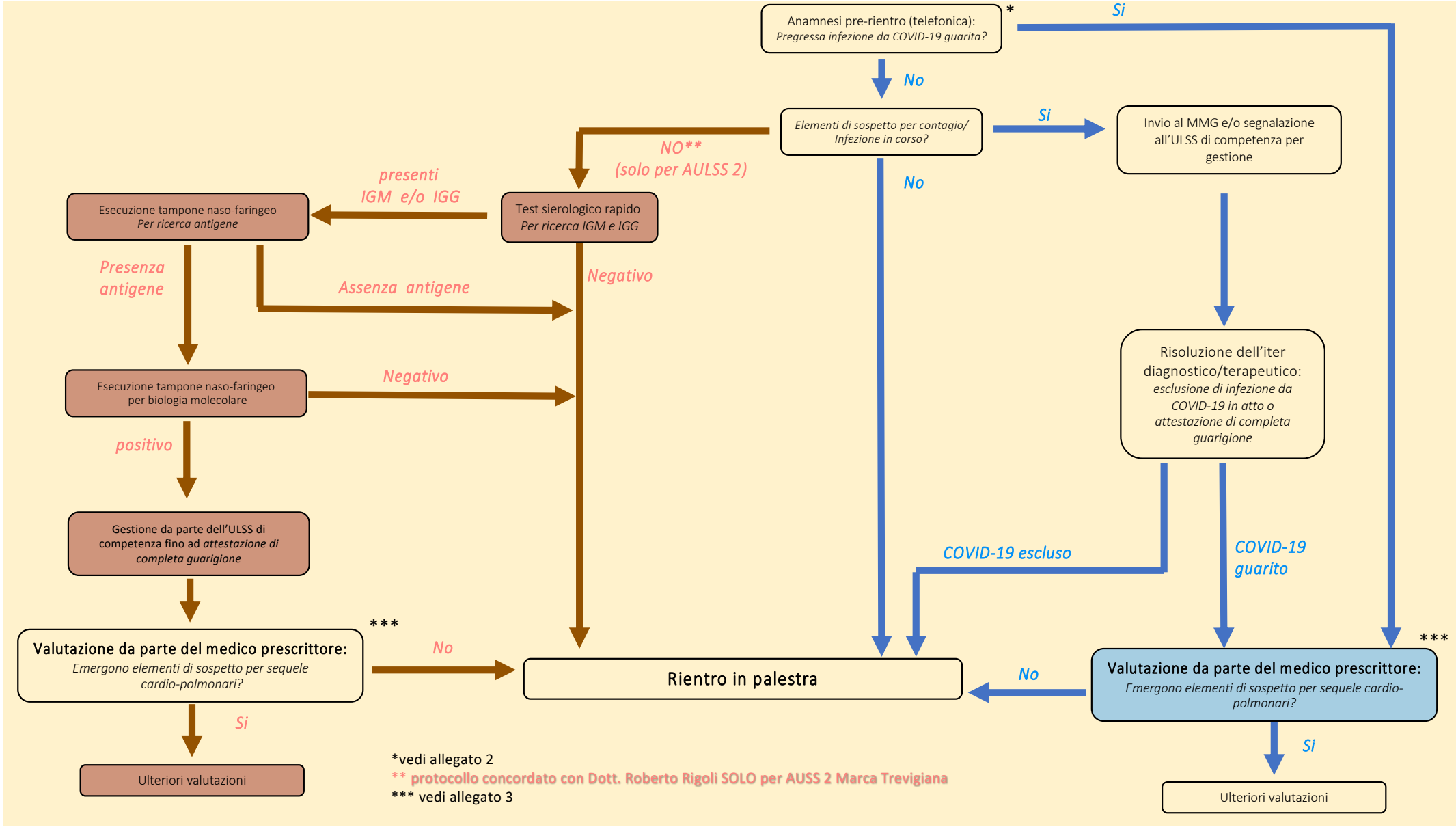
- *Validità della prescrizione di esercizio*

  - La prescrizione è in corso di validità: procedere al punto 2
  - La prescrizione non è più valida: inviare presso il centro di prescrizione

2. Proseguire come descritto nei possibili casi:

   - *Nessuna seduta di esercizio:* controllare i carichi di lavoro (wattaggio e velocità) e la durata della seduta di esercizio prima della chiusura, riprendere con brevi sessioni di esercizio aerobico, da 10-15 minuti, riducendo i carichi ad un'intensità lieve-moderata e monitorando la fatica percepita (scala di Borg). Gli esercizi di forza, se indicati nella prescrizione, possono essere ripresi riducendo i carichi e monitorando la fatica percepita. Nelle successive settimane, se la tolleranza all'esercizio è adeguata, aumentare gradualmente il carico fino a raggiungere quello prescritto.
   - *Sedute di esercizio non regolari e/o non monitorate:* indagare le modalità, la dose e il tipo di attività fisica praticata a casa e verificare se l'utente si è attenuto alla prescrizione. Ricominciare con brevi sessioni di esercizio aerobico, da 10-15 minuti, riducendo i carichi ad un'intensità lieve o moderata e monitorare l'intensità dello sforzo (scala di Borg). Gli esercizi di forza, se indicati nella prescrizione, possono essere ripresi riducendo inizialmente i carichi e monitorando la fatica percepita. Nelle sedute seguenti, se la tolleranza all'esercizio è adeguata, aumentare gradualmente il carico fino a raggiungere quello prescritto.
   - *Sedute di esercizio costanti e monitorate:* se è presente un report degli allenamenti svolti nel periodo della chiusura, riprendere l'esercizio in base ai dati registrati ed eventualmente incrementare la dose di esercizio fino a tornare al target della prescrizione.

ALLEGATO 1



*vedi allegato 2

** protocollo concordato con Dott. Roberto Rigoli SOLO per AUSS 2 Marca Trevigiana

*** vedi allegato 3

ALLEGATO 2

Anamnesi telefonica per utenti afferenti alle Palestre della Salute.

L'utente è guarito da infezione da SARS-CoV-2?

Un familiare dell'utente è guarito da infezione da SARS-CoV-2?

L'utente ha avuto nei 21 giorni precedenti la telefonata sintomi quali: febbre, tosse, dispnea, diarrea, dolori muscolari diffusi, perdita dell'olfatto o del gusto?

Un familiare convivente o contatto stretto (parente, colf, altro..) ha avuto nei 21 giorni precedenti la telefonata: febbre, tosse, dispnea, diarrea, dolori muscolari diffusi, perdita dell'olfatto o del gusto?

L'utente è in attesa di tampone?

ALLEGATO 3

Indagini raccomandate per la valutazione di utente afferente alle Palestre della Salute con pregressa infezione da SARS-CoV-2.

Valutazioni proposte:

- Visita medica
- ECG
- Misurazione della pressione arteriosa
- Test funzionale
- Eventuali altre valutazioni integrative in base alle comorbidità e problematiche del soggetto.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 29/06/2020 | Protocollo n. 14651 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Comitato Scientifico Covid-19. Linee di indirizzo strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale. Modifiche ed integrazioni.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Si trasmette in allegato alla presente la richiesta di modifiche ed integrazioni al documento in oggetto proposta dal Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, approvata integralmente per via telematica dal Comitato Scientifico ex DGR n. 269 del 2.3.2020.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

Alla c.a. del Comitato Tecnico Scientifico della Regione del Veneto.

Nel contesto della riammissione degli ospiti nelle strutture residenziali a seguito di ricovero in strutture ospedaliere, in considerazione delle indicazioni contenute all'interno dell'Allegato A all'Ordinanza n.61 del 22 giugno 2020 "*Linee di indirizzo strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale*", al fine di rendere più sostenibile da un punto di vista organizzativo l'iter cautelativo raccomandato nell'ambito di un ricovero la cui causa non sia riconducibile ad infezione da SARS-CoV-2, la scrivente Direzione chiede un Vostro cortese parere in merito a quanto segue.

Per i ricoveri di durata superiore alle 48 ore si propone di adottare il seguente iter:

- Eseguire un tampone prima della dimissione dalla struttura ospedaliera;
- In caso di esito negativo dimettere il soggetto presso la struttura residenziale mantenendo un attento monitoraggio delle condizioni cliniche per tutti i successivi 14 giorni;
- Eseguire un secondo tampone a distanza di 5-7 giorni dal precedente.

Per i ricoveri di durata inferiore a 48 ore e/o le permanenze prolungate in Pronto Soccorso (es. Osservazione Breve Intensiva) si propone di adottare il seguente iter:

- Eseguire un tampone contestualmente alla dimissione dalla struttura ospedaliera;
- Mantenere il soggetto in quarantena presso l'area di accoglienza temporanea della struttura residenziale fino alla restituzione dell'esito;
- In caso di esito negativo, riammettere il soggetto alla vita comunitaria, mantenendo un attento monitoraggio delle condizioni cliniche per tutti i successivi 14 giorni.

In attesa di Vostro cortese riscontro,
si porgono distinti saluti.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 22/06/2020 | Protocollo n. 13317 Class. | Allegati n. 2

Oggetto: Comitato Scientifico Covid-19. Approvazione documenti "*Emergenza COVID-19. Fase 3. Linee di indirizzo - Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale*" e "*Emergenza COVID-19. Fase 3. Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici (DGR 344/2020 e successive modifiche ed integrazioni)*".

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Si trasmettono in allegato alla presente i due documenti in oggetto, proposti dal Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, approvati telematicamente dal Comitato Scientifico ex DGR n. 269 del 2.3.2020.

Nulla da eccepire per quanto concerne il documento denominato "*Emergenza COVID-19. Fase 3. Linee di indirizzo - Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale*", mentre per il secondo, recante "*Emergenza COVID-19. Fase 3. Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici (DGR 344/2020 e successive modifiche ed integrazioni)*", oltre alla modifica di seguito descritta si riportano una serie di osservazioni e proposte.

Al punto 3 "*Screening per la ricerca di SARS-CoV-2*" tra le situazioni nelle quali effettuare la ricerca diretta del virus SARS-CoV-2 tramite tampone per finalità di screening è stata aggiunta quella riportata al punto b), ovvero anche nel caso di "*pazienti che accedono agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta sulla base dalla valutazione della sintomatologia*".

Per quanto concerne poi la periodicità per l'effettuazione del tampone di screening, in considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, si ritiene possibile mantenere il medesimo intervallo sia per le RSA che per le strutture ospedaliere che si propone pari a 30 giorni.

Si propone infine, nella prospettiva di individuare e tracciare tutti i possibili casi sia sintomatici che asintomatici, di prevedere l'effettuazione del tampone nasofaringeo anche a fine quarantena e di precisare la tempistica di esecuzione del tampone per l'accesso agli ambulatori/servizi di diagnostica interventistica, anche superando il limite dell'effettuazione nelle 48 ore precedenti.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

Emergenza
COVID-19
“Fase 3”

Linee di indirizzo
Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SOMMARIO

Premessa 2

Indicazioni operative "fase 3" 4
1. Misure generali di prevenzione e protezione 4
2. Accessi di persone esterne (familiari/congiunti e operatori esterni) 4
2.1. Protocolli specifici per le visite di familiari e altri congiunti 5
2.2. Sensibilizzazione e formazione dei visitatori 6
2.3. Fornitori, manutentori e altri operatori esterni 6
3. Nuovi ingressi e riammissioni in struttura 7
3.1. Nuovi ingressi 7
3.1.1. Area di accoglienza temporanea 7
3.1.2. Modalità di accoglimento di un nuovo ospite 7
3.1.3. Verifiche propedeutiche 8
3.1.4. Saggi diagnostici e protocolli di monitoraggio 8
3.2 Riammissioni in struttura e trasferimenti interni 9
3.2.1. Rientro da Pronto Soccorso o da Poliambulatorio 9
3.2.2. Trasferimenti interni alla struttura residenziale 9
3.2.3. Rientro da ricovero ospedaliero 9
3.2.4. Altre casistiche 10
4. Indicazioni specifiche per tipologia di struttura 10
4.1 Strutture residenziali 10
4.2 Strutture semiresidenziali 11
4.2.1. Servizi semiresidenziali per persone con disabilità 11
4.2.2. Servizi semiresidenziali dell'area salute mentale 12
4.2.3. Servizi semiresidenziali per anziani 12
4.2.4. Centri Sollievo 12
5. Prevenzione vaccinale nelle strutture residenziali per anziani 13
6. Medicina necroscopica nelle strutture residenziali per anziani 13
7. Formazione 14

Allegato 1. Checklist di valutazione all'ingresso del visitatore 15

Allegato 2. FAC-SIMILE N° 1 - PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA 17

Premessa

Le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere dedicate ad anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale, presentano delle caratteristiche che richiedono una particolare attenzione nelle strategie di sanità pubblica finalizzate al contenimento della diffusione di SARS-CoV-2 in tali contesti di vita.

La popolazione ospite delle strutture residenziali per **anziani**, che nella maggioranza dei casi è costituita da soggetti di età superiore ai 65 anni, affetti da patologie croniche, neurologiche e da disabilità, rappresenta una categoria particolarmente fragile e a maggior rischio di infezione da SARS-CoV-2 e di sviluppare una forma severa con evoluzione potenzialmente grave della malattia.

Nelle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere sono, inoltre, ospitati anche soggetti affetti da **disabilità**, da **patologie psichiatriche** e persone con **dipendenza** da sostanze/gioco d'azzardo, persone più vulnerabili rispetto alla popolazione generale a causa delle peggiori condizioni di salute in quanto maggiormente esposte a fattori di rischio quali fumo, uso di droghe, scarsa igiene, stress psico-fisico, cattiva alimentazione o pregresse patologie infettive e croniche. Sono, quindi, da considerarsi anch'essi soggetti fragili e potenzialmente a maggior rischio di infezione da SARS-CoV-2.

Infine, nei luoghi chiusi il virus può essere introdotto e circolare tramite il personale lavorativo, i nuovi ingressi o i familiari in visita. All'interno di comunità chiuse, quali possono essere, ad esempio, anche le comunità educative per **minori**, i primi casi sospetti vanno tempestivamente diagnosticati per identificare rapidamente i focolai e garantire adeguate misure di contenimento.

Pertanto, nello scenario epidemiologico attuale, è necessaria la massima attenzione nei confronti di tali gruppi di popolazione nell'ambito delle strategie regionali di prevenzione e controllo dell'epidemia. I dati ad oggi disponibili evidenziano che la diffusione di SARS-CoV-2 ha avuto un impatto rilevante nelle categorie sopracitate, in particolare nei soggetti più anziani e in coloro presentano delle condizioni cliniche che espongono ad un maggior rischio di complicanze.

Tuttavia, in relazione ai dati raccolti, che sono in continua fase di consolidamento, si evidenzia ad oggi un andamento decrescente del trend epidemiologico, con una trasmissione virale locale limitata anche nella popolazione anziana e in quella ospite delle residenze extraospedaliere. Complessivamente si continua ad osservare un decremento nel numero di nuovi casi diagnosticati nell'ultima settimana rispetto alle settimane precedenti. Contemporaneamente si assiste ad una progressiva diminuzione dei ricoveri e dei decessi correlati a COVID-19.

Inoltre, in considerazione della richiesta da parte Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto, ad inizio aprile, di avviare una "Valutazione del rischio" mirata per ogni singola Struttura Residenziale per anziani ad opera delle Aziende ULSS, per mezzo di un team operativo multidisciplinare e di strutturare conseguentemente un Piano di Sanità Pubblica a cura del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari, viene ampliata la tutela sanitaria del suddetto target di popolazione ospite delle strutture residenziali per anziani.

I modelli organizzativi delineati in tale Piano, in linea con le raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità, contengono le misure di prevenzione e altre azioni specifiche da attuarsi nello specifico contesto della struttura con il supporto dei Dipartimenti di Prevenzione, oltre che misure di monitoraggio circa l'adempimento delle

indicazioni fornite ad ogni singola struttura.

Considerati da un lato l'andamento attuale dell'epidemia e la graduale riapertura delle attività produttive della "fase 2" con il connesso tendenziale allentamento del distanziamento sociale, e dall'altro l'elevato fabbisogno assistenziale delle categorie più fragili, si ritiene di aggiornare le indicazioni già impartite, al fine di permettere alle strutture residenziali e semiresidenziali di garantire il servizio di assistenza con la massima sicurezza e nel rispetto delle disposizioni per il contenimento dell'epidemia in atto, riducendo il rischio di infezione da SARS-CoV-2 negli ospiti e negli operatori.

Risulta necessario, infatti, provvedere a rafforzare ulteriormente alcune misure di prevenzione e contrasto alla diffusione del virus all'interno delle suddette strutture, al fine di gestire con maggior sicurezza sia l'accesso di nuovi ospiti non autosufficienti e non assistibili a domicilio, supportando le famiglie sulle quali durante il periodo emergenziale ha gravato il lavoro di cura e di assistenza, sia le visite in struttura da parte di familiari e/o conoscenti, considerato il loro valore affettivo e sociale, di particolare rilevanza per il benessere psico-fisico delle persone istituzionalizzate.

Pertanto, le indicazioni di seguito formulate trovano applicazione nei confronti di anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale, categorie già indicate nella nota regionale prot. n. 122366/2020, compatibilmente con le specificità di detti *target* di utenza e di ogni singola struttura.

Le presenti *Linee di indirizzo per le Strutture semiresidenziali e residenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale c*ostituiscono una versione ad interim, che fornisce indicazioni valide per la gestione dell'attuale scenario epidemiologico e andrà rivalutata nel tempo in considerazione delle eventuali nuove indicazioni di carattere scientifico, delle raccomandazioni nazionali ed internazionali e in funzione dell'evoluzione dell'epidemia. Cambiamenti significativi della situazione epidemiologica o di altre variabili di contesto comporteranno l'aggiornamento del documento.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Indicazioni operative “fase 3”

Le indicazioni di cui al presente provvedimento vanno adattate ad ogni singola struttura, individuando le misure più efficaci in relazione al contesto specifico.

1. Misure generali di prevenzione e protezione

Le misure generali di prevenzione e mitigazione del rischio non derogabili, in quanto fattori di protezione “chiave” in ogni contesto di comunità (strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da patologie psichiatriche, persone con dipendenza da sostanze/gioco d’azzardo, minori), includono le seguenti azioni e comportamenti igienico-sanitari standard rispetto ai quali l’ente gestore deve provvedere sensibilizzando gli ospiti/utenti e gli operatori:

- praticare frequentemente l’igiene delle mani con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi o con soluzioni/gel a base alcolica e in tutti i momenti raccomandati (prima e dopo il contatto interpersonale, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo il contatto con le superfici);
- evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;
- tossire o starnutire all’interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;
- evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori;
- in caso di febbre e/o sintomi respiratori (e/o gastrointestinali in particolare nei bambini) non uscire di casa e contattare il proprio medico curante;
- indossare la mascherina ed eseguire l’igiene delle mani prima di indossarla e dopo averla rimossa ed eliminata;
- praticare un’accurata igiene degli ambienti e delle superfici con particolare attenzione a quelle che più frequentemente vengono toccate o manipolate o sulle quali possono depositarsi goccioline prodotte con il respiro, il parlato o colpi di tosse e starnuti;
- aerare frequentemente i locali e privilegiare le attività all’aria aperta evitando i luoghi chiusi e affollati.

Nell’obiettivo di garantire il distanziamento interpersonale ed evitare assembramenti di persone all’interno delle strutture residenziali e semiresidenziali, a tutela sia degli ospiti/utenti sia dei visitatori/fornitori, si raccomanda che gli enti gestori, d’intesa con il Medico Competente e il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), provvedano ad organizzare gli accessi alla struttura secondo criteri che riducano il più possibile il numero di persone compresenti, rendendolo compatibile con gli spazi disponibili.

2. Accessi di persone esterne (familiari/congiunti e operatori esterni)

L’ente gestore deve porre in atto ogni possibile misura tesa ad evitare l’ingresso, anche temporaneo, nella struttura di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19, in quanto ciò rappresenta un fondamentale aspetto di prevenzione e protezione. In particolare, l’ente gestore deve impedire l’accesso a persone che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di COVID-19 sospetti/probabili/confermati negli ultimi 14 giorni.
A tal fine è necessario mettere in atto un sistema di valutazione per chiunque debba accedere alla struttura residenziale o semiresidenziale in modo tale da consentire l’identificazione immediata di persone che presentino

sintomi simil-influenzali (tosse secca, dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito) e/o febbre. Si raccomanda che tale valutazione preveda:

- misurazione della temperatura (con termometri a distanza che non comportano il contatto, o termoscanner fissi, ove disponibili);
- ricordare all'ingresso tutte le norme comportamentali e le precauzioni raccomandate per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2.

2.1. Protocolli specifici per le visite di familiari e altri congiunti

Considerato il benessere psico-fisico degli ospiti delle strutture residenziali per il quale risulta fondamentale la dimensione affettiva e sociale della relazione con i familiari e/o altri congiunti, tenuto conto, a questo riguardo, dell'attuale andamento discendente del trend epidemiologico, si precisa che le visite sono consentite nel quadro delle misure generali di prevenzione e protezione richiamate al Paragrafo precedente. Pertanto, al fine di ulteriormente facilitare gli incontri con i familiari/congiunti le indicazioni già fornite con precedenti comunicazioni vengono con il presente atto confermate e opportunamente aggiornate.

Ciò premesso, gli enti gestori provvedono mediante specifici protocolli per l'accesso di familiari e visitatori che contemplino:

- ingressi limitati (per ogni ospite, la visita dovrà prevedere al massimo 2 persone contemporaneamente presenti ed una durata indicativa di 30 minuti) e scaglionati, limitando il numero di visitatori contemporaneamente presenti, secondo una specifica organizzazione che consenta lo svolgimento delle visite nel rispetto delle regole di distanziamento sociale, provvedendo mediante la prenotazione degli accessi dei visitatori così da evitare assembramenti anche negli spazi dedicati all'attesa dell'ingresso e compatibilmente con gli spazi disponibili;
- al momento della prenotazione l'ente gestore valuta lo stato di salute del visitatore attraverso la compilazione di un breve questionario come da Allegato 1 (checklist);
- sottoscrizione preventiva di un patto di responsabilità reciproca tra l'ente gestore della struttura residenziale e i familiari/congiunti dell'ospite, come da Allegato 2, per il rispetto delle regole di contrasto alla diffusione del virus che prevede, tra l'altro, l'autodichiarazione circa la non presenza nell'ambito del proprio nucleo familiare di persone con febbre o sintomi di malattia respiratoria e, nel caso in cui un componente del nucleo familiare dovesse presentare questi sintomi nei giorni successivi la visita, l'impegno ad informare la struttura;
- conservare l'elenco delle prenotazioni e delle visite per un periodo di 14 giorni, il questionario relativo allo stato di salute (checklist di cui all'Allegato 1) viene riproposto al momento dell'accesso del visitatore e viene datato e controfirmato dallo stesso;
- controllo dei visitatori rispetto al rischio di infezione da SARS-CoV-2 e il divieto di accesso alla struttura da parte di visitatori che presentino segni o sintomi suggestivi dell'infezione (es. febbre (> 37,5°C), tosse, difficoltà respiratoria, congiuntivite) o che risultano contatti stretti di persona sospetta o confermata COVID-19;
- utilizzo costante e corretto della mascherina chirurgica da parte di tutti i visitatori;
- prevedere l'utilizzo della mascherina chirurgica anche da parte degli ospiti che ricevono le visite;
- far eseguire al visitatore l'igiene delle mani all'ingresso in struttura;
- preferire per le visite, in particolare per la stagione primaverile ed estiva e compatibilmente con le condizioni dell'ospite, gli spazi esterni nel rispetto delle regole di igiene e sicurezza;
- escludere, in questa fase, ogni accesso di familiari e/o altri congiunti all'interno dei nuclei di degenza; è possibile una deroga solo per i casi di estrema necessità o indifferibilità (es. nel caso di fine vita) e su autorizzazione della Direzione sanitaria o, per le strutture che non prevedono questa figura, su autorizzazione dell'ente gestore d'intesa con il Medico curante di riferimento, che provvederanno a definire anche le modalità di accesso in sicurezza;

- per le visite condotte all'interno della struttura individuare spazi e luoghi dedicati, che garantiscano il rispetto del distanziamento sociale e delle norme igieniche;
- limitare al minimo il transito del visitatore per gli spazi comuni, prevedendo per le visite orari adeguati e compatibili alle restanti attività di ospiti e operatori;
- idonea aerazione del locale dove è avvenuta la visita;
- detersione e sanificazione degli ambienti al termine della visita con particolare attenzione agli elementi che vengono più frequentemente toccati con le mani e alle superfici di appoggio;
- presenza di dispenser di soluzione idroalcolica nello spazio dove avviene la visita.

2.2. Sensibilizzazione e formazione dei visitatori

L'adeguata sensibilizzazione e formazione dei visitatori sono fondamentali nella prevenzione e nel controllo dei casi di COVID-19, anche in considerazione delle difficoltà che si possono incontrare nel far seguire le stesse norme agli ospiti proprio per le loro particolari situazioni di fragilità. Per questo, i metodi devono essere il più possibile adattati e resi compatibili con gli specifici target di utenza e le realtà locali. La sensibilizzazione e la formazione devono concentrarsi sul rispetto delle seguenti misure:

- evitare strette di mano, baci e abbracci;
- igiene delle mani, in particolare dopo l'utilizzo del bagno e prima di mangiare: lavaggio con acqua e sapone e asciugatura con salvietta monouso, o frizione con soluzione idroalcolica;
- igiene respiratoria: tossire e starnutire coprendo naso e bocca usando fazzoletti o nella piega del gomito; i fazzoletti dovrebbero essere preferibilmente di carta e dovrebbero essere smaltiti in una pattumiera chiusa;
- mantenersi a distanza di almeno 1 metro dalle altre persone;
- utilizzo di mascherina sempre correttamente posizionata;
- evitare di condividere oggetti con altri residenti, come asciugamani, salviette e lenzuola, piatti, bicchieri, posate, cibo, ecc.

Se possibile, la sensibilizzazione, l'educazione e la formazione degli ospiti e dei visitatori dovrebbero basarsi su sessioni di breve durata (non più di 30 o 60 minuti), e includere esercitazioni pratiche o anche ricreative (ad esempio, dimostrazioni sulle pratiche per l'igiene delle mani e respiratoria, video, canzoni sull'igiene delle mani, ecc.).
Queste attività dovrebbero essere supportate da poster e altri supporti audio-visivi (cartoline, volantini, ecc.). L'utilizzo di social media può anche essere considerato se utile, soprattutto per sensibilizzare i visitatori.

Per rafforzare la sensibilizzazione e la formazione del personale, degli ospiti e dei visitatori è importante utilizzare promemoria visivi come poster, cartelli, volantini, screen-saver che dovrebbero, ad esempio, insistere sull'igiene delle mani, sul distanziamento sociale e altre precauzioni, nonché sulla necessità di monitorare il proprio buono stato di salute. Inoltre, è importante utilizzare tali strumenti (opuscoli informativi, poster) per informare adeguatamente i familiari sull'importanza della gestione delle visite secondo le modalità e le misure di prevenzione e protezione indicate ai paragrafi precedenti onde contenere al massimo il rischio di diffusone dell'infezione all'interno della struttura residenziale. Messaggi e promemoria visivi possono anche essere diffusi attraverso i social media. L'ISS ha preparato una sezione del proprio sito web dove scaricare documenti tecnici e infografiche.

2.3. Fornitori, manutentori e altri operatori esterni

Tutti i fornitori, manutentori e altri operatori esterni che accedono alla struttura devono sempre utilizzare idonei dispositivi di protezione, con particolare attenzione alla mascherina, sempre ben posizionata, e praticare un'accurata igiene delle mani.

La loro permanenza nei locali deve essere limitata al tempo strettamente necessario per l'effettuazione delle attività specifiche. La consegna della merce deve avvenire attraverso un unico ingresso per un maggior controllo, seguendo percorsi prestabiliti dal responsabile della struttura.
Il personale della struttura deve monitorare la temperatura di fornitori, manutentori e/o altri operatori esterni, attraverso termometri a distanza o termoscanner fissi, e indagare l'eventuale presenza di sintomi di infezione respiratoria acuta, vietando l'ingresso qualora fossero riscontrati febbre o altra sintomatologia indicativa di infezione.
Per gli operatori/fornitori/manutentori esterni la cui attività all'interno della struttura comporta vicinanza agli ospiti e una prolungata permanenza negli ambienti di vita dei suddetti, si richiede la compilazione del questionario di cui all'Allegato 1.

3. Nuovi ingressi e riammissioni in struttura per anziani non autosufficienti

Fatta salva la disciplina vigente per gli inserimenti nelle strutture residenziali specifica per ciascun target di utenza oggetto del presente atto, l'accoglimento di nuovi ospiti deve avvenire nel rispetto delle indicazioni già fornite con precedenti comunicazioni, che con il presente atto vengono confermate e opportunamente aggiornate in relazione all'andamento decrescente del trend epidemiologico.
Si precisa che l'accoglimento di nuovi ospiti è permesso solo nelle strutture residenziali in cui non sono presenti ospiti COVID-19 positivi (COVID-free); laddove presenti, l'accoglimento in parola è permesso solo nel caso in cui il modello strutturale-organizzativo garantisca una netta separazione delle attività dedicate agli ospiti COVID-19 positivi.

3.1. Nuovi ingressi

I nuovi accoglimenti dovranno, da un lato, garantire una presenza di ospiti compatibile con le esigenze di gestione dei casi in isolamento e, dall'altro, avvenire sulla base delle attuali modalità di accesso che consentono di dare precedenza alle persone la cui gravità unita al prolungato permanere al domicilio sta causando problemi di tipo sanitario (fisico e psichico) e sociale alla persona e alla famiglia. Con le stesse modalità dovranno continuare ad essere regolamentati anche gli ingressi temporanei programmati, mentre continuano ad essere garantiti gli ingressi urgenti e improcrastinabili, cioè quelli senza i quali potrebbe verificarsi un rapido peggioramento delle condizioni di salute dell'utente.

3.1.1. Area di accoglienza temporanea

L'ente gestore, per consentire l'accesso di nuovi ospiti, deve allestire un'area (camere possibilmente con bagno) di accoglienza temporanea dedicata ai nuovi ospiti con l'adozione di misure idonee a garantire adeguato distanziamento sociale, allo scopo di attuare un'ulteriore barriera contro la diffusione del virus da soggetti in una possibile fase di incubazione. Devono essere attuate, secondo specifica organizzazione interna, tutte le misure idonee a mantenere l'isolamento tra gli ospiti nell'area di accoglienza e tra questi e il resto degli ospiti della struttura. L'ente gestore dovrà, inoltre, individuare uno o più medici (Medici Curanti incaricati dall'ente gestore/Azienda ULSS o Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta) che avranno il compito di effettuare le visite propedeutiche all'ingresso e gestire gli ospiti durante il periodo di osservazione (quarantena) prima dell'accoglimento definitivo.

3.1.2. Modalità di accoglimento di un nuovo ospite

In questa fase di evoluzione del trend epidemiologico si attuano le misure di seguito riportate; successivamente, se l'andamento permane con trend discendente, si potranno valutare possibili modalità finalizzate ad una riduzione del tempo di isolamento (quarantena) presso la struttura residenziale.

3.1.3. Verifiche propedeutiche

Prima dell'accoglimento definitivo di un nuovo ospite l'ente gestore dovrà necessariamente verificare le seguenti condizioni: "assenza di segni o sintomi di malattia (in particolare l'insorgenza improvvisa nei 14 giorni precedenti di: febbre, tosse e difficoltà respiratorie)" e "non essere stato a contatto stretto con un caso confermato o probabile di SARS-CoV-2". Tali verifiche dovranno essere effettuate mediante **triage** telefonico avvalendosi del Medico di Medicina Generale se la persona proviene dal domicilio, dal Medico dell'Ospedale di Comunità o dal Medico Ospedaliero se la persona proviene da percorso di dimissione ospedaliera secondo quanto previsto al Paragrafo 3.2, dal Medico Curante che in quel momento ha in carico la persona se questa proviene da altra struttura residenziale. Comunque, al momento dell'accesso della persona alla struttura (area di accoglienza temporanea) è necessario accertarsi mediante visita da parte di un Medico, tra quelli individuati dall'ente gestore per la gestione degli ospiti durante il periodo di osservazione, dell'assenza di condizioni di rischio in atto. Il medico deve verificare, secondo le indicazioni del Ministero della Salute[1], che la persona non si trovi nelle condizioni di caso "sospetto", "probabile" o "confermato".

3.1.4. Saggi diagnostici e protocolli di monitoraggio

Verificata l'assenza delle condizioni di rischio in atto secondo le modalità su indicate, dev'essere effettuato (a cura degli operatori/infermieri della struttura ovvero operatori dell'Azienda ULSS), un tampone nasofaringeo (nota regionale prot. n. 128527 del 20 Marzo 2020). L'eventuale negatività di questo tampone non implica tuttavia la sicurezza che questo ospite non possa sviluppare una malattia nei giorni successivi. Il tampone negativo all'ingresso deve, quindi, essere ripetuto dopo 14 giorni, prima della sistemazione definitiva. Successivamente, come per tutti gli altri ospiti, devono essere applicati i protocolli di monitoraggio dello stato di salute dell'ospite attraverso la verifica della presenza di segni o sintomi suggestivi dell'infezione previsti in accordo con le indicazioni regionali.

Per tutti gli ospiti, ma con particolare attenzione a coloro che sono presenti nell'area di accoglienza temporanea per tutti i 14 giorni, deve essere garantito un monitoraggio per l'eventuale comparsa di febbre e segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di difficoltà respiratoria e altri fattori di rischio. Tale monitoraggio deve prevedere la misurazione della temperatura due volte al giorno, possibilmente attraverso termometri per la misurazione a distanza. Se necessario, comunicare tempestivamente al personale medico la situazione per la gestione del caso.

[1] ***Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico:***

1. *Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse, difficoltà respiratoria) **e** senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica **e** storia di viaggi o residenza in aree in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.*
2. *Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta **e** che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.*
3. *Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) **e** che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) **e** senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.*

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

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

***Caso confermato:** un caso, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici, con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il Laboratorio di Riferimento Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dai Laboratori di Riferimento Regionali e dai Laboratori autorizzati dalla Regione nel rispetto dei criteri ministeriali.*

3.2 Riammissioni in struttura e trasferimenti interni

3.2.1. Rientro da Pronto Soccorso o da Poliambulatorio

Premesso che l'ospite di una struttura residenziale extraospedaliera che si reca nelle strutture ospedaliere e/o poliambulatoriali deve indossare la mascherina chirurgica e rispettare il distanziamento sociale, si pongono le seguenti indicazioni:

- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un accesso al pronto soccorso (PS), poiché in tale situazione, secondo le procedure indicate nelle *Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2,* tutti gli utenti che accedono al PS devono transitare in un'area di pre-accettazione esterna alla struttura dove vengono identificati attraverso pre-triage i casi sospetti per COVID-19 che verranno avviati alla valutazione all'interno al percorso compatibile COVID-19 con esecuzione del tampone nasofaringeo, mentre tutti i casi non sospetti sono avviati al percorso standard di gestione e cura, mantenuto distinto e funzionalmente separato e quindi considerato "pulito" e protetto, al rientro nella struttura residenziale non è necessario seguire l'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite;
- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un accesso ad una struttura poliambulatoriale per prestazioni specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale, per le quali il tempo di permanenza nel poliambulatorio è breve, poiché in tale situazione, secondo le procedure indicate nelle *Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2,* per tutti i pazienti che accedono alle prestazioni ambulatoriali e si trovano in condizioni di particolare fragilità (es. oncologici, trapiantati) si dovrà prendere in considerazione l'opportunità di attivare percorsi separati rispetto agli altri utenti, con accesso ad ambulatori dedicati, al rientro nella struttura residenziale non è necessario seguire l'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite.
- A riguardo l'Azienda ULSS provvede per tali utenti "attivando opportuni e precisi percorsi prioritari e speciali per favorirne l'accesso, e la riduzione al minimo dei tempi di attesa", nonché atti a garantire la minore permanenza presso la struttura poliambulatoriale e in pronto soccorso.

3.2.2. Trasferimenti interni alla struttura residenziale

- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale sia trasferito da una sezione (es. nucleo o modulo) all'altra della stessa struttura, non sono necessari provvedimenti cautelativi *ad hoc* qualora tali trasferimenti avvengano tra sezioni "COVID-*free*";

3.2.3. Rientro da ricovero ospedaliero

- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un ricovero ospedaliero per COVID-19 e venga dimesso dopo l'acquisizione della negatività di due tamponi a distanza di almeno 24 ore, il rientro in struttura potrà avvenire senza il periodo precauzionale di quarantena.
- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un ricovero ospedaliero per COVID-19 e venga dimesso senza l'acquisizione della negatività di due tamponi a distanza di 24 ore, il rientro in struttura è subordinato all'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite, l'Azienda ULSS di riferimento provvede disponendo che la quarantena avvenga all'interno di un Ospedale di Comunità, con l'esecuzione di un tampone all'inizio e alla fine della stessa;
- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un ricovero ospedaliero per altra causa, il rientro in struttura è subordinato all'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite, l'Azienda ULSS di riferimento provvede disponendo che la quarantena avvenga all'interno di un Ospedale di Comunità, con l'esecuzione di un tampone all'inizio e alla fine della stessa.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

3.2.4. Altre casistiche

- Premesso che in via generale non sono ammessi i soggiorni fuori dalla struttura nel fine settimana, nei casi eccezionali in cui l'ospite rientra in struttura dopo aver soggiornato lontano da essa o proviene da altra struttura (trasferimento) si applica l'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite.

4. Indicazioni specifiche per tipologia di struttura

Di seguito si forniscono indicazioni specifiche per talune strutture residenziali e semiresidenziali che costituiscono opportuni adeguamenti e aggiunte a quanto definito ai Paragrafi precedenti in considerazione dei particolari target di utenza e dei parametri organizzativo-funzionali stabiliti per queste strutture dalla programmazione regionale e attuativa locale.

4.1 Strutture residenziali

Tali indicazioni valgono per le strutture residenziali di seguito elencate:

1. Comunità Alloggio per persone con disabilità;
2. Comunità residenziali per minori *(Comunità educativa per minori, Comunità educativa per minori con pronta accoglienza, Comunità educativa-riabilitativa per preadolescenti/adolescenti, Comunità terapeutica riabilitativa protetta; Comunità educativa mamma-bambino, Comunità familiare)*;
3. Servizi residenziali dell'area dipendenze;
4. Strutture residenziali dell'area salute mentale.

All'interno delle sopracitate strutture residenziali, devono essere applicati i protocolli di prevenzione e protezione per il contenimento della diffusione del virus (igienizzazione mani, uso corretto mascherine chirurgiche, distanziamento interpersonale, misurazione temperatura corporea, ecc.) indicati nei Paragrafi precedenti del presente documento.

Per i **nuovi ingressi** e i **trasferimenti da altre strutture residenziali (COVID-free)**, salva ogni altra indicazione di cui al Paragrafo 3:

- esecuzione del saggio diagnostico (tampone nasofaringeo) al momento dell'ingresso nella struttura (prima giornata), mantenendo l'ospite in quarantena fino al referto negativo del saggio diagnostico a seguito del quale l'ospite verrà ammesso alle attività del servizio senza necessità di effettuare un secondo tampone;
- durante i primi 14 giorni dall'ingresso e successivamente l'ospite dovrà essere attentamente monitorato dagli operati del servizio residenziale;
- nel caso in cui il referto del saggio diagnostico risultasse positivo si applica il protocollo previsto dal Dipartimento di Prevenzione della Regione del Veneto;
- le persone ospiti delle strutture residenziali che si recano fuori dalla struttura residenziale per motivi terapeutico-riabilitativi non dovranno sottoporsi all'iter cautelativo di cui ai punti precedenti, ma, al rientro, saranno monitorati per valutare la comparsa di eventuali segni e sintomi. In caso di dubbio saranno sottoposti a visita medica, con applicazione dell'iter cautelativo previsto ai punti precedenti per questo target di utenza;
- nel caso di nuovi ingressi in strutture residenziali dell'area dipendenze, il triage di ingresso potrà essere eseguito anche dal medico del SerD. In caso di sintomatologia sospetta per COVID-19, il Medico del SerD rimanda in ogni caso il soggetto al Medico di Medicina Generale per le valutazioni cliniche di competenza.

Per le **visite**, salvo quanto indicato al Paragrafo 2, si prevede che possano essere effettuate, anche mediante rientro in famiglia del soggetto, secondo le previsioni del progetto individualizzato. Pertanto, tali rientri in famiglia potranno essere concordati e programmati con l'ente gestore, nel rispetto delle predette comunicazioni di legge, secondo le previsioni del progetto individualizzato e con le seguenti modalità:

- sottoscrizione preventiva di un patto di responsabilità reciproca tra l'ente gestore della struttura residenziale e i familiari/congiunti dell'ospite (Allegato 2) per il rispetto delle regole di contrasto alla diffusione del virus che prevede, tra l'altro, l'autodichiarazione circa la non presenza nell'ambito del proprio nucleo familiare di persone con febbre o sintomi di malattia respiratoria e, nel caso in cui un componente del nucleo familiare dovesse presentare questi sintomi nei giorni successivi il rientro in famiglia, l'impegno ad informare la struttura;
- conservare l'elenco delle visite extra residenziali/rientri in famiglia per un periodo di 14 giorni;
- solo per i minori, nel caso in cui l'inserimento sia avvenuto a seguito di provvedimento del Tribunale per i minorenni, tali rientri in famiglia sono consentiti previa comunicazione all'autorità giudiziaria competente, e comunque sempre secondo le previsioni del progetto educativo individualizzato.

In caso di **insorgenza di febbre o di altra sintomatologia sospetta**:

- l'ente gestore provvede all'isolamento della persona ospite della struttura, attivando il seguente iter cautelativo: esecuzione del saggio diagnostico (tampone nasofaringeo), mantenendo l'ospite in quarantena fino al referto negativo del saggio diagnostico a seguito del quale l'ospite verrà riammesso alle attività della struttura residenziale senza necessità di effettuare un secondo tampone. Dove non sia realizzabile l'isolamento (quarantena) all'interno della struttura, si possono attivare, con la supervisione dell'Azienda ULSS competente, modalità alternative per il periodo di isolamento.

4.2 Strutture semiresidenziali

Per tutte le strutture semiresidenziali è prevista la sottoscrizione preventiva di un patto di responsabilità reciproca tra l'ente gestore della struttura semiresidenziale e il soggetto interessato o familiari/congiunti dello stesso (Allegato 2) per il rispetto delle regole di contrasto alla diffusione del virus che prevede, tra l'altro, l'autodichiarazione circa la non presenza nell'ambito del proprio nucleo familiare di persone con febbre o sintomi di malattia respiratoria e, nel caso in cui un componente del nucleo familiare dovesse presentare questi sintomi nei giorni successivi il rientro in famiglia, l'impegno ad informare la struttura.

Potrà essere prevista la misurazione quotidiana della temperatura (con termometri a distanza che non comportano il contatto, o termoscanner fissi, ove disponibili). in caso di T> 37,5°C il soggetto non potrà accedere al servizio e sarà rinviato, anche per il tramite di familiari e accompagnatori, a rivolgersi al proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.

4.2.1. Servizi semiresidenziali per persone con disabilità

Con riferimento alle "Indicazioni per la riattivazione graduale dei servizi semiresidenziali per persone con disabilità" di cui alla DGR n. 595 del 12 Maggio 2020 stante l'andamento epidemiologico discendente, si introducono le seguenti varianti:

- compartimentazione funzionale: al fine di favorire i processi di riattivazione e l'organizzazione delle attività l'ente gestore può valutare la possibilità di estendere la numerosità dei gruppi fino ad un massimo di 10 utenti;
- monitoraggio e controllo: la tempistica di effettuazione dei test di screening agli operatori del servizio semiresidenziale corrisponde a quella riferita alla generalità degli operatori sanitari prevista nell'ambito del Piano di Sanità Pubblica e successive integrazioni;

- é prevista, inoltre, l'effettuazione del tampone nasofaringeo ai soggetti con disabilità nella fase iniziale di riattivazione del servizio, preventivamente al primo accesso dell'utente. A seguire gli operatori provvederanno a osservare nel tempo l'evenienza di sintomi che possano far sospettare una infezione da SARS-CoV-2 (febbre, tosse, difficoltà respiratorie, ecc.) negli stessi utenti del servizio.

4.2.2. Servizi semiresidenziali dell'area salute mentale

Con riferimento ai servizi semiresidenziali dell'area salute mentale si precisa che, nel quadro delle misure generali di prevenzione e protezione di cui al presente provvedimento, le indicazioni stabilite con DGR n. 595 del 12 Maggio 2020, con gli aggiornamenti introdotti al Paragrafo precedente, sono da intendersi estese anche ai servizi in oggetto.

4.2.3. Servizi semiresidenziali per anziani

Con riferimento ai servizi semiresidenziali per anziani le cui attività sono state sospese a far data dal 6 Marzo 2020, si ritiene che nell'attuale "fase 3" tali servizi possano essere riattivati. A tal fine, vanno implementate anche per detti servizi le misure di prevenzione e contenimento, nonché di priorità nell'eventualità di dover selezionare gli utenti per esigenze di distanziamento sociale, indicate ai paragrafi precedenti. Il modello organizzativo deve garantire netta separazione tra attività semiresidenziale ed eventuale attività residenziale concomitante.
Preventivamente al primo accesso dell'utente, dovrà essere effettuato il triage secondo le indicazioni riportate al Paragrafo 3.1 ed effettuato il saggio diagnostico (tampone nasofaringeo), a cura degli operatori della struttura che provvederanno, altresì, ad osservare nel tempo l'evenienza di sintomi che possano far sospettare una infezione da SARS-CoV-2 (febbre, tosse, difficoltà respiratorie, ecc.) negli stessi utenti del servizio.
Con riferimento al servizio di trasporto degli utenti dal domicilio al servizio semiresidenziale vanno seguite le misure indicate nelle linee guida specifiche di cui al DPCM 26 Aprile 2020 con particolare riguardo al numero massimo di passeggeri che dev'essere tale da garantire il rispetto della distanza di un metro tra gli stessi e all'obbligo per i passeggeri di indossare la mascherina sempre correttamente posizionata. Solo nel caso in cui il trasporto venga effettuato privatamente da un conducente-accompagnatore convivente della persona anziana il limite della distanza su richiamato può essere derogato.

4.2.4. Centri Sollievo

Per i centri sollievo, si ritiene che nello scenario epidemiologico attuale della "fase 3", sia possibile per ciascun Associazione di Volontariato valutare la ripresa delle attività, sulla base della disponibilità dei propri volontari e in considerazione degli spazi e del contesto specifico. La riapertura deve comunque attenersi, oltre che alle raccomandazioni igienico-sanitarie di carattere generale, anche alle indicazioni seguenti:

- compartimentazione funzionale: al fine di favorire i processi di riattivazione e l'organizzazione delle attività l'Associazione può valutare la possibilità di prevedere lo svolgimento delle attività per gruppi separati aventi una numerosità fino ad un massimo di 10 utenti;
- per il trasporto degli utenti dal domicilio al centro vanno seguite le misure indicate nelle linee guida specifiche di cui al DPCM 26 Aprile 2020 con particolare riguardo al numero massimo di passeggeri che dev'essere tale da garantire il rispetto della distanza di un metro tra gli stessi e all'obbligo per i passeggeri di indossare la mascherina sempre correttamente posizionata. Solo nel caso in cui il trasporto venga effettuato privatamente da un conducente-accompagnatore convivente della persona anziana il limite della distanza su richiamato può essere derogato;
- far indossare la mascherina ai volontari e a tutte le personale, compatibilmente allo stato di salute, ad eccezione di tutte le condizioni per cui non è normativamente previsto tale obbligo; particolare importanza ha l'utilizzo della mascherina negli ambienti chiusi;

- organizzare tutte le attività, inclusi gli accessi, in modo da favorire il distanziamento interpersonale ed evitare assembramenti con particolare attenzione anche a volontari e accompagnatori.

5. Prevenzione vaccinale nelle strutture residenziali per anziani

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e della sua possibile evoluzione nel corso dei prossimi mesi, la Regione del Veneto prevede uno specifico piano vaccinale dedicato alle persone che frequentano le strutture residenziali per anziani (operatori sanitari e personale che opera nella struttura, fornitori e manutentori, visitatori e familiari) sul quale sarà effettuato una specifica campagna informativa e un'attività di monitoraggio.

Per tutti gli **ospiti** della struttura sarà avviata, con la regia del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS di riferimento e in collaborazione con medici operanti nella struttura stessa, una specifica campagna vaccinale di recupero contro il pneumococco per tutti i soggetti non già vaccinati in linea con le indicazioni nazionali[2] e regionali. Sarà, inoltre, continuata e rafforzata la campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale.

Per gli **operatori sanitari e personale** che opera nella struttura viene fortemente raccomandata la vaccinazione antinfluenzale stagionale al fine di ridurre la circolazione del virus influenzale all'interno delle strutture residenziali per anziani e, quindi, l'incidenza della patologia in una popolazione particolarmente fragile e potenzialmente a maggior rischio di evoluzione grave, con conseguente riduzione delle ospedalizzazioni e della mortalità per influenza. Al contempo, si ridurrebbero le assenze stagionali per malattia degli operatori sanitari, causa di serie ripercussioni sulle normali attività delle varie strutture. Infine, dal momento che i sintomi dell'influenza, almeno in una fase iniziale, sono molto simili a quelli causati dall'infezione da SARS-CoV-2, l'aumento della copertura vaccinale antinfluenzale faciliterebbe la diagnosi differenziale di quest'ultima, portando più precocemente all'isolamento di eventuali nuovi casi di Coronavirus all'interno delle strutture.

Per **tutti i visitatori** è raccomandata la vaccinazione antinfluenzale, questa strategia ha lo scopo di ridurre quanto più possibile la circolazione del virus dell'influenza all'interno di tali contesti assistenziali per proteggere gli ospiti dalle complicanze stesse dell'influenza e facilitare la diagnosi differenziale con eventuali manifestazioni da COVID-19 nel periodo in cui tali infezioni potrebbero sovrapporsi. Semplificare la diagnosi differenziale consentirà di gestire più tempestivamente e con maggiore efficienza sia sotto il profilo clinico che organizzativo l'eventuale presenza di ospiti con sintomatologia sospetta.

6. Medicina necroscopica nelle strutture residenziali per anziani

Per quanto riguarda il personale medico, nel contesto delle attività di medicina necroscopica garantita nel Centro di Servizi, anche al fine di ridurre l'accesso di personale ulteriore e diverso nella struttura stessa, si raccomanda che le funzioni di medico necroscopo siano garantite per il tramite dei medici operanti all'interno delle stesse, con le modalità previste dalla Legge Regionale n. 18 del 04/03/2010 (artt. 9 e 10) e mediante le procedure previste dalla legge 29 dicembre 1993, n. 578 "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte" e dal decreto del

[2] *Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019; Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il mese successivo (G.U. Serie Generale, n. 41 del 18 febbraio 2017).*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ministro della salute 11 aprile 2008 “Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al: “Regolamento recante le modalità per l’accertamento e la certificazione di morte”.

7. Formazione

Nell’ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell’epidemia da virus SARS-CoV-2 è necessaria la massima attenzione nei confronti dei gruppi di popolazione fragile. Considerato l’elevato fabbisogno assistenziale dell’anziano fragile, il rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020, recante “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie”, fornisce indicazioni che permettono a tutte le strutture di avere un’adeguata formazione per ridurre il rischio di infezione da COVID-19 degli ospiti e negli operatori.

Per tale motivo, la Regione del Veneto in collaborazione con la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, ha provveduto all’attivazione di un corso FAD, che offre al personale sanitario e di assistenza operante all’interno di tali strutture indicazioni da seguire su come attuare correttamente le misure di prevenzione e controllo delle infezioni per limitare la trasmissione della malattia nel corso dell’attuale emergenza da COVID-19, adottando opportune precauzioni standard e procedure di isolamento. Le modalità di accesso e fruizione al corso sono state comunicazione alle singole Aziende ULSS.

Il corso è obbligatorio per tutto il personale operante nelle strutture residenziali e considera i seguenti obiettivi formativi:

- Conoscere le caratteristiche del virus e le sue modalità di trasmissione, l’epidemiologia, la diagnosi, il trattamento e le procedure da seguire in presenza di casi sospetti probabili o confermati.
- Sviluppare modalità relazionali e comportamenti da attuare nei momenti di pausa e nelle riunioni.
- Conoscere e distinguere i DPI e i dispositivi appropriati da utilizzare secondo il tipo di procedura assistenziale e in base alla valutazione del rischio.
- Apprendere la sequenza corretta di vestizione e svestizione.
- Riconoscere la modalità sicura di disinfezione dei dispositivi riutilizzabili.
- Conoscere le principali norme comportamentali definite dalle Precauzioni Standard per la prevenzione delle infezioni.
- Conoscere gli atti e le procedure operative regionali e aziendali per il contrasto all’epidemia.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Allegato 1. Checklist di valutazione all'ingresso del visitatore

L'accesso da parte di parenti e visitatori alle strutture è limitato ed è necessaria la massima collaborazione di tutti al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza a tutti gli ospiti. Le chiediamo quindi di rispondere alle seguenti domande.

DATI ANAGRAFICI

Cognome _____ Nome _____

Data di Nascita _____ Luogo di Nascita _____

Comune di Residenza _____ Via _____

Contatto telefonico _____ email _____

Negli ultimi 14 giorni:

- ❑ ha avuto un contatto stretto* o convivono con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?
- ❑ ha avuto un contatto stretto* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ❑ ha avuto un contatto stretto* con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ❑ ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?
- ❑ è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?
- ❑ è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?

* I contatti stretti di COVID-19 sono definiti come coloro che negli ultimi 14 giorni:

- hanno avuto un contatto fisico diretto con un individuo (per esempio la stretta di mano);
- hanno avuto un contatto diretto non protetto con delle secrezioni di un altro individuo (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un altro individuo, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;
- si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa), con un altro individuo, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.
- sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all'insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

- ❑ febbre (temperatura ≥37.5°C) - da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura

- ❑ tosse
- ❑ astenia
- ❑ dolori muscolari diffusi
- ❑ mal di testa
- ❑ raffreddore
- ❑ mal di gola
- ❑ congiuntivite
- ❑ diarrea
- ❑ vomito
- ❑ aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali
- ❑ Anosmia (disturbi nella percezione di odore)
- ❑ A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)

In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura è autorizzato all'accesso alla struttura

- ❑ SI
- ❑ NO

per la visita alla/al Sig.ra/Sig._____

o per altro motivo_____

Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)

Nome Cognome _____ Firma _____

Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 14 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto. Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.

Data _____ Firma _____

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Allegato 2. FAC-SIMILE N° 1 - PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA TRA ENTE GESTORE DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE E FAMILIARI/CONGIUNTI DELL'OSPITE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____,
e residente in _____
C.F._____ in qualità di responsabile della struttura residenziale _____ sita in _____

E

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il _____, e residente in _____
C.F _____ in qualità di genitore/familiare/amministratore di sostegno: _____ di _____, nato/a a _____ il _____, e residente in _____ C.F. _____,

entrambi consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA INERENTE LA POSSIBILITÀ DI VISITA/RIENTRO IN FAMIGLIA/INCONTRO IN SPAZIO PROTETTO/ALTRO _____ DELL'OSPITE, con il quale dichiarano di aver preso visione dell'Ordinanza del Presidente della Regione del Veneto n. 55 del 29 Maggio 2020 "***Linee di indirizzo Strutture residenziali extraospedaliere***" **e successive modifiche e integrazioni e si impegnano ad attenervisi, nel rispetto degli interventi e delle misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di SARS-CoV-2.**

In particolare, il genitore/familiare/amministratore di sostegno, consapevole che l'infezione potrebbe essere asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che nessun convivente all'interno del proprio nucleo familiare/residenziale è sottoposto alla misura della quarantena ovvero è risultato positivo al COVID-19;
- di auto-monitorare le proprie condizioni di salute, quelle dei propri familiari e conviventi (contatti stretti), avvalendosi anche del supporto del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta di riferimento;
- di, ogni qualvolta il genitore/familiare/amministratore di sostegno stesso o uno qualunque dei familiari e conviventi (contatti stretti) presenti sintomi sospetti per infezione da Nuovo Coronavirus (a titolo di esempio: febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.):
    - evitare di accedere alla struttura residenziale, informando il gestore del servizio;

  - rientrare prontamente al proprio domicilio;
  - rivolgersi tempestivamente al Medico di Medicina Generale e/o al Pediatra di Libera Scelta di riferimento per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure previste per l'esecuzione del tampone nasofaringeo;
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'ente gestore provvede all'isolamento immediato dell'ospite, nonché all'adozione delle misure di prevenzione previste dall'allegato 3 dell'ordinanza del Presidente della Regione del Veneto n. 55 del 29 Maggio 2020 e s.m.i., Paragrafo 2.3 Nuovi ingressi o riammissioni in struttura;
- di essere stato adeguatamente informato di tutte le disposizioni organizzative e igienico-sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da COVID-19 ed in particolare delle disposizioni per gli accessi e la permanenza nella struttura residenziale;
- di impegnarsi ad adottare, anche nei tempi e nei luoghi che l'ospite trascorre fuori dalla struttura residenziale, comportamenti di massima precauzione;
- di essere consapevole che nel momento di una ripresa di attività di interazione, seppur controllata, non è possibile azzerare il rischio di contagio che invece va ridotto al minimo attraverso la scrupolosa e rigorosa osservanza delle misure di precauzione e sicurezza previste dalle linee di indirizzo regionali per lo svolgimento delle attività; per questo è importante osservare la massima cautela anche al di fuori del contesto della struttura residenziale per persone con disabilità.

In particolare, il gestore, consapevole che l'infezione potrebbe essere asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

DICHIARA

- di aver fornito puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico-sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da COVID-19 e di impegnarsi a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- di impegnarsi a realizzare le procedure previste per l'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico-sanitarie previste dalla normativa vigente e dalle linee di indirizzo regionali;
- di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di acclarata infezione da COVID-19 da parte di un ospite o altra persona che accede alla struttura residenziale a ogni disposizione dell'autorità sanitaria locale.

La firma del presente patto impegna le parti a rispettarlo in buona fede. Dal punto di visto giuridico non libera i soggetti che lo sottoscrivono da eventuali responsabilità in caso di mancato rispetto delle normative relative al contenimento dell'epidemia COVID-19, delle normative ordinarie sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, nonché delle Linee Guida Nazionali e Regionali applicabili alle strutture residenziali per persone con disabilità.

Il genitore/familiare/amministratore di sostegno

_____

Il responsabile della Struttura residenziale

_____

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici

(DGR 344/2020 e successive modifiche ed integrazioni)

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PREMESSA

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dei risultati screening fin qui condotti in cui si evidenzia una limitata circolazione di SARS-CoV-2, anche nelle categorie di lavoratori elencate nel Piano "*Epidemia COVID-19 - interventi urgenti di sanità pubblica*" di cui alla DGR 344/2020, ed in considerazione della regolamentazione degli accessi alle strutture ospedaliere/sanitarie e alle strutture residenziali/semiresidenziali, ivi compresa la raccomandazione di misure igienico-sanitarie finalizzate al contenimento del contagio, si propone un aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica. Il seguente aggiornamento evidenzia tre elementi cardine della strategia regionale per la "fase 3": rafforzamento delle attività di contact tracing di ricerca della circolazione virale in tutti i contatti a rischio, aggiornamento delle indicazioni sullo screening in alcune categorie di persone, studio di un sistema di early warning da attivare in vista della prossima stagione autunnale.

OBIETTIVO GENERALE

Mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19, intercettando ed isolando tutti i possibili nuovi focolai

STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

1. individuare tutti i possibili casi sospetti, probabili e confermati e disporre le adeguate misure di isolamento domiciliare fiduciario;
2. intercettare tutti i possibili contatti a rischio (*contact tracing*), seguirli in sorveglianza attiva e disporre le misure di quarantena;
3. focalizzare le attività di screening periodico in contesti con presenza di soggetti vulnerabili;
4. implementazione di un sistema di allerta precoce (*early warning*) per la ricerca anche di casi asintomatici per monitorare la circolazione virale.

1. INDIVIDUARE E TRACCIARE TUTTI I CASI SOSPETTI E CONFERMATI

La ricerca di tutti i possibili soggetti con sintomi compatibili, o comunque sospetti di COVID-19, deve essere sempre condotta in stretta sinergia tra tutti gli operatori sanitari che pongono il sospetto clinico e il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, che dovrà sempre essere informato anche del caso sospetto. Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica ha un ruolo fondamentale nell'avviare le opportune azioni di sanità pubblica in sinergia con gli altri servizi e operatori coinvolti.

2. CONTACT TRACING E GESTIONE DEI CONTATTI

Il *contact tracing* rappresenta una misura essenziale di sanità pubblica per contrastare la diffusione dell'epidemia di COVID-19. In linea con quanto esplicitato dalle Circolari Ministeriali e quanto già previsto nella DGR 344 del 17.3.2020, è opportuno, ancor più nello scenario attuale, che le indagini

epidemiologiche dei nuovi casi positivi vengano estese, oltre ai contatti stretti (ad alto rischio), anche ad altri contatti sociali/occasionali (anche definiti a rischio basso).

A seguito di ogni caso confermato, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica proseguiranno le attività di indagine epidemiologica tempestiva e puntuale.

- **Contatti stretti (sintomatici e asintomatici**): vengono posti in quarantena e sottoposti a test di biologia molecolare all'inizio della sorveglianza; se il soggetto negativo si mantiene asintomatico non va ripetuto il test al termine della quarantena.
- **Contatti occasionali sintomatici**: vengono posti in quarantena e sottoposti a test di biologia molecolare all'inizio della sorveglianza.
- **Contatti occasionali asintomatici**: l'operatore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica valuta, sulla base del tipo di contatto se raccomandare l'automonitoraggio riprendendo la normale vita di comunità o predisporre la quarantena.

3. SCREENING PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

Le attività di screening previste dalla DGR 344/2020 (e successive modifiche e integrazioni) saranno rimodulate come di seguito specificato, a partire dal 29.6.2020, in considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, riservandosi la possibilità di ripristinarne l'offerta in relazione alle future evoluzioni dello stesso. La nuova strategia prevede l'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti con presenza di soggetti vulnerabili e le conseguenti azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio.
I test per la ricerca diretta del virus SARS-CoV-2 tramite tampone per finalità di screening sono da effettuare in:

a) pazienti che accedono al Pronto Soccorso sulla base dalla valutazione della sintomatologia del soggetto, nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati;
b) pazienti che accedono agli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta sulla base dalla valutazione della sintomatologia;
c) residenze sanitarie assistenziali (RSA): ospiti e operatori a diretto contatto con gli ospiti;
d) operatori sanitari occupati presso le strutture del servizio sanitario regionale;
e) personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive.

a) Pazienti che accedono al Pronto Soccorso in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19, nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati

Tenendo conto delle disposizioni di cui alle *Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 – COVID-19* si raccomanda l'esecuzione del tampone rinofaringeo per i pazienti che accedono al Pronto Soccorso in presenza di segni e/o sintomi sospetti per COVID-19 nonché per tutti i pazienti in previsione dei ricoveri programmati (prot. n. 170839 del 28.04.2020).

b) Residenze sanitarie assistenziali (RSA): ospiti e operatori a diretto contatto con gli ospiti

In relazione alle disposizioni di cui alle *Linee di indirizzo per le Strutture residenziali extra-ospedaliere* trasmesse con nota prot. n. 207292 del 26.05.2020, si conferma l'opportunità di effettuare, prima dell'accoglimento definitivo di un nuovo ospite, un tampone rinofaringeo al momento dell'accesso e a distanza di 14 giorni, dopo un periodo di osservazione in un modulo di accoglienza temporanea.

Per la ripetizione dei test sugli operatori e gli ospiti residenti, si prevede, a partire dal 29.06.2020, l'esecuzione dei **tamponi rinofaringei di screening ogni 20 giorni**, fermo restando la possibilità di incrementare tale frequenza in presenza di nuovi casi. Nel caso, infatti, si riscontrasse un caso positivo a SARS-CoV-2 non precedentemente noto all'interno della struttura, dopo aver effettuato un'accurata indagine epidemiologica per identificare rapidamente i focolai e garantire adeguate misure di contenimento, e dopo aver offerto il test ai residenti e agli operatori sanitari coinvolti, si può valutare l'opportunità di anticipare lo screening di tutti gli ospiti ed operatori, e di ripeterlo temporaneamente a cadenza inferiore.

c) Operatori sanitari occupati presso le strutture del servizio sanitario regionale

Si raccomanda di avviare un'attività di screening allargata a seguito del riscontro di un caso positivo di COVID-19 non precedentemente noto all'interno della struttura sanitaria o che ha frequentato un servizio o struttura ambulatoriale. In tale contesto si raccomanda di adottare una strategia di *contact tracing* che consideri tutti gli operatori potenzialmente venuti a contatto con il predetto caso in modo da sottoporli a tampone rinofaringeo (inclusi tutti i contatti occasionali e indipendentemente dall'utilizzo di dispositivi di protezione o dispositivi medici). Tale indagine, a cura della Direzione Sanitaria con il supporto del servizio del Medico Competente o di altro servizio sulla base dell'organizzazione aziendale, potrà essere estesa a seconda delle necessità e sarà compito dei sopracitati servizi stabilire le tempistiche di eventuali test diagnostici aggiuntivi per il personale coinvolto.

Si prevede l'effettuazione dello **screening ogni 30 giorni** agli operatori sanitari delle Unità Operative coinvolte principalmente nell'assistenza di pazienti COVID-19 o nell'assistenza di pazienti con condizione di particolare fragilità, che possano predisporre a forme di malattia complicata quali: terapia intensiva, malattie infettive, geriatria, lungodegenza, medici delle commissioni invalidi (medici Inps, medici legali e medici di categoria) USCA, MMG, PLS, o altri individuati dalla singola Azienda sanitaria. Organizzando l'effettuazione dei test in modo asincrono all'interno delle strutture ospedaliere, si può garantire un continuo monitoraggio dell'eventuale circolazione virale.

d) Personale direttamente coinvolto nell'assistenza continuativa delle persone affette da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive

Con particolare riferimento agli individui affetti da disabilità sensoriali, psichiche e intellettive, in considerazione dell'oggettiva difficoltà del personale e del disabile al mantenimento di idonei dispositivi di protezione individuale e comunque di mascherine a protezione delle vie respiratorie, nel contesto

delle attività assistenziali e tenuto conto della fragilità degli individui assistiti, si raccomanda l'esecuzione di un **tampone rinofaringeo di screening ogni 30 giorni per gli operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa.** La periodicità di tale test diagnostico può eventualmente variare a discrezione delle valutazioni dell'Azienda ULSS territorialmente competente.

4. SISTEMA DI ALLERTA PRECOCE (*EARLY WARNING*)

In previsione di una possibile ripresa della circolazione virale con l'arrivo della stagione autunnale, sarà attivato, al fianco dell'attività di screening, un sistema di **allerta precoce** (*early warning*) attraverso la ricerca e il monitoraggio della circolazione virale in campioni rappresentativi di specifici gruppi di popolazione individuati come sentinella.

5. TEST SIEROLOGICI

In considerazione che i test sierologici per SARS CoV-2 rappresentano "uno strumento importante per stimare la diffusione dell'infezione in una comunità", come ribadito anche nella Circolare Ministeriale n. 16106 del 9.5.2020 "COVID-19: test di screening e diagnostici", e alla luce dell'attuale limitata diffusione virale monitorata tramite i test diagnostici con ricerca diretta tramite PCR su tampone rinofaringeo, si ritiene di sospendere lo screening organizzato con test sierologico rapidi.
Tale decisione è avvalorata anche dagli elementi acquisiti dall'attività di screening, condotta con i suddetti test, dalle Aziende ULSS all'interno della Regione Veneto.
Le Aziende ULSS potranno comunque avviare indagini epidemiologiche, avvalendosi dei suddetti test, su specifiche popolazioni target sentinella, da loro individuate, con finalità di monitoraggio epidemiologico della circolazione virale sul loro territorio. Per tutti i test effettuati dovrà essere garantita la registrazione con specificato il target di popolazione.

6. TAMPONI IN POOL e RICERCA CARICA VIRALE

Al fine di ottimizzare l'efficienza dei test diagnostici con tampone, si suggerisce di valutare l'adozione della metodica del *pooling sample* per i campioni effettuati per screening.

Per poter effettuare valutazioni specifiche sull'infettività dei nuovi positivi, tutti i laboratori del Veneto abilitati all'effettuazione dei test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 dovranno, per ogni nuovo positivo, rilevare ed inviare Azienda ULSS 2 marca trevigiana (UOC Microbiologia, Ospedale di Treviso) i seguenti parametri: i target rilevati, i CT rilevati (cicli nel quale si registra la positività) e un inquadramento sintetico del paziente.

Per tutti i test effettuati deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato.

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

<table>
<tr><th colspan="3">TABELLA 1 - PROSPETTO NUOVE STRATEGIE DI SCREENING - REGIONE del VENETO v09.06.20</th></tr>
<tr><th>TARGET</th><th>“FASE 1”</th><th>“FASE 3”</th></tr>
<tr><td>OPERATORI SANITARI REPARTI A RISCHIO</td><td>Tampone rinofaringeo ogni 10 gg
Test sierologico secondo programma sperimentale</td><td rowspan="5">Sospensione test sierologici di screening

Tampone rinofaringeo ogni 30 gg per gli operatori di aree che ospitano pazienti COVID-19 o con particolari condizioni di vulnerabilità, con modalità asincrona

NB: Indagine epidemiologica “allargata” ed esecuzione tamponi in caso di riscontro di nuovo caso positivo</td></tr>
<tr><td>OPERATORI SANITARI DELLE USCA</td><td>Tampone rinofaringeo ogni 10 gg
Sierologia secondo programma sperimentale</td></tr>
<tr><td>OPERATORI SANITARI REPARTI OSPEDALIERI NON A RISCHIO</td><td>Tampone rinofaringeo ogni 20 gg
Test sierologico ogni 10 gg</td></tr>
<tr><td>MMG/PLS/MCA</td><td>Tampone rinofaringeo ogni 20 gg
Test sierologico ogni 10 gg</td></tr>
<tr><td>SPECIALISTI AMBULATORIALI INTERNI</td><td>Tampone rinofaringeo ogni 20 gg
Test sierologico ogni 10 gg</td></tr>
<tr><td>OPERATORI delle STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI PER NON AUTOSUFFICIENTI

Ospiti ed Operatori Sanitari delle RSA</td><td>Tampone rinofaringeo ogni 20 gg
Test sierologico ogni 10 gg</td><td>Tampone rinofaringeo ogni 20 gg

NB: Indagine epidemiologica ed esecuzione tamponi in caso di riscontro di caso non noto al momento dell’accesso alla struttura/servizio</td></tr>
<tr><td>FARMACISTI</td><td>Tampone rinofaringeo ogni 20 gg
Test sierologico ogni 10 gg</td><td rowspan="2">Sospensione esecuzione tamponi e test sierologici di screening periodico</td></tr>
<tr><td>ALTRI LAVORATORI DEI SERVIZI ESSENZIALI COMPRESI NEL PIANO DGR 344/2020 (e successive modifiche)</td><td>Test sierologico con frequenza stabilita da Azienda ULSS territorialmente competente</td></tr>
</table>

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ZERO

Data 12.06.2020 | Protocollo n. 13232 Class. / | Allegati n. 1

Oggetto: Fase 2 Covid-19. Linee di indirizzo per lo svolgimento delle Visite Medico-Sportive agonistiche e non agonistiche per atleti a rischio di aver contratto il virus o positivi al tampone.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il documento "*Linee di indirizzo per lo svolgimento delle Visite Medico-Sportive agonistiche e non agonistiche per atleti a rischio di aver contratto il virus o positivi al tampone*", sottoposto ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020 e approvato telematicamente in data odierna.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

Linee di indirizzo per lo svolgimento delle Visite Medico-Sportive agonistiche e non agonistiche per atleti a rischio di aver contratto il virus o positivi al tampone – Fase 2 Covid-19 –

Suddivisione della Popolazione

La popolazione di atleti viene divisa in tre categorie

Gruppo A: **Covid** - **Asintomatici**: atleti che hanno eseguito un tampone risultato negativo oppure soggetti che non hanno mai eseguito un tampone e con anamnesi e clinica negativi.
Nessuna storia di contatto stretto con soggetti SARS-CoV-2 + e nessun sintomo suggestivo per COVID-19 nei 21 giorni antecedenti la valutazione medico-sportiva: temperatura corporea > 37.5 °C, tosse, spossatezza importante, difficoltà respiratoria, dolori muscolari diffusi, diarrea, perdita dell'olfatto, perdita del gusto

Gruppo B: Covid - Sintomatici (covid-like): atleti con anamnesi e clinica positiva per uno dei criteri descritti in precedenza (febbre, tosse etc…) nei 21 gg antecedenti la valutazione medico-sportiva, che abbiano o meno eseguito un tampone risultato negativo. Rientrano in questo gruppo anche i pazienti che abbiano avuto contatto stretto con soggetti pazienti risultati positivi al SARS-CoV-2

Gruppo C: **Covid +:** sono pazienti che hanno un pregresso tampone positivo per covid-2 .

Gruppo A

Sono atleti che possono essere sottoposti a visita di idoneità sportiva secondo "Linee di indirizzo per lo svolgimento delle Visite Medico-Sportive agonistiche e non agonistiche per atleti a basso rischio di aver contratto il virus – Fase 2 Covid-19 –"

Gruppo B

Gli atleti devono essere inviati a i Medici di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta per essere inclusi in un percorso di valutazione mirato (eventuale esecuzione di tampone, approfondimento sintomi, storia di eventuali contatti con casi confermati o sospetti).

In caso di negatività al tampone, se eseguito, e/o qualora il MMG o il PDL non rilevassero una correlazione tra i sintomi riferiti con COVID-19, possono rientrare nel gruppo A

In caso di positività al tampone si attenderà la guarigione, che verrà attestata con due tamponi negativi distanziati da 24 ore in assenza di sintomi da almeno 72 ore al completamento del periodo di quarantena indicato; successivamente, tali atleti potranno essere inclusi nel gruppo C.

Gruppo C

Sono soggetti risultati positivi per SARS-CoV-2 (vanno considerati a tal fine solo con tampone positivo), che per essere sottoposti a valutazione medico-sportiva devono risultare guariti:

- due tamponi negativi a distanza di 24 ore eseguiti al termine del periodo di quarantena e che devono essere asintomatici da almeno 72 ore;

- in assenza dei due tamponi risultati negativi, i soggetto devono aver completato la quarantena prevista e devono essere asintomatici da almeno 8 gg

Una volta dichiarati guariti possono i soggetti del gruppo c possono essere differenziati in 3 condizioni:
- **Soggetti sempre asintomatici**: possono essere trattati come pazienti del gruppo A.
- **Soggetti con sintomi lievi**: devono essere sottoposti ad un'accurata valutazione clinica e in base al giudizio del medico valutatore possono essere sottoposti ad eventuali esami di secondo livello (ad esempio esami ematochimici, ecocolordoppler, holter cardiaco, rx torace ecc.).
- **Soggetti sintomatici importanti, con storia di ricovero per COVID-19 o con trattamento domiciliare**. Questi pazienti devono essere inviati in un centro di terzo livello per essere sottoposti ad una visita completa che comprenda anche di test cardiopolmonare; la visita medica e la successiva attività fisica devono essere svolte in un quadro clinico stabile, da valutarsi in base all'intensità dei sintomi e alla durata del ricovero, preferibilmente a 3 mesi dalla dimissione.

Le modalità di accesso ai centri di terzo livello per i soggetti SARS-CoV-2 + guariti che hanno avuto un ricovero possono essere le seguenti:

- invio dalla società per idoneità sportiva agonistica
- invio dal Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta con DEMA con impegnativa e richiesta di prestazione con codice 89.7_35 "PRIMA VISITA" oppure 89.7_42 "PRIMA VISITA PER PRESCRIZIONE DI ESERCIZIO FISICO STRUTTURATO"

Il medico dello sport prescriverà la prestazione con codice 89.44.1 "PROVA DA SFORZO CARDIORESPIRATORIO. ECG, analisi gas respiratori, determinazione della ventilazione, emogasanalisi",.

In base alla valutazione anamnestica, clinica e agli esami e test funzionali effettuati potrà essere delineato un percorso diagnostico tale da prevedere altri accertamenti, tra i quali a titolo meramente esemplificativo: esami ematochimici, ecocolordoppler cardiaco, Holter ECG, TAC polmonare.

Il centro di 3 livello deve poter discutere i casi sopracitati in team multidisciplinare con pneumologo e cardiologo.

Accertamenti supplementari

Per i pazienti che hanno iniziato la visita di idoneità sportiva prima della sospensione dell'attività avvenuta per l'emergenza sanitaria e che hanno avuto bisogno di accertamenti che si sono svolti successivamente devono presentare l'autocertificazione di non avere avuto sintomi ed eventualmente di essere stati sottoposti al tampone e risultati negativi (rientrando perciò nel Gruppo A). Qualora i pazienti dichiarino la presenza di sintomi (rientrando nel Gruppo B) o la positività ad un tampone (rientrando nel Gruppo C) si emette il certificato di non idoneità fino al raggiungimento dei criteri di guarigione: due tamponi negativi a distanza di 24 ore eseguiti al termine del periodo di quarantena e mancanza di sintomi da almeno 72 ore; in assenza dei due tamponi risultati negativi, i soggetti devono aver completato la quarantena prevista e devono essere asintomatici da almeno 8 gg.

La valutazione andrà poi completata con l'esecuzione di eventuali approfondimenti ritenuti necessari dal medico dello sport.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 23/5/2020 | Protocollo n. 12391 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Fase 2 Covid-19. Linee di indirizzo per la riapertura dei servizi per infanzia e adolescenza 0-17 anni.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il documento di indirizzo fornito dalla dott.ssa Francesca Russo, coordinatore della Task Force di cui al Decreto n. 3 del 30.1.2020 del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, veterinaria, relativo alla riapertura dei servizi per infanzia e adolescenza 0-17 anni, sottoposto ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020 e approvato telematicamente in data odierna.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

COVID-19
Fase 2

Linee di indirizzo per la

riapertura dei servizi per infanzia e adolescenza 0-17 anni

Interventi e misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di SARS-CoV-2

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1 Premessa 2

2 Definizione della priorità 3

3 Indicazioni generali per la riapertura 4
- Distanziamento sociale tra bambini/ragazzi e tra minori e personale 4
- Distanziamento sociale tra adulti 5
- Dispositivi di protezione 6
- Controllo e monitoraggio dello stato di saluti di bambini, genitori e personale 6
- Misure di igiene personale 7
- Misure di igiene di spazi, ambienti, superfici ed oggetti 7
- Minori o familiari più fragili affetti da patologie croniche o con disabilità 8

4 Datore di lavoro 8

5 Personale dipendente 10

6 Fornitori della struttura 10

7 Accoglienza dei bambini 11

8 Permanenza dei bambini in struttura 11

9 Genitori dei bambini 14

10 Manutenzione dei locali 14

11 Caso confermato o sospetto di COVID-19 15
- Caso confermato di COVID-19 15
- Contatto di un soggetto che frequenta il servizio con un caso confermato di COVID-19 16
- Bambino o operatore con sintomi sospetti (non confermato) 16
- Genitore o convivente del bambino che presenta sintomi sospetti 16

1 Premessa

Considerato l'attuale scenario epidemiologico e la sua prospettiva di evoluzione nel medio termine, che sarà **costante oggetto di attento monitoraggio da parte della Regione del Veneto**, in considerazione della graduale apertura delle attività produttive, si forniscono le linee di indirizzo per la riapertura dei servizi dedicati ai minori (dai 0 ai 17 anni).

Il presente documento avvia un percorso che consente la graduale ripresa delle attività educative per tali fasce di età, nel rispetto dei principi di sicurezza e prevenzione, a supporto delle famiglie. Allo stesso tempo, tale progettualità consentirà di sviluppare ulteriori riflessioni e modelli organizzativi finalizzati alla riprese delle attività scolastiche dal prossimo settembre.

L'attivazione di questi servizi, oltre che consentire la conciliazione vita-lavoro, risulta prioritaria per la tutela del benessere dei minori in un'ottica di ripresa del percorso educativo, di crescita e di socializzazione. Fondamentale sarà la sorveglianza e l'individuazione precoce di eventuali soggetti sospetti e/o positivi in stretta collaborazione tra genitori, servizi educativi, Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Servizi di Igiene e Sanità Pubblica.

Sarà **condiviso e sottoscritto un accordo tra l'ente gestore (eventuale ente appaltante), i lavoratori/personale e i genitori coinvolti** per l'accettazione delle indicazioni e delle regole di gestione dei servizi destinati ai minori di età 0-17 anni previste. In via prioritaria ogni struttura dovrà individuare la figura del responsabile per la riapertura e sarà costituito un gruppo di lavoro interno coadiuvato dal RSPP che verifichi la corretta e puntuale applicazione delle misure di prevenzione del rischio.

Le attività e l'organizzazione dei servizi, in questa fase, dovranno essere ripensate nel rispetto delle indicazioni riportate nel presente documento:

- definizione di criteri di priorità per la frequenza (es. assenza di rete parentale di supporto, priorità ai genitori entrambi rientrati al lavoro, bambino che deve completare il percorso educativo in vista dell'inizio della scuola primaria, etc.);
- rimodulazione della frequenza (es. a mezza giornata) per dare la possibilità di frequenza a più famiglie;
- ampliamento degli orari di apertura e chiusura in modo da consentire ai genitori la presenza al lavoro nel turno richiesto;
- rivalutazione del fabbisogno del personale disponibile e/o del monte ore per adottare le nuove modalità organizzative nel rispetto dei principi di sicurezza;

- è preferibile che gli operatori siano in buona salute e non ultrasessantenni;
- predisposizione da parte di ogni struttura di momenti di formazione specifica per il personale dipendente, in materia di procedure organizzative interne e per l'adozione delle misure e dei comportamenti igienico-sanitari (utilizzo mascherine, lavaggio delle mani, procedure di pulizia, disinfezione e lavaggio);
- formazione del personale relativamente alle nuove modalità didattiche necessarie alla nuova organizzazione;
- comunicazione alle famiglie delle modalità di accesso al servizio prima della riapertura, modalità che devono essere accettate e scrupolosamente rispettate;
- possibilità di prevedere un collegamento da remoto con le famiglie non frequentanti per l'organizzazione di attività ludico-didattiche e supporto educativo;
- possibilità di attivare forme di supporto domiciliare per rispondere a particolari bisogni;
- possibilità di usare spazi quali strutture comunali, giardini, campi sportivi, aree verdi, fattorie didattiche e contesti rurali: soluzioni che potrebbero facilitare il distanziamento interpersonale.

Il presente documento andrà **rivalutato nel tempo** in considerazione delle eventuali nuove indicazioni di carattere scientifico, sulle raccomandazioni di carattere nazionale ed internazionale e in funzione dell'evoluzione dello scenario epidemiologico.

Per le Fattorie Didattiche, in quanto Aziende Agricole, le indicazioni del presente documento vanno integrate nel già adottato Protocollo per la gestione dell'emergenza COVID-19.

2 Definizione della priorità

E' possibile proporre, in questa fase, di individuare dei criteri per gestire domande in sovrannumero rispetto ai posti disponibili determinati dal contingentamento del numero dei bambini/ragazzi presenti in struttura e dagli spazi a disposizione:

- famiglie che prima della sospensione già utilizzavano i servizi dell'ente gestore;
- minore certificato (per il quale deve essere prevista la presenza di un OSS per l'orario di permanenza nella struttura oppure di una persona dedicata);
- nuclei familiari monoparentali con genitore lavoratore;
- minore figlio di genitori lavoratori e assenza di rete parentale a supporto;
- minore figlio di genitori entrambi lavoratori;
- fratelli e sorelle in età 0-17 anni;
- minore di 5 anni in vista dell'inserimento alla scuola primaria che inizierà a settembre 2020.

Mediante iscrizione è il gestore a definire i tempi e i modi di iscrizione dandone comunicazione in modo pubblico e con congruo anticipo rispetto all'inizio delle attività proposte.

3 Indicazioni generali per la riapertura

Le misure generali di prevenzione e mitigazione del rischio che rimangono da applicare, in quanto fattori di protezione "chiave" sia nei contesti sanitari sia di comunità, includono le seguenti azioni:

1. **praticare frequentemente l'igiene delle mani** con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi o con soluzioni/gel a base alcolica e in tutti i momenti raccomandati (prima e dopo il contatto interpersonale, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo il contatto con le superfici);
2. evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;
3. tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;
4. evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori;
5. **in caso di febbre e/o sintomi respiratori (e/o gastrointestinali in particolare nei bambini) non uscire** di casa e contattare il proprio Medico Curante;
6. indossare la mascherina ed eseguire l'igiene delle mani prima di indossarla e dopo averla rimossa ed eliminata;
7. praticare un'accurata **igiene degli ambienti e delle superfici** con particolare attenzione a quelle che più frequentemente vengono toccate o manipolate o sulle quali possono depositarsi goccioline prodotte con il respiro, il parlato o colpi di tosse e starnuti;
8. **aerare frequentemente i locali e privilegiare le attività all'aria aperta** evitando i luoghi chiusi e affollati.

Tali principi per prevenire la trasmissione e contenere la diffusione di SARS-CoV-2 devono essere però adattati al contesto dei servizi per l'infanzia e l'adolescenza in considerazione delle specificità degli stessi.

Distanziamento sociale tra bambini/ragazzi e tra minori e personale

I principi del distanziamento sociale devono essere modulati in funzione di questo specifico contesto, consapevoli della difficoltà di applicare, soprattutto per quanto riguarda le fasce di età 0-6 anni, il mantenimento della distanza interpersonale tra personale educativo e bambini, e tra i bambini stessi.

Per tali ragioni è fondamentale organizzare l'attività ricreativa ed educativa **prevedendo spazi adeguati e piccoli gruppi** di bambini al fine di promuovere il distanziamento interpersonale. Si prevede un **rapporto personale educativo e minori di:**

- **1:5 nel caso di bambini da 0 a 5 anni;**
- **1:7 nel caso di bambini da 6 a 11 anni;**
- **1:10 nel caso di ragazzi da 12 a 17 anni**.

Il rispetto delle norme di distanziamento e il mantenimento della distanza interpersonale sono obiettivi che possono essere applicati solo compatibilmente con il grado di autonomia e di consapevolezza dei minori e in considerazione dell'età degli stessi. Pertanto, sulla base di tali considerazione, le attività e le strategie dovranno essere modulate in ogni contesto specifico.

Se possibile favorire condizioni di omogeneità fra i diversi bambini ed adolescenti accolti; a tale scopo, dovranno essere distinte fasce relative al nido d'infanzia (da 0 a 2 anni), alla scuola dell'infanzia (da 3 a 5 anni), alla scuola primaria (da 6 a 11 anni) ed alla scuola secondaria (da 12 a 17 anni).

La composizione dei gruppi deve essere garantita costante nel tempo. I gruppi devono considerarsi come unità epidemiologiche e devono preferibilmente essere formati da bambini che appartengano al minor numero possibile di gruppi di familiari. Le attività devono evitare i possibili contatti tra gruppi diversi di bambini (evitare attività di intersezione) in modo che, nell'eventualità di un caso di COVID-19, sia più limitato possibile il numero dei "contatti stretti", facilitando le conseguenti attività di ricerca e monitoraggio dei contatti e limitando la possibilità di casi secondari.

Vanno altresì **favorite il più possibile le attività all'aperto** nel rispetto dei principi appena esposti e organizzato per turni l'utilizzo degli spazi comuni (es. mensa) in funzione della numerosità e delle dimensioni degli ambienti.

Quanto ai contenuti delle attività educative, è necessario puntare su interventi che possano essere realizzati garantendo il necessario distanziamento sociale. In base alle caratteristiche delle diverse fasce d'età, si potranno realizzare, ad esempio, percorsi centrati sullo sviluppo di competenze artistico-musicali, creativo-manuali, informatiche, scientifiche e ambientali che possano favorire l'adozione delle misure di distanziamento sociale compatibilmente con l'età e il grado di autonomia e consapevolezza dei minori coinvolti.

Distanziamento sociale tra adulti

Tra adulti è fondamentale il rispetto delle regole di distanziamento e l'adozione di tutte le accortezze previste dal protocollo sanitario in tutti gli altri contesti. In particolare devono essere adottate tutte le misure organizzative per **evitare i contatti tra genitori** e al momento di portare il minore o di venirlo a prendere, non dovranno formarsi assembramenti negli spazi esterni (parcheggi adiacenti inclusi). Agli stessi genitori non deve essere consentito l'ingresso alla struttura, ad eccezione del locale dedicato all'accoglienza e al ritiro.

Il rispetto delle distanze di sicurezza di almeno un metro deve essere garantito tra personale dipendente ed eventuali fornitori e, per quanto possibile, anche tra genitore e personale dipendente.

Nel rispetto del principio del distanziamento sociale, per quanto possibile, si scoraggia da parte dei dipendenti l'utilizzo dei mezzi pubblici per venire a lavoro, così come per i genitori per accompagnare

i minori, favorendo, anche in ottica di promozione degli stili di vita salutari, la passeggiata e l'utilizzo della bicicletta.
Le riunioni del gruppo di lavoro e con i genitori, compresi i colloqui, possono svolgersi mediante i supporti digitali. Il personale in compresenza manterrà il distanziamento previsto.

Dispositivi di protezione

Data la difficoltà di garantire il mantenimento della distanza interpersonale tra personale e bambini, risulta fondamentale l'utilizzo in sicurezza delle mascherine quali strumenti per ridurre la diffusione a mezzo droplet. Queste ultime vanno quindi utilizzate sempre dal personale dipendente, così come dai genitori e dai fornitori. Per i minori, invece, è previsto l'obbligo di utilizzo della mascherina solo a partire dai 6 anni di età, in accordo con quanto disposto dal DPCM del 17 maggio 2020. Le mascherine vanno posizionate sempre ben aderenti al volto, a coprire naso, bocca e mento e vanno indossate e tolte tenendole per l'elastico o i lacci da passare dietro le orecchie o legare dietro la nuca. Si ricorda di praticare sempre l'igiene delle mani prima di indossarle e dopo averle eliminate, di non toccarle con le mani durante l'uso, e di non riutilizzarle in quanto dispositivi monouso. In considerazione dell'età dei minori, per il personale, preferire mascherine colorate e/o con stampe.
I guanti, come le mascherine, aiutano a prevenire le infezioni ma solo se utilizzati correttamente: il loro uso non deve sostituire la corretta igiene delle mani; al pari delle mani non devono venire a contatto con bocca, naso e occhi; devono essere ricambiati ogni volta che si sporcano ed eliminati nei rifiuti indifferenziati; al termine dell'uso devono essere eliminati e non possono essere riutilizzati. Risultano necessari particolarmente in alcuni contesti lavorativi, ad esempio per il personale addetto alla pulizia e alla ristorazione, mentre per il personale educativo possono essere raccomandati nell'eventualità di manovre dove sia prevedibile un contatto diretto con secrezioni e liquidi biologici.

Controllo e monitoraggio dello stato di saluti di bambini, genitori e personale

Per prevenire ogni possibile contagio da SARS-CoV-2 è fondamentale che qualunque persona che presenta sintomi che possano far sospettare un'infezione (a titolo di esempio non esaustivo: anosmia, ageusia, febbre, difficoltà respiratorie, tosse, congiuntivite, vomito, diarrea, inappetenza) non faccia ingresso nella struttura e venga invece invitata a rientrare al domicilio e a rivolgersi al Medico Curante. **Fondamentale è la collaborazione con i genitori che non dovranno portare il minore al servizio educativo in caso di sintomatologia sia del minore stesso che di un componente del proprio nucleo familiare**, rivolgendosi al Pediatra o al Medico di Medicina Generale per le valutazioni del caso.
La struttura dovrà organizzarsi per prevedere la misurazione della temperatura corporea per tutti i minori, accompagnatori e personale dipendente all'ingresso e all'uscita e per chiunque debba entrare nella struttura. In caso di rialzo della temperatura ≥ 37.2° la persona dovrà essere allontanata dalla struttura ed invitata a rivolgersi al proprio Medico Curante per le valutazioni del caso.
Inoltre, in particolare in questa fase, in considerazione del fatto che nella maggior parte dei casi l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza per forme asintomatiche o

paucisintomatiche a carico principalmente degli apparati respiratorio e gastrointestinale, **particolare attenzione deve essere posta alle condizioni di salute dei genitori**, **familiari e conviventi (contatti stretti) di tutti i bambini che frequentano la struttura.** Dovrà essere garantita una forte alleanza tra genitori e servizi educativi, volta a favorire una comunicazione efficace e tempestiva qualora un genitore/convivente del bambino, presentasse sintomatologia febbrile o respiratoria. Tale aspetto dovrà, in via prudenziale, essere considerato un possibile campanello d'allarme, anche in assenza di sintomi nel bambino, che richiederà le opportune sinergie con Pediatra di Libera Scelta, Medico di Medicina Generale del genitore/convivente e Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

Misure di igiene personale

Dovranno essere avviate specifiche attenzioni alla costante, frequente e corretta igiene delle mani (lavaggio con acqua e sapone o con soluzione idroalcolica), raccomandata soprattutto prima e dopo il contatto interpersonale, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo il contatto con le superfici. Tali comportamenti dovranno essere condotti con i bambini più piccoli anche con modalità ludico-ricreative seguendo le raccomandazioni degli organismi internazionali. Si sottolinea la particolare importanza di tale semplice ma efficace misura di mitigazione del rischio di trasmissione di SARS-CoV-2, vista la difficoltà nei bambini più piccoli di far rispettare le misure di distanziamento interpersonale e le misure di protezione delle vie respiratorie tramite mascherina o le misure preventive per il rischio di trasmissione da contatto diretto con bocca, naso, occhi. Dovranno essere poste attenzioni particolari al vestiario, ad uso esclusivo presso la struttura sia da parte del personale dipendente che da parte dei minori, con cambio e lavaggio quotidiano. Infine, dovrà essere evitato un utilizzo promiscuo di bottiglie, bicchieri, posate, ecc.

Misure di igiene di spazi, ambienti, superfici ed oggetti

Occorre garantire una pulizia approfondita giornaliera degli ambienti con detergente neutro con particolare attenzione agli arredi e alle superfici toccate più frequentemente (es. porte, maniglie, finestre, tavoli, interruttori della luce, servizi igienici, rubinetti, lavandini, scrivanie, sedie, giochi, ecc.), che andranno disinfettate regolarmente almeno una volta al giorno.[1]

Una particolare attenzione deve essere rivolta a tutti gli oggetti che vengono a contatto con i bambini/ragazzi (fasciatoi, seggioloni, lettini, postazioni di gioco, banchi, ecc.), a quelli utilizzati per le attività ludico-ricreative e a giochi e giocattoli, ricordando che questi dovranno essere ad uso di un singolo "gruppo" di bambini, mentre se usati da più "gruppi" di bambini è opportuna la disinfezione prima dello scambio.

Deve essere inoltre garantito un buon ricambio dell'aria in tutte le stanze, in maniera naturale, tenendo le finestre aperte per la maggior parte del tempo, tenendo conto del numero delle persone presenti nella stanza, del tipo di attività svolta e della durata della permanenza. Durante il ricambio naturale dell'aria è opportuno evitare la creazione di condizioni di disagio/discomfort (correnti d'aria o freddo/caldo eccessivo). Per quanto non riportato nel presente documento si rimanda alle

[1] *Rapporto ISS COVID-19 n.5/2020 "Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2 - Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'Aria Indoor*

indicazioni contenute nel Rapporto ISS COVID-19 n.5/2020 “Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell’infezione da virus SARS-CoV-2 - Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Qualità dell’Aria Indoor” e successive modifiche.
Garantire un buon ricambio dell’aria anche negli ambienti/spazi dove sono presenti i distributori automatici di bevande calde, acqua e alimenti. In questi ambienti deve essere garantita la pulizia/disinfezione periodica (da parte degli operatori professionali delle pulizie) e una pulizia/disifezione giornaliera (da parte degli operatori addetti ai distributori automatici) delle tastiere dei distributori con appositi detergenti compatibilmente con i tipi di materiali.

Minori o familiari più fragili affetti da patologie croniche o con disabilità

Si precisa inoltre che, per tutti i minori con patologie specifiche o in caso di familiare/convivente del bambino affetto da condizioni che possano determinare una situazione di maggiore rischio di infezione da SARS-CoV-2, si sottolinea l’importanza delle valutazioni cliniche del Pediatra di Famiglia e del Medico di Medicina Generale in relazione all’idoneità alla frequenza del servizio per l’infanzia e l’adolescenza ed anche per l’eventuale necessità di applicare misure protettive aggiuntive individualizzate.

Per quanto riguarda i minori con disabilità, per i quali il rapporto numerico con educatore previsto dovrebbe essere di 1 a 1, dovrà richiedersi un’attenta analisi della situazione specifica, per evitare di esporre a rischi ulteriori situazioni già fragili, o che si presentano particolarmente critiche per la difficoltà di mantenere il distanziamento sociale.

Nella consapevolezza delle particolari difficoltà che le misure restrittive per contenere i contagi hanno comportato per bambini ed adolescenti con disabilità, e della necessità di includerli in una graduale ripresa della socialità, particolare attenzione e cura vanno rivolte alla definizione di modalità di attività e misure di sicurezza specifiche per coinvolgerli nelle attività estive.

Il personale coinvolto deve essere adeguatamente formato anche a fronte delle diverse modalità di organizzazione delle attività, tenendo anche conto delle difficoltà di mantenere il distanziamento, così come della necessità di accompagnare bambini ed adolescenti con disabilità nel comprendere il senso delle misure di precauzione.

4 Datore di lavoro

1. Garantire, prima della riapertura, la pulizia e disinfezione di tutti i locali e di tutti gli oggetti.
2. Garantire la fornitura di tutti i DPI previsti ai propri dipendenti. Preferire DPI colorati e/o con stampe per evitare diffidenza da parte dei bambini.

3. Garantire la disponibilità di soluzioni idroalcoliche in tutta la struttura con particolare attenzione ai punti di ingresso. È necessario garantire la disponibilità di soluzioni/gel a base alcolica presso ogni ambiente ed in più posizioni per consentire facile accesso a operatori , bambini/ragazzi, fornitori e genitori/accompagnatori, prestando attenzione a conservare i dispenser fuori dalla portata dei bambini per evitare ingestioni accidentali.
4. Verificare i requisiti di formazione del personale e prevedere un numero di operatori supplenti disponibili in caso di necessità. In via complementare, costituirà un'opportunità positiva la **possibilità di coinvolgimento di operatori volontari opportunamente formati**; nel caso di volontari minori sono da considerare in soprannumero rispetto al rapporto tra operatori e bambini/ragazzi.
5. Predisporre per il personale dipendente, sia professionale che volontario, momenti di formazione specifica sui temi della prevenzione di COVID-19, del corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, delle misure di igiene, e sulle nuove modalità didattiche necessarie alla nuova organizzazione.
6. Informare i dipendenti che, qualora siano venuti a contatto con un caso confermato o sospetto di COVID-19 nei 14 giorni precedenti, devono astenersi dal lavoro e contattare immediatamente il proprio Medico Curante o il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente.
7. Predisporre idoneo materiale informativo da appendere e consegnare a dipendenti e genitori rispetto alle indicazioni igienico comportamentali da tenere per contrastare la diffusione di SARS-CoV-2.
8. Raccogliere autocertificazione di operatori e genitori/tutori che loro stessi e i minori iscritti e i loro conviventi non siano sottoposti a quarantena o isolamento domiciliare fiduciario.
9. Per le segreterie favorire la gestione della documentazione per via telematica, se in presenza, gli addetti dovranno essere in possesso di idonei DPI e di postazioni dotati di barriere che evitino il contatto diretto con i genitori.
10. Installare cestini con coperchio di chiusura a pedale.
11. Predisporre idonea segnaletica con pittogrammi affini ai bambini.
12. Favorire il costante e frequente ricambio d'aria negli ambienti interni. Per gli impianti di condizionamento, è obbligatorio, se tecnicamente possibile, escludere totalmente la funzione di ricircolo dell'aria; se ciò non fosse tecnicamente possibile, vanno rafforzate ulteriormente le misure per il ricambio d'aria naturale e in ogni caso va garantita la pulizia, ad impianto fermo, dei filtri dell'aria di ricircolo per mantenere i livelli di filtrazione/rimozione adeguati, secondo le indicazioni tecniche di cui al documento dell'Istituto Superiore di Sanità).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

5 Personale dipendente

1. Utilizzare sempre e correttamente tutti i DPI raccomandati previsti dal decreto legge che verranno forniti dal datore di lavoro.
2. Il personale dovrà provvedere ad una frequente igiene delle mani con acqua e sapone o in alternativa con soluzione idroalcolica: all'arrivo in struttura, ad ogni cambio attività, dopo l'utilizzo dei servizi igienici e prima dell'eventuale consumazione di pasti, ogni volta che si è venuti a contatto con i fluidi o secrezione di un bambino (prima di toccare altri bambini, superfici o giocattoli), prima di lasciare la struttura.
3. Utilizzare abiti diversi ogni giorno e avere il doppio cambio: il vestiario utilizzato all'interno del servizio non dovrà essere utilizzato in altri contesti sociali.
4. La divisa del personale sarà cambiata quotidianamente.
5. Le scarpe da esterno dovranno essere lasciate in zona accoglienza e mai utilizzate all'interno della struttura; all'interno della struttura utilizzare solo le scarpe previste per il lavoro.
6. Dovrà essere prevista la rilevazione quotidiana della temperatura corporea all'ingresso e all'uscita: in caso di T ≥ 37.2° il personale verrà immediatamente allontanato dalla struttura e dovrà contattare il proprio Medico di Medicina Generale, che provvederà ad avviare le idonee procedure del caso in collaborazione con il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.
7. In caso di sintomi che possano far sospettare una infezione da SARS-CoV-2 (a titolo di esempio non esaustivo: anosmia, ageusia, febbre, difficoltà respiratorie, tosse, congiuntivite, vomito, diarrea, inappetenza) il lavoratore non dovrà recarsi al lavoro e provvederà a restare in isolamento domiciliare, a contattare immediatamente il proprio Medico Curante e a comunicare al datore di lavoro la motivazione dell'assenza.

6 Fornitori della struttura

1. Tutti i fornitori devono rimanere all'esterno della struttura. E' assolutamente vietato l'accesso se non si rispettano le misure di sicurezza previste per il personale educatore e dipendente.
2. Prima di arrivare in struttura i fornitori devono telefonare e avvisare circa l'orario del loro arrivo.

3. La merce consegnata deve essere appositamente conservata, evitando di depositare la stessa negli spazi dedicati alle attività dei bambini.

7 Accoglienza dei bambini

1. I minori potranno entrare presso la struttura accompagnati da un genitore per volta, è preferibile che sia sempre lo stesso genitore o quanto meno la stessa figura di riferimento.
2. Al fine di tutelare la salute dei soggetti più fragili, è preferibile che gli accompagnatori non siano persone con più di 60 anni e minori ancorché fratelli/sorelle.
3. Se possibile, organizzare la zona di accoglienza all'esterno, segnalando con appositi riferimenti le distanze da rispettare.
4. La zona accoglienza/commiato, qualora in ambiente chiuso, dovrà essere pulita dopo ogni turno di ingresso e di uscita e sottoposta a disinfezione frequente delle superficie toccate con maggior frequenza.
5. Se possibile viene dedicata una porta di entrata e una porta di uscita, garantendo la presenza di soluzione idroalcolica, segnalata da apposite indicazioni, per l'igiene delle mani;
6. Dovrà essere prevista la **rilevazione quotidiana della temperatura corporea, congiuntamente a quella del genitore**, all'arrivo in struttura e all'uscita: in caso di temperatura ≥ 37.2° all'ingresso il bambino non potrà accedere alla struttura e dovrà essere il genitore a contattare il proprio Pediatra di Libera Scelta o il Medico di Medicina Generale (vedi paragrafo 11).
7. Gli orari di ingresso ed uscita saranno ampliati in modo tale da evitare assembramenti tra bambini e accompagnatori; in ogni caso verrà accolto e consegnato solamente un minore per volta.
8. Non è consentito portare dall'esterno all'interno della struttura oggetti o giocattoli.
9. Il lavaggio delle mani del minore sarà effettuato al suo arrivo dal personale del servizio non appena sarà lasciato dai genitori,poi verrà offerto ai bambini/ragazzi, oltre ai soliti rituali, in modo sistematico, ad ogni cambio attività, dopo l'utilizzo dei servizi e prima dell'eventuale pasto, ed infine all'uscita dalla struttura prima di essere riconsegnato all'accompagnatore.

8 Permanenza dei bambini in struttura

1. Creazione di piccoli gruppi evitando le attività di intersezione tra gruppi diversi, in rapporto operatori/bambini di:
   - **1:5 nel caso di bambini da 0 a 5 anni;**
   - **1:7 nel caso di bambini da 6 a 11 anni;**
   - **1:10 nel caso di ragazzi da 12 a 17 anni**.
2. Favorire un'organizzazione che mantenga nel tempo lo stesso personale a contatto con lo stesso gruppo di minori evitando sovrapposizioni ed intersezioni.
3. In considerazione della necessità di favorire, per quanto possibile, il distanziamento interpersonale compatibilmente all'età e al grado di autonomia, organizzare una pluralità di diversi spazi per lo svolgimento delle attività programmate.
4. Le verifiche sulla funzionalità dell'organizzazione dello spazio ad accogliere le diverse attività programmate non possono prescindere dalla valutazione dell'adeguatezza di ogni spazio dal punto di vista della sicurezza.
5. Il momento dell'eventuale cambio e dell'utilizzo dei servizi deve essere svolto dal personale in modo tale da evitare assembramenti nel bagno e da garantire la pulizia prima dell'accesso del bambino successivo (si raccomanda di chiudere sempre la coppa del water prima di tirare catena): tutto ciò in funzione del fatto che la letteratura scientifica in ambito pediatrico riporta *shedding* virale attraverso le feci.
6. Per i più piccoli, cambio dei pannolini sarà eseguito dal personale munito di DPI (guanti, mascherina e visiera protettiva) e verrà utilizzata solo carta usa e getta.
7. Il personale, terminato l'utilizzo del bagno, dovrà disinfettare lavandino e maniglia della porta, oltre all'eventuale fasciatoio, con i prodotti specifici, facendo attenzione a lavarsi le mani al termine delle procedure.
8. La biancheria utilizzata dai minori dovrà essere lavata dai genitori quotidianamente ad una temperatura > 60°.
9. Prediligere l'utilizzo di spazi esterni anche per pranzi e riposo.
10. In caso di utilizzo di spazi chiusi, il momento del pranzo dovrà essere strutturato in modo da rispettare la distanza interpersonale e garantire che nella stessa sala sia presente un singolo gruppo, organizzando il pranzo a turni o utilizzando più sale o sale più ampie. In caso di salone ampio esso può essere utilizzato distanziando i tavoli.
11. Per quanto riguarda i pasti nel rispetto delle normative vigenti, vanno previste monoporzioni e utilizzo di posate e bicchieri monouso quando non è possibile garantire un'adeguata igienizzazione con lavaggio in lavastoviglie.
12. Pulire i tavoli di consumazione e aerare gli ambienti ad ogni fine turno mensa.
13. Il riposo pomeridiano per i più piccoli potrà essere fatto negli appositi materassini o lettini che dovranno essere garantiti ad uso esclusivo del singolo bambino e periodicamente lavati con a temperatura > 60°. Se non è garantito l'uso esclusivo lavare ogni giorno ad una temperatura > 60°.
14. Ove possibile si raccomanda e si predilige l'attività all'aperto (ove non vi sia presenza di esterno, creare rete con il comune ed appoggiarsi a parchi, spazi aperti, cortili delle chiese,

fattorie didattiche, sociali ed aree rurali, ecc.), tenendo conto di adeguate zone d'ombra, con attività programmate per sottogruppi.

15. Il personale dovrà assicurarsi che i giochi e gli oggetti utilizzati per le attività ludico-ricreative proposte siano facilmente lavabili e inoltre dovrà assicurarsi che tali oggetti vengano lavati e disinfettati dopo l'utilizzo.
16. I giochi e il materiale in genere destinato alle attività dovrà essere ad uso di un singolo "gruppo" di bambini/ragazzi. Se usati da più "gruppi" diversi è opportuna la disinfezione prima dello scambio. Si procede tramite pulizia con acqua e detergenti, risciacquo, seguito da disinfezione con alcool etilico al 75% e/o una soluzione di ipoclorito di sodio diluita allo 0.1%, sempre facendo attenzione alla resistenza dei materiali e seguendo le istruzioni fornite dal produttore qualora esistenti. Attenzione a sciacquare nuovamente con acqua, dopo la disinfezione, in particolare per i giochi che vengono messi in bocca dai bambini e lasciar asciugare, mentre nel caso di peluche lavabili si consiglia il lavaggio alla temperatura maggiore consentita, e la completa asciugatura.[2]
17. Eliminare il materiale ludico e i complementi di arredo difficili da disinfettare. Evitare materiali non lavabili e preferire materiali che possano essere smaltiti dopo l'attività.
18. Si raccomanda la riduzione di materiale ludico a cui il bambino/ragazzo possa accedere in autonomia e la messa a disposizione del solo materiale utile al gioco/attività del momento.
19. Favorire formule di accoglimento e accudimento dei bambini più piccoli che prevedano attività singole e non di gruppo, come ad esempio colorare schede, giocare con le costruzioni, leggere fiabe, giocare con paste modellatrici, favorire ogni attività al banco. Lo stesso vale per le attività dei ragazzi, che devono privilegiare modalità che permettano di adoperare tutte le possibili misure di distanziamento finalizzate a contenere il rischio di contagio.
20. Distanziare i banchi e le postazioni di gioco a 1,5/2 metri.
21. Limitare gli spostamenti dei bambini/ragazzi e degli operatori all'interno degli ambienti dedicati al servizio.
22. Nel caso dei bambini più piccoli, favorire una programmazione di attività che eviti l'uso promiscuo di giocattoli, con particolare attenzione a quelli che possono essere portati alla bocca e condivisi tra i bambini stessi. Quando un bambino termina di giocare con un determinato oggetto, quest'ultimo deve essere messo in una scatola comune in attesa di idonea disinfezione a fine turno.
23. Vietare di portare giochi, alimenti o altri oggetti da casa.
24. Consumare qualsiasi pasto, compresa la merenda, su postazioni distanziate. E' comunque da prediligere l'outdoor.

[2] *Centers for Disease Control and Prevention - Guidance for for Child Care Programs that Remain Open*

9 Genitori dei bambini

1. Ai genitori (o accompagnatori) non è consentito l'accesso alla struttura ad eccezione che per l'area accoglienza/commiato.
2. Ai genitori non è consentito sostare negli spazi esterni (inclusi piazzale o parcheggio antistante) per chiacchierare con altri genitori.
3. I genitori devono sempre essere muniti di apposita mascherina correttamente posizionata.
4. All'ingresso dell'area di accoglienza/commiato, e comunque prima di procedere ad entrare in contatto con qualsiasi superficie o oggetto, l'accompagnatore dovrà lavarsi le mani con soluzione idroalcolica.
5. Dovrà essere prevista la rilevazione quotidiana della temperatura corporea all'ingresso e all'uscita a tutti i genitori/accompagnatori contestualmente a quella del minore: in caso di T ≥ 37.2° del genitore/accompagnatore, il bambino e il genitore verranno immediatamente allontanati dalla struttura e invitati a rivolgersi al proprio Medico Curante.

10 Manutenzione dei locali

1. Dovrà essere garantito un buon ricambio dell'aria in tutti gli spazi chiusi frequentati, in maniera naturale, aprendo le finestre per la maggior parte del tempo, tenendo conto del numero delle persone presenti nella stanza, del tipo di attività svolta e della durata della permanenza. Durante il ricambio naturale dell'aria si deve evitare la creazione di condizioni di disagio/discomfort (correnti d'aria o freddo/caldo eccessivo).
2. Le superfici a maggior contatto con le mani (es. maniglie delle porte, interruttori, corrimano, etc.) dovranno essere disinfettate regolarmente almeno una volta al giorno.
3. Dovrà essere garantita la disponibilità di soluzioni/gel a base alcolica presso ogni ambiente, con particolare attenzione alle zone di ingresso/uscita, ed in più posizioni per consentire facile accesso agli operatori, minori, fornitori e genitori/accompagnatori.
4. Dovrà essere garantito l'utilizzo di carta monouso su ciascun lavabo.
5. Devono essere riorganizzate le strutture e le attività svolte al fine di garantire la presenza dei soli arredi, oggetti e giochi strettamente indispensabili.
6. Pulizia accurata dei locali una volta al giorno, secondo indicazioni fornite sopra con particolare attenzione alla zona filtro/commiato.

7. Disinfezione dei servizi igienici almeno una volta al giorno.
8. Gli ambienti e i materiali/giochi di maggior utilizzo dovranno essere sottoposti a maggiori attenzioni con regolare disinfezione, con particolare attenzione agli oggetti contaminati da da secrezioni respiratorie e/o saliva, e comunque ogni volta che gli stessi vengono utilizzati da un nuovo gruppo di bambini/ragazzi.

11 Caso confermato o sospetto di COVID-19

Caso confermato di COVID-19

Nell'eventualità di presenza di un **caso confermato di COVID-19 che frequenta il servizio per l'infanzia e l'adolescenza (personale dipendente o minore)** si procederà come segue:

1. il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente viene tempestivamente informato attraverso le modalità previste dal flusso informativo regionale;
2. il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dispone l'immediata chiusura della struttura per un periodo iniziale di 2-5 giorni per mettere in atto le misure di contact tracing, sorveglianza sanitaria, isolamento domiciliare fiduciario e quarantena sulla base delle valutazioni di competenza. I **componenti del gruppo interessato** vanno posti in quarantena con esecuzione di tampone nasofaringeo dopo 14 giorni;
3. tutte le famiglie di eventuali altri gruppi vengono tempestivamente informate e invitate in misura precauzionale a rispettare il distanziamento sociale in attesa degli esiti dell'inchiesta epidemiologica;
4. sulla base delle attività di contact tracing il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, con la collaborazione di struttura e genitori, individua tutti i soggetti che sono stati o possono essere stati a contatto stretto con il caso (es. personale dipendente a contatto con il gruppo a cui appartiene il bambino, e gli altri bambini del gruppo ristretto) per i quali va quindi disposto il periodo di isolamento domiciliare fiduciario o la quarantena e l'esecuzione del tampone nasofaringeo;
5. il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica valuterà se estendere l'esecuzione dei controlli anche ad altri contatti occasionali all'interno della struttura in funzione della tipologia del contatto stesso e in virtù degli esiti dei test effettuati;
6. tutti gli ambienti con cui il caso positivo di COVID-19 è venuto in contatto devono essere sottoposti a ricambio dell'aria, a pulizia e disinfezione, se possibile aspettando almeno 24 ore, prima di poter riaprire al pubblico, in accordo con il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente;

7. il caso positivo per COVID-19 (bambino o operatore) potrà riprendere la frequenza del servizio per l'infanzia solo dopo la documentazione dell'avvenuta guarigione clinica contestualmente alla negativizzazione di due tamponi nasofaringei ripetuti a distanza di almeno 24 ore uno dall'altro.

Contatto di un soggetto che frequenta il servizio con un caso confermato di COVID-19 (non frequentante il servizio)

Nell'eventualità di un **soggetto che frequenta il servizio per l'infanzia (personale dipendente o bambino/ragazzo) che è stato contatto di un caso confermato di COVID-19**, si dispone per il soggetto stesso la sospensione della frequenza e la quarantena ad opera del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica che provvederà agli accertamenti (incluso tampone nasofaringeo al termine della quarantena) del caso in collaborazione con il Pediatra di Libera Scelta.

Bambino o operatore con sintomi sospetti (non confermato)

In caso di soggetto (bambino o operatore) che frequenta la struttura e che presenta sintomi febbrili e/o respiratori (e/o gastrointestinali specie nel bambino), si dovrà procedere come segue:

1. il soggetto deve essere immediatamente isolato, allontanato tempestivamente dalla struttura ed invitato a contattare il Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta e segnalare allo stesso che il bambino, o il lavoratore, sta frequentando una struttura per l'infanzia e l'adolescenza;
2. nel caso si tratti di sintomatologia sospetta, sarà il Medico Curante ad attivare le procedure localmente previste per l'esecuzione del tampone nasofaringeo. Il soggetto sintomatico verrà posto in isolamento domiciliare familiare e tutti i contatti scolastici (bambini del gruppo e relativi operatori dedicati) verranno posti in quarantena in attesa dell'esito del test diagnostico del caso sospetto:
    - in caso di **tampone positivo** vedere indicazioni per caso confermato;
    - in caso di **tampone negativo** per COVID-19 il soggetto ammalato potrà riprendere a frequentare gli ambienti scolastici ad avvenuta guarigione clinica mentre gli altri bambini ed operatori potranno riprendere a frequentare gli ambienti scolastici solo dopo la notifica dell'esito negativo del test diagnostico eseguito nel soggetto ammalato.

Genitore o convivente del bambino che presenta sintomi sospetti

In considerazione del fatto che la letteratura scientifica pubblicata evidenzia che frequentemente la popolazione pediatrica manifesta forme asintomatiche o paucisintomatiche in caso di infezione da SARS-CoV-2, particolare attenzione deve essere posta alle condizioni di salute dei genitori, familiari e conviventi (contatti stretti) di tutti i bambini che frequentano la struttura. In caso di **genitore o convivente che presenta sintomatologia febbrile o respiratoria**, il bambino non dovrà frequentare il servizio, in attesa che il soggetto malato concordi con il Medico Curante le eventuali indicazioni e/o

accertamenti. Il rispetto di tale indicazione rientra nell'accordo tra genitori ed ente gestore di cui in premessa.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 28/5/2020 | Protocollo n. 12264 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Fase 2 Covid-19. Linee di indirizzo Strutture residenziali extraospedaliere.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il documento di indirizzo fornito dalla dott.ssa Francesca Russo, coordinatore della Task Force di cui al Decreto n. 3 del 30.1.2020 del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, veterinaria, relativo alle linee di indirizzo per le Strutture residenziali extraospedaliere, ovvero le indicazioni per l'accoglienza di nuovi ospiti e l'accesso di familiari, visitatori e di altro personale esterno, sottoposto ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020 e approvato telematicamente in data odierna.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

COVID-19
Fase 2

Linee di indirizzo
Strutture residenziali extraospedaliere

Indicazioni per l'accoglienza di nuovi ospiti e l'accesso di familiari, visitatori e di altro personale esterno

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

SOMMARIO

1 Disposizioni Vigenti **2**

2 Aggiornamenti e precisazioni **4**

2.1 Misure generali di prevenzione **4**

2.2 Valutazione dei rischi e piani di sanità pubblica **5**

2.3 Nuovi ingressi o riammissioni in struttura **6**

2.4 Fornitori, manutentori e altro personale esterno **9**

2.5 Familiari e visitatori **9**

2.6 Programma di prevenzione vaccinale **13**

2.7 Medicina necroscopica **14**

2.8 Formazione **14**

2.9 Servizi semiresidenziali per anziani **15**

2.10 Servizi residenziali dell'area dipendenze **16**

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1 Disposizioni vigenti

La fragilità della popolazione anziana ospite delle strutture residenziali sociosanitarie, nella maggioranza dei casi costituita da soggetti di età superiore ai 65 anni, affetti da patologie croniche, neurologiche e da disabilità, si caratterizza per un maggior rischio di infezione da SARS-CoV-2.

Per tale ragione, a partire dalla prima settimana di marzo la Regione del Veneto ha disposto la chiusura temporanea delle unità di offerta semi-residenziali socio-sanitarie e sociali per anziani e altre persone fragili (note prot. n. 109224 del 6.03.2020 e n. 119071 del 12.03.2020).

Successivamente sono state assunte ulteriori indicazioni di protezione rivolte alle strutture residenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale, nell'obiettivo di contenere al massimo la diffusione del virus e di garantire la sicurezza tra gli ospiti e il personale ivi operante (note prot. n. 122366 del 16.03.2020 e prot. n. 128527 del 20.03.2020).

Sul piano operativo le predette indicazioni trovano fondamento nella logica di isolare gli ospiti sintomatici che non richiedono un immediato ricovero e i soggetti che risultano essere venuti a contatto stretto con un sintomatico (isolamento fiduciario); seguendo in ciò lo stesso approccio previsto per la popolazione generale: "*ogni caso 'sospetto', 'probabile' o 'confermato' di infezione* (come definiti con nota prot. n. 97286 del 29.02.2020 e ss.mm.ii.) *che non richieda l'immediato ricovero ospedaliero dovrà essere isolato, individuando una modalità organizzativo-strutturale coerente con quanto previsto dalla normativa vigente*" con l'obiettivo di "*limitare fortemente i contatti stretti con altre persone*". E', quindi, prevista l'attivazione di specifiche aree di isolamento per i soggetti sintomatici: "**nuclei di isolamento**" con stanze singole con bagno dedicato (possibilmente, con anticamera); sono, inoltre, previste altre indicazioni utili anche per lo svolgimento delle attività all'interno degli stessi nuclei, compresa ogni possibile accortezza logistico-organizzativa per la gestione in sicurezza dei percorsi, come di seguito riproposte nelle loro linee essenziali:

- i nuclei di isolamento devono essere il più possibile individuati secondo un criterio di progressione in rapporto alla gravità ed al rischio diffusivo dell'infezione:
    - ospiti sintomatici con sospetto di infezione;

  - ospiti con tampone positivo asintomatici o paucisintomatici;
  - ospiti con tampone positivo e sintomatici (con o senza rischio di aerosol);
- per ciascun gruppo, inclusi i nuclei relativi agli ospiti con tampone negativo e "sani", vanno previsti ingressi distinti ovvero in alternativa, dove non fattibile, va disposto un rigoroso utilizzo dei DPI per gli attraversamenti tra i nuclei;
- vanno evitati il più possibile percorsi comuni, sia per il personale sia per i materiali, da e per i nuclei di isolamento; in particolare devono essere identificati e tenuti separati i percorsi ovvero vanno assolutamente evitati momenti di promiscuità tra gli stessi;
- vanno forniti al personale le indicazioni necessarie per il corretto approccio all'assistenza dell'ospite infetto, all'utilizzo dei DPI e dei comportamenti da seguire e definiti nei protocolli; devono essere fornite ai medici curanti e/o ad ogni altro eventuale professionista identiche indicazioni in ordine alla riorganizzazione per nuclei separati e all'utilizzo dei DPI (secondo disponibilità).

Il personale che opera all'interno delle strutture deve applicare le stesse norme precauzionali contenute nei decreti emanati per l'intero personale sanitario (note regionali prot. n. 121821 del 16.03.2020 "*Implementazione delle misure cautelari e di isolamento domiciliare*", prot. n. 113076 del 10.03.2020 "*Trasmissione Decreto-Legge n. 14 del 9.03.2020, e Istruzioni operative per la sorveglianza COVID-19 del personale del Sistema Sanitario Regionale*" e la nota integrativa pari oggetto prot. n. 115533 del 11.03.2020). Viene inoltre **inibito l'accesso di familiari e visitatori,** autorizzando, esclusivamente in casi di urgenza o di indifferibilità (es. nel caso di terminalità), l'accesso a singole persone munite di DPI adeguati attraverso percorsi protetti predefiniti per l'ingresso e l'uscita.

Considerato l'attuale scenario epidemiologico della "fase 2" e l'elevato fabbisogno assistenziale dell'anziano fragile si ritiene di intervenire ulteriormente aggiornando le indicazioni già impartite e su richiamate al fine di permettere ai Centri di Servizi per anziani non autosufficienti di garantire il servizio di assistenza con il massimo di sicurezza e nel rispetto delle disposizioni per la prevenzione e controllo dell'epidemia in atto.

Su tale premessa, proprio in considerazione delle ancorché graduali aperture implicate dalla fase 2 e del connesso tendenziale allentamento del distanziamento sociale, risulta necessario provvedere

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

rafforzando ulteriormente alcune misure di prevenzione e contrasto alla diffusione del virus all'interno delle strutture residenziali extraospedaliere, così da gestire con maggior sicurezza sia l'accesso di nuovi ospiti non assistibili a domicilio sia le visite in struttura da parte di familiari e/o conoscenti considerato il loro valore affettivo e sociale, di particolare rilevanza per il benessere psico-fisico delle persone istituzionalizzate.

Le indicazioni di seguito formulate trovano applicazione nei confronti di anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale, categorie già indicate nella nota prot. n. 122366/2020, compatibilmente con le specificità di detti *target* di utenza.

2 Aggiornamenti e precisazioni

2.1 Misure generali di prevenzione

Le misure generali di prevenzione e mitigazione del rischio che rimangono confermate e non derogabili, in quanto fattori di protezione "chiave" sia nei contesti sanitari sia in quelli di comunità, includono le seguenti azioni che si riportano per facilità di consultazione:

1. **praticare frequentemente l'igiene delle mani** con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi o con soluzioni/gel a base alcolica e in tutti i momenti raccomandati (prima e dopo il contatto interpersonale, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo il contatto con le superfici);
2. evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;
3. tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;
4. evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori;
5. **in caso di febbre e/o sintomi respiratori (e/o gastrointestinali in particolare nei bambini) non uscire** di casa e contattare il proprio medico curante;

6. indossare la mascherina ed eseguire l'igiene delle mani prima di indossarla e dopo averla rimossa ed eliminata;
7. praticare un'accurata **igiene degli ambienti e delle superfici** con particolare attenzione a quelle che più frequentemente vengono toccate o manipolate o sulle quali possono depositarsi goccioline prodotte con il respiro, il parlato o colpi di tosse e starnuti;
8. **aerare frequentemente i locali e privilegiare le attività all'aria aperta** evitando i luoghi chiusi e affollati.

Fatto salvo quanto indicato al Paragrafo 2.5 per gli accessi di familiari e visitatori, si raccomanda che i Centri di Servizi prevedano, d'intesa con il medico competente e il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), modelli organizzativi che riducano per quanto possibile, il numero di persone che accedono all'interno delle strutture e, con particolare riguardo ai fornitori, manutentori e altro personale esterno, che siano rispettate le indicazioni specifiche riportate al Paragrafo 2.4.

2.2 Valutazione dei rischi e piani di sanità pubblica

Le Aziende ULSS hanno redatto un piano di sanità pubblica per le strutture residenziali per anziani (nota prot. n. 140650 del 01.04.2020) che, sulla base di un'attenta valutazione del rischio mirata per singola struttura, fornisce indicazioni in merito all'isolamento dei pazienti COVID-19 positivi, all'utilizzo razionale dei dispositivi di protezione individuale e alla gestione del personale. La valutazione del rischio per ogni singola struttura viene garantita da un "team multidisciplinare" costituito da personale del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica e del Distretto Sociosanitario. Il piano di ogni Azienda ULSS ha previsto:

1. la raccolta dei dati di prevalenza di positivi al COVID-19, distinti per operatori e ospiti e incrociati con i flussi specifici regionali;
2. la mappatura sulla disponibilità di DPI allo stato attuale e all'inizio dell'epidemia COVID-19, con eventuale valutazione degli acquisti;
3. la raccolta delle informazioni sulle competenze sanitarie del personale presente o che si occupa degli ospiti;

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

4. la valutazione del rispetto delle indicazioni già fornite dalla Regione nelle prime fasi dell'epidemia.

I modelli organizzativi delineati in tale piano contengono, quindi, le misure di prevenzione e altre azioni specifiche da attuarsi con il supporto dei Dipartimenti di Prevenzione, oltre che misure di monitoraggio circa l'adempimento delle indicazioni fornite ad ogni singolo Centro di Servizi. Le indicazioni del presente documento devono, quindi, essere integrate con i piani di sanità pubblica redatti da ogni singola azienda ULSS e attuati nello specifico contesto della struttura residenziale.

2.3 Nuovi ingressi o riammissioni in struttura

Come specificato nelle note regionali richiamate in premessa, fatta salva la disciplina vigente in materia di criteri di accesso ai servizi residenziali per persone anziane non autosufficienti (DGR n. 456 del 27.02.2007 e ss.mm.ii.), l'accoglimento di nuovi ospiti nelle strutture residenziali per anziani deve avvenire nel rispetto delle misure aggiornate come di seguito elencate e delle indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità.
Si precisa che l'accoglimento di nuovi ospiti nelle strutture residenziali per anziani è permesso solo nelle strutture in cui non sono presenti ospiti COVID-19 positivi; laddove presenti, l'accoglimento in parola è permesso solo nel caso in cui il modello strutturale-organizzativo garantisca una netta separazione delle attività dedicate agli ospiti COVID-19 positivi.

Nuovi accoglimenti di ospiti

I nuovi accoglimenti dovranno, da un lato, garantire una presenza di ospiti compatibile con le esigenze di gestione dei casi in isolamento e, dall'altro, avvenire sulla base delle attuali modalità di accesso (UVMD, SVaMA, RUR) che consentono di dare precedenza alle persone non autosufficienti la cui gravità unita al prolungato permanere al domicilio sta causando problemi di tipo sanitario e sociale alla persona e alla famiglia. Con le stesse modalità dovranno continuare ad essere regolamentati anche gli ingressi temporanei programmati, mentre continuano ad essere garantiti

gli ingressi urgenti e improcrastinabili, cioè quelli senza i quali potrebbe verificarsi un rapido peggioramento delle condizioni di salute dell'utente.

Vanno considerati, al pari dei nuovi accoglimenti in struttura, anche gli ospiti **riammessi a seguito di un ricovero ospedaliero o un accesso in pronto soccorso**, e gli ospiti che **rientrano nella struttura** dopo aver soggiornato lontano da essa o che sono **trasferiti da altre strutture** o **da altre sezioni** della stessa strutturalmente o organizzativamente separate.

Modulo di accoglienza temporanea

Il Centro di Servizi, per consentire l'accesso di nuovi ospiti, deve allestire un **modulo di accoglienza temporanea dedicato ai nuovi ospiti** con l'adozione di misure idonee a garantire adeguato distanziamento sociale, allo scopo di attuare un'ulteriore barriera contro la diffusione del virus da soggetti in una possibile fase di incubazione. Devono essere attuate, secondo specifica organizzazione interna, tutte le misure idonee a mantenere l'isolamento tra gli ospiti nel modulo di accoglienza e tra questi e il resto degli ospiti della struttura. Il Centro di Servizi dovrà, inoltre, individuare uno o più medici che avranno il compito di effettuare le visite propedeutiche all'ingresso e gestire gli ospiti durante il periodo di osservazione (quarantena) prima dell'accoglimento definitivo.

Modalità di accoglimento di un nuovo ospite

In sede di prima applicazione della "fase 2" si attuano le misure di seguito riportate; successivamente, se l'andamento epidemiologico permane con trend discendente, si potranno valutare possibili modalità finalizzate ad una riduzione del tempo di isolamento (quarantena) presso la struttura di accoglienza.

Verifiche propedeutiche

Prima dell'accoglimento definitivo di un nuovo ospite il Centro di Servizi dovrà necessariamente verificare le seguenti condizioni: "*assenza di segni o sintomi di malattia (in particolare l'insorgenza improvvisa nei 14 giorni precedenti di: febbre, tosse e difficoltà respiratorie)*"; "*non essere stato a contatto stretto con un caso confermato o probabile di SARS-CoV-2*"; "*non essere stato in aree con sospetta o certa trasmissione comunitaria (diffusa o locale)*". Tali verifiche dovranno essere

effettuate mediante triage telefonico avvalendosi del medico di medicina generale se la persona proviene dal domicilio, dal medico ospedaliero se proviene dall'ospedale, dal medico curante che in quel momento ha in carico la persona se questa proviene da altro Centro di Servizi. Comunque, al momento dell'accesso della persona alla struttura (modulo di accoglienza temporanea) è necessario accertarsi mediante **visita da parte di un medico, tra quelli individuati dal Centro di Servizi** per la gestione degli ospiti durante il periodo di osservazione, dell'assenza di condizioni di rischio in atto. Il medico deve verificare, secondo le indicazioni del Ministero della Salute[1], che la persona non si trovi nelle condizioni di caso "sospetto", "probabile" o "confermato".

Saggi diagnostici e protocolli di screening

Verificata l'assenza delle condizioni di rischio in atto secondo le modalità su indicate, dev'essere effettuato, a cura degli operatori della struttura, **un tampone nasofaringeo** (nota regionale prot. n. 128527 del 20.03.2020). L'eventuale negatività di questo tampone non implica tuttavia la sicurezza che questo ospite non possa sviluppare una malattia nei giorni successivi. Il tampone negativo all'ingresso deve, quindi, essere **ripetuto dopo 14 giorni**, prima della sistemazione definitiva.
Successivamente, come per tutti gli altri ospiti devono essere applicati i protocolli di screening previsti in accordo con le indicazioni regionali.

Per tutti gli ospiti, ma con particolare attenzione a coloro che sono presenti nel modulo di accoglienza temporanea per tutti i 14 giorni, deve essere garantito un monitoraggio per l'eventuale comparsa di febbre e segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di difficoltà respiratoria e altri fattori di rischio (ad esempio contatto con casi di COVID-19). Tale monitoraggio deve prevedere la misurazione della temperatura due volte al giorno, possibilmente attraverso termometri per la misurazione a distanza. Se necessario, comunicare tempestivamente al personale medico la situazione per la gestione del caso secondo i protocolli locali.

[1] *Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7922 del 9.03.2020 "COVID-2019. Aggiornamento della definizione di caso".*

2.4 Fornitori, manutentori e altro personale esterno

Tutti i fornitori e manutentori che accedono alla struttura devono sempre utilizzare **idonei dispositivi di protezione**, con particolare attenzione alla mascherina chirurgica, sempre ben posizionata, e praticare un'accurata igiene delle mani.

La loro permanenza nei locali deve essere limitata al tempo strettamente necessario per l'effettuazione delle attività specifiche. La consegna della merce deve avvenire attraverso un unico ingresso per un maggior controllo.

Il personale della struttura deve **monitorare la temperatura di fornitori, manutentori e/o altri operatori esterni**, attraverso termometri a distanza o termoscanner fissi, e indagare l'eventuale presenza di sintomi di infezione respiratoria acuta, vietando l'ingresso qualora fossero riscontrati febbre o altra sintomatologia indicativa di infezione.

2.5 Familiari e visitatori

In accordo con quanto previsto dall'art. 2, comma 1, lett. q) del DPCM 08.03.2020 successivamente confermato dall'art. 1, comma 1, lett. x) del DPCM 26.04.2020 e dall'art. 1, comma 1, lett. bb) del DPCM 17.05.2020 "*l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungodegenza, residenze sanitarie assistite (RSA), hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla Direzione sanitaria della struttura* o, per le strutture che non prevedono questa figura, dal responsabile legale della stessa d'intesa con il medico curante di riferimento*, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione*".

A tale scopo si intende precisare che, nel rispetto delle norme citate e delle raccomandazioni di prevenzione previste nel presente documento e dai documenti di carattere nazionale[2], è possibile da parte della Direzione del Centro di Servizi attuare specifici protocolli per l'accesso di familiari e visitatori, allo stato attuale, esclusivamente per gli ospiti COVID-19 negativi.
Una deroga a tale prescrizione di carattere generale è consentita, come già ricordato nel Paragrafo 1, per i soli casi di estrema necessità o indifferibilità (es. nel caso di fine vita) e su autorizzazione della Direzione sanitaria o, per le strutture che non prevedono questa figura, dal responsabile legale della struttura d'intesa con il medico curante di riferimento.

Impedire l'ingresso di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19 rappresenta un fondamentale aspetto di prevenzione; è quindi necessario uno stretto governo degli accessi alla struttura. In particolare, ogni Centro di Servizi deve impedire l'accesso a persone che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di COVID-19 sospetti/probabili/confermati negli ultimi 14 giorni. A tal fine è necessario mettere in atto un sistema di valutazione per chiunque debba accedere alla struttura residenziale sociosanitaria in modo tale da consentire l'identificazione immediata di persone che presentino sintomi simil-influenzali (tosse secca, dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito) e/o febbre. Si raccomanda che tale valutazione preveda:

- **misurazione della temperatura** (con termometri che non prevedono il contatto, o termoscanner fissi, ove disponibili);
- **compilazione di un breve questionario o intervista** da parte di un operatore;
- **ricordare all'ingresso tutte le norme comportamentali e le precauzioni** raccomandate per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2.

Inoltre, dovranno essere attuate, con specifici protocolli le seguenti indicazioni:

- ingressi limitati e scaglionati limitando il numero di visitatori contemporaneamente presenti, secondo una specifica organizzazione che consenta lo svolgimento delle stesse visite nel rispetto delle regole di distanziamento sociale, provvedendo mediante la

[2] *Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie - Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Versione del 17 aprile 2020*

prenotazione degli accessi dei visitatori così da evitare assembramenti anche negli spazi dedicati all'attesa dell'ingresso;

- l'elenco delle prenotazioni dovrà essere mantenuto per un periodo di 14 giorni;
- utilizzo costante e corretto della mascherina chirurgica da parte di tutti i familiari e visitatori;
- far eseguire al visitatore l'igiene delle mani all'ingresso in struttura;
- preferire per le visite, in particolare per la stagione primaverile ed estiva e compatibilmente con le condizioni dell'ospite, gli spazi esterni nel rispetto delle regole di igiene e sicurezza;
- viene escluso, in questa "fase 2", ogni accesso di familiari e visitatori all'interno dei nuclei di degenza; è possibile una deroga solo per i casi di estrema necessità o indifferibilità (es. nel caso di fine vita) e su autorizzazione della Direzione sanitaria o, per le strutture che non prevedono questa figura, dal responsabile legale della struttura d'intesa con il medico curante di riferimento, che provvederanno a definire anche le modalità di accesso in sicurezza;
- per le visite condotte all'interno della struttura individuare spazi e luoghi dedicati, che garantiscano il rispetto del distanziamento sociale, le norme igieniche e che prevedano la presenza di un vetro/plexiglass di separazione tra ospite e visitatore o in alternativa l'utilizzo della visiera protettiva e della mascherina FFP2 senza filtro per i contatti ravvicinati;
- limitare al minimo il transito del visitatore per gli spazi comuni, prevedendo per tali visite orari adeguati e compatibili alle restanti attività di ospiti e operatori;
- idonea aerazione del locale dove è avvenuta la visita;
- detersione e sanificazione degli ambienti al termine della visita con particolare attenzione agli elementi che vengono più frequentemente toccati con le mani e alle superfici di appoggio;
- presenza di dispenser di soluzione idroalcolica nello spazio dove avviene la visita.

In questa prima applicazione della "fase 2" le aziende ULSS garantiranno alle singole Strutture Residenziali **una fornitura di test sierologici rapidi (in numero pari a 1 test ogni ospite presente in struttura)** che saranno utilizzati a cura delle singole strutture per uno screening su familiari e visitatori. Le modalità di effettuazione del test, l'interpretazione e la tracciabilità del risultato

seguiranno quanto già in essere per lo screening previsto dalla DGR n. 344/2020 in accordo con le aziende ULSS territorialmente competenti.

L'adeguata sensibilizzazione e formazione dei visitatori sono fondamentali nella prevenzione e nel controllo dei casi di COVID-19, considerata la difficoltà che possono essere presenti nel far seguire le stesse norme agli ospiti residenti in considerazione dell'età avanzata e/o deficit cognitivi e fisici spesso presenti. Per questo, i metodi devono essere adattati alla realtà locale. La sensibilizzazione e la formazione devono concentrarsi sul far rispettare le seguenti misure:

- evitare strette di mano, baci e abbracci;
- igiene delle mani, in particolare dopo l'utilizzo del bagno e prima di mangiare: lavaggio con acqua e sapone e asciugatura con salvietta monouso, o frizione con soluzione idroalcolica;
- igiene respiratoria: tossire e starnutire coprendo naso e bocca usando fazzoletti o nella piega del gomito; i fazzoletti dovrebbero essere preferibilmente di carta e dovrebbero essere smaltiti in una pattumiera chiusa;
- mantenersi a distanza di almeno 1 metro dalle altre persone;
- utilizzo di mascherina sempre correttamente posizionata;
- evitare di condividere oggetti con altri residenti, come asciugamani, salviette e lenzuola, piatti, bicchieri, posate, cibo, ecc.

Se possibile, la sensibilizzazione, l'educazione e la formazione dei residenti e dei visitatori dovrebbero basarsi su sessioni di breve durata (non più di 30 min-1h), e includere esercitazioni pratiche o anche ricreative (ad esempio, dimostrazioni sulle pratiche per l'igiene delle mani e respiratoria, video, canzoni sull'igiene delle mani, ecc.).
Queste attività dovrebbero essere supportate da poster e altri supporti audio-visivi (cartoline, volantini, ecc.). L'utilizzo di social media può anche essere considerato se utile, soprattutto per sensibilizzare i visitatori.

Per rafforzare la sensibilizzazione e la formazione del personale, degli ospiti e dei visitatori autorizzati è importante utilizzare promemoria visivi come poster, cartelli, volantini, screen-saver che dovrebbero, ad esempio, insistere sull'igiene delle mani, sul distanziamento sociale e altre precauzioni, nonché sulla necessità di monitorare il proprio buono stato di salute. Inoltre, è importante utilizzare tali strumenti (opuscoli informativi, poster) per informare adeguatamente i

familiari sia dell'impossibilità di effettuare visite di cortesia durante l'epidemia sia della necessità di sottoporsi a screening della temperatura e di adottare misure di protezione, qualora le visite venissero eccezionalmente autorizzate. Messaggi e promemoria visivi possono anche essere diffusi attraverso i social media. L'ISS ha preparato una sezione del proprio sito web dove scaricare documenti tecnici e infografiche.

2.6 Programma di prevenzione vaccinale

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e della sua possibile evoluzione nel corso dei prossimi mesi, la Regione del Veneto prevede uno specifico piano vaccinale dedicato alle persone che frequentano le strutture residenziali per anziani (operatori sanitari e personale che opera nella struttura, fornitori e manutentori, visitatori e familiari) sul quale sarà effettuato una specifica campagna informativa e un'attività di monitoraggio.

Per gli operatori sanitari e personale che opera nella struttura viene raccomandata la **vaccinazione antinfluenzale** stagionale al fine di ridurre la circolazione del virus influenzale all'interno delle strutture residenziali per anziani e, quindi, l'incidenza della patologia in una popolazione particolarmente fragile e potenzialmente a maggior rischio di evoluzione grave, con conseguente riduzione delle ospedalizzazioni e della mortalità per influenza. Al contempo, si ridurrebbero le assenze stagionali per malattia degli operatori sanitari, causa di serie ripercussioni sulle normali attività delle varie strutture. Infine, dal momento che i sintomi dell'influenza, almeno in una fase iniziale, sono molto simili a quelli causati dall'infezione da SARS-CoV-2, l'aumento della copertura vaccinale antinfluenzale faciliterebbe la diagnosi differenziale di quest'ultima, portando più precocemente all'isolamento di eventuali nuovi casi di Coronavirus all'interno delle strutture.

Per tutti i visitatori è raccomandata la vaccinazione antinfluenzale, questa strategia ha lo scopo di ridurre quanto più possibile la circolazione del virus dell'influenza all'interno di tali contesti assistenziali per proteggere gli ospiti dalle complicanze stesse dell'influenza e facilitare la diagnosi differenziale con eventuali manifestazioni da COVID-19 nel periodo in cui tali infezioni potrebbero sovrapporsi. Semplificare la diagnosi differenziale consentirà di gestire più tempestivamente e con

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

maggiore efficienza sia sotto il profilo clinico che organizzativo l'eventuale presenza di ospiti con sintomatologia sospetta.

Per tutti gli ospiti della struttura sarà avviata, con la regia del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS di riferimento e in collaborazione con medici operanti nella struttura stessa, **una specifica campagna vaccinale di recupero contro il pneumococco** per tutti i soggetti non già vaccinati in linea con le indicazioni nazionali[3] e regionali. Sarà, inoltre, continuata e rafforzata la campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale.

2.7 Medicina necroscopica

Per quanto riguarda il personale medico, nel contesto delle attività di medicina necroscopica garantita nel Centro di Servizi, anche al fine di ridurre l'accesso di personale ulteriore e diverso nella struttura stessa, si raccomanda che le funzioni di medico necroscopo siano garantite per il tramite dei medici operanti all'interno delle stesse, con le modalità previste dalla Legge Regionale n. 18 del 04/03/2010 (artt. 9 e 10) e mediante le procedure previste dalla legge 29 dicembre 1993, n. 578 "*Norme per l'accertamento e la certificazione di morte*" e dal decreto del Ministro della salute 11 aprile 2008 "*Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al: "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte*".

2.8 Formazione

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da virus SARS-CoV-2 è necessaria la massima attenzione nei confronti dei gruppi di popolazione fragile. Considerato l'elevato fabbisogno assistenziale dell'anziano fragile, il rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020, recante "*Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture*

[3] *Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019; Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il mese successivo (G.U. Serie Generale, n. 41 del 18 febbraio 2017).*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

residenziali sociosanitarie", fornisce indicazioni che permettono a tutte le strutture di avere un'adeguata formazione per ridurre il rischio di infezione da COVID-19 degli ospiti e negli operatori.

Per tale motivo è in corso di attivazione un corso sia in FAD che in presenza, che offre al personale sanitario e di assistenza operante all'interno di tali strutture indicazioni da seguire su come attuare correttamente le misure di prevenzione e controllo delle infezioni per limitare la trasmissione della malattia nel corso dell'attuale emergenza da COVID-19, adottando opportune precauzioni standard e procedure di isolamento. Il corso sarà obbligatorio per tutto il personale operante nelle strutture residenziali e considera i seguenti obiettivi formativi:

- Conoscere le caratteristiche del virus e le sue modalità di trasmissione, l'epidemiologia, la diagnosi, il trattamento e le procedure da seguire in presenza di casi sospetti probabili o confermati.
- Sviluppare modalità relazionali e comportamenti da attuare nei momenti di pausa e nelle riunioni.
- Conoscere e distinguere i DPI e i dispositivi appropriati da utilizzare secondo il tipo di procedura assistenziale e in base alla valutazione del rischio.
- Apprendere la sequenza corretta di vestizione e svestizione.
- Riconoscere la modalità sicura di disinfezione dei dispositivi riutilizzabili.
- Conoscere le principali norme comportamentali definite dalle Precauzioni Standard per la prevenzione delle infezioni.
- Conoscere gli atti e le procedure operative regionali e aziendali per il contrasto all'epidemia.

2.9 Servizi semiresidenziali per anziani

Con riferimento ai servizi semiresidenziali per anziani le cui attività sono state sospese a far data dal 06.03.2020, con le note richiamate al Paragrafo 1, si ritiene che nell'attuale "fase 2" tali servizi possano essere riattivati. A tal fine, vanno implementate anche per detti servizi le misure di prevenzione e contenimento, nonché di priorità nell'eventualità di dover selezionare gli utenti per esigenze di distanziamento sociale, indicate ai paragrafi precedenti. Il modello organizzativo deve

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

garantire netta separazione tra attività semiresidenziale ed eventuale attività residenziale concomitante.

Preventivamente al primo accesso dell'utente, dovrà essere effettuato il triage secondo le indicazioni riportate al Paragrafo 2.3 ed effettuato il saggio diagnostico (tampone nasofaringeo), a cura degli operatori della struttura che provvederanno, altresì, ad osservare nel tempo l'evenienza di sintomi che possano far sospettare una infezione da SARS-CoV-2 (febbre, tosse, difficoltà respiratorie, ecc.) negli stessi utenti del servizio.

Con riferimento al servizio di trasporto degli utenti dal domicilio al servizio semiresidenziale vanno seguite le misure indicate nelle linee guida specifiche di cui al DPCM 26.04.2020 con particolare riguardo al numero massimo di passeggeri che dev'essere tale da garantire il rispetto della distanza di un metro tra gli stessi e all'obbligo per i passeggeri di indossare la mascherina sempre correttamente posizionata. Solo nel caso in cui il trasporto venga effettuato privatamente da un conducente-accompagnatore convivente della persona anziana il limite della distanza su richiamato può essere derogato.

2.10 Servizi residenziali dell'area dipendenze

La gestione degli ingressi nei servizi residenziali dell'area dipendenze deve conformarsi alle procedure preventive di cui alle note regionali prot. n. 109224 del 06.03.2020 e prot. n. 128527 del 20.03.2020. A riguardo si rammenta che la persona entra in un contesto protetto e assistito in modo da escludere rischi di contagio dal momento dell'esecuzione del saggio diagnostico (tampone nasofaringeo) ai risultati dello stesso.

Nello specifico la procedura di accoglimento di un nuovo ospite dovrà prevedere:

- esecuzione di triage da parte del medico di medicina generale di riferimento della persona o dal medico del SerD: se utente asintomatico;
- accoglimento della persona nella struttura residenziale in spazi di astanteria riservati e con l'attivazione dei protocolli di prevenzione (quarantena);
- esecuzione del saggio diagnostico (tampone nasofaringeo);
- se il referto del saggio diagnostico risulta negativo la persona rimane in quarantena in quanto la negatività del tampone non implica la sicurezza che questa persona possa

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sviluppare la malattia nei giorni successivi. Il saggio diagnostico viene quindi **ripetuto dopo 14 giorni** prima dell'ammissione dell'ospite alle attività del servizio in osservanza dei protocolli di prevenzione dello stesso;

- se il referto del saggio diagnostico risulta positivo si applica il protocollo previsto dal Dipartimento di Prevenzione della Regione del Veneto.

All'interno dei Servizi residenziali dell'area delle dipendenze devono essere applicati i protocolli di screening previsti in accordo con le indicazioni regionali e mantenuti i controlli e l'adozione di azioni quali il distanziamento e i dispositivi necessari per il contenimento della diffusione del virus attualmente vigenti e come indicati anche nei paragrafi del presente documento.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ZERO

Data 08/05/2020 | Protocollo n. 10537 Class. | Allegati n.

Oggetto: Linee di indirizzo per lo svolgimento delle Visite Medico-Sportive agonistiche e non agonistiche per atleti a basso rischio di aver contratto il virus. Fase 2 Covid-19.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il documento di indirizzo in oggetto, approvato telematicamente dal Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

Linee di indirizzo per lo svolgimento delle Visite Medico-Sportive agonistiche e non agonistiche per atleti a basso rischio di aver contratto il virus
– Fase 2 Covid-19 –

Premesse

- La tutela sanitaria delle attività sportive rientra pienamente nell'ambito della tutela e promozione della salute pubblica, sia attraverso la certificazione di idoneità alla pratica sportiva agonistica e non agonistica, sia attraverso più ampi interventi di promozione dell'attività motoria, come strumento di prevenzione primaria di patologie legate alla sedentarietà rivolta a tutta la popolazione e di prescrizione e somministrazione dell'esercizio fisico strutturato, come strumento preventivo e terapeutico di patologie croniche esercizio-sensibili.
- La visita medico-sportiva, comprensiva di tutti gli accertamenti a norma di legge, anche in questo difficile contesto di emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del COVID-19, rappresenta un fondamentale strumento di screening, realizzabile attraverso un'attenta anamnesi ed esame obiettivo e l'esecuzione degli esami strumentali previsti per legge.
- In vista della fase 2 dell'emergenza Covid-19, nella quale riprenderanno le visite di idoneità medico-sportiva, è necessario assumere corrette misure preventive al fine di garantire la sicurezza, sia del Medico e degli altri eventuali operatori sanitari, sia dell'atleta che si sottopone a visita.
- Il presente documento ha lo scopo di fornire raccomandazioni, al meglio delle evidenze medico-scientifiche attualmente a disposizione, sulle precauzioni da adottare al fine di ridurre quanto più possibile il rischio di contagio tra operatori sanitari sani (asintomatici, Covid negativi o non testati Covid) addetti alla visita medico-sportiva e gli atleti (asintomatici, Covid negativi o non testati Covid) che ad essa si sottopongono. La valutazione medico-sportiva degli atleti Covid positivi guariti e di quelli potenzialmente a rischio esula dal presente documento.

Prenotazione della visita

- Favorire la prenotazione telefonica, prevedendo i tempi dilatati per la sanificazione deli ambienti.
- All'atto della prenotazione si raccomanda un triage telefonico Covid-oriented al fine di individuare: atleti Covid positivi guariti; atleti asintomatici ma che hanno avuto nei 21 giorni precedenti sintomi potenzialmente attribuibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea > 37.5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia); atleti con anamnesi di contatti stretti con casi confermati, sospetti o probabili (familiari, colleghi di lavoro, eccetera). Nel caso l'atleta rientri in una delle tre fattispecie sopra riportate, non si procederà alla normale visita di idoneità sportiva, ma l'atleta verrà gestito secondo quanto riportato in successivi documenti regionali.
- L'atleta dovrà essere invitato a seguire scrupolosamente tutte le indicazioni generali fornite dall'Istituto Superiore di Sanità presentarsi alla visita con mascherina chirurgica e guanti monouso, vestito con abbigliamento ginnico e senza accompagnatori; solo in caso di effettiva

necessità e per i minorenni sarà concessa la presenza di un unico accompagnatore che deve adottare le medesime precauzioni.

Indicazioni aggiornate sono riportate nei link a seguire:

https://www.azero.veneto.it/-/emergenza-coronavirus

http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus

https://www.interno.gov.it/it/speciali/coronavirus

- Al fine di evitare assembramenti nella segreteria e nella sala d'aspetto, prevedere solo visite su prenotazione e con orari opportunamente scaglionati.
- Si suggerisce di delimitare le aree di accesso alla segreteria, alla sala d'attesa e agli ambulatori, con appositi percorsi in entrata e in uscita, in modo da assicurare il distanziamento di almeno 1 metro fra le persone. La distanza di 1 metro va mantenuta anche nei posti a sedere in sala d'attesa.
- Per quanto riguarda le sale d'attesa la capienza massima dovrà essere commisurata agli spazi disponibili

Comportamento e dispositivi di protezione individuale per gli operatori sanitari

- E' necessario che gli operatori sanitari non siano Covid positivi, seguano le indicazioni generali dell'Istituto Superiore di Sanità e si astengano dal lavoro in caso di febbre > 37,5°c e/o di sintomi sospetti.
- E' raccomandato che il personale sanitario impiegato nella visita di idoneità agonistica per gli sport gruppo B (DM 18.2.82) indossi sempre camice monouso, FFP2, guanti monouso, cappellino monouso e occhiali/visiera protettivi.
- E' raccomandato che il personale sanitario impiegato nella visita di idoneità non agonistica (DM 2014) e nella visita di idoneità agonistica per gli sport gruppo A (DM 18.2.82) indossi sempre mascherina chirurgica e guanti monouso.
- Tutti i dispositivi di protezione individuali dovranno essere correttamente smaltiti al termine della sessione lavorativa, ad eccezione degli occhiali/visiere che dovranno, tuttavia, essere sanificati.

Triage prima della visita medico-sportiva

- L'atleta, protetto da mascherina chirurgica correttamente indossata e guanti monouso, dovrà essere sottoposto alla misurazione della temperatura corporea. In caso di temperatura > 37,5° C o di sintomi sospetti, non si procederà alla visita e l'atleta verrà gestito secondo quanto riportato negli specifici documenti regionali.
- L'atleta (e l'eventuale accompagnatore) dovrà consegnare un'apposita autocertificazione Covid-oriented, debitamente compilata in ogni sua parte e sottoscritta, al fine di individuare: atleti Covid positivi guariti; atleti asintomatici ma che hanno avuto sintomi nei 21 giorni precedenti attribuibili all'infezione da Covid-19 (temperatura corporea > 37,5 °C, tosse, astenia, dispnea, mialgie, diarrea, anosmia, ageusia); atleti con anamnesi positiva per contatti stretti con casi confermati, sospetti o probabili (familiari, luogo di lavoro, eccetera). Nel caso l'atleta abbia indicato di essere stato COVID positivo, o di aver avuto sintomi attribuibili all'infezione da Covid-19, o di aver avuto contatti a rischio, non si procederà alla visita.
- L'atleta dovrà riporre in apposito contenitore la propria mascherina e i propri guanti monouso, procedere al lavaggio e disinfezione delle mani e, infine, indossare per tutta la visita (tranne

durante la spirometria) una nuova mascherina chirurgica e nuovi guanti monouso forniti dall'ambulatorio.
- Nella sala di attesa dovrà essere mantenuta la distanza di sicurezza di almeno 1 metro e dovranno essere a disposizione dell'utenza idonei disinfettanti per le mani.

Esecuzione della visita medico-sportiva

- Si raccomanda di mantenere sempre la maggior distanza possibile fra operatori sanitari e atleta.
- Durante l'esecuzione della spirometria, l'operatore sanitario dopo aver spiegato la tecnica di esecuzione dell'esame dovrà posizionarsi dietro il paziente a distanza di sicurezza.
- Ove possibile, si consiglia di posizionare lo spirometro in prossimità di una finestra che dovrà essere aperta durante l'esame.
- Lo spirometro, al quale andranno applicati solo boccagli con filtro monouso antivirali, dovrà essere igienizzato con appositi disinfettanti tra un atleta e l'altro.
- Durante l'esecuzione del test da sforzo, da eseguirsi secondo quanto previsto dalle normative vigenti, gli operatori sanitari dovranno mantenersi il più possibile a distanza di sicurezza, possibilmente non di fronte all'atleta.
- L'esame delle urine è raccomandato che venga eseguito su un campione portato dal paziente dal proprio domicilio; in alternativa il test deve essere eseguito immediatamente dopo il mitto e, in seguito, devono essere disinfettate le superfici di contatto con il contenitore del campione.
- Si raccomanda di utilizzare sempre materiali monouso (boccagli per lo spirometro con filtri antivirali, elettrodi ECG, lenzuola, teli per la detersione del sudore, sottobracciali per la misurazione della pressione usa e getta), i quali dovranno essere smaltiti, dopo ogni visita, nel rispetto delle disposizioni legislative vigenti.
- Dopo la visita di ogni atleta, tutte le superfici e gli strumenti non monouso utilizzati per la visita (lettino, fonendoscopi, apparecchi per la pressione, ergometri, penne) dovranno essere sottoposti a procedure di disinfezione con prodotti idonei (contenenti etanolo al 62-71%, o perossido di idrogeno al 0,5% o ipoclorito di sodio al 0,1%).
- L'ambulatorio ove si svolge la visita dovrà essere adeguatamente areato tra un atleta e l'altro, mentre il personale sanitario dovrà cambiare i guanti dopo ogni visita.
- L'ambulatorio ove si svolge la visita dovrà essere adeguatamente igienizzato a fine giornata utilizzando uno dei prodotti precedentemente indicati.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ZERO

Data 21/03/2020 | Protocollo n. 4665 Class. | Allegati n. 2

Oggetto: Fase 2 Covid-19. Video "Accesso all'attività ordinaria" e "Accesso agli ospedali".

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmettono in allegato alla SV i due filmati denominati "Accesso all'attività ordinaria" e "Accesso agli ospedali", sottoposti alla valutazione da parte dei componenti il Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020.

I due filmati sono stati approvati telematicamente in data odierna con la seguente richiesta di modifica: "*Nel video "Accesso alle attività ordinarie" al minuto 0:30 la mascherina sembra essere portata sotto il naso ed è pertanto da correggere, mentre al minuto 1.15 va esplicitato meglio cosa si intenda con l'a rivalutazione avverrà automaticamente all'interno della struttura sanitaria," in riferimento alle visite non evase causa emergenza.*".

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

AZIENDA ZERO

Data 18/5/2020 | Protocollo n. U212 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Fase 2 Covid-19. Video "Accesso al Pronto Soccorso".

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il video relativo agli accessi in Pronto Soccorso nel corso della fase 2, sottoposto ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020 e approvato telematicamente in data odierna.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 14/05/2020 | Protocollo n. 41060 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 Covid-19 - "La gestione degli accessi in ospedale".

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il documento di indirizzo in oggetto, approvato telematicamente dal Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 Covid-19 - "La gestione degli accessi in ospedale"

Documento ad interim – 9 maggio 2020

Sommario

1. Premessa 3
2. Scopo del documento 3
3. Destinatari 3
4. Indicazioni operative 4
4.1 Criteri generali di accesso dell'utenza alle strutture ospedaliere 4
4.1.1 Articolazione delle misure di prevenzione e compartimentazione 4
4.1.2 Finalità e modalità generali per l'accesso all'ospedale 5
- Limitazione degli accessi 5
- Definizione di percorsi differenziati 7
- Misure di distanziamento sociale 8
- Prevenzione della trasmissione per droplets 8
- Igiene delle mani 8
4.2 Criteri di accesso al Pronto Soccorso 8
4.2.1 Differenziazione dei percorsi all'interno del PS 9
4.2.2 Accesso al PS per prestazioni urgenti 9
4.3 Criteri di gestione delle attività di ricovero 11
4.3.1 Ricovero di pazienti COVID 11
4.3.2 Ricovero urgente 11
4.3.3 Ricovero programmato 11
4.3.4 Dimissione 12
4.4 Criteri di svolgimento dell'attività chirurgica 12
4.4.1 Interventi chirurgici in emergenza 12
4.4.2 Interventi chirurgici urgenti 12
4.4.3 Interventi chirurgici programmati in regime di ricovero 12
4.5 Criteri di svolgimento dell'attività ambulatoriale 13

4.5.1 Organizzazione delle attività 13
4.5.2 Gestione delle attese 14
4.5.3 Prenotazioni tramite CUP 15
4.5.4 Punti prelievo 15
4.6 Prestazioni sanitarie in libera professione 15
4.7 Servizi di supporto situati all'interno dell'ospedale 15
4.8 Rapporti con l'utenza 16
4.9 Regole per il personale dipendente 16
4.10 Personale afferente a ditte di servizi, lavori e forniture 16
4.11 Igiene degli ambienti 16
4.12 Obitorio 17
5. Riferimenti normativi 17
Allegato 1 18
Allegato 2 19
Allegato 3 20

1.Premessa

Il presente documento integra le "***Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 Covid 19 – documento ad interim"*** del 28/04/2020, fornendo *indicazioni specifiche di funzionamento dell'Ospedale, guidate da criteri di massimo contenimento del rischio di contrarre l'infezione da SARSCov2 e garantire ai pazienti che vi afferiscono trattamenti sicuri, erogabili solo in tale contesto, nonché tutelare il personale sanitario che vi lavora.*
Pertanto non sostituisce il documento precedente ma lo integra approfondendo in particolare gli aspetti della gestione delle strutture ospedaliere nella fase 2 Covid-19.

La mission principale dell'ospedale, quale struttura tecnico-funzionale deputata alla cura di condizioni di acuzie e immediato post-acuzie, è di erogare prestazioni sanitarie appropriate, tempestive e di eccellenza, prestazioni sanitarie di emergenza/urgenza e prestazioni programmate ad elevata complessità, dirette a pazienti ad alto livello di vulnerabilità, anche a causa di patologie di natura infettiva. Ne deriva che, tra le diverse tipologie di strutture sanitarie, l'Ospedale risulta essere quella a maggior rischio di trasmissione di microrganismi patogeni, a causa della numerosità degli utenti che vi afferiscono, della permanenza di molti di essi nei reparti di degenza, delle procedure diagnostico-terapeutiche invasive cui vengono sottoposti e dello stato di immunodepressione di molti di loro.

L'evenienza che possano crearsi cluster epidemici all'interno delle strutture ospedaliere comporta delle conseguenze così gravi, che risulta fondamentale mettere in atto tutte le misure necessarie a prevenire il verificarsi di tale eventualità.
Pertanto, gli ospedali della Regione Veneto dovranno adottare stabilmente modalità di accesso conformi alle linee di indirizzo contenute in questo documento.

2.Scopo del documento

Questo documento rappresenta, per gli Ospedali, uno strumento da utilizzare, non solo in questa fase epidemica, per predisporre appositi processi operativi e percorsi di accesso anche finalizzati alla prevenzione e gestione delle infezioni da patogeni diversi. Tale compito è in capo alle Direzioni Mediche di Presidio che, a tal fine, collaboreranno con i Servizi di Risk Management aziendali.
Il presente documento ha quindi la finalità di:

- riportare l'ospedale alla sua funzione principale di gestione dell'emergenza/urgenza e delle prestazioni sanitarie in base a quanto previsto dal modello "Hub and Spoke", ribadito all'interno del Piano Socio-Sanitario Regionale del 2019-2023;
- ridurre tutte le funzioni a bassa complessità che possono essere eseguite in altre strutture sanitarie, al fine di ridurre drasticamente i flussi di utenti che vi accedono, nell'ottica della prevenzione delle malattie infettive con particolare riferimento all'infezione da SARS-Cov2;
- potenziare ulteriormente i percorsi tesi al contenimento delle infezioni ospedaliere, con particolare riferimento al SARS-CoV2, per i pazienti che necessitano di cure per altre patologie, in particolare per quelli più fragili;
- garantire la sicurezza degli operatori che lavorano all'interno delle strutture ospedaliere.

3.Destinatari

Il presente documento è diretto a tutte le Aziende Sanitarie regionali e alle Strutture Ospedaliere pubbliche e private accreditate, affinché forniscano le necessarie ed opportune direttive rispetto

all'accesso de:

- gli utenti/assistiti che vi afferiscono per le cure
- il personale sanitario, tecnico ed amministrativo ivi operante
- il personale delle ditte esterne che afferisce all'ospedale per servizio (addetti alle pulizie, dipendenti di cooperative di servizio, ecc.)
- lavoranti nei servizi di utilità interni
- i visitatori
- i fornitori
- i volontari.

4. Indicazioni operative

Il presente documento si articola nelle seguenti linee operative:

1. Criteri generali di accesso dell'utenza alle strutture ospedaliere
2. Criteri di accesso al Pronto Soccorso
3. Criteri di gestione delle attività di ricovero
4. Criteri di svolgimento dell'attività chirurgica
5. Criteri di svolgimento dell'attività ambulatoriale
6. Prestazioni sanitarie in libera professione
7. Servizi di supporto interni
8. Rapporti con l'utenza
9. Regole per il personale dipendente
10. Personale afferente a ditte di servizi, lavori e forniture
11. Igiene degli ambienti
12. Obitorio.

4.1 Criteri generali di accesso dell'utenza alle strutture ospedaliere

4.1.1 Articolazione delle misure di prevenzione e compartimentazione

Il contenimento/azzeramento del rischio di contagio può essere ottenuto solo ripensando e ridefinendo radicalmente i processi organizzativi e assistenziali, gli spazi operativi e di collegamento e l'articolazione delle diverse attività che si svolgono all'interno dell'ospedale.

Va enfatizzato il principio che ogni accesso all'ospedale deve avere una *motivazione adeguata* e, al di fuori delle situazioni di urgenza/emergenza, deve essere, di norma, *prenotato*.

I fronti da considerare nella definizione di queste misure sono:

- le **modalità di accesso** delle persone alla struttura sanitaria, a seconda della finalità, delle attività/prestazioni da fruire e delle loro condizioni al momento dell'accesso;
- le **misure** precauzionali, di prevenzione e di protezione dei diversi soggetti
- la **definizione di percorsi idonei** a veicolare, il più ordinatamente possibile, i flussi di persone, separando, per quanto possibile, le aree ed i percorsi per le degenze, gli ambulatori ed i servizi;

- la necessità di garantire la fruizione in sicurezza delle **prestazioni sanitarie** alle persone che ne hanno bisogno;
- la necessità di considerare le **caratteristiche logistiche ed organizzative** di ogni singola struttura, nel rispetto della libertà di ogni figura direzionale di adeguare le misure di prevenzione e protezione ai propri contesti operativi
- la definizione delle **misure igienico-sanitarie di prevenzione** negli ambienti.

4.1.2 Finalità e modalità generali per l'accesso all'ospedale

Affinché l'accesso all'ospedale possa avvenire per chiunque in condizioni di sicurezza igienico-sanitaria, riducendo al minimo il rischio di trasmissione di microrganismi patogeni, è necessario osservare scrupolosamente il principio che **in ospedale accedono solo le persone che devono**

- *fruire di prestazioni sanitarie quali: ricovero urgente o programmato, prestazioni di PS, prestazioni ambulatoriali (urgenti o programmate) o prestazioni correlate ad un pregresso episodio di ricovero, ecc.*
- *fruire di altre prestazioni non erogabili a distanza (es. ritiro di farmaci ad esclusiva distribuzione ospedaliera, prestazioni amministrative non fruibili da casa per mancanza di mezzi informatici, ecc.)*
- *far visita ad un congiunto, assistere un minore o un disabile*
- *lavorarvi, a qualunque titolo.*

Questo principio implica la regolamentazione degli accessi ed il mantenimento dell'insieme di misure di igiene e sanità pubblica dirette al contenimento del rischio di trasmissione di microrganismi attraverso la circolazione di persone nell'ambiente ospedaliero; tali misure prevedono:

1. la limitazione degli accessi ai casi di reale necessità;
2. la definizione di percorsi differenziati;
3. il distanziamento sociale;
4. la prevenzione della trasmissione tramite droplets;
5. l'igiene delle mani.

L'applicazione di tali misure di prevenzione è richiamata anche dall'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 40 del 13 aprile 2020 e dovranno essere mantenute, al fine di prevenire la trasmissione dell'infezione da SARS-Cov 2, anche dopo la fine della pandemia in corso.

❖ Limitazione degli accessi

L'accesso delle persone all'ospedale/struttura sanitaria deve essere consentito solo in caso di effettiva necessità, attraverso un limitato numero di varchi (possibilmente uno solo), quanto più separati per l'utenza esterna e per i dipendenti.

Gli ingressi per gli utenti vanno presidiati da personale incaricato e/o mediante un sistema automatico avanzato, che li fa sostare a distanza di almeno 1 metro gli uni dagli altri e ne regola l'ingresso. Con il presidio degli accessi alle strutture ospedaliere si persegue l'obiettivo di verificare:

a) la reale necessità di accedere per

- ***Prestazioni sanitarie*** (urgenti o programmate): l'accesso è consentito solamente tramite prenotazione e con documentazione sanitaria da esibire al personale deputato al controllo

al varco dell'Ospedale. L'ingresso è consentito solo 15 – 20 minuti prima dell'orario di appuntamento. Ogni struttura regolerà questo tempo a seconda della lunghezza dei percorsi interni per arrivare a destinazione.

Per i pazienti che devono effettuare cicli di terapia (es. radioterapia, chemioterapia, etc.) può essere predisposto un pass da esibire al personale dei varchi, al fine di agevolare il controllo e snellire l'attesa.

- ***Prestazioni amministrative*** (ritiro referti, esami radiologici, etc.): organizzare l'accesso per questa tipologia di prestazioni in una fascia oraria dedicata, nei momenti di minore afflusso in Ospedale preferibilmente su prenotazione, fermo restando l'input a sviluppare il più possibile modalità di erogazione a distanza di queste prestazioni, compreso l'utilizzo del fascicolo sanitario elettronico (FSE).
- Il ***ritiro diretto di farmaci*** va riservato a quelli ottenibili esclusivamente dalla farmacia ospedaliera, possibilmente in fascia oraria dedicata nei momenti di minore afflusso in Ospedale. Va in ogni caso favorito il trasferimento (del tutto o in parte) di questa attività alle strutture distrettuali.
- L'accesso alle ***attività commerciali*** resta riservato solamente all'utenza che si reca in Ospedale per prestazioni sanitarie o amministrative.

b) la reale necessità di accedere di

- ***Accompagnatori***: di norma l'accesso ad essi non è consentito, eccezion fatta per minori, disabili, utenti fragili, non autosufficienti e persone con difficoltà linguistiche-culturali, i quali possono essere accompagnati da una sola persona.
- ***Utenti*** che ritornano in ospedale per prestazioni urgenti correlate ad accesso di PS: l'accesso è consentito previa esibizione del verbale di PS;
- ***Pazienti/familiari per colloquio*** con personale medico riguardo a comunicazione di diagnosi, di esito di esami istologici, ecc. Per quanto possibile, sono da preferire modalità di comunicazione telematiche e, se il colloquio è comunque necessario, va organizzato in una fascia oraria dedicata, nei momenti di minore afflusso in Ospedale, eventualmente fornendo al paziente/famigliare un giustificativo (es. mail o SMS) da esibire ai varchi.
- ***Visitatori***: è consentito l'accesso ad un solo visitatore per degente. I visitatori vanno muniti di Pass autorizzativo. Valutare la possibilità di suddividere le visite in fasce orarie differenziate, per agevolare i controlli all'ingresso ed evitare assembramenti negli ascensori, nelle sale d'attesa e all'interno dei reparti di degenza, in modo da ridurre i flussi di persone in entrata ed in uscita.
- Per i degenti che necessitano di presenza continuativa e/o **assistenza ai pasti**, sarà cura del Reparto fornire un giustificativo scritto che autorizza l'accesso al di fuori dell'orario di visita (da esibire ai varchi).

c) L'eventuale sussistenza di condizioni che controindicano l'ingresso

- Alle persone con temperatura >37,5°C e/o dichiarati altri sintomi respiratori o situazioni a rischio va negato l'accesso.
- Anche in assenza di motivazioni valide, dev'essere impedito l'accesso alla persona e/o all'eventuale accompagnatore.

- L'utente che, pur in presenza di TC > 37,5°C e/o sintomi in atto, debba effettuare prestazioni sanitarie indifferibili (es. chemio/radioterapia), potrà essere fatto accedere tramite percorsi dedicati.
- Alle persone che ne sono prive, potrà/dovrà essere fornita idonea mascherina a copertura di naso e bocca; se del caso, andranno eventualmente aiutate ad indossarla correttamente. Non vanno considerate come idonee le mascherine artigianali, di carta o di altro materiale privo di reale capacità filtrante.
- Va posta particolare attenzione all'utilizzo corretto di DPI idonei; si sottolinea inoltre che né operatori sanitari né utenti devono circolare all'interno degli spazi comuni dell'Ospedale con maschera dotata di valvola di efflusso;
- Ogni persona autorizzata ad entrare, prima di superare il varco, deve eseguire l'igiene delle mani, con soluzione igienizzante, che sarà resa disponibile nelle vicinanze.

A titolo di veloce promemoria, le indicazioni suddette sono sintetizzate nel box che segue.

- **Non può accedere chi ha una T.C. >37,5°C e/o segni/sintomi suggestivi di infezione respiratoria.**
- **Possono accedere i pazienti che, pur con TC > 37,5°C e/o sintomi in atto, debba effettuare prestazioni sanitarie indifferibili (es. chemio/radioterapia).**
- **Non sono ammessi accompagnatori, eccetto che per minori, disabili, utenti fragili, persone non autosufficienti e/o con difficoltà linguistico-culturali.**
- **Ogni utente (e l'eventuale accompagnatore) che accede deve essere dotato di mascherina a copertura di naso e bocca durante tutta la sua permanenza all'interno dell'ospedale.**
- **Far rispettare il distanziamento di almeno 1 metro da tutte le persone con cui entra in contatto.**
- **L'accesso per prestazioni sanitarie non può avvenire prima di 15-20 minuti dall'orario prestabilito.**
- **L'utente e l'eventuale accompagnatore non devono trattenersi in ospedale oltre il tempo strettamente necessario per fruire delle prestazioni sanitarie.**

È necessario che venga stabilito un **criterio di identificazione** delle categorie di persone che devono poter accedere o sono autorizzate di volta in volta a circolare nella struttura.
Oltre a quanto sopra, è necessario che in ogni Ospedale vengano stabiliti orari di apertura/chiusura delle strutture, in parallelo con gli orari di svolgimento dell'attività sanitaria. Per gli ospedali, gli orari sono indicativamente dalle 7 alle 21 al massimo, ma potranno essere variati da ogni singola Azienda sulla base delle proprie necessità organizzative.
Le aperture dovranno garantire la possibilità di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali anche negli orari pre-festivo, festivo e serale. Al di fuori dei suddetti orari l'accesso deve essere negato, salvo permessi particolari per situazioni contingenti, che devono essere di volta in volta autorizzati dal servizio interessato.

❖ Definizione di percorsi differenziati

Per quanto possibile, all'interno dell'ospedale i diversi percorsi vanno differenziati; ad esempio:

- percorsi di Pronto Soccorso

- percorsi di fast-track
- percorsi di ricovero
- percorsi ambulatoriali.

Tale differenziazione è naturalmente diretta ad evitare il più possibile l'incrocio fra pazienti interni e pazienti esterni.

❖ Misure di distanziamento sociale

In tutti gli spazi ed i locali delle strutture sanitarie va assicurata una distanza fra le persone di almeno 1 mt, specie negli spazi comuni, che comprendono: sale d'attesa dei vari servizi/reparti, corridoi, ascensori, le zone ristoro, i servizi igienici, gli spazi esterni.
Per ogni sala d'attesa e per gli ascensori va individuato il numero massimo di persone che vi possono sostare contemporaneamente. Tali distanze vanno comunque commisurate alle caratteristiche degli ambienti e alla circolazione dei pazienti al loro interno. Il personale preposto di ogni reparto/servizio/ambulatorio dovrà verificare che tale distanza sia rispettata da tutti.

❖ Prevenzione della trasmissione per droplets

Questa categoria di misure riguarda la protezione di naso bocca mediante la mascherina, che dovrà essere presente all'ingresso della struttura e dovrà essere mantenuta da ogni utente durante tutta la permanenza in ospedale. L'uso corretto della mascherina dovrà essere garantito anche nel corso di incontri tra il personale sanitario/amministrativo e con pazienti/famigliari.

❖ Igiene delle mani

L'igiene delle mani è una pratica indispensabile per la prevenzione delle infezioni e deve essere eseguita da chiunque, utenti ed operatori, in particolare all'interno delle strutture ospedaliere.

Ogni Azienda dovrà assicurare in tutte le aree comuni e, se possibile, anche nelle stanze di degenza, la disponibilità di dispenser di soluzione alcoolica disinfettante e di adeguati richiami nei punti strategici di ogni struttura, per richiamare l'attenzione dell'utenza e degli operatori sulla necessità di procedere frequentemente al lavaggio delle mani con acqua e sapone o ricorrere alla disinfezione con soluzione/gel alcolico.
La pratica del lavaggio delle mani dovrà essere effettuata dal personale anche in occasione di riunioni lavorative o durante incontri con i pazienti/famigliari/visitatori.

4.2 Criteri di accesso al Pronto Soccorso

Le misure da mettere in atto nel regolare gli accessi ai servizi di Pronto Soccorso sono le seguenti:

- l'accesso venga riservato ai soli casi appropriati; a questo scopo i codici bianchi e verdi relativi a patologie mediche dovranno fruire di un percorso e di un'area separati, salvo che non sia possibile indirizzarli a MMG/PLS, medicine di gruppo integrate e medici di continuità assistenziale. È comunque auspicabile che gli accessi con codici di gravità minori avvengano, nei casi necessari, previo invio da parte del curante, che provvederà anche a stilare un apposito raccordo anamnestico;
- per quanto possibile, dovranno essere potenziati i percorsi rapidi (fast track) per le patologie a gestione specialistica;
- ogni struttura dovrà definire percorsi per le prestazioni ambulatori con codice di priorità U, che

non dovranno, di norma, transitare per il PS;

- dovrà essere applicato il progetto trend per i ricoveri, al fine di ridurre la permanenza prolungata in PS di pazienti che necessitano di ricovero, riducendo così l'affollamento;
- **prima dell'ingresso al PS ogni persona dovrà essere sottoposta preliminarmente ad un pretriage in un'area strutturalmente separata dal PS,** per:
  - verificare le sue condizioni di salute in rapporto al COVID-19 (temperatura, sintomi, anamnesi per verificare la storia di malattie respiratorie pregresse o in corso);
  - verificare la dotazione di idonea copertura di naso e bocca, in assenza della quale viene fornita una mascherina adeguata, da applicare con l'aiuto eventuale dell'operatore; l'applicazione al paziente della mascherina come da indicazioni, deve essere registrato nella documentazione sanitaria;
  - l'esecuzione dell'igiene delle mani;
- va richiamata l'attenzione dell'utenza e degli operatori sulla necessità di mantenere la distanza di sicurezza di almeno 1 mt in tutti i percorsi e le aree del PS, ivi compresi quello di pre-triage e triage;
- garantire il rispetto delle misure comportamentali dell'utenza che accede in ospedale anche presso il Pronto Soccorso, come indicato nel Box a Pag. 7.

4.2.1 Differenziazione dei percorsi all'interno del PS

L'emergenza infettiva correlata al Coronavirus ed il rischio di contrarre infezioni correlate all'assistenza rende necessario differenziare i percorsi per gli utenti che accedono al PS, come segue:

- **Percorso A - pazienti sospetti al pre-triage**: va effettuato un percorso protetto con triage, visita e successive prestazioni conseguenti almeno funzionalmente separate e in condizioni protette.
- **Percorso B - pazienti non sospetti**: accederanno alla sala d'attesa del triage con percorso ordinario.

4.2.2 Accesso al PS per prestazioni urgenti

La persona che accede all'Ospedale per una prestazione urgente di PS:

- non potrà essere accompagnata da terze persone, eccezion fatta per minori, disabili, utenti fragili, non autosufficienti e persone con difficoltà linguistiche-culturali;
- in caso di sintomi/segni significativi di sospetta infezione respiratoria da Covid 19 il soggetto dovrà essere sottoposto a tampone naso-faringeo e sostare in spazi del PS dedicati e almeno funzionalmente separati, secondo un percorso distinto, se possibile, da quello per gli utenti ordinari, fino all'arrivo del referto del tampone, e, nel caso sia richiesta una consulenza specialistica, la stessa andrà di norma eseguita presso il PS;
- in caso di emergenza/urgenza che non consente di attendere il referto, la persona va trattata come soggetto con infezione da Covid e gestita con tutte le precauzioni del caso;
- analogo approccio va previsto anche per le persone che giungono al PS in ambulanza, con la variante che il pretriage va fatto al momento e sul luogo del soccorso; all'arrivo in PS, si adotterà il criterio di cui ai due punti precedenti;
- anche nelle aree comuni del PS devono essere rispettati i criteri di distanziamento fra le persone di almeno 1 mt, le misure igieniche descritte in precedenza e l'indicazione di rimanere

in sala di attesa;

- al termine dell'iter diagnostico per Covid, la persona potrà essere inviata a domicilio o essere ricoverata.

4.3 Criteri di gestione delle attività di ricovero

L'ospedale per acuti effettua ricoveri, sia in regime di urgenza che di elezione.

NB Al fine di ridurre al minimo il tempo di esposizione del paziente agli agenti patogeni presenti in ospedale, il ricovero deve essere limitato al solo trattamento della patologia che lo ha determinato e deve avere la durata strettamente necessaria.

Tutto ciò che può essere effettuato in altro regime assistenziale va assolutamente favorito, anche utilizzando le metodiche della telemedicina.
Nell'attuale condizione di evoluzione della pandemia da SARS-CoV2, va esclusa la presenza del virus nel paziente che viene ricoverato. Pertanto, a tutti i pazienti ricoverati va effettuata la ricerca del virus SARS-CoV2 con tampone naso-faringeo, che verrà effettuato:

1) All'ingresso (in PS o in ambulatorio) per i ricoveri urgenti;
2) In fase di pre-ricovero, nei giorni immediatamente precedenti la data di ricovero programmato.

Per quanto possibile, il paziente ricoverato dovrà indossare una mascherina idonea, dovrà mantenere la distanza di sicurezza dalle altre persone (almeno 1 m.) e dovrà effettuare frequentemente il lavaggio delle mani.
Tutti i degenti non Covid potranno ricevere visite da 1 solo congiunto al giorno nella fascia oraria definita da ciascuna struttura e comunque per il minor tempo possibile.

4.3.1 Ricovero di pazienti COVID

Premesso che, per quanto possibile, il ricovero di pazienti SARS-CoV2 positivi va evitato e differito fino alla negativizzazione del test, qualora il loro ricovero sia indifferibile, essi dovranno accedere all'area dedicata dell'ospedale seguendo un percorso che sarà precisamente definito da specifiche direttive aziendali. Inoltre:

- tali pazienti sono tenuti a tenere una idonea mascherina, salvo il caso di situazioni che potrebbero controindicarne l'uso;
- non possono ricevere visite, salvo particolari eccezioni, che dovranno essere valutate e autorizzate dal responsabile dell'Unità Operativa; in tal caso, le visite potranno avvenire seguendo strettamente le procedure di sicurezza e per il minor tempo possibile.

4.3.2 Ricovero urgente

Il ricovero urgente avviene normalmente con due modalità: dal PS e da un ambulatorio.
In entrambi i casi, all'ingresso deve essere eseguito il tampone nasofaringeo ed in attesa del referto la persona va trattata come Covid positiva e trattenuta in apposita area dedicata.
Anche in caso di ricovero urgente, la durata dovrà essere ridotta allo stretto necessario alla gestione della fase acuta, al fine della riduzione al minimo delle possibilità di esposizione al rischio di contagio.

4.3.3 Ricovero programmato

Proprio per la sua programmabilità, il ricovero elettivo deve prevedere una "sicurezza delle cure" ineccepibile, ispirata alla necessità di trattare la patologia del malato, evitando al massimo la possibilità di una infezione, con particolare riferimento specie in questa fase di infezione da SARS-CoV2, che potrebbe peggiorare la prognosi.
Dovranno, pertanto, essere messe in atto le seguenti misure:

- effettuare una dettagliata raccolta anamnestica sulla possibile infezione da SARS-CoV2,
- effettuare tampone naso-faringeo nei giorni immediatamente precedenti il ricovero,
- evitare possibilmente il ricovero di pazienti Covid+ fino alla negativizzazione del tampone,
- ridurre la durata del ricovero alla sola fase di acuzie, mentre tutte le altre fasi andranno gestite in altro regime assistenziale.

4.3.4 Dimissione

Nei giorni immediatamente precedenti la dimissione, sarà necessario accertare l'assenza di segni/sintomi significativi di infezione da COVID, e potrà essere presa in considerazione l'opportunità di effettuare il tampone naso-faringeo nei casi in cui si debba avere la massima sicurezza possibile di non dimettere un soggetto potenzialmente in grado di diffondere il contagio. Tale evenienza risulta soprattutto valida nei casi in cui la dimissione non avvenga a domicilio, ma presso strutture intermedie o altri contesti di ricovero.
Nel caso di ricovero di paziente affetto da CoV2, dopo la guarigione clinica, sono necessari due tamponi a distanza non inferiore alle 24 ore con esito negativo per documentare l'avvenuta clearance virale, come da indicazioni del Ministero della Salute.
Qualora la clearance virale non sia avvenuta, ma ci sia guarigione clinica, la dimissione a domicilio potrà avvenire previa fornitura, al paziente e ai suoi familiari, delle informazioni riguardanti le indicazioni comportamentali da osservare, nonché della presa in carico da parte del SISP territorialmente competente e dal MMG/PLS/CA.
Tutto ciò che risulta necessario per completare il percorso diagnostico-terapeutico correlato all'episodio di ricovero, ma che può essere effettuato successivamente in altro regime assistenziale, va assolutamente effettuato in regime di post-ricovero.

4.4 Criteri di svolgimento dell'attività chirurgica

La gestione del paziente che deve essere sottoposto a intervento chirurgico in elezione dovrà essere effettuata per quanto possibile in regime di pre e post ricovero, in modo da ridurre il più possibile la durata della degenza e quindi la possibilità di contagio intraospedaliero.

Ogni Ospedale dovrà prevedere una specifica procedura per la gestione nel Blocco Operatorio dell'attività chirurgica per il paziente Covid.

4.4.1 Interventi chirurgici in emergenza

Il paziente che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico in emergenza, data l'impossibilità di attendere l'esito del tampone, viene gestito come se fosse Covid positivo.

4.4.2 Interventi chirurgici urgenti

Il paziente che accede al PS e necessita di un intervento chirurgico in urgenza esegue il tampone in quella sede. L'attesa del risultato dovrà avvenire in un'area dedicata. Qualora, per motivi clinici, non sia possibile effettuare il test o attenderne il risultato, dovrà essere gestito come indicato in precedenza.

4.4.3 Interventi chirurgici programmati in regime di ricovero

I pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico in elezione, saranno testati con tampone naso-faringeo per SARS-CoV2 ed eventuali ulteriori indagini, a giudizio clinico, nei giorni

immediatamente precedenti il ricovero.
I pazienti che risultano privi di obiettività clinica significativa, con tampone naso faringeo ed eventuali altri accertamenti negativi, accederanno all'intervento chirurgico in elezione come pazienti no COVID.
I pazienti pediatrici e le donne in gravidanza non eseguiranno l'Rx torace ed accederanno in sala operatoria a fronte di visita medica e tampone naso faringeo negativi per COVID.
Le indicazioni di cui sopra valgono anche per tutti i pazienti che dovranno sottoporsi a pratiche anestesiologiche in sedazione profonda e/o a procedure invasive anche non chirurgiche, durante le quali dovranno essere adottate le precauzioni già descritte in precedenza.
Il paziente va invitato, per quanto possibile, a ridurre i contatti sociali o anche ad effettuare un isolamento domiciliare nelle due settimane antecedenti l'intervento chirurgico, allo scopo di giungervi in condizioni di maggiore sicurezza dal punto di vista infettivologico.

4.5 Criteri di svolgimento dell'attività ambulatoriale

Al fine di garantire percorsi sicuri per chiunque accede all'ospedale, si dovranno differenziare il più possibile quelli per i pazienti ambulatoriali rispetto a quelli per i ricoverati, rimodulando l'offerta di prestazioni ambulatoriali rispetto alla capacità ricettiva di ciascun ospedale, in termini di rapporto fra spazi di attesa, numero di ambulatori, flussi di attività e possibilità di separare i vari percorsi.

A tal fine, le attività ambulatoriali vanno dislocate, nella maggior misura possibile, in aree dedicate, cui deve essere possibile accedere mediante percorsi separati da quelli per l'accesso alle aree di degenza.

Anche in questo contesto operativo si devono applicare le misure igienico-sanitarie per il contenimento del rischio di trasmissione, sintetizzate nel Box a pag. 7.
L'applicazione di tali misure deve essere mantenuta già a partire dall'ingresso in ospedale e in tutte le aree di attesa e dovrà permanere anche dopo la pandemia.

4.5.1 Organizzazione delle attività

Sulla base dei principi fin qui richiamati, l'organizzazione delle attività ambulatoriali dovrebbe prevedere:

- la **revisione e l'eventuale riorganizzazione delle singole agende**, in modo da ottenere il distanziamento delle procedure programmate nel piano di lavoro e, qualora necessario, ampliando al massimo l'orario di erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- la predilezione di **modalità di valutazione clinica alternative alla visita del paziente in presenza**, come gli strumenti informatici della telemedicina, che consentono la comunicazione, anche in videochiamata, e la trasmissione in sicurezza di dati clinici. Tale modalità di valutazione a distanza, finalizzata alla limitazione degli accessi e della protezione dei pazienti più fragili, deve essere utilizzata il più diffusamente possibile in vece di visite di controllo/follow up, su pazienti selezionati, come quelli affetti da patologie croniche che necessitano di accessi ripetuti per il monitoraggio/aggiustamento della terapia.
  L'erogazione di prestazioni sanitarie a distanza deve essere tracciata secondo modalità disciplinate a livello regionale;
- l'attivazione di **ambulatori dedicati e di percorsi separati per i pazienti particolarmente fragili** (es. oncologici, trapiantati, immunodepressi per altre cause), con accesso distinto da quelli per gli altri utenti;

- la possibile prosecuzione, in fase intermedia, della **sospensione di specifiche prestazioni ambulatoriali a rischio** di diffusione di aerosol (es: urea breath test, spirometrie non urgenti…), fino a completa cessazione dell'emergenza;
- l'esclusione dell'accesso agli ambulatori o alle segreterie non finalizzati all'esecuzione di prestazioni sanitarie ma alla sola **richiesta di informazioni**; gli utenti vanno informati della necessità di ricorrere al colloquio telefonico, mediante preventivo contatto col personale amministrativo (nel caso di informazioni organizzative o appuntamenti) o sanitario (per necessità terapeutiche);
- la valutazione dell'opportunità e della possibilità di **trasferire** (del tutto o in parte) **le prestazioni ambulatoriali di primo livello in sede distrettuale**, in modo da decentrare dagli ospedali la maggior parte del flusso di utenza non strettamente correlato all'attività di ricovero, in modo che agli ospedali afferiscano solo persone che necessitano di visite e controlli con carattere di gravità, urgenza o emergenza, di visite in regime di pre o post ricovero e/o di prestazioni ad elevata complessità. In particolare, si valuti la possibilità di organizzare in aree ambulatoriali della rete di assistenza territoriale tutte le visite periodiche per i pazienti con malattia cronica;
- il necessario **sviluppo delle reti di integrazione tra specialisti territoriali e ospedalieri** della stessa branca, o anche di branche affini al fine di costruire percorsi di continuità territorio-ospedale-territorio per la gestione del paziente complesso;
- in specifici contesti assistenziali, preliminarmente all'accesso all'ambulatorio, è opportuna la somministrazione all'utenza di **questionari anamnestici** per ricavare informazioni sulla storia clinica atte a stratificare il rischio di esposizione all'infezione Covid19 e conseguentemente utili a delineare il percorso di cura del paziente. Si riportano, a titolo esemplificativo, i questionari da utilizzare in occasione delle visite pneumologiche (Allegato 1) e delle valutazioni ostetriche nel percorso clinico della donna in gravidanza (Allegato 2).

Nell'ambito dell'attività ambulatoriale, particolare attenzione deve essere infine posta all'attuazione delle operazioni di pulizia e sanificazione di ambienti e superfici, secondo le indicazioni generali di cui al successivo paragrafo 4.11 (Igiene degli ambienti).
Nello specifico, si raccomanda di commisurare la frequenza e l'entità di tali operazioni alla tipologia e alla numerosità delle prestazioni erogate nei singoli ambulatori, con particolare riguardo per le sedi in cui si eseguono procedure in grado di generare aerosol.

4.5.2 Gestione delle attese

In tutte le aree ospedaliere coinvolte nell'attività ambulatoriale devono essere attuate le seguenti misure organizzative per la gestione delle attese, in modo da garantire, come in tutti gli altri spazi comuni, la protezione delle persone. In particolare:

- l'accesso alla sala d'attesa va scaglionato e consentito limitatamente al numero di persone che possono occupare i posti a sedere identificati come utilizzabili (i non utilizzabili sono contrassegnati da apposito cartello di divieto) e riservati pressoché esclusivamente ai pazienti in attesa di visita e agli eventuali accompagnatori; in caso di sovraffollamento, per quanto possibile, dovranno essere allontanati gli accompagnatori;
- le sedute sono adeguatamente distanziate, in modo da mantenere il distanziamento sociale;
- ove possibile, sono da predisporsi aree di attesa aggiuntive;
- può essere esteso l'utilizzo dell'eliminacode e installati monitor, per consentire la gestione delle chiamate anche a distanza;
- gli appuntamenti sono maggiormente distanziati e distribuiti, per quanto possibile, tra mattina

e pomeriggio e, di conseguenza, gli accessi dell'utenza scaglionati e pianificati a pochi minuti dall'orario di appuntamento (e comunque non prima di 15-20 minuti dall'orario previsto).

4.5.3 Prenotazioni tramite CUP

Le prenotazioni tramite CUP devono privilegiare al massimo i canali telefonici e/o la rete internet, per eliminare o ridurre al minimo l'accesso delle persone in ospedale a tal fine. All'atto della prenotazione, e comunque in ogni occasione comunicativa che riguardi un ulteriore accesso in ospedale, l'utente deve essere informato sulle modalità di accesso di cui al Box a Pag. 7.

4.5.4 Punti prelievo

Gli accessi ai punti prelievo devono essere regolamentati privilegiando la prenotazione, ampliando opportunamente le fasce orarie e la distribuzione degli utenti nelle stesse, in modo da ottenere il distanziamento effettivo delle persone.
Al momento della prenotazione devono essere fornite agli utenti adeguate informazioni sulle modalità di svolgimento del servizio, sulle prestazioni effettuabili, sulla necessità di prenotare la prestazione e di rispettare le norme di comportamento di cui al Box a pag. 7.
Nelle sale d'attesa, nella fase di pre-accettazione e di accettazione devono essere rispettate tutte le misure igieniche indicate per l'attività ambulatoriale.

4.6 Prestazioni sanitarie in libera professione

L'erogazione dell'attività libero professionale si svolge negli spazi e nelle fasce orarie libere dall'attività istituzionale e deve seguire tutte le norme di igiene e prevenzione per utenti ed operatori delineate per l'attività istituzionale.
I professionisti si faranno carico di verificare che durante la loro attività venga mantenuto il rispetto delle norme igieniche necessarie per la prevenzione dell'infezione Covid19 e, qualora necessario, rimoduleranno anche la loro offerta in termini di durata della prestazione, al fine di garantire il rispetto della distanza sociale, il livello di pulizia e di prevenzione del rischio di contatto con materiali biologici potenzialmente infetti.

Dopo aver fruito delle prestazioni sanitarie pazienti ed eventuali accompagnatori dovranno lasciare immediatamente l'ospedale senza rimanervi inutilmente.

4.7 Servizi di supporto situati all'interno dell'ospedale

Allo scopo di ridurre ulteriormente l'affollamento all'interno dell'ospedale è necessario rivedere alcune funzioni spesso presenti negli spazi ospedalieri:

1) Si dovrà valutare l'opportunità di trasferire le sedi delle Associazioni di volontariato in zone dell'ospedale a minor flusso di persone o in altre strutture sanitarie al di fuori dell'ospedale.
2) Anche l'URP andrà allocato in altra sede e favorito il più possibile il contatto con l'utente attraverso le modalità telematiche (mail, telefono)
3) Le attività commerciali potranno continuare a permanere negli spazi comuni, applicando le restrizioni relative al distanziamento sociale, alla protezione di naso e bocca e al lavaggio delle mani
4) CUP e Sportelli amministrativi dovranno, per quanto possibile, privilegiare il contatto per via

telematica, mentre il servizio in presenza avverrà preferibilmente su prenotazione. Eventualmente potrà essere fornito lo stesso servizio nelle sedi territoriali.

4.8 Rapporti con l'utenza

Stanti le misure di prevenzione fin qui descritte, nessun utente/paziente o famigliare dovrebbe recarsi in ospedale per colloquio con il personale sanitario e/o amministrativo, ma poter utilizzare i mezzi di comunicazione telematici. Pertanto, tutti i servizi e contatti che possono avvenire attraverso questi canali dovrebbero essere gradualmente diretti in tal senso, così che la modalità in presenza diventi eccezionale e su appuntamento, che sarà cura del personale preposto organizzare in fasce orarie di basso afflusso all'ospedale.
È necessario che, in ogni occasione comunicativa fra utenti ed operatori, che riguardi l'accesso alla struttura ospedaliera, vengano fornite informazioni sulla necessità di adottare i comportamenti di cui al Box a Pag. 4 e alla figura in Allegato 3.

4.9 Regole per il personale dipendente

Il personale dipendente va responsabilizzato sulla necessità di osservare scrupolosamente le disposizioni in materia di contenimento del contagio previste dai provvedimenti in vigore, con particolare riferimento all'impiego, sia all'interno dell'ambiente di lavoro che negli spostamenti da e per il domicilio, dei DPI idonei, nonché di gel o altra soluzione igienizzante e delle misure di distanziamento sociale. In ogni reparto/servizio va documentata la presa d'atto di ogni dipendente di questi criteri e verificata la sua effettiva comprensione dei comportamenti da adottare in caso di segni/sintomi suggestivi di infezione respiratoria.
Ogni operatore è responsabile della valutazione del proprio stato di salute (febbre e sintomi respiratori) prima, durante e dopo il turno di lavoro ed è tenuto ad osservare scrupolosamente l'applicazione delle norme di prevenzione della trasmissione virale, nonché a vigilare sull'applicazione delle stesse anche da parte dei pazienti e degli utenti che accedono al servizio in cui lavora.
Ogni dipendente, in rapporto al proprio ruolo, competenza e livello di responsabilità è impegnato a garantire la stretta applicazione delle misure di prevenzione, di protezione e di controllo delle infezioni in tutte le strutture sanitarie aziendali, inclusi i servizi di Pronto Soccorso.
Per il personale assegnato al controllo dei varchi può essere utile il promemoria in Allegato 3.

4.10 Personale afferente a ditte di servizi, lavori e forniture

Le modalità di accesso e di identificazione del personale afferente a ditte di servizi, lavori e forniture saranno indicate al Servizio che gestisce gli appalti in stretta collaborazione con la Direzione Aziendale. Le ditte esterne che prestano un servizio un lavoro o una fornitura alla struttura ospedaliera dovranno dare evidenza dell'attività di sorveglianza sanitaria che stanno svolgendo per il proprio personale operante all'interno della struttura ospedaliera stessa.

4.11 Igiene degli ambienti

Nella Fase 2 di riavvio delle attività e, di conseguenza, di aumento dei flussi di persone all'interno dell'ospedale, va data maggiore e fondamentale importanza alle procedure di pulizia, sanificazione e disinfezione.
Andrà, pertanto, rivalutato il livello di pulizia e sanificazione da garantire, in particolare, nelle aree in cui vengono effettuate prestazioni sulle vie aeree e con produzione di aerosol.

Anche per le aree di attesa ad alta frequentazione o in cui sostino pazienti immunodepressi/oncologici/ ematologici andrà rivalutato il livello di sanificazione.
Tutte le aree con accesso di persone dall'esterno andranno sanificate secondo le indicazioni ministeriali e regionali, in applicazione alle raccomandazioni dell'OMS e dell'ISS (Circolare Min. Sal. n. 5443 del 23.02.2020, Rapporto ISS n. 19/2020 del 25.04.2020, Rapporto ISS n. 20/2020 del 08.05.2020).

4.12 Obitorio

Al fine di prevenire il rischio di diffusione del contagio connesso a condizioni di affollamento degli spazi, sono contingentati e limitati gli accessi in Obitorio e nelle camere ardenti, sia dei parenti dei defunti che del personale delle IOF, sulla base della capienza degli ambienti.
Nei locali camere ardenti sono **interdette le veglie per i defunti da Covid**, mentre possono essere consentite ad un numero limitato di persone per i defunti non Covid, a condizione che siano dotati di mascherine idonee per la protezione di naso e bocca, mantengano la distanza di almeno un metro dalle altre persone, eseguano l'igiene delle mani e si soffermino per il minor tempo possibile. L'adozione di tali misure di prevenzione del rischio di diffusione del virus va comunque assicurata sia all'interno che all'esterno della struttura obitoriale ed il personale di servizio dovrà richiamare i presenti al loro rispetto in caso di evidente inadempienza.

5.Riferimenti normativi

1) DGR 344 del 17 marzo 2020
2) DPCM 08 marzo 2020
3) DPCM 09 marzo 2020
4) Rapporto ISS n° 4/2020 del 28 marzo 2020: Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da sars-cov-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV 2
5) CIRCOLARE del Ministero della Salute Emergenza COVID-19, 30/04/2020: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/2020
6) DPCM 26 aprile 2020: Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale
7) Circolare Min. Sal. n. 5443 del 23 febbraio 2020: Covid-2019. Nuove indicazioni e chiarimenti
8) Rapporto ISS n° 19/2020 del 25 aprile 2020: Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell' attuale emergenza COVID-19: presidi medico chirurgici e biocidi
9) Rapporto ISS n° 20/2020 del 08 maggio 2020: Indicazioni per la sanificazione degli ambienti interni per prevenire la trasmissione di SARS-COV 2

Allegato 1

Esempio di questionario anamnestico nel caso di sospetto Covid19 - Area Pneumologia -

1) Temperatura > 37,5	SI ☐	NO ☐
2) Tosse	SI ☐	NO ☐
3) Dispnea	SI ☐	NO ☐
4) Saturazione Hb < 93% aa	SI ☐	NO ☐
5) Contatto con COVID19 +	SI ☐	NO ☐
6) Tampone positivo	SI ☐	NO ☐

Se la risposta è SI a 3 o più domande o anche solo alla domanda 6 inviare il paziente al pre-triage del Pronto Soccorso.

Allegato 2

Esempio di questionario anamnestico nel caso sospetto Covid19 - Donna gravida* -

1. Sintomi

- ☐ Raffreddore
- ☐ Febbre
- ☐ Tosse
- ☐ Mal di gola
- ☐ Dispnea
- ☐ Diarrea e/o vomito
- ☐ Alterazione dell'olfatto e/o del gusto
- ☐ Dolori muscolari
- ☐ Nessuno dei precedenti
- ☐ Informazione non disponibile

2. Contatti a rischio di contagio: 14 giorni prima della comparsa di sintomi

- ☐ Viaggio o residenza in area a trasmissione locale
- ☐ Occupazione ad alto rischio (operatore sanitario)
- ☐ Contatto non protetto con persona COVID 19
- ☐ Partecipazione ad incontri risultati focolai di sindrome parainfluenzale/polmonite (≥ 2 persone affette)
- ☐ Nessuno dei precedenti
- ☐ Informazione non disponibile

3. Tipi di precauzioni di isolamento eventualmente adottate

- ☐ Precauzioni per droplets, uso di mascherina
- ☐ Precauzioni per contatto, uso di guanti
- ☐ Precauzioni per trasmissione aerea, distanziamento sociale
- ☐ Nessuna

Ha avuto negli ultimi 14 giorni un contatto stretto (specificare*) con una persona con diagnosi sospetta/probabile/confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?

SI ☐ NO ☐

*Nota: _____

Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445.

Data Firma _____

* Da: ISUOG Interim guidance on 2019 novel coronavirus infection during pregnancy and puerperium: information for healthcare professionals. Ultrasound Obstet Gynecol. 2020 Mar, 11° Modificato

Allegato 3

Otto passi per proteggerci (personale ai varchi)

1. Regola con cura gli accessi degli utenti
2. Mantieni almeno 1 mt di distanza fra le persone
3. Controlla che chi entra abbia le carte in regola
   - prestazioni sanitarie urgenti
   - prestazioni sanitarie prenotate - non prima di 15-20' dall'orario previsto
   - prestazioni particolari per malattia oncologica o cronica
   - visita/assistenza ad un congiunto (una sola persona NON se è COVID
4. Nessun accompagnatore, salvo motivate eccezioni (minori, disabili, persone fragili e/o non autonome)
5. Prima di farlo passare:
   - Verifica che abbia i DPI adeguati
   - Fagli eseguire l'igiene delle mani
   - Misura la temperatura e fai un'anamnesi di minima
6. Non far entrare chi ha sintomi sospetti (TC ≥ 37,5°C, tosse raffreddore, altri sintomi respiratori ...) ma rimandalo dal suo medico (salvo il caso di malattia oncologica o cronica); non permettere l'accesso a chi ti appare alterato;
7. Spiega bene il percorso da fare, per evitare che giri inutilmente per l'ospedale
8. In caso di necessità fai accompagnare la persona a destinazione da qualcuno del reparto/servizio

Otto passi per proteggerci (utenti)

1. Puoi entrare in ospedale solo tramite gli accessi sorvegliati da personale preposto
2. Non puoi entrare se hai sintomi sospetti (febbre, tosse, raffreddore, altri sintomi respiratori, ...)
3. Avvisa il personale ai varchi se hai sintomi e/o febbre ma devi accedere comunque (es. oncologia, ematologia, radioterapia)
4. Per entrare devi avere un motivo valido
   - prestazioni sanitarie urgenti
   - prestazioni sanitarie prenotate - non prima di 15-20' dall'orario previsto
   - prestazioni particolari per malattia oncologica o cronica
   - visita/assistenza ad un congiunto (una sola persona NON se è COVID
5. Non è ammesso alcun accompagnatore, salvo motivate eccezioni (minori, disabili, persone fragili e/o non autonome)
6. Per entrare devi avere una mascherina idonea e mantenerti ad almeno 1 mt di distanza dalle altre persone
7. Prima di entrare devi
   - Igienizzare le mani
   - Farti misurare la temperatura corporea
   - Fornire alcune informazioni sulla tua salute
8. Segui solo i percorsi che ti vengono indicati, non girare per l'ospedale ed esci subito dopo aver fruito le prestazioni sanitarie

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 7/5/2020 | Protocollo n. 10505 Class. | Allegati n.

Oggetto: Verbale Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 – 8ª riunione del 5.5.2020

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il verbale dell'incontro del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19, ex DGR n.269 del 2.3.2020, tenutosi il 5.5.2020.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Verbale Comitato scientifico Coronavirus (ex DGR 269/2020) – 8ª riunione

05/05/2020 ore 15:00-16:45 – Riunione svolta in modalità videoconferenza

Partecipanti:

Dr. Domenico Mantoan, Prof. Vincenzo Baldo, Prof. Paolo Navalesi, Prof. Andrea Vianello, Prof.ssa Evelina Tacconelli, Dr.ssa Annamaria Cattelan, Dr. Marco Baiocchi, Dr. Francesco Zambon, Dr. Mario Saia, Prof. Giorgio Palù, Prof. Mario Plebani, Prof. Giuseppe Lippi, Dr.ssa Giuliana Lo Cascio, Dr.ssa Francesca Russo, Dr.ssa Giustina De Silvestro, Dr. Ugo Fedeli, Dr.ssa Elena Schievano, Dr. Stefano Kusstatscher, Dr.ssa Gisella Pitter, Dr.ssa Silvia Vigna

Argomenti discussi:

1. Studio sperimentale sull'utilizzo del plasma iperimmune nel trattamento di pazienti con COVID-19
2. Studio di siero-prevalenza in pazienti con COVID-19 e in operatori sanitari

1) Studio sperimentale sull'utilizzo del plasma iperimmune nel trattamento di pazienti con COVID-19

La Dr.ssa De Silvestro illustra lo stato di avanzamento dello studio: ad oggi sono stati arruolati 12 pazienti e si sono osservati risultati clinici incoraggianti. Si concorda sulla necessità di comunicare i risultati preliminari dello studio al Centro Nazionale Sangue dell'Istituto Superiore di Sanità e si ritiene inoltre necessario proseguire nelle attività di raccolta di plasma iperimmune dai donatori, al fine di costituire scorte da mettere a disposizione in caso di recrudescenza dell'epidemia, notificando tale attività di raccolta alle autorità nazionali competenti. Utile infine, per consolidare le evidenze di efficacia finora ottenute, proseguire le attività di sperimentazione in corso adottando un disegno di studio controllato randomizzato; a tal fine, la Dr.ssa De Silvestro prenderà contatto con le autorità nazionali competenti (ISS, CNS) per proporre l'avvio di uno studio controllato randomizzato multicentrico nazionale, valutando anche la possibilità di partecipare a eventuali studi multicentrici internazionali promossi da EMA. Si raccomanda la valutazione comparativa dei risultati sella sierologia con i risultati dei test di neutralizzazione e si consiglia di selezionare donatori ad alto titolo.

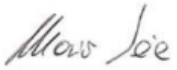
2) Studio di siero-prevalenza in pazienti con COVID-19 e in operatori sanitari

Il Dr. Fedeli illustra i risultati *in itinere* dello studio condotto dal Prof. Plebani e dal Prof. Lippi, con il coordinamento del Prof. Palù (**allegato**). La prevalenza di positività anticorpale (IgG) negli operatori sanitari è risultata pari al 4% (più elevata tra gli OSS rispetto ad altre categorie professionali). La sensibilità e specificità del test sierologico su sangue venoso sono state valutate rispetto al tampone naso-faringeo considerando una finestra temporale di almeno 13 giorni tra l'esecuzione del tampone e della sierologia, per tenere conto del tempo necessario allo sviluppo degli anticorpi. La sensibilità degli anticorpi (IgG + IgM) è risultata del 93% nel gruppo di pazienti COVID-19 e del 72% nel gruppo degli operatori sanitari. La specificità delle IgG si attesta intorno al 97% in entrambi i gruppi. Tali risultati, in linea con quelli di altri gruppi di ricerca, mostrano che la specificità del test sierologico su sangue venoso è ottima, mentre la sensibilità risulta soddisfacente in pazienti sintomatici (93%) mentre è inferiore negli operatori sanitari. È possibile che, analogamente a quanto avviene in altre infezioni virali, nelle forme asintomatiche o pauci-sintomatiche limitate alle alte vie respiratorie gli anticorpi non si sviluppino

oppure vengano prodotti a titoli sotto la soglia di rilevabilità del metodo. Inoltre è stato osservato che in alcuni casi gli anticorpi compaiono dopo 21 giorni dall'infezione. È in corso un sottostudio condotto dal Prof. Lippi volto a valutare l'accuratezza del test sierologico rapido (eseguito su sangue venoso con il test fornito da Azienda Zero) rispetto al test sierologico in chemiluminescenza e al tampone. I risultati preliminari mostrano un'ottima concordanza tra i due test sierologici per quanto riguarda le IgG, mentre la concordanza risulta insoddisfacente per le IgM.
Oltre alla necessità di concludere in tempi rapidi lo studio con i reattivi a disposizione sugli operatori sanitari (Fase 1), si ritiene che i risultati finora ottenuti vadano presentati innanzitutto all'Unità di Crisi Regionale Coronavirus, esplicitandone le implicazioni di sanità pubblica e delineando anche gli sviluppi futuri dello studio di sieroprevalenza, come l'estensione con la stessa metodologia ad altre categorie professionali o in altri setting assistenziali quali le Case di Riposo, che andranno identificate e ai soggetti positivi per valutare nel tempo la permanenza degli anticorpi IgG (Fase 2). Si concorda infine sulla necessità di istituire un sistema di controllo di qualità obbligatorio (VEQ) sui test sierologici e molecolari che coinvolga tutti i laboratori pubblici e privati accreditati della Regione, sotto il coordinamento del Centro Regionale di Ricerca Biomedica per la Qualità in Medicina di Laboratorio. Infine, Azienda Zero dovrebbe promuovere (Fase 3) una gara pubblica per la fornitura di sistemi diagnostici per la sierologia che preveda oltre al criterio economico la valutazione delle caratteristiche di prestazione e utilizzazione su strumentazione possibilmente già presente nei principali laboratori clinici della Regione.

Padova, 6 maggio 2020.

Il Coordinatore
Dott. Mario Saia



Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico Assistenziale
governo.clinico@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 0412791344

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 18/03/2020 | Protocollo n. 6453 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Misure preventive e di sicurezza per la gestione del neonato che necessita di trasporto durante epidemia da COVID-19.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il documento in oggetto, approvato dal Comitato Tecnico Scientifico COVID-19.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

SERVIZIO DI TRASPORTO URGENZA-EMERGENZA DEL NEONATO CRITICO
REGIONE VENETO

PROTOCOLLO

Misure preventive e di sicurezza per la gestione del neonato che necessita di trasporto durante epidemia da COVID-19

Prof. Daniele Trevisanuto, Prof. Eugenio Baraldi, Dott.ssa Mariela Ventola, Dott. Paolo Biban

Terapia Intensiva Neonatale di Padova - Terapia Intensiva Neonatale di Verona

Il presente documento è stato elaborato tenendo conto dei dati scientifici ed epidemiologici disponibili alla data attuale. Le indicazioni contenute sono pertanto suscettibili di future variazioni.

PREMESSA

La recente epidemia da un nuovo coronavirus isolato a Wuhan (Cina) a fine 2019 (SARS-CoV-2 o COVID-19) impone una riorganizzazione delle attività nei reparti di Assistenza Neonatale e Terapia Intensiva Neonatale e del Trasporto Neonatale.

Come ben riassunto nel documento della Società Italiana di Neonatologia (SIN) pubblicato il 28.02.2020 (ALLATTAMENTO e INFEZIONE da SARS-CoV-2), le attuali conoscenze suggeriscono che:

a) Il virus SARS-CoV-2 si propaga principalmente da persona a persona tramite contatto stretto (0-2 metri) e si trasmette attraverso le goccioline delle vie respiratorie quando un individuo infetto starnutisce o tossisce oppure attraverso le mani.

b) Non è ancora chiaro quale sia l'impatto di un'eventuale trasmissione perinatale dell'infezione da SARS-CoV-2 il cui outcome, in analogia con le passate epidemie di SARS-CoV-1 (Severe Acute Respiratory Syndrome) e MERS-CoV (Middle East Respiratory Syndrome Coronavirus), potrebbe dipendere più dalla gravità dell'infezione materna e da concomitanti patologie ostetriche piuttosto che dall'infezione da SARS-CoV-2 in sè.

c) Un'eventuale infezione neonatale da SARS-CoV-2 potrebbe essere il risultato di una trasmissione acquisita per via respiratoria dalla madre nel post partum piuttosto che per via transplacentare.

La SIN ha pubblicato un documento su "Allattamento e Infezione da SARS-CoV-2 per guidare la gestione in Assistenza Neonatale" ed un documento sulle "Indicazioni per i genitori dei neonati degenti nei Reparti di Terapia Intensiva Neonatale durante l'evento epidemico da nuovo coronavirus", ma manca un documento specifico per regolare l'attività del personale addetto al trasporto del Neonato Critico.

In Veneto, lo STEN è garantito dai due centri Hub di Padova e Verona che coprono rispettivamente il Veneto Orientale (Province di Belluno, Treviso, Venezia, Padova e Rovigo) e il Veneto Orientale (Provincie di Vicenza e Verona). Vengono espletati circa 400 trasporti neonatali all'anno da 34 punti nascita.

I Direttori delle Centrali Operative del SUEM 118 del Veneto hanno pubblicato un consenso sull'utilizzo dei DPI nell'ambito del sistema dell'emergenza e del trasporto che può essere di riferimento per la procedura relativo al trasporto neonatale.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo documento è quello di regolare l'attività del Servizio di Trasporto Urgenza-Emergenza Neonatale (STEN) della Regione Veneto durante l'epidemia da COVID-19.

PROCEDURA

L'utilizzo di presidi per lo staff addetto al trasporto e la modalità di gestione del paziente restano quelle vigenti a parte le seguenti modificazioni:

ALLA CHIAMATA

- Raccogliere l'anamnesi materna specificatamente al suo possibile stato di "caso sospetto", "caso probabile" o "caso confermato" (Allegato I e II)

- **In caso di trasporto di un neonato con i criteri di attivazione dello STEN nato da madre apparentemente sana:** far compilare la scheda di autovalutazione del rischio di infezione (ALLEGATO II)

- **In caso di trasporto di un neonato con i criteri di attivazione dello STEN nato da madre con sospetta o confermata infezione da COVID-19, o in caso di neonato di età inferiore ai 30 giorni affetto da sintomatologia respiratoria a contatto con persone affette da infezione sospetta o accertata:** far compilare la scheda di autovalutazione del rischio di infezione (ALLEGATO II)

- Identificare l'accesso alla sala parto e/o reparto di neonatologia dell'ospedale richiedente che preveda il percorso meno esposto a rischi di contagio (es. evitare, se possibile, il transito attraverso il Pronto Soccorso, e favorire l'utilizzo di ascensori "alternativi")

- Al momento della partenza dell'ambulanza dalla sede della Croce Verde di Padova, il centralino avvisa telefonicamente il team del trasporto che l'ambulanza raggiungerà il punto di ritrovo in pochi minuti. Il personale dell'ambulanza non dovrà salire in reparto per il recupero della termoculla, ma questa operazione sarà a carico del medico e dell'infermiere del trasporto che condurranno la culla al punto di ritrovo. Ciò eviterà l'ingresso del volontario della Croce Verde in reparto di Neonatologia

GESTIONE DEL NEONATO

- in caso di gestione di un neonato che **necessita di manovre invasive** che producono maggiore aerosolizzazione (intubazione, aspirazione) il personale medico-infermieristico dovrà indossare dispositivo di protezione individuale (DPI) respiratoria FFP3 di fronte sia a infezione sospetta che a infezione accertata, camice monouso idrorepellente in TNT a maniche lunghe, doppi guanti, visiera/occhiali a maschera, copricapo monouso e calzari.

- in caso di gestione di un neonato che **non necessita di manovre invasive** il personale medico-infermieristico dovrà indossare dispositivo di protezione individuale (DPI) respiratoria FFP2 di fronte sia a infezione sospetta che a infezione accertata, camice monouso, guanti, visiera/occhiali a maschera.

- Effettuare tutte le manovre con i presidi soprariportati (i guanti ed il camice vanno cambiati prima del contatto con il paziente) dopo accurato lavaggio delle mani. La corretta procedura di vestizione e svestizione del camice si trova al seguente indirizzo: https://www.youtube.com/watch?v=8Q8kb3nt_Wo

- Il lavaggio delle mani e/o utilizzo di gel alcolico è fortemente raccomandato durante tutte le fasi del processo
- Limitare la presenza nella sala al personale “indispensabile” alla cura del neonato, evitando sovraffollamenti
- Il paziente va posizionato in termoculla chiusa e va evitata al massimo l’apertura degli oblò, salvo in caso di necessità di procedure rianimatorie
- I genitori ed il personale dell’ospedale periferico dovranno indossare la mascherina chirurgica
- In ogni caso è indispensabile osservare la più scrupolosa aderenza alle norme igieniche, in particolare delle mani, prima e dopo l’assistenza.

PRIMA DELLA PARTENZA PER IL RITORNO

Il medico, l’infermiere dello STEN devono indossare maschera FFP2, guanti, occhiali e camice monouso. L’autista ed il volontario della Croce Verde devono indossare maschera chirurgica e guanti.
Assistenza nelle fasi di carico e scarico del paziente sospetto per COVID-19: mascherina chirurgica, camice monouso idrorepellente, guanti, visiera/occhiali a maschera.

IN AMBULANZA

- Il carico/scarico della culla di trasporto verrà eseguito dal personale della Croce Verde/Bianca con guanti secondo il protocollo vigente per carico/scarico barelle per pazienti adulti
- Divisorio cabina/vano sanitario va sempre tenuto chiuso
- Deve essere minimizzato il numero di operatori nel vano (solo medico ed infermiere)
- L’estrattore aria del vano sanitario deve essere sempre acceso
- Non è ammesso il trasporto di familiari
- Il personale dell’ambulanza, dopo aver scaricato la culla, non accompagnerà il team del trasporto al reparto richiedente, ma aspetterà presso l’ambulanza. Sarà compito del team del trasporto movimentare la culla e la borsa dell’urgenza dall’ambulanza a al reparto di neonatologia

DESTINAZIONE DEL PAZIENTE

- La destinazione del paziente seguirà il protocollo sul Trasporto Urgenza Emergenza Neonatale vigente (Regione Veneto. Decreto regionale n. 33 del 23 Marzo 2018)

FINE MISSIONE

- Una volta avvenuta la consegna del paziente, al rientro nella sede Hub, l'infermiere è responsabile del ripristino del materiale
- La pulizia della culla e della strumentazione (ventilatore, monitor) va fatta con salviette disinfettanti o pannocarta imbevuto di alcool etilico 70%, amuchina o altro disinfettante approvato
- Il materiale utilizzato (es. laringoscopio, pinza di Magill, etc.) vanno posti in un sacchetto e sterilizzati secondo procedura standard
- Tutte le procedure vanno eseguite con maschera e guanti e camice monouso
- Il mezzo di trasporto verrà sanificato secondo il protocollo interno della Croce Verde di Padova e Croce Bianca di Verona
- Croce Verde di Padova e Croce Bianca di Verona faranno in modo di usare esclusivamente (a parte indisponibilità del mezzo perché già impegnato in altro servizio) l'ambulanza dedicata al trasporto neonatale
- Il mezzo di trasporto verrà sanificato secondo i rispettivi protocolli interni della Croce Verde e della Croce Bianca.

Bibliografia

1. Qiao J. What are the risks of COVID-19 infection in pregnant women? The Lancet. doi:10.1016/s0140-6736(20)30365-2.
2. Shek CC, Ng PC, Fung GP, Cheng FW, Chan PK, Peiris MJ, Lee KH, Wong SF, Cheung HM, Li AM, Hon EK, Yeung CK, Chow CB, Tam JS, Chiu MC, Fok TF. Infants born to mothers with severe acute respiratory syndrome. Pediatrics. 2003 Oct;112(4):e254.
3. Wang L et al. Working Committee on Perinatal and Neonatal Management for the Prevention and Control of the 2019 Novel Coronaviru Infection. Chinese expert consensus on the perinatal and neonatal management for the prevention and control of the 2019 novel ccoronavirus infection (First Edition). Ann Transl Med 2020: 8 (3); 47.
4. Working Group for the Prevention and Control of Neonatal 2019-nCoV Infection in the Perinatal Period of the Editorial Committee of Chinese Journal of Contemporary Pediatrics. Perinatal and neonatal management plan for prevention and control of 2019 novel coronavirus infection (1st Edition)]. Zhongguo Dang Dai Er Ke Za Zhi. 2020 Feb;22(2):87-90. Chinese.
5. Zhu H, Wang L, Fang C, et al. Clinical analysis of 10 neonates born to mothers with 2019-nCoV pneumonia. Transl pediatr 2020; 9 (1): 51-60.
6. Società Italiana di Neonatologia. Allattamento e infezione da SARS-CoV-2. 28 Febbraio 2020.
7. Società Italiana di Neonatologia. Indicazioni per i genitori dei neonati degenti nei Reparti di Terapia Intensiva Neonatale durante l'evento epidemico da nuovo coronavirus. 10 Marzo 2020.
8. Regione Veneto. Decreto regionale n. 33 del 23 Marzo 2018. Approvazione degli indirizzi tecnico-operativi del Servizio di Trasporto di Emergenza Neonatale.
9. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19) Interim guidance. 27 February 2020.
10. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 (COVID-19). Interim guidance. 27 February 2020. Geneva: World Health Organization; 2020.
11. Beckman S, Materna B, Goldmacher S, Zipprich J, D'Alessandro M, Novak D, et al. Evaluation of respiratory protection programs and practices in California hospitals during the 2009-2010 H1N1 influenza pandemic. Am J Infect Control. 2013;41(11):1024-31.
12. Radonovich LJ Jr, Cheng J, Shenal BV, Hodgson M, Bender BS. Respirator tolerance in health care workers. JAMA. 2009;301(1):36–8.
13. Radonovich LJ, Simberkoff MS, Bessesen MT ed al: N95 Respirators vs Medical Masks for Preventing Influenza Among Health Care Personnel. A Randomized Clinical Trial . JAMA. 2019;322(9):824-833.
14. Interim Guidance for Emergency Medical Services (EMS) Systems and 911 Public Safety Answering Points (PSAPs) for COVID-19 in the United States. 15 February 2020. Atlanta: Centers for Diseases Control and Prevention.
15. Procedura regionale Nuovo coronavirus SARS-CoV-2 – Rev. 02. 6/3/2020. Venezia: Regione del Veneto.
16. Procedura regionale Nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) Rev 03 del 13.03.2020.
17. SUEM 118 Regione Veneto. Utilizzo dei DPI nell'ambito del sistema dell'emergenza e del trasporto. Documento di consenso dei Direttori delle Centrali Operative del SUEM. 6 Marzo 2020 – v. 2.

ALLEGATO I

Procedura regionale Nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) Rev 03 del 13.03.2020

DEFINIZIONI

Epidemia
Aumento, di solito improvviso, nel numero di casi di una specifica malattia superiore a quanto atteso per la popolazione specifica di quell'area geografica.

Focolaio (outbreak)
Riprende la stessa definizione di epidemia ma in genere riferito ad un'area geografica più limitata.

SARS-CoV-2
Severe Acute Respiratory Syndrome Corona Virus 2 indica il virus responsabile della malattia.

COVID-19
Corona Virus Disease – 2019, indica la malattia provocata dal virus SARS-CoV-2.

Definizione di caso COVID-19
La definizione di caso viene recepita dalla Circolare del Ministero della Salute prot. 7922 del 9.03.2020 "*C OVID-2019. Aggiornamento della definizione di caso*". La definizione di caso si basa sulle informazioni attualmente disponibili e può essere rivista in base all'evoluzione della situazione epidemiologica e delle conoscenze scienfiche disponibili.

Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico
1. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria)
e
senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica
e
storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale * durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;
oppure
2. Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta
e
che è stata a stretto conta□o con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;
oppure
3. Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria)
e
che richieda il ricovero ospedaliero (SARI)
e
senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.
Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel pronto soccorso ospedaliero, tutti pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o nel Paese è stata segnalata trasmissione locale.

*Secondo la classificazione dell'OMS, consultare i rapporti quotidiani sulla situazione relativa al COVID-19 disponibili al seguente link: https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situa_on-reports/
Per l'Italia, ove si renda necessaria una valutazione caso per caso, si può tener conto della situazione epidemiologica nazionale aggiornata quotidianamente sul sito del Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/portale/home.html) e, per l'esecuzione del test, tenere conto anche dell'applicazione del "Documento relativo ai criteri per sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca d'infezione da SARS-CoV-2 attraverso tampone rino-faringeo e test diagnostico" elaborato dal Gruppo di lavoro permanente del Consiglio Superiore di Sanità (sessione LII).

Caso probabile

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

Caso confermato

Un caso con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) o a dai laboratori Regionali di riferimento che rispondano ai criteri indicati in Allegato 3 della Circolare del Ministero della Salute n. 7922 del 9 marzo 2020, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici.

Criteri per la conferma di laboratorio

Secondo quanto definito dalla Circolare n. 7922 del 9 marzo 2020 nelle Regioni con evidenza di una sostenuta trasmissione locale o diffusa del virus ed in cui sia stata evidenziata una piena concordanza nell'ultima settimana tra i test di conferma specifici per SARS-CoV-2 effettua nei Laboratori Regionali di Riferimento (eseguiti secondo le indicazioni fornite dal Laboratorio Nazionale di Riferimento, ISS) ed il test di conferma presso il Laboratorio di Riferimento Nazionale in ISS, si **possono considerare casi confermati di infezione da SARS-CoV-2 tutti i casi positivi rilevati con test di conferma effettuato dal/i laboratorio/i di riferimento Regionale**.

Definizione di "contatto stretto"

Il contatto stretto di un caso possibile o confermato è definito come:
- una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19;
- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletto di carta usato);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandato o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette

all’assistenza e i membri dell’equipaggio addetto alla sezione dell’aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all’interno dell’aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatto stretto tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell’aereo o in tutto l’aereo).

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima dell'insorgenza della malattia nel caso in esame.

ALLEGATO II

Scheda obbligatoria di autovalutazione del rischio di infezione da COVID-19

(da compilare a cura dei genitori prima del trasporto)

Dati anagrafici:

Nome: ..... Cognome: .....

Genitore/tutore legale/altro (specificare) ..... del minore .....

Dati epidemiologici (segnare con una X):

1) negli ultimi 14 giorni, prima dell'insorgenza di eventuali sintomi, vi siete recati in un paese in cui siano stati confermati casi positivi per nuovo Coronavirus?

SI |_| No |_| Non so |_|

Se sì, dove?

Luogo: ..... Data di arrivo: ..... Data di partenza: .....

Data di arrivo in Italia: .....

2) negli ultimi 14 giorni, prima dell'insorgenza di eventuali sintomi, siete stati a contatto* con una persona affetta da patologia da nuovo Coronavirus?

SI |_| No |_| Non so |_|

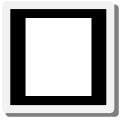
Informazioni cliniche:

Segni o sintomi respiratori: tosse |_| mal di gola |_| difficoltà respiratoria |_|

Segni o sintomi sistemici: febbre o febbricola |_| cefalea |_| mialgie |_| malessere generalizzato, stanchezza |_| calo ponderale |_| anoressia |_| confusione mentale |_| vertigini |_|

Data insorgenza dei primi sintomi: .....

IMPORTANTE: Se in qualche punto avete risposto |SI|



informare tempestivamente il Medico e l'infermiera dell'equipe del trasporto neonatale

***Legenda su cosa significa "essere stati a contatto":**

- essere stato a stretto contatto (faccia a faccia) o nello stesso ambiente chiuso con un caso sospetto o confermato da nuovo Coronavirus;

- vivere nella stessa casa di un caso sospetto o confermato da nuovo Coronavirus;

- persona impegnata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato da nuovo Coronavirus, che non ha indossato i presidi di protezione individuale previsti o personale di laboratorio addetto al trattamento di campioni di Sars-Cov-2 che non ha indossato i dispositivi di protezione individuale previsti;

- aver viaggiato in aereo nella stessa fila o nelle due file antecedenti o successive di un caso sospetto o confermato da nuovo Coronavirus.

Luogo/Data …….. Firma del Genitore/tutore legale/altro

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 10/03/2020 | Protocollo n. 5522 Class. | Allegati n. 1

Oggetto: Approvazione documento "Istruzioni operative per la Sorveglianza del Personale del Sistema Sanitario Regionale" vers. 9.3.2020.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si comunica che il documento in oggetto, che per comodità si allega, è stato approvato dal Comitato Scientifico di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

Istruzioni Operative per la Sorveglianza

del

Personale del Sistema Sanitario Regionale

09.03.2020

Obiettivo Del Documento

Questo documento ha lo scopo di indicare una linea di indirizzo sulla gestione del personale socio-sanitario che ha avuto un contatto stretto con caso confermato di COVID-19 senza l´utilizzo dei dispositivi di protezione individuali raccomandati dalla normativa nazionale. Tale situazione si può verificare per esempio per ritardata comunicazione del paziente di sintomi respiratori o di dati epidemiologici rilevanti o per contatti dell´operatore/personale esterni all´ospedale e/o all'ambiente lavorativo.

Applicazione

Si riportano qui di seguito le istruzioni operative per la corretta gestione del personale di tutti e quattro i ruoli (sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo) occupati presso le strutture del Servizio Sanitario e Socio-Sanitario Regionale, indipendentemente dall'inquadramento contrattuale, con storia di possibile contatto con un caso di COVID19. Lo scopo è il mantenimento dei Servizi Essenziali finalizzati alla cura ed all'assistenza della popolazione della regione Veneto garantendo nel contempo la sicurezza del personale in relazione alle condizioni di potenziale e/o possibile esposizione a COVID-19 .

Per i **dipendenti già collocati in Isolamento domiciliare fiduciario**, prima del presente provvedimento e per i quali sia stata accertata la negatività al tampone per Covid 19, al fine del rientro in servizio, dovrà essere disposta la chiusura dell'infortunio della malattia (in base al giustificativo usato per l'assenza) con la previsione del loro rientro anticipato in servizio.

E' compito della **DIREZIONE SANITARIA** la verifica, a seguito della conferma di caso di COVID-19 in ambito ospedaliero o non ospedaliero, di quali operatori/personale sanitario siano venuti a contatto con il "caso" senza l'utilizzo di DPI o con "caso" contratto in ambito extra lavorativo. Valutata l'effettiva esposizione, dispone la trasmissione dell'elenco degli operatori da sottoporre a sorveglianza, attraverso l'invio dei seguenti dati:

- Nome e cognome
- Data di nascita
- Residenza e/o domicilio
- Contatto telefonico
- Indirizzo e-mail

Il servizio del **MEDICO COMPETENTE** provvede a contattare gli operatori (di tutti e quattro i ruoli) per il primo accertamento anamnestico.

Si procede come segue:

ESITO ACCERTAMENTO ANAMNESTICO	PROVVEDIMENTO	SOGGETTO ATTUATORE
OPERATORE SINTOMATICO	**TAMPONE**	**DIREZIONE SANITARIA** con supporto del servizio del Medico Competente
	Se **TAMPONE POSITIVO**: non ammissione al lavoro, isolamento fiduciario per 14 giorni. in auto sorveglianza.	
	Se **TAMPONE NEGATIVO**: non ammissione al lavoro, isolamento fiduciario, rivalutazione alla risoluzione dei sintomi con esecuzione di un nuovo tampone.	
OPERATORE ASINTOMATICO	**TAMPONE**	**DIREZIONE SANITARIA** con supporto del servizio del Medico Competente
	Se **TAMPONE POSITIVO**: non ammissione al lavoro, isolamento domiciliare fiduciario per 14 giorni in auto sorveglianza.	
	Se **TAMPONE NEGATIVO**: **ammissione al lavoro** con utilizzo di DPI e mascherina chirurgica; automonitoraggio delle condizioni cliniche. **RIPETIZIONE DEL TAMPONE OGNI 48 H.** fino al 14° giorno dal contatto stretto con il caso. Nel caso in cui insorgano sintomi o tampone positivo, l'operatore è sospeso dall'attività lavorativa e viene sottoposto ad isolamento fiduciario per 14 giorni in sorveglianza attiva come descritto sopra. nel caso in cui compaiono sintomi seguire procedure per operatore sintomatico.	

Operatore asintomatico senza storia di possibile contatto stretto	**AMMISSIONE AL LAVORO**	Direzione SANITARIA con supporto del servizio del Medico Competente

In assenza di sintomi e in attesa dell'esecuzione e dell'esito del tampone non è prevista l'interruzione dal lavoro purché vengano utilizzati i DPI e l'utilizzo della mascherina chirurgica.

Sorveglianza degli operatori

La direzione Sanitaria deve sensibilizzare tutti gli operatori affinché provvedano alla segnalazione nel più breve tempo possibile alla direzione medica dell'insorgenza di sintomatologia respiratoria (sia essa intervenuta in occasione di lavoro che non) per l'attuazione delle specifiche indicazioni regionali in relazione al quadro sintomatico e a potenziali/possibili esposizioni.

Ne deriva che gli operatori sanitari si auto monitorano e sospendono l'attività nel caso di sintomatologia respiratoria o esito positivo per COVID-19.

Si rende necessario precisare che:

- l'operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19 NON è da considerarsi "CONTATTO" quando l'attività assistenziale viene condotta con l'utilizzo completo e corretto dei Dispositivi di Protezione Individuale.
- se l'operatore sanitario ha svolto l'attività di assistenza senza gli adeguati DPI per rischio droplet o il contatto è avvenuto in ambito extraospedaliero si DEVE procedere all'esecuzione del tampone.

Per gli operatori risultati positivi al tampone, al termine del periodo di isolamento domiciliare fiduciario per definire "guarito" il soggetto, bisogna acquisire la negatività di due tamponi eseguiti a distanza di 24 ore.

Si riportano qui di seguito le 'Indicazioni per un utilizzo delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19)'. (Procedura Regionale Nuovo Coronavirus - SARS-CoV-2).

In premessa si richiama quanto indicato nel DPCM del 1 marzo 2020 art. 3 comma 1 lettera a) e nel DECRETO-LEGGE 2 marzo 2020, n. 9 Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 – art. 34 comma 3.

E' documentato che le persone maggiormente a rischio di infezione da SARS-CoV-2 sono coloro che sono stati a contatto stretto con paziente affetto da COVID-19 o coloro che si prendono cura di pazienti affetti da COVID-19.

Tabella tratta da "Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease 2019 COVID-19)" – World Health Organization, 27 February 2020.

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
Attività di degenza			
Stanza di pazienti COVID-19	Operatori sanitari	Assistenza diretta a pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica Camice monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Procedure che generano aerosol in pazienti COVID-19	FFP2/FFP3 Camice monouso Guanti Occhiali/occhiali a maschera Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
	Addetti alle pulizie	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica Camice monouso

			idrorepellente Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse
	Visitatori	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19, qualora permesso	Mascherina chirurgica Camice monouso idrorepellente Guanti
Altre aree di transito dei pazienti (ad esempio reparti, corridoi)	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Nessuna attività che comporti contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI
Triage	Operatori sanitari	Screening preliminare che non comporta contatto diretto	Mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro Non sono necessari DPI
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI
Laboratorio	Tecnici di laboratorio	Manipolazione di campioni respiratori	Mascherina chirurgica Camice monouso idrorepellente Guanti Occhiali/occhiali a maschera Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera (se rischio di schizzi)
Aree amministrative	Tutti gli operatori inclusi gli operatori	Attività amministrative che non comportano contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI

	sanitari		

Ambulatori intra-ospedalieri e del territorio			
Ambulatori	Operatori sanitari	Esame obiettivo di pazienti con sintomi respiratori	Mascherina chirurgica Camice monouso idrorepellente Guanti Occhiali/occhiali a maschera Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esame obiettivo di pazienti senza sintomi respiratori	I DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria mansione
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI
	Addetti alle pulizie	Dopo l'attività di visita di pazienti con sintomi respiratori	Mascherina chirurgica Camice monouso idrorepellente Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

Sale d'attesa	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata Isolare immediatamente il paziente in area dedicata o comunque separata dagli altri; se tale soluzione non è adattabile assicurare la distanza di almeno 1 metro dagli altri pazienti
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI
Aree amministrative	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Attività amministrative che non comportano contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI
Triage	Operatori sanitari	Screening preliminare che non comporta contatto diretto	Mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro Non sono necessari DPI
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI
	Accompagnatori	Accesso in stanza del paziente senza prestare cure o assistenza diretta	Mascherina chirurgica
Assistenza al	Paziente con	Qualsiasi	Mantenere una distanza dal

domicilio	sintomi respiratori		paziente di almeno 1 metro Mascherina chirurgica se tollerata
	Caregiver	Accesso in stanza del paziente senza prestare cure o assistenza diretta	Mascherina chirurgica
	Caregiver	Assistenza diretta al paziente o contatto con urine, feci o rifiuti di un paziente COVID-19 assistito a domicilio	Guanti Mascherina chirurgica Camice monouso idrorepellente (se rischio di schizzi)
	Operatori sanitari	Assistenza diretta al domicilio di pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica Camice monouso idrorepellente Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera

Ambulanza o mezzi di trasporto			
Ambulanza o mezzi di trasporto	Operatori sanitari	Trasporto sospetto caso COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento	Mascherina chirurgica Camice monouso idrorepellente Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
	Addetti alla guida	Solo guida del mezzo con sospetto caso di COVID-19 a bordo e separazione del posto di guida da quello del paziente	Mantenere la distanza di almeno 1 metro Non sono necessari DPI
		Assistenza nelle fasi di carico e scarico del paziente sospetto per COVID-19	Mascherina chirurgica Camice monouso idrorepellente Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Nessun contatto diretto con paziente sospetto COVID-19 ma senza separazione del posto di guida da quello del paziente	Mascherina chirurgica
	Paziente con sospetta infezione da COVID-19	Trasporto alla struttura sanitaria di riferimento	Mascherina chirurgica se tollerata

	Addetti alle pulizie	Pulizie dopo e durante trasporto dei pazienti con sospetta infezione da COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento	Mascherina chirurgica Camice monouso idrorepellente Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 28.3.2020 | Protocollo n. 7447 Class. | Allegati n. 4

Oggetto: Verbale Comitato Tecnico Scientifico COVID_19 – 4ª riunione del 27.3.2020

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il verbale dell'incontro del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 e i documenti approvati, ovvero:

- Aggiornamento del Protocollo Terapia infezioni da SARS-Cov-2 comprensivo delle indicazioni per la terapia domiciliare
- Protocollo per il ricondizionamento dei dispositivi medici per CPAP
- Indicazioni per l'uso delle maschere facciali

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Verbale Comitato scientifico Coronavirus (ex DGR 269/2020) – 4ª riunione

27/03/2020 ore 11:30-12:30

Presenti:

Dr. Mario Saia, Prof. Vincenzo Baldo (in VDC), Prof. Paolo Navalesi (in VDC), Prof. Andrea Vianello (in VDC), Dr.ssa Annamaria Cattelan, Dr. Marco Baiocchi (in VDC), Dr. Stefano Kusstatscher, Dr. Domenico Mantoan, Dr.ssa Silvia Vigna, Prof.ssa Liviana Da Dalt, Dr.ssa Giovanna Scroccaro (in VDC), Dr. Ugo Fedeli, Dr. Francesco Zambon (in VDC), Dr Jas Mantero (in VDC).

Argomenti discussi:

1) **Aggiornamento del protocollo terapeutico**
   Il Comitato scientifico ritiene di promuovere il trattamento farmacologico precoce domiciliare nelle Residenze Sanitarie Assistenziali in considerazione della Determina n. 258 del 17 Marzo con la quale AIFA ha autorizzato la rimborsabilità anche in regime domiciliare a carico del SSN.
   Si attende per domani 28.3 la versione aggiornata del protocollo.
2) **Protocollo per il ricondizionamento dei caschi per CPAP**
   Il Comitato prende atto della carenza di dispositivi per CPAP, in particolare per il cosiddetto "casco o scafandro" monopaziente, dispositivo medico indispensabile per l'erogazione del trattamento.
   In attesa di indicazioni ministeriali sulla possibilità di ricondizionare i dispositivi monouso, si approva il protocollo operativo redatto dal Prof. Baldo che fornisce specifiche indicazioni per la sterilizzazione/sanificazione di Caschi CPAP e accessori.
3) **Linee di indirizzo per l'utilizzo di DPI**
   Il Comitato scientifico, in considerazione della richiesta di fornire precise indicazioni in merito all'utilizzo dei diversi tipi di mascherine e filtranti facciali, ritiene di produrre un breve e sintetico documento, finalizzato a uniformarne l'utilizzo in ambito regionale.
4) **Presentazione del dato relativo al tasso di occupazione dei posti letto di terapia intensiva**
   Vengono presentati i dati relativi all'andamento dei ricoveri sia in area critica che non critica dall'inizio dell'epidemia di COVID-19, dai quali si evidenziano trend differenti plausibilmente riconducibili a modelli organizzativi differenti, con un netto vantaggio per le aziende sanitarie dotate di terapia semintensiva respiratoria.

La prossima riunione si terrà nella settimana compresa tra il 30.3 e il 3.4.

Il Coordinatore
Dott. Mario Saia

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico Assistenziale
governo.clinico@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 0412791344

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

Protocollo terapeutico infezioni da SARS-Cov-2 - Regione Veneto

(v.3.0 del 27.3.2020)

Il presente documento viene redatto alla luce delle attuali conoscenze scientifiche degli studi clinici, sulla base della pratica clinica e dello scenario epidemiologico ed organizzativo attuale della Regione Veneto. Il documento sarà soggetto ad aggiornamento periodico in rapporto alle nuove evidenze scientifiche e all'evoluzione del quadro epidemiologico.

Al momento non esistono linee guida basate sull´evidenza per il trattamento delle infezioni da SARS-Cov-2. Questo documento si basa sulla revisione delle limitate evidenze scientifiche disponibili al momento e su documenti di indicazione terapeutica sviluppati da enti di riferimento nazionali ed internazionali.

Terapia di supporto

La corretta gestione del paziente con infezione da SARS-Cov-2 si basa su un attento monitoraggio clinico ed ossigenoterapia. Monitorare il paziente consente di identificare precocemente segni o sintomi di un peggioramento clinico come l'insorgenza di ARDS. Essenziale mantenere un'adeguata ossigenoterapia pari a SpO2 > 92% negli adulti e > 92-95% nelle donna incinta (1). In merito alla gestione respiratoria si ritiene opportuno far riferimento alle indicazioni regionali di cui alla nota prot. n. 102075 del 3.3.2020 recante "COVID-19. Indirizzi procedurali per la gestione del paziente con ARDS". In merito all'utilizzo dei corticosteroidi sistemici, vi sono al momento pareri contrastanti dovuti ad evidenza che i corticosteroidi possano rallentare la clearance virale (controindicazione quindi alla somministrazione in pazienti con infezione da Sars-Cov2) (1,2). In corso di valutazione l'utilizzo di steroidi precocemente nel paziente non intubato. L'eventuale ricorso al supporto volemico o ad una terapia antibiotica empirica (per una infezione batterica concomitante) non può essere generalizzato ma e´ da considerarsi separatamente caso per caso.

Terapia farmacologica

Attualmente non vi sono farmaci specificatamente registrati per l'infezione confermata da SARS-Cov-2 anche se dall'inizio dell'epidemia numerosi pazienti hanno ricevuto, con indicazione *off-label* o per uso compassionevole, varie molecole antivirali e/o farmaci già utilizzati o in fase di sperimentazione per la cura di altre malattie. Inoltre numerosi studi clinici sono attualmente in corso per testare l'efficacia di diversi farmaci.

Pur ritenendo che ogni approccio terapeutico sperimentale dovrebbe svolgersi all'interno di studi clinici, in considerazione della possibile grave evoluzione dell'infezione da SARS-Cov-2 , l'avvio di una terapia farmacologica è indicato:

- In pazienti con diagnosi virologica confermata di SARS-Cov-2 con sintomi lievi, ma con comorbidità associate a un aumentata mortalità (ad esempio patologie cardiovascolari, diabete mellito, malattie respiratorie croniche) (3)
- In pazienti con diagnosi virologica confermata da SARS-Cov-2 con sintomi moderati o severi.

Di seguito sono descritti i principi attivi finora utilizzati nell'ambito dell'infezione da SARS-Cov-2.

Clorochina/Idrossiclorochina

Studi clinici hanno dimostrato l'attività in vitro e nel modello animale della clorochina fosfato con attività antivirale ed immunomodulante nei confronti del virus della SARS (4). Un panel di esperti in Cina, basandosi su dati osservazionali clinici ed in vitro, nel mese di febbraio 2020 ha suggerito l'impiego del farmaco della clorochina fosfato nel trattamento della infezione da Sars-Cov2 (5) che si è associato al miglioramento del tasso di successo clinico e alla riduzione dell'ospedalizzazione. Si segnala anche un recente studio clinico francese che su un numero molto limitato di pazienti ha mostrato come l'associazione della idrossiclorochina con l'azitromicina si accompagni ad un miglior esito clinico e ad una più rapida eliminazione del virus (7).

Il dosaggio raccomandato della clorochina è di 500 mg BID per 10 giorni; in alternativa è possibile utilizzare idrossiclorochina al seguente dosaggio: dose di carico di 400 mg x 2/die il primo giorno e poi 200 mg BID (7). L'attività farmacologica della clorochina e dell'idrossiclorochina è stata recentemente testata utilizzando cellule Vero con infezione da SARS-CoV-2. L'idrossiclorochina è risultata più potente della clorochina in vitro. Si raccomanda di verificare, prima dell'utilizzo del farmaco, le possibili interazioni farmacologiche (ad esempio con i beta-bloccanti), di monitorare il QTc che potrebbe essere soggetto ad allungamento, in corso di terapia e di verificare anamnesticamente la presenza di deficit di G6PDH.

Lopinavir/ritonavir (LPV/r), **Darunavir/cobicistat (DRV/c), Darunavir/ritonavir (DRV/r)**

L'efficacia della associazione del LPV/r nel trattamento dell'infezione da SARS-Cov-2 è stata valutata in un trial clinico randomizzato controllato in aperto su un totale di 199 pazienti cinesi affetti da COVID-190 severa (8-10). Pur in presenza di molti limiti (studio in aperto, campione di popolazione limitato, inizio della terapia antivirale dopo 13 giorni dalla comparsa dei sintomi), gli autori concludono che l'utilizzo del LPV/rtv non si è associato né ad un significativo beneficio clinico né ad una più rapida clearance virale.

Il farmaco è attualmente somministrabile in uso *off-label* al dosaggio di 200/50 mg cp, 2 cp ogni 12 ore, per una durata di 5-10 giorni. LPV/ropinavir/ritonavir potrà essere prescritto dopo aver accuratamente escluso la presenza di condizioni cliniche o interazioni farmacologiche, che potrebbero controindicarne l'utilizzo. Inoltre dovrà essere monitorato il QTc che potrebbe essere soggetto ad allungamento.,

In assenza di LPV/r (per il prevedibile esaurimento temporaneo delle scorte) il farmaco utilizzabile è darunavir/cobicistat 800/150mg (Rezolsta®): 1 cpr/die. Le interazioni farmacologiche sono simili al LPV/r sebbene sia riportata una maggiore tollerabilità intestinale.

Remdesivir (GS-5734)

Il remdesivir e´ un analogo nucleotidico attivo, in vitro and in vivo, su SARS-CoV e MERS-CoV (11). Il farmaco, in studi preclinici, ha mostrato un'attività sia profilattica che terapeutica nei confronti di Mers-Cov (11-14). Due studi clinici di fase III, randomizzati, multicentrici (inclusi centri italiani), per la valutazione della sicurezza e dell'efficacia di remdesivir nei pazienti con SARS-Cov-2 sono stati avviati nel marzo 2020. A livello globale circa 1.000 individui infetti saranno arruolati negli studi. Uno studio, includerà circa 400 pazienti con infezione grave da SARS-Cov-2 ed un secondo circa 600 pazienti con infezione moderata. In entrambi

gli studi la terapia e´ pianificata per cinque o dieci giorni. Gli studi saranno un'estensione di studi clinici su remdesivir condotti in più siti nella provincia di Hubei in Cina. Il National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), USA, ha avviato nel febbraio 2020 uno studio clinico randomizzato e controllato su pazienti adulti ospedalizzati con SARS-Cov-2 per determinare la sicurezza e l'efficacia di remdesivir presso il University of Nebraska Medical Center (UNMC) di Omaha, Stati Uniti.
Attualmente la ditta produttrice (GILEAD) sta attivando in collaborazione con AIFA e con il Ministero della Salute un programma di uso compassionevole di "accesso allargato" che prevede un iter più veloce di acquisizione rispetto all'uso compassionevole su base individuale.

Favipiravir (AVIGAN)
Il favipiravir è un agente antivirale che agisce mediante inibizione dell'RNA polimerasi virale. Il farmaco è stato autorizzato in Giappone per il trattamento del virus dell'influenza nel Marzo 2014, nel 2016 in Guinea per combattere il virus Ebola e recentemente sia in Giappone che in Cina è stato testato con successo su pazienti affetti da COVID-19 (15). Il medicinale non è autorizzato né in Europa, né negli Usa; è stato valutato da AIFA che sta procedendo ad un programma di sperimentazione e ricerca per valutare l'impatto del farmaco nelle fasi iniziali della malattia.

Tocilizumab
Tocilizumab è un farmaco che blocca il recettore della IL-6 e nella sua formulazione endovenosa è attualmente approvato per il trattamento di diverse patologie, tra cui l'artrite reumatoide. Dato il quadro clinico e citochinico nei pazienti con infezione da COVID-19 grave, tocilizumab potrebbe avere un razionale per bloccare la sindrome infiammatoria sistemica indotta da virus, sopratutto nei pazienti con elevati livelli di IL-6. Il farmaco è già stato utilizzato nel contesto dell'infezione da COVID in Cina con un riscontrato beneficio terapeutico (16-18). In Cina è ora in corso uno studio clinico multicentrico randomizzato controllato (ChiCTR 2000029765, registrato il 13 febbraio 2020) su efficacia e sicurezza del trattamento con tocilizumab associato a terapia standard versus sola terapia standard su un target di 94 + 94 soggetti per la polmonite da COVID-19 con inclusione dei fattori di rischio di gravità, età compresa tra i 18 e gli 85 anni ed elevati livelli di IL-6 (15
L'utilizzo del farmaco è possibile attraverso la partecipazione allo studio clinico TOCIVID-19 costituito da uno studio di fase 2 (per il quale è già stato concluso l'arruolamento e da uno studio osservazionale per il quale l'arruolamento è ancora aperto (**per la registrazione e informazioni: https://www.aifa.gov.it/en/sperimentazioni-cliniche-covid-19**).
Il 21 Marzo è stata inviata una Dear Investigator Letter invitando ad ottimizzare l'impiego del farmaco minimizzandone lo spreco ed consentendo l'utilizzo di eventuale giacenze di farmaco già presenti presso i centri.
È importante aggiornare tempestivamente l CRF in particolare quella relativa alla somministrazione del farmaco per ottenere la distribuzione del farmaco da parte del centro coordinatore.

Trattamento a domicilio e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali
Con Determina n. 258 del 17 Marzo, Aifa ha autorizzato la rimborsabilità anche in regime domiciliare e a carico del SSN dei medicinali per tre mesi Clorochina, idrossiclorochina,

Lopinavir/Ritonavir, Darunavir/cobicistat, darunavir, ritonavir per il trattamento dei pazienti affetti da infezione da SARS-CoV2 (COVID-19).
A tale proposito si precisa che:
- l'impiego è riferito al trattamento e non alla profilassi per COVID-19
- i medicinali dovranno essere dispensati dalle farmacia ospedaliere
- è prevista la trasmissione ad AIFA dei dati relativi ai pazienti trattati secondo modalità che saranno indicate nella sezione del sito istituzionale di AIFA "Emergenza COVID-10" che, tuttavia ad oggi, non risultano ancora pubblicate

Pertanto, i trattamenti possono essere iniziati anche a domicilio secondo le indicazioni riportate nell'**Allegato** al presente documento e, qualora le terapie fossero iniziate in ospedale, potranno essere proseguite a domicilio o in RSA, su prescrizione dello specialista infettivologo o pneumologo.
Poiché è necessario garantire la tracciabilità dei pazienti trattati con i farmaci soprariportati l'Unità speciali di continuità assistenziale, istituite ai sensi dell'art 8, D.L. 9 marzo 2020 n. 14, dovranno attivare un Registro dei pazienti trattati, in accordo con la Farmacia ospedaliera,

Tipologia di paziente	Caratteristiche cliniche	Diagnostica	Monitoraggio	Trattamento di supporto	Trattamento antivirale	Dimissione
Paziente positivo per COVID_19 **MEWS ≤2 *****	**Asintomatico o paucisintomatico senza comorbosità**	Valutazione clinica (vedi Allegato)	Misurazione giornaliera della febbre (ore 8.00–18.00) Rilevamento di eventuali altri segni/sintomi (vedi Allegato)	- Terapia sintomatica al bisogno - Abbondante idratazione per via orale	Idrossiclorochina^^ alla dose carico di 400 mg ogni 12 h il primo giorno, poi 200 mg ogni 12h Per 7-10 giorni°° o clorochina*^^ 500 mg ogni 12 h per 7-10 giorni	----------
Paziente con sintomi respiratori moderati **MEWS <3 *****	Febbre >38°C, astenia E/O Tosse + Segni obiettivi e/o radiologici di polmonite	- Tampone per virus respiratori - Ricerca ag. Legionella, e ag. pneumococco su urine - Test HIV - EGA - Emocolture se febbre > 38°C	- Pressione arteriosa - Frequenza respiratoria - Frequenza cardiaca - Saturazione periferica O2 - Temperatura - EGA seriati se deterioramento della funzionalità respiratoria (specialmente tra 5° e 7° giornata)	- Terapia sintomatica al bisogno - Reidratazione preferibilmente per via orale - O2 terapia al bisogno (usare maschera e non occhialini)	- Lopinavir-ritonavir* (200/50 mg) 2cp ogni 12h per 10 giorni o - Lopinavir-ritonavir* sciroppo 5 ml (400/100mg) ogni 12h + clorochina*^^ 500 mg ogni 12 h per 10 giorni o idrossiclorochina 200 mg ogni 12h per 10 giorni IN ALTERNATIVA	Guarigione clinica Se ospedalizzazione > 7 giorni: ripetere il tampone: - se negativo ripetere un secondo a 24 ore e se negativo dimissione senza limitazione; - se positivo, isolamento domiciliare e ripetere il tampone dopo 7 giorni fino a 2 tamponi negativi per SARS-Cov2 ripetuti a 24h di distanza

					Idrossiclorochina^^ alla dose carico di 400 mg ogni 12 h il primo giorno, poi 200 mg ogni 12h per 7 giorni +/- azitromicina 500 mg il 1° giorno e poi 250 mg die per 4 giorni^^^	
Paziente con sintomatologia respiratoria severa ma NON critico **MESW 3-4*****	Come per il caso precedente + Peggioramento scambi gassosi (dispnea lieve/moderata, tachipnea, peggioramento di SpO2 o dei parametri EGA in aria ambiente) <u>in assenza di</u> ARDS, distress resporatio, ipotensione/shock, alterazione dello stato di coscienza)	- Tampone per virus respiratori - Ricerca ag. Legionella, e ag. pneumococco su urine - Test HIV - EGA all'ingresso - Emocolture se febbre > 38°C	- Pressione arteriosa - Frequenza respiratoria - Frequenza cardiaca - Saturazione periferica O2 - Temperatura - EGA seriato secondo evoluzione clinica Valutazione intensivista	- O2 terapia - Terapia antibiotica ad ampio spettro nel sospetto di sovrainfezione batterica - Valutazione intensivistica per eventuale terapia steroidea se incipiente deterioramento della funzionalità respiratoria°	- Remdesivir **200 mg ev come dose d'attacco, dopo 24h proseguire 100 mg/die per 10 - Se remdesivir non disponibile: Lopinavir-ritonavir∗ (200/50 mg) 2cp ogni 12h per 10 giorni + clorochina 500 mg ogni 12 h ∗ per 10 giorni o idrossiclorochina 200 mg BID (durata del trattamento 10 giorni) + **Tocilizumab**§	Guarigione clinica Se ospedalizzazione > 7 giorni: ripetere il tampone: - se negativo ripetere un secondo a 24 ore e se negativo dimissione senza limitazione; - se positivo, isolamento domiciliare e ripetere il tampone dopo 7 giorni fino a 2 tamponi negativi per SARS-Cov2 ripetuti a 24h di distanza

					8mg/kg (max 800mg) ev da diluire in 100 ml di SF in 60-90 min. Se risposta clinica assente/insufficiente, seconda somministrazione a distanza di 12h dalla prima **Non somministrabile se:** - Transaminasi > 5 volte norma; - PMN < 500/mmc; - PLT < 50.000/mmc; - Documentata infezioni severa causata da altri patogeni; - Diverticolite complicata o perforazione intestinale; - Terapia immunosoppressiva anti-rigetto. NB: NON associare LOP/r e Remdesivir per interazione farmacocinetica	

Paziente critico **MESW >4*****	Alterazione stato di coscienza, ARDS-distress respiratorio, ipotensione/shock cardio-circolatorio, MOF	- Tampone per virus respiratori - Ricerca ag. Legionella, e ag. pneumococco su urine - Test HIV - EGA all'ingresso - Emocolture se febbre > 38°C Eventuali ulteriori indagini microbiologiche in base a quadro clinico	Gestione del quadro di ARDS secondo definizione di Berlino	Precoce ventilazione meccanica protettiva Terapia antibiotica ad ampio spettro - Valutazione intensivistica per eventuale terapia steroidea se incipiente deterioramento della funzionalità respiratoria°	- Remdesivir **200 mg ev come dose d'attacco, dopo 24h proseguire 100 mg/die per 10 gg **NOTA:** attualmente remdesivir non disponibile in uso compassionevole (in corso trattative con AIFA): schema come sopra **Lopinavir-ritonavir+ Idrossiclorochina+** se intubazione < 24 ore **Tocilizumab** NB: NON associare LOP/r e Remdesivir per interazione farmacocinetica Richiesta uso compassionevole**	Guarigione clinica Se ospedalizzazione > 7 giorni: ripetere il tampone: - se negativo ripetere un secondo a 24 ore e se negativo dimissione senza limitazione; - se positivo, isolamento domiciliare e ripetere il tampone dopo 7 giorni fino a 2 tamponi negativi per SARS-Cov2 ripetuti a 24h di distanza

*Utilizzo off-label; ** Procedura richiesta Remdesivir per uso compassionevole; *** MEWS score; ° Pazienti con ARDS non intubati:valutare inidcazione per terapia steroidea caso per caso; nel paziente intubato la componente a competenza intensivista del Comitato Scientifico Regionale COVID-19 non supporta l'utilizzo di terapia steroidea.;^^^ L'associazione con azitromicina è basata su un unico lavoro di qualità molto bassa; prestare massima attenzione nei pazienti con sindrome del Qt lungo o aritmie maggiori. ^^Necessaria l'anamnesi per escludere deficit della glucosio-6-fosfato deidrogenasi; §Registrarsi a: **https://www.aifa.gov.it/en/sperimentazioni-cliniche-covid-19** °° idrossiclorochina/clorochina per uso domiciliare verrà distribuita dalle farmacie ospedaliere all'USCA (Unità Speciale di Continuità Assistenziale)

*** Modified Early Warning score - MEWS score[§]

DATI FISIOLOGICI (indicare un solo valore per ogni fattore)

Punteggio	**3**	**2**	**1**	**0**	**1**	**2**	**3**
Frequenza respiratoria (atti/minuto)		< 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Frequenza cardiaca (battiti/minuto)		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Pressione sistolica (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Temperatura corporea (°C)		≤ 35 °C		35.1-38.4		≥ 38.4°C	
Sintomi neurologici				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde (GCS < 9)

PUNTEGGIO TOTALE |__|__|

Legenda MEWS: 0-2 paziente stabile, 3-4 instabile, 5critico

Saturazione O_2 ____ in Aria ambiente |__| in O_2 terapia |__| _____ Lt/min

Rapporto PaO_2/FiO_2 _____

§ Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. QJM. 2001 Oct;94(10):521-6. doi: 10.1093/qjmed/94.10.521.

Glasgow coma scale

AREA VALUTATA	RISPOSTA	PUNTI
APERTURA DEGLI OCCHI	Aperti spontaneamente	4
	Aperti a comando verbale	3
	Apertura in risposta all'applicazione di stimoli dolorosi sugli arti o sullo sterno	2
	Assente	1
VERBALE	Orientato	5
	Disorientato, ma capace di rispondere alle domande	4
	Risposte inadeguate alle domande; parole distinguibili	3
	Linguaggio incomprensibile	2
	Assente	1
MOTORIO	Obbedisce ai comandi	6
	Risponde al dolore con movimenti finalizzati	5
	Retrazione da stimoli dolorosi	4
	Risponde al dolore con anomala flessione (postura decorticata)	3
	Risponde al dolore con anomala (rigida) estensione (postura decerebrata)	2
	Assente	1

Adattato da Teasdale G, Jennett B: Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 2:81–84; 1974

Definizione di Berlino della sindrome da distress respiratorio acuto

Categoria della sindrome da distress respiratorio acuto	Ossigenazione
Livello di gravità	
Lieve	200 mmHg < PaO_2/FIO_2 ≤ 300 mmHg* con pressione positiva di fine espirazione o pressione continua positiva delle vie aeree ≥ 5 cm H_2O
Moderato	100 mmHg < PaO_2/FIO_2 ≤ 200 mmHg con pressione positiva di fine espirazione ≥ 5 cm H_2O
Grave	PaO_2/FIO_2 ≤ 100 mmHg con pressione positiva di fine espirazione ≥ 5 cm H_2O
Criteri clinici	
Timing	Inizio entro 1 settimana dalla lesione iniziale o dei nuovi sintomi respiratori o di un peggioramento
Imaging (RX o TC del torace)	Opacità bilaterali non completamente spiegati da versamenti, collasso lobare o polmonare o noduli

*PaO_2 in mmHg; FIO_2 in frazione decimale (p. es., 0,5); FIO_2= frazione inspiratoria di O_2; PaO_2 = pressione parziale arteriosa O_2; PEEP = pressione positiva di fine espirazione

Adattato da ARDS Definition Task Force, Ranieri VM, Rubenfeld GD, et al: Acute respiratory distress syndrome: The Berlin definition. *Journal of the American Medical Association* 307:2526–2533, 2012. doi: 10.1001/jama.2012.5669

Bibliografia

1) World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. 28 January 2020. WHO/nCoV/Clinical/2020.3).
2) Villar J, Ferrando C, Martínez D, Ambrós A, Muñoz T, Soler JA, et al.; Dexamethasone treatment for the acute respiratory distress syndrome: a multicentre, randomised controlled trial. Lancet Respir Med. 2020 Feb 7.
3) Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al; Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020 Feb 15;395(10223):497-506
4) Multicenter collaboration group of Department of Science and Technology of Guangdong Province and Health Commission of Guangdong Province for chloroquine in the treatment of novel coronavirus pneumonia. Expert consensus on chloroquine phosphate for the treatment of novel coronavirus pneumonia. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2020 Feb 20;43(0):E019
5) Savarino A., Di Trani L., Donatelli I., Cauda R. Cassone A. New insights into the antiviral effects of chloroquine. Lancet Infect. Dis. 2006; 6: 67–69. 10.
6) Gautret et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. International Journal of Antimicrobial Agents – In Press 17 March 2020.
7) Yao X, Ye F, Zhang M, et al. In Vitro Antiviral Activity and Projection of Optimized Dosing Design of Hydroxychloroquine for the Treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) [published online ahead of print, 2020 Mar 9]. Clin Infect Dis. 2020;ciaa237. doi:10.1093/cid/ciaa237
8) Cao B, Wang Y, Wen D, et al. A Trial of Lopinavir-Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19 [published online ahead of print, 2020 Mar 18]. N Engl J Med. 2020;10.1056/NEJMoa2001282. doi:10.1056/NEJMoa2001282
9) Han W, Quan B, Guo Y, Zhang J, Lu Y, Feng G, et al.. The course of clinical diagnosis and treatment of a case infected with coronavirus disease 2019. J Med Virol. 2020 Feb 19. 15.
10) Lim J, Jeon S, Shin HY, Kim MJ, Seong YM, Lee WJ, et al.. Case of the Index Patient Who Caused Tertiary Transmission of COVID-19 Infection in Korea: the Application of Lopinavir/Ritonavir for the Treatment of COVID-19 Infected Pneumonia Monitored by Quantitative RT-PCR. J Korean Med Sci. 2020 Feb 17;35(6):e79
11) Agostini ML, Andres EL, Sims AC, Graham RL, Sheahan TP, Lu X, Smith EC, et al. Coronavirus susceptibility to the antiviral remdesivir (GS-5734) is mediated by the viral polymerase and the proofreading exoribonuclease. mBio 2018;9:e00221-18
12) Sheahan TP, Sims AC, Leist SR, Schäfer A, Won J, Brown AJ, et al. Comparative therapeutic efficacy of remdesivir and combination lopinavir, ritonavir, and interferon beta against MERS-CoV. Nat Commun 2020;11:222. 19.
13) de Wit E, Feldmann F, Cronin J, Jordan R, Okumura A, Thomas T, et al. Prophylactic and therapeutic remdesivir (GS-5734) treatment in the rhesus macaque model of MERS-CoV infection. Proc Natl Acad Sci U S A. 2020 Feb 13. pii: 201922083.
14) Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J, Xu M, et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. Cell Res. 2020 Feb 4.
15) C. Chen, et al. Favipiravir versus Arbidol for COVID-19: A Randomized Clinical Trial. doi: https://doi.org/10.1101/2020.03.17.20037432 (article not peer reviewed)
16) Xu X, et al Effective Treatment of Severe COVID-19 patients with tocilizumab, 6 marzo 2020, china.Xiv:202003.00026v1
17) Zumla A et al. Reducing mortality from 2019-nCoV: host-directed therapies should be an option. Lancet. 2020 Feb 22;395(10224):e35-e36.
18) The 3/4/2020 Chinese Health and Public Health Ministry Guideline on Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Diagnosis and Treatment (Revision #6)

ALLEGATO

Soggetti Covid 19 asintomatici o pauci-sintomatici intercettati dal Medico di Medicina Generale o residenti presso le Residenza Sanitaria Assistenziale.

Una revisione sistematica recentemente pubblicata ha riassunto le evidenze riguardanti la clorochina per il trattamento dell'infezione da COVID-19, (Cortegiani A, et l: Journal of Critical Care, 2020). In base alla ricerca elettronica, sono stati individuati 6 studi (1 lettera, 1 studio in-vitro, 1 editoriale, 1 expert consensus, 2 documenti nazionali di linee guida) e 23 clinical trials attualmente in corso in Cina. Sulla base di tutti questi dati, la clorochina potrebbe essere efficace nel ridurre la replicazione di SARS-CoV-2 in vitro. Pertanto, ci sarebbe unicamente il razionale, l'evidenza preclinica di efficacia e l'evidenza di sicurezza derivata dalle conoscenze su questo farmaco utilizzato da molto tempo per altre indicazioni, per giustificare una ricerca clinica.

L'utilizzo del farmaco a domicilio al di fuori di una raccolta –dati risulta delicato e necessità di grandi attenzioni.

Criteri di inclusione

I pazienti con le seguenti **caratteristiche** saranno considerati candidabili alla terapia a domicilio:

Positività del tampone nasofaringeo per nCOV-19

Febbre <38°C

Tosse

Frequenza Respiratoria :15-20 atti respiratori/minuto

Frequenza cardiaca: 51-100 Battiti/minuto

Pressione sistolica (mmHg): 101-160

Saturazione ossigeno ≥ 95%

Saturazione ossigeno dopo "Test del cammino"(ovvero dopo aver camminato alla massima velocità possibile per il soggetto, ma senza correre, per almeno 3 minuti lungo un percorso diritto): non compare dispnea e la saturazione ossigeno si mantiene >92%

Mantenimento dello stato di vigilanza (assenza di confusione, sonnolenza, ecc.)

Terapia

Idrossiclorochina 200 mg compresse

Posologia: 400 mg x2, il primo giorno (dose di carico); dal secondo giorno: 200 mg x 2/die

Durata della terapia: 7-10 giorni

o Clorochina 500 mg x 2/die per 7-10 gg

Criteri di esclusione per l'assunzione della clorochina/idrossiclorochina

Allergia all'idrossiclorochina

Ipersensibilità alla chinina

Età inferiore ai 6 anni (<30 kg)

Porfiria

Deficit di G6PD

Prolungato intervallo del QT congenito o acquisito e documentato e/o con fattori di rischio noti che possono prolungare l'intervallo QT come ad es. insufficienza cardiaca, infarto del miocardio

Terapia di supporto

Terapia sintomatica al bisogno. Abbondante idratazione per via orale.

Avvertenze

E' necessario prestare particolare attenzione nella somministrazione di idrossiclorochina nelle seguenti situazioni/patologie:

Allattamento: la paziente dovrà interrompere l'allattamento, almeno temporaneamente per il rischio di grave tossicità nel bambino.

Psoriasi: il paziente avrà un peggioramento momentaneo. E' possibile fornire al/alla paziente una eventuale terapia cortisonica topica

Alterazioni retiniche e del campo visivo attribuibili a composti 4- aminochinolinici

Maculopatie preesistenti

Diabete: il farmaco può dare ipoglicemia

Insufficienza epatica: può essere necessario un aggiustamento di dose

Insufficienza renale: può essere necessario un aggiustamento di dose

Ipokaliemia e/o ipomagnesemia non corrette

Condizioni pro-aritmiche come per esempio bradicardia (<50 bpm) o precedenti di disritmie ventricolari

Modello organizzativo

L'ultimo Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19, trasmesso dal MinSal in data 25.03.2020, in riferimento alla presa in carico pazienti COVID-19 a livello territoriale precisa quanto segue: Le Unità speciali di continuità assistenziale, istituite ai sensi dell'art 8, d.L. 9 marzo 2020 n. 14, recanti *"Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*", svolgono un ruolo essenziale nella gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

I Medici di Medicina Generale (MMG) i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e i Medici di Continuità Assistenziale (MCA), mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) che opera per valutazioni dei soggetti con sintomatologia che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19.

I medici dell'USCA per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all'uopo prescritte.

I medici dell'USCA che si recheranno al domicilio del paziente o presso la Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA), dopo aver convalidato il sospetto diagnostico mediante test per la ricerca del Coronavirus su tampone nasofaringeo, su indicazione dello specialista infettivologo o pneumologo, avvieranno il paziente al trattamento, consegnando il fabbisogno per 7 giorni di trattamento.

La Farmacia Ospedaliera consegnerà il farmaco all'USCA che si preoccuperà di tenere un Registro per la tracciatura del farmaco erogato. Il Registro dovrà contenere le seguenti informazioni:

1. Nominativo del paziente con data di nascita e riferimenti del domicilio (abitazione/RSA)
2. Data inizio terapia
3. Terapia consegnata (idrossiclorochina e/o clorochina)
4. Data fine terapia
5. Esito: a) risoluzione della sintomatologia; b) ricovero ospedaliero

Sulla base di quanto sopra riportato, per la Regione Veneto si propone il Modello Organizzativo riassunto nella seguente

Flow-chart

Triage telefonico da parte del MMG al paziente per la verifica dei criteri di inclusione al trattamento del caso sospetto e lo segnala all'**Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA)**

Il medico dell'**USCA**, equipaggiato con gli appositi DPI, si reca al domicilio del paziente con sospetto di Covid 19, per la conferma diagnostica, e su indicazione dello specialista infettivologo e/o pneumologo, inizia l'eventuale terapia e consegna il farmaco per i 7 giorni di trattamento.

L'USCA o il MMG* effettuerà il monitoraggio del paziente con contatti telefonici o visite giornalieri. Al termine dei 7 giorni l'USCA o il MMG* rileverà l'esito della terapia

Triage telefonico da parte del MMG

Temperatura corporea <38 C°

Presenza di tosse (soprattutto se secca)

Vigilanza (presenza di confusione, sonnolenza, ecc.)

Conferma diagnostica da parte dell'USCA a seguito dell'accesso al domicilio del paziente se:

Positività del tampone nasofaringeo per nCOV-19

Febbre <38°C

Tosse

Frequenza Respiratoria :15-20 atti respiratori/minuto

Frequenza cardiaca: 51-100 Battiti/minuto

Pressione sistolica (mmHg): 101-160

Saturazione ossigeno ≥ 95%

Saturazione ossigeno dopo "Test del cammino"(ovvero dopo aver camminato alla massima velocità possibile per il soggetto, ma senza correre, per almeno 3 minuti lungo un percorso diritto): non compare dispnea e la saturazione ossigeno si mantiene >92%

Mantenimento dello stato di vigilanza (assenza di confusione, sonnolenza, ecc.)

Monitoraggio giornaliero da parte dell'USCA o del MMG* per la rilevazione dei seguenti segni/sintomi:

Febbre <38°C

Tosse

Frequenza Respiratoria :15-20 atti respiratori/minuto

Frequenza cardiaca: 51-100 Battiti/minuto

Pressione sistolica (mmHg): 101-160

Saturazione ossigeno ≥ 95%

Saturazione ossigeno dopo "Test del cammino" (ovvero dopo aver camminato alla massima velocità possibile per il soggetto, ma senza correre, per almeno 3 minuti lungo un percorso diritto): non compare dispnea e la saturazione ossigeno si mantiene >92%

Mantenimento dello stato di vigilanza (assenza di confusione, sonnolenza, ecc.)

Informazioni per il paziente a domicilio

L'apparecchio che le è stato consegnato si chiama **saturimetro a ditale** e serve per misurare quanto ossigeno è presente nel sangue. Quando il polmone non funzione bene, la quantità di ossigeno trasportata dal sangue risulta bassa. Per questo motivo, sapere quanto ossigeno è presente nel sangue ci dà una informazione preziosa su quanto bene sta funzionando il polmone.

Come eseguire la misurazione della saturazione nel sangue.

Compiere questa misurazione con un **saturimetro a ditale** è molto semplice, ma bisogna rispettare alcune semplici procedure:

- Effettuare il test in penombra
- Tenere il dito fermo durante la misurazione
- Infilare il ditale sul polpastrello del dito indice e premere il pulsante di avvio
- Attendere qualche secondo, leggere il numero indicato con la sigla SpO2 e scriverlo su un foglio di carta
- Ripetere questa procedure sul dito indice e sul medio di entrambe le mani (4 misurazioni)
- Dei 4 valori scartare il più basso (es. 95, 97, 94, 98: eliminare il 94), sommare i tre rimanenti (es. 95 + 97 + 98 = 290) dividere il risultato per 3 (es. 290: 3 = 96,7)
- Il valore ottenuto da questa operazione è il valore di saturazione (es. 96,7). Va annotato.

Il MMG potrà effettuare il monitoraggio telefonico solo se il paziente è in grado di rilevare tutti i parametri riportati nella sezione dedicata al Monitoraggio.

PROTOCOLLO OPERATIVO SANIFICAZIONE/STERILIZZAZIONE DI CASCHI O SCAFANDRI CPAP PER PAZIENTI COVID-19

PREMESSE

A seguito dell'epidemia da COVID-19 si sono realizzati scenari che hanno reso necessarie decisioni di ordine politico, organizzativo e assistenziale inedite. Il crescente fabbisogno di presidi sanitari per far fronte al trattamento dei pazienti affetti da grave insufficienza respiratoria potrebbe indurre una richiesta che supera l'offerta di tali presidi. La scarsità di risorse potrebbe riguardare in particolare il cosiddetto "casco o scafandro" monopaziente dispositivo medico indispensabile per l'erogazione del trattamento con CPAP (Continuous Positive Airway Pressure),

La Regione del Veneto al momento attuale presenta una situazione meno drammatica se confrontata con altri scenari regionali, rimane tuttavia l'obbligo di prepararsi ad affrontare una situazione che vedrà, se viene mantenuto l'andamento crescente delle ospedalizzazioni, un aumento della richiesta dei su citati dispositivi medici, che già allo stato attuale, non viene soddisfatta in pieno da parte delle aziende produttrici/fornitrici. Il trattamento ventilatorio mediante CPAP rappresenta infatti un fondamentale sussidio per assicurare l'ossigenazione ai pazienti con polmonite severa e come tale può evitare la necessità di ricorrere all'intubazione tracheale con accesso in Terapia Intensiva.

Considerato lo stato di emergenza e la scarsa disponibilità dei caschi e scafandri a livello internazionale e nazionale si potrebbe verificare una oggettiva impossibilità a reperirne una quantità sufficiente. Pertanto, in una valutazione del rischio/beneficio favorevole per il malato e, nel caso specifico possibilità di cura rispetto all'impossibilità di un trattamento alternativo, è necessario valutare ogni possibile soluzione. In assenza nelle schede tecniche dei caschi o scafandri per CPAP di procedure certificate da parte delle ditte produttrici di riuso/ricondizionamento si propone di valutare la seguente procedura di ricondizionamento del casco o scafandro CPAP dopo il suo utilizzo.

La presente procedura tiene conto delle definizioni e requisiti indicati nell'articolo 1 comma 38 del Regolamento (UE) 2017/745 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 5 aprile 2017 relativo ai dispositivi medici per cui è prevista l'entrata in vigore a maggio 2020. Si pone in parziale deroga rispetto a quanto stabilito dall'17 del medesimo regolamento.

Basi scientifiche

Una recente review (*Journal of Hospital Infection 104 (2020) 246e251*) ha analizzato i tempi di sopravvivenza sulle varie superfici dei coronavirus umani prospettando un simile comportamento anche per il SARS-CoV-2. L'approfondimento degli autori riguarda anche quali siano i disinfettanti utili alla sua eliminazione.

Le conclusioni indicano che i coronavirus umani possono rimanere infettivi su superfici per un tempo variabile (Tabella 1).

Tabella 1 – Persistenza dei coronavirus in differenti superfici inanimate

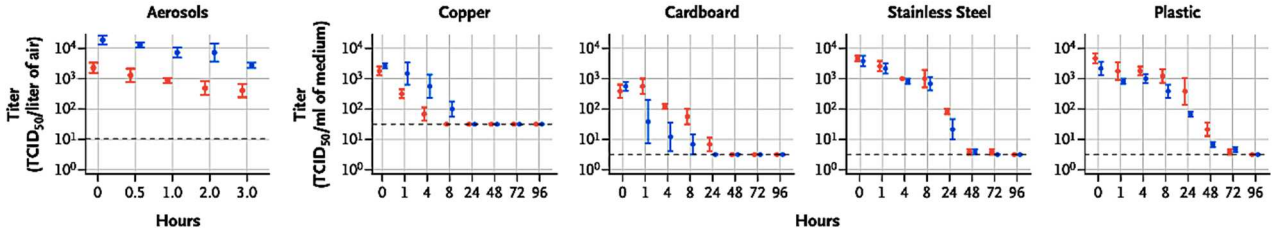
Type of surface	Virus	Strain / isolate	Inoculum (viral titer)	Temperature	Persistence	Reference
Steel	MERS-CoV	Isolate HCoV-EMC/2012	10^5	20°C	48 h	[21]
				30°C	8–24 h	
	TGEV	Unknown	10^6	4°C	≥ 28 d	[22]
				20°C	3–28 d	
				40°C	4–96 h	
	MHV	Unknown	10^6	4°C	≥ 28 d	[22]
				20°C	4–28 d	
				40°C	4–96 h	
	HCoV	Strain 229E	10^3	21°C	5 d	[23]
Aluminium	HCoV	Strains 229E and OC43	5×10^3	21°C	2–8 h	[24]
Metal	SARS-CoV	Strain P9	10^5	RT	5 d	[25]
Wood	SARS-CoV	Strain P9	10^5	RT	4 d	[25]
Paper	SARS-CoV	Strain P9	10^5	RT	4–5 d	[25]
	SARS-CoV	Strain GVU6109	10^6	RT	24 h	[26]
			10^5		3 h	
			10^4		< 5 min	
Glass	SARS-CoV	Strain P9	10^5	RT	4 d	[25]
	HCoV	Strain 229E	10^3	21°C	5 d	[23]
Plastic	SARS-CoV	Strain HKU39849	10^5	22°-25°C	≤ 5 d	[27]
	MERS-CoV	Isolate HCoV-EMC/2012	10^5	20°C	48 h	[21]
				30°C	8–24 h	
	SARS-CoV	Strain P9	10^5	RT	4 d	[25]
	SARS-CoV	Strain FFM1	10^7	RT	6–9 d	[28]
	HCoV	Strain 229E	10^7	RT	2–6 d	[28]
PVC	HCoV	Strain 229E	10^3	21°C	5 d	[23]
Silicon rubber	HCoV	Strain 229E	10^3	21°C	5 d	[23]
Surgical glove (latex)	HCoV	Strains 229E and OC43	5×10^3	21°C	≤ 8 h	[24]
Disposable gown	SARS-CoV	Strain GVU6109	10^6	RT	2 d	[26]
			10^5		24 h	
			10^4		1 h	
Ceramic	HCoV	Strain 229E	10^3	21°C	5 d	[23]
Teflon	HCoV	Strain 229E	10^3	21°C	5 d	[23]

MERS = Middle East Respiratory Syndrome; HCoV = human coronavirus; TGEV = transmissible gastroenteritis virus; MHV = mouse hepatitis virus; SARS = Severe Acute Respiratory Syndrome; RT = room temperature.

Tali dati sono stati confermati da van Doremalen N e coll (van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. **Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1** N Engl J Med. 2020;10.1056/NEJMc2004973. doi:10.1056/NEJMc2004973) nel quale Sars-Cov2 si è dimostrato vitale negli aerosol, con una riduzione progressiva del titolo infettante da 103,25 a 102,7 TCID50 (50% della dose infettante il tessuto di coltura) osservata nel periodo di durata del test (3 ore), con una emivita mediana di 1,1 ore. Inoltre il Sars-Cov2 si è dimostrato più stabile su plastica e acciaio che su cartone e rame, con tempi di decadimento della vitalità variabili. Ad esempio sulla plastica la carica infettante di

Sars-Cov2 aveva un tempo di dimezzamento di circa 6,8 ore e sull'acciaio di 5,6 ore (Figura 1).

Figura 1 – Persistenza dei SArs-COV2



Per quanto attiene la disinfezione delle superfici si ritiene che l'ipocloriti di sodio (NaClO) allo 0,1% o l'etanolo (concentrazione 62-71%) possano ridurre in modo significativo la carica virale e pertanto l'infettività del coronavirus sulle superfici già dopo 1 minuto di esposizione (Tabella 2).

Tabella 2 – Persistenza dei coronavirus in differenti superfici inanimate

Biocidal agent	Concentration	Virus	Strain / isolate	Volume / material	Organic load	Exposure time	Reduction of viral infectivity (log_{10})	Reference
Ethanol	71%	TGEV	Unknown	50 µl / stainless steel	None	1 min	3.5	[39]
	71%	MHV	Unknown	50 µl / stainless steel	None	1 min	2.0	[39]
	70%	TGEV	Unknown	50 µl / stainless steel	None	1 min	3.2	[39]
	70%	MHV	Unknown	50 µl / stainless steel	None	1 min	3.9	[39]
	70%	HCoV	Strain 229E	20 µl / stainless steel	5% serum	1 min	> 3.0	[40]
	62%	TGEV	Unknown	50 µl / stainless steel	None	1 min	4.0	[39]
	62%	MHV	Unknown	50 µl / stainless steel	None	1 min	2.7	[39]
Benzalkoniumchloride	0.04%	HCoV	Strain 229E	20 µl / stainless steel	5% serum	1 min	< 3.0	[40]
Sodium hypochlorite	0.5%	HCoV	Strain 229E	20 µl / stainless steel	5% serum	1 min	> 3.0	[40]
	0.1%	HCoV	Strain 229E	20 µl / stainless steel	5% serum	1 min	> 3.0	[40]
	0.06%	TGEV	Unknown	50 µl / stainless steel	None	1 min	0.4	[39]
	0.06%	MHV	Unknown	50 µl / stainless steel	None	1 min	0.6	[39]
	0.01%	HCoV	Strain 229E	20 µl / stainless steel	5% serum	1 min	< 3.0	[40]
Glutardialdehyde	2%	HCoV	Strain 229E	20 µl / stainless steel	5% serum	1 min	> 3.0	[40]
Ortho-phtalaldehyde	0.55%	TGEV	Unknown	50 µl / stainless steel	None	1 min	2.3	[39]
	0.55%	MHV	Unknown	50 µl / stainless steel	None	1 min	1.7	[39]
Hydrogen peroxide	Vapor of unknown concentration	TGEV	Purdue strain type 1	20 µl / stainless steel	None	2–3 h	4.9–5.3*	[41]

TGEV = transmissible gastroenteritis virus; MHV = mouse hepatitis virus; HCoV = human coronavirus; *depending on the volume of injected hydrogen peroxide.

. Kampf et al. / Journal of Hospital Infection 104 (2020) 246–251

L'ipoclorito di sodio (NaClO) è un disinfettante molto usato disponibile sul mercato in concentrazioni variabili. In relazione alla concentrazione d'uso per la disinfezione e il basso impatto ambientale, l'ipoclorito di sodio è marcatamente più efficiente se comparato con le più moderne alternative di disinfettanti disponibili sul mercato. Presenta una notevole azione germicida, è incolore, è in grado di non macchiare, di non essere tossico se diluito propriamente e di togliere tutti gli odori. Per la sua larga diffusione è diventata lo standard di paragone per tutti gli altri disinfettanti. L'attrezzatura da disinfettare deve essere immersa per 10 minuti, e poi sciacquata ed asciugata. Presenta un ampio spettro ed elevato potere battericida; Gram pos:+++, Gram neg: +++, Micobatteri: ++, Miceti: +, Virus: ++, Spore: ++;

Prione +. Bisogna evitare di miscelare l'ipoclorito con detergenti, potrebbe dar luogo a reazioni indesiderate. In caso di contatto con il prodotto puro risciacquare immediatamente e abbondantemente con acqua.

Protocollo

Le presenti indicazioni sono da contestualizzare nell'attuale situazione di emergenza e hanno lo scopo di consentire la corretta gestione ventilatoria dei pazienti in insufficienza respiratoria e dopo appropriato triage. Sono da applicare esclusivamente ai dispositivi medici caschi o scafandri per CPAP delle ditte Dimar, Intersurgical/Starmed e Harol e per la gestione dei pazienti COVID19 positivi, **ad esclusione dei pazienti con concomitante presenza di MRSA, e/o enterobatteri produttori di carbapenemasi, e/o Clostridium difficile**.

Scopo

Fornire specifiche indicazioni per la sterilizzazione/sanificazione di:

- Caschi CPAP in PVC trasparente, Poliuretano di grado medicale, Terlux di grado medicale, Cerniera in PE/PVC di grado medicale con o senza ftalati, silicone.
- Valvola Venturi/bidirezionale in ABS di grado medicale.
- Sistemi di fissaggio in PVC, silicone.

Modalità operative

Tutte le procedure di preparazione del materiale dovranno essere eseguite in locale idoneo separato da quello della degenza, ad esclusione dei presidi utilizzati su soggetti con microrganismi resistenti ai farmaci.

Tutte le operazioni devono essere effettuate indossando gli adeguati DPI al fine di evitare il rischio infettivo, utilizzando la corretta procedura per indossare e, alla fine della procedura, rimuovere i DPI (mascherina almeno FFP2, sovra camice, visiera e guanti).

FASI

1. RACCOLTA/TRASPORTO

La raccolta dei dispositivi medici utilizzati deve avvenire in un contenitore rigido con manici laterali e griglia estraibile (cosiddetti contenitori di sicurezza).

2. DECONTAMINAZIONE

Il casco o scafandro per CPAP dopo il suo utilizzo non va manipolato e va immerso immediatamente dopo il termine d'uso in una soluzione contenente un agente chimico disinfettante al fine di decontaminarlo, ed eventualmente va smontato solo dopo la fase di decontaminazione. Seguire accuratamente i tempi di attivazione, di immersione e le concentrazioni indicate sull'etichetta del prodotto disinfettante. Durante questa fase l'operatore dovrà munirsi di dispositivi di protezione individuali idonei (DPI), quali guanti e visiera/occhiali protettivi e sovracamice. Rappresenta buona norma eseguire la fase di decontaminazione in un ambiente idoneo.

3. LAVAGGIO

Si può pertanto procedere, sempre muniti DPI, alla procedura di lavaggio che ha lo scopo di rimuovere i residui di sostanze organiche e inorganiche. La procedura per il lavaggio manuale prevede che il materiale venga immerso in una soluzione detergente (o detergente-disinfettante). Il dispositivo medico deve essere immerso nella soluzione e smontato in tutte le sue parti affinché ogni sua superficie venga a contatto con la soluzione detergente/disinfettante.

Procedere poi con salviette o con garze imbevute di sostanza disinfettante ponendo particolare attenzione al trattamento delle zone dove possono formarsi dei macro-depositi. Va poi effettuato un controllo visivo al fine di stabilire l'integrità del casco CPAP per rilevare eventuali danni. Disconnettere e smontare le parti eventualmente rimovibili e riporre il tutto in un apposito contenitore.

4. RISCIACQUO

Sciacquare abbondantemente sotto acqua corrente tutte le superfici interne ed esterne. Eseguire l'ultimo risciacquo con acqua distillata/filtrata per eliminare qualsiasi traccia di disinfettante. Sciacquare tutte le valvole e gli accessori.

5. ASCIUGATURA

Dopo il risciacquo si provvede ad una accurata asciugatura del materiale che puoi essere eseguita con panni di carta o di tela che non rilasciano fibre. E' vietato l'uso di pistole ad aria compressa a causa della possibile produzione di aerosol.

6. STERILIZZAZIONE O DISINFEZIONE

6.1 Sterilizzazione con perossido di idrogeno o gas plasma

Rappresenta la prima scelta per la rigenerazione dei dispositivi

La sterilizzazione con perossido di idrogeno o gas plasma agisce diffondendo perossido di idrogeno vaporizzato e portato allo stato plasma, tale combinazione permette la sterilizzazione di molte apparecchiature e materiali medicali in assenza di residuo tossico. Tutte le fasi del ciclo di sterilizzazione avvengono a bassa temperatura.

Procedere al confezionamento in Tyvek o con fogli di tessuto non tessuto (TNT), provvedendo a rimuovere tappi, scomporre gli strumenti formati da più parti, orientare gli oggetti cavi in modo da permettere la fuoriuscita dell'eventuale condensa. Posizionare cercando di mantenere la forma originale e evitando le strozzature per i tubi, inserire un indicatore di sterilità all'interno del pacco.

Sottoporre il casco, e la sua componentistica: valvole, manometro e cinghie di ancoraggio, adeguatamente preparati (puliti, risciacquati e asciugati), ad esclusione dei filtri che devono essere utilizzati solo per il singolo paziente poi smaltiti nei rifiuti infetti, ad un ciclo di sterilizzazione seguendo le modalità di utilizzo indicate dal produttore (il ciclo generalmente si compone di diverse fasi: vuoto, condizionamento, sterilizzazione e aereazione).

6.2 Disinfezione con clorossidante elettrolitico

L'utilizzo della disinfezione è da utilizzarsi esclusivamente nei casi di estrema urgenza, in situazioni i cui non è possibile attuare il processo di sterilizzazione, in quanto è raccomandato come prima scelta l'uso di materiali **sterili.** L'impiego di disinfettanti rappresenta quindi una seconda scelta.

Immergere il casco, le valvole e il manometro (ad esclusione dei filtri che devono essere utilizzati solo per il singolo paziente poi smaltiti nei rifiuti infetti), in una soluzione costituita da 10 mL di clorossidante elettrolitico al 10% (1.100 ppm di cloro attivo) per ogni litro di acqua (soluzione finale allo 0,1%) prevedendone un tempo di contratto di 10 minuti. Lo strumento deve essere completamento coperto dal disinfettante e la soluzione di immersione deve essere preparata al momento. Inserire un indicatore di disinfezione.

Eseguire risciacquo con acqua distillata/filtrata per eliminare qualsiasi traccia di disinfettante.
Dopo il risciacquo si provvede ad una accurata asciugatura del materiale che può essere eseguita con panni di carta o di tela che non rilasciano fibre.
Posizionare lo strumento in sacchetto sterile e riporlo in armadi dedicati, facilmente sanificabili. Devono essere posizionati in zone che non siano di passaggio.

7. SORVEGLIANZA

Vi è la necessità di concordare con il proprio laboratorio una sorveglianza continua, con invio di campioni prelevati sterilmente da varie zone de casco al termine di ogni ciclo di rigenerazione e il riutilizzo sarà effettuato solo dopo il riscontro della negatività almeno al coronavirus.
Va lasciata precisa tracciabilità di ogni momento del percorso di *reprocessing* su sistemi informatizzati o cartacei, al fine di poter evidenziare eventuali problematiche per migliorare la procedura.
Come previsto dal regolamento nel citato articolo 17, inoltre, è necessario segnalare eventuali incidenti connessi a dispositivi ricondizionati come avviene per la segnalazione di incidenti di un dispositivo medico, ed individuare una modalità di tracciabilità del dispositivo ricondizionato (catalogandolo ed assegnando un codice che permetta altresì la numerazione progressiva del riutilizzo).

Allegato

Dispositivi medicali mono-paziente: alcuni dispositivi medicali possono essere categorizzati come “mono-paziente”. Il termine “mono-paziente” non significa monouso e può essere applicato a quei dispositivi utilizzati su di un singolo paziente, che possono richiedere un processo di rigenerazione se vengono utilizzati più di una volta. Il metodo di rigenerazione viene indicato dalle istruzioni per l’uso.

Sia in caso di sterilizzazione che nel caso di disinfezione di dispositivi identificati come “monouso” ai sensi dalla norma EN 980, i dispositivi sono da considerarsi rigenerati. Per “rigenerazione” si indica un processo atto a rendere un dispositivo medicale usato nuovamente adatto al suo utilizzo, tramite pulizia, disinfezione, decontaminazione, sterilizzazione, rinnovamento, riconfezionamento

REGOLAMENTO (UE) 2017/745 DEL PARLAMENTO EUROPEO E DEL CONSIGLIO del 5 aprile 2017

…

Articolo 17

Dispositivi monouso e loro ricondizionamento

1. Il ricondizionamento e l'ulteriore utilizzo dei dispositivi monouso è autorizzato solo se consentito dal diritto nazionale e solo a norma del presente articolo.

2. Una persona fisica o giuridica che ricondiziona un dispositivo monouso per renderlo adatto a un ulteriore utilizzo nell'Unione è considerata il fabbricante del dispositivo ricondizionato e assume gli obblighi imposti ai fabbricanti dal presente regolamento, ivi compresi gli obblighi connessi alla tracciabilità del dispositivo ricondizionato, conformemente al capo III del presente regolamento. Il ricondizionatore del dispositivo è considerato un produttore ai fini dell'articolo 3, paragrafo 1, della direttiva 85/374/CEE.

3. In deroga al paragrafo 2, gli Stati membri possono decidere di non applicare tutte le norme relative agli obblighi dei fabbricanti previste nel presente regolamento in relazione ai dispositivi monouso ricondizionati e utilizzati all'interno di un'istituzione sanitaria, purché garantiscano che:

a) la sicurezza e le prestazioni del dispositivo ricondizionato sono equivalenti a quelle del dispositivo d'origine e che le prescrizioni di cui all'articolo 5, paragrafo 5, lettere a), b), d), e), f), g) e h) sono rispettate;

b) il ricondizionamento è effettuato a norma delle SC che precisano le prescrizioni applicabili:

— alla gestione del rischio, comprese l'analisi della fabbricazione e i materiali, le proprietà relative del dispositivo (ingegneria inversa) e le procedure necessarie a individuare le modifiche nella progettazione del dispositivo originale e la sua prevista applicazione dopo il ricondizionamento,

— alla convalida delle procedure per l'intero processo, tra cui le fasi relative alla pulizia,

— al rilascio del prodotto e ai test sulla prestazione,

— al sistema di gestione della qualità,

— alla segnalazione di incidenti relativi a dispositivi sottoposti a ricondizionamento, e

— alla tracciabilità dei dispositivi ricondizionati.

Gli Stati membri incoraggiano le istituzioni sanitarie, e possono obbligarle, a fornire ai pazienti informazioni sull'uso dei dispositivi ricondizionati all'interno dell'istituzione sanitaria e, se del caso, qualsiasi altra informazione pertinente sui dispositivi ricondizionati con cui tali pazienti sono trattati. Gli Stati membri informano la Commissione e gli altri Stati membri delle disposizioni nazionali adottate in virtù del presente paragrafo e dei motivi che ne giustificano l'adozione. La Commissione mette tali informazioni a disposizione del pubblico.

4. Gli Stati membri possono scegliere di applicare le disposizioni di cui al paragrafo 3 anche ai dispositivi monouso ricondizionati da un soggetto esterno su richiesta di un'istituzione sanitaria, purché il dispositivo ricondizionato nella sua totalità sia rinviato alla medesima istituzione sanitaria e il soggetto esterno soddisfi le prescrizioni di cui al paragrafo 3, lettere a) e b).

5. La Commissione adotta, ai sensi dell'articolo 9, paragrafo 1, le necessarie SC di cui al paragrafo 3, lettera b) entro il 26 maggio 2020. Tali SC sono coerenti con i più recenti dati scientifici e

riguardano l'applicazione dei requisiti generali di sicurezza e prestazione di cui al presente regolamento. Se le SC non sono adottate entro il 26 maggio 2020, il ricondizionamento è effettuato secondo le norme armonizzate pertinenti e le disposizioni nazionali che garantiscono il rispetto delle prescrizioni previste al paragrafo 3, lettera b). Il rispetto delle SC o, in assenza di queste, delle norme armonizzate pertinenti e delle disposizioni nazionali è certificato da un organismo notificato.

6. Possono essere ricondizionati solo i dispositivi monouso che sono stati immessi sul mercato conformemente al presente regolamento o, prima del 26 maggio 2020, conformemente alla direttiva 93/42/CEE.

7. Il ricondizionamento di dispositivi monouso può essere effettuato solo se considerato sicuro in base ai più recenti dati scientifici.

8. Il nome e l'indirizzo della persona fisica o giuridica di cui al paragrafo 2 e le altre informazioni pertinenti di cui all'allegato I, punto 23, figurano sull'etichetta e, se del caso, nelle istruzioni per l'uso del dispositivo ricondizionato.

Il nome e l'indirizzo del fabbricante del dispositivo monouso iniziale non figurano più sull'etichetta, ma sono indicati nelle istruzioni per l'uso del dispositivo ricondizionato.

9. Uno Stato membro che consente il ricondizionamento di dispositivi monouso può mantenere o introdurre disposizioni nazionali più rigorose di quelle previste dal presente regolamento, che limitino o vietino nel proprio territorio:

a) il ricondizionamento di dispositivi monouso e il trasferimento di dispositivi monouso in un altro Stato membro o in un paese terzo per esservi ricondizionati;

b) la messa a disposizione o l'ulteriore utilizzo di dispositivi monouso ricondizionati.

Gli Stati membri informano la Commissione e gli altri Stati membri di tali disposizioni nazionali. La Commissione rende disponibile al pubblico tali informazioni.

10. Entro il 27 maggio 2024 la Commissione redige una relazione sul funzionamento del presente articolo e la presenta al Parlamento europeo e al Consiglio. Sulla base di tale relazione, la Commissione, se del caso, presenta proposte di modifica del presente regolamento.

…

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

USO DELLE MASCHERE FACCIALI NELL'ATTUALE EPIDEMIA COVID-19

E' raccomandato l'uso della MASCHERA CHIRURGICA in tutti i soggetti all'interno dell'ambiente sanitario (sale d'attesa, corsie d'ospedale, spazi comuni): il loro utilizzo permette di bloccare la diffusione delle goccioline dalla bocca o dal naso, proteggendo chi le indossa e le persone che sono nelle vicinanze.

E' raccomandato l'uso della MASCHERA FFP2 nell'assistenza diretta a pazienti sospetti/confermati COVID-19 compresa l'esecuzione del tampone naso-faringeo e dell'igiene del paziente

E' raccomandato l'uso della MASCHERA FFP3 per tutte le procedure che generano aerosol (espettorato indotto, broncoaspirati, broncolavaggi, procedure di intubazione ed estubazione) e in Terapia Intensiva qualora l'operatore passi da un paziente ad un altro effettuando procedure differenziate.

Le maschere FFP2/FFP3 rispetto alle mascherine chirurgiche, offrono maggiore protezione per l'operatore che le indossa e, se usate correttamente, filtrano rispettivamente il 92% e il 98% delle particelle.
Si richiama come le maschere filtranti FFP2/FFP3 vadano utilizzate esclusivamente dagli operatori che prestano servizio nelle aree dove sono presenti casi sospetti o confermati di COVID-19 e non devono essere fornite ai pazienti a cui va fatta indossare una maschera chirurgica (sia durante i trasporti, sia durante l'esecuzione di manovre strumentali che nella stanza di degenza in presenza di personale sanitario).

Le maschere facciali garantiscono la loro efficienza solamente se indossate in modo corretto
1. Prima di indossare la maschera facciale è necessario lavarsi accuratamente le mani, con acqua e sapone o con un disinfettante a base alcolica
2. E' necessario far aderire bene la mascherina al viso e accertarsi che copra viso e bocca e che il bordo inferiore sia sotto il mento
3. La mascherina mentre la indossiamo non deve essere continuamente toccata, portata al collo, tolta e rimessa continuamente, perché queste manovre portano ad una perdita della sua efficacia e aumenta il rischio di contaminazione
4. Nella fase di rimozione, evitare di toccare la parte davanti perché potrebbe essere contaminata; buttarla subito in un contenitore di plastica e procedere con il lavaggio delle mani

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 12/03/2020 | Protocollo n. 5873 Class. | Allegati n. 4

Oggetto: Verbale Comitato Tecnico Scientifico COVID_19 – 3ª riunione del 12.3.2020

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il verbale dell'incontro odierno del Comitato Tecnico Scientifico COVID_19 e i documenti approvati, ovvero:

- Protocollo Terapia infezioni da SARS-Cov-2;
- Documento "Decisioni eticamente fondate per il trattamento deli pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave secondaria a infezione da COVID-19" con il quale si contestualizza e propone il recepimento del documento della SIAARTI "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili"
- Proposta operativa sospensione interventi di elezione di pazienti candidati al ricovero in Terapia Intensiva Post Operatoria

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Verbale Comitato scientifico Coronavirus (ex DGR 269/2020) – 3ª riunione

12/03/2020 ore 11:00-12:00

Presenti:

Dr. Mario Saia, Prof. Andrea Crisanti (in VDC), Prof. Vincenzo Baldo, Prof. Paolo Navalesi, Prof. Andrea Vianello, Prof.ssa Evelina Tacconelli (in VDC), Dr.ssa Annamaria Cattelan, Dr. Marco Baiocchi, Prof. Stefano Merigliano, Dr. Paolo Rosi (in VDC), Dr. Davide Mazzon (in VDC), Dr. Camillo Barbisan, Dr.ssa Giustina De Silvestro, Dr.ssa Gisella Pitter

Argomenti discussi:

1. Documento di indirizzo sulle decisioni etiche legate al trattamento intensivo di pazienti COVID-19
2. Documento di indirizzo sulla sospensione delle attività chirurgiche non urgenti comportanti l'utilizzo della TIPO
3. Presentazione dei risultati dello studio sugli abitanti di Vo'
4. Protocollo terapeutico per pazienti COVID-19
5. Proposta di studio sperimentale sull'utilizzo di plasma iperimmune per il trattamento di pazienti con COVID-19
6. Sviluppo di modelli previsionali sull'evoluzione degli scenari epidemiologici

1) Documento di indirizzo sulle decisioni etiche legate al trattamento intensivo di pazienti COVID-19

Il Comitato scientifico approva il documento "*Decisioni eticamente fondate per il trattamento dei pazienti affetti da insufficienza respiratoria grave secondaria a infezione da COVID-19*", redatto dal dott. Mazzon, dal dott. Barbisan e dal Prof. Navalesi che recepisce, contestualizzandole, le raccomandazioni di etica clinica elaborate dalla SIAARTI. Il Comitato ritiene all'unanimità che tali linee di indirizzo siano adottabili e da diffondere a livello regionale.

2) Documento di indirizzo sulla sospensione delle attività chirurgiche non urgenti comportanti l'utilizzo della TIPO

Il Comitato scientifico approva il documento redatto dall'Associazione dei Direttori di Anestesia e Rianimazione della Regione Veneto che prevede come in considerazione dello scenario epidemiologico dell'epidemia di COVID-19 e della possibile evoluzione dello stesso, al fine di preservare i posti letto di area intensiva in previsione di un massiccio afflusso di pazienti, sia opportuna la sospensione di tutta l'attività chirurgica programmata per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria ad eccezione degli interventi indifferibili in considerazione del quadro clinico dei pazienti, e in particolare nell'ambito della chirurgia oncologica tenendo conto della storia naturale della malattia e dei protocolli integrati con chemio e radioterapia adiuvante.

Inoltre nel medesimo documento si evidenzia l'opportunità che, al fine di poter disporre di personale per la gestione dei posti letto aggiuntivi sia di terapia intensiva che semintensiva si richiede di ridurre l'attività chirurgica programmata non urgente nell'ottica di recuperare personale per garantire la gestione di tali posti letto attivati secondo il piano regionale per la gestione dell'emergenza COVID-19.

3) Presentazione dei risultati dello studio sugli abitanti di Vo'

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico Assistenziale
governo.clinico@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 0412791344

Il Comitato prende atto dei risultati dello studio condotto a Vo' dal Prof. Crisanti attraverso alcune *slides*. I dati mostrano una riduzione del 50% della prevalenza di positività al SARS-CoV-2 tra il tampone basale e quello di follow-up e un'incidenza di nuove positività dello 0,36%. Viene evidenziato inoltre che una percentuale consistente di soggetti positivi è asintomatica e che per la maggior parte dei casi positivi non è stato riportato alcun contatto diretto o indiretto con altri casi.

4) **Protocollo terapeutico per pazienti COVID-19**

Il Comitato scientifico approva il documento già validato dagli specialisti infettivologi della task force regionale di cui al Decreto n. 3 del 30.1.2020 del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria.

5) **Proposta di studio sperimentale sull'utilizzo di plasma iperimmune per il trattamento di pazienti con COVID-19**

La Dr.ssa De Silvestro illustra una proposta di studio sperimentale sull'utilizzo di plasma iperimmune di soggetti guariti per il trattamento di pazienti con COVID-19 in fase acuta. Il trattamento con plasma iperimmune è stato già sperimentato nel contesto delle epidemie di SARS e MERS e attualmente è in corso di sperimentazione per il trattamento del COVID-19 in Cina. I dati disponibili mostrano che tale trattamento è in grado di ridurre la mortalità dei pazienti a fronte di effetti avversi pressoché nulli. Il trattamento dovrebbe essere molto precoce, prima dello sviluppo di infiltrati polmonari. Il Centro Nazionale Sangue è già stato interpellato sull'ammissibilità della donazione di plasma da parte di soggetti con pregressa infezione da SARS-CoV-2, si è espresso positivamente a condizione che il donatore sia definibile come guarito secondo i criteri del Consiglio Superiore di Sanità, presenti un elevato titolo di anticorpi neutralizzanti anti-SARS-CoV-2 e non abbia altre controindicazioni alla donazione; inoltre, il plasma donato dev'essere sottoposto ad inattivazione virale. La Microbiologia dell'Azienda Ospedaliera di Padova ha appena acquisito il kit per il dosaggio degli anticorpi anti-SARS-CoV-2.

Il Dr. Barbisan riferisce che il Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica (CESC) della provincia di Padova è in grado di esaminare e approvare il progetto in tempi molto rapidi (24 ore) e il parere viene successivamente inviato all'Area Sanità e Sociale che lo trasmette agli altri CESC della Regione per il recepimento.

Il Comitato scientifico ritiene il progetto di notevole interesse e pertanto auspica che venga quanto prima presentato formalmente al CESC della provincia di Padova.

6) **Sviluppo di modelli previsionali sull'evoluzione degli scenari epidemiologici**

Il Prof. Baldo comunica di aver avviato una collaborazione con il Prof. Alessandro Sperduti del Dipartimento di Matematica dell'Università di Padova, esperto in modellistica previsionale. Si concorda di coinvolgere formalmente il Prof. Sperduti nelle attività del Comitato scientifico.

La prossima riunione si terrà martedì 17 marzo p.v. alle ore 11:00 salvo altre indicazioni.

Il Coordinatore
Dott. Mario Saia

Protocollo Terapia infezioni da SARS-Cov-2 - Regione Veneto

(v.1.0 del 11.3.2020)

Al momento non esistono linee guida basate sull´evidenza per il trattamento delle infezioni da SARS-Cov-2. Questo documento si basa sulla revisione delle limitate evidenze scientifiche disponibili al momento e su documenti di indicazione terapeutica sviluppati da enti di riferimento nazionali ed internazionali.

Terapia di supporto

La corretta gestione del paziente con infezione da SARS-Cov-2 si basa su un attento monitoraggio clinico ed ossigenoterapia. Monitorare il paziente consente di identificare precocemente segni o sintomi di un peggioramento clinico come l'insorgenza di ARDS. Essenziale mantenere un'adeguata ossigenoterapia pari a SpO2 $\geq$ 90% negli adulti e $\geq$ 92-95% nelle donna incinta (1). L'OMS controindica la ventilazione non invasiva (NIV) in quanto sembrerebbe associata a una evoluzione peggiore e suggerisce di utilizzare, ove necessario, l'intubazione precoce (1,2). In merito all'utilizzo dei corticosteroidi sistemici, vi sono al momento pareri contrastanti dovuti ad evidenza che i corticosteroidi possano rallentare la clearance virale (controindicazione quindi alla somministrazione in pazienti con infezione da Sars-Cov2) mentre l'utilizzo di desametasone si associa ad una riduzione della mortalità nei casi di ARDS (1,3). L'eventuale ricorso al supporto volemico o ad una terapia antibiotica empirica (per una infezione batterica concomitante) non può essere generalizzato ma e´ da considerarsi separatamente caso per caso.

Terapia farmacologica

L'avvio di una terapia farmacologica è indicato:

- In pazienti con diagnosi virologica confermata di SARS-Cov-2 con sintomi lievi, ma con comorbidità associate a un aumentata mortalità (ad esempio patologie cardiovascolari, diabete mellito, malattie respiratorie croniche) (4)
- In pazienti con diagnosi virologica confermata da SARS-Cov-2 con sintomi moderati o severi.

Clorochina

Studi clinici hanno dimostrato l'attività in vitro e nel modello animale della clorochina fosfato come antivirale nei confronti del virus della SARS (5). Un panel di esperti in Cina, basandosi su dati osservazionali clinici ed in vitro, nel mese di febbraio 2020 ha suggerito l'impiego del farmaco della clorochina fosfato nel trattattamento della infezione da Sars-Cov2 (6,7). Il dosaggio raccomandato è di 500 mg BID per 10 giorni; in alternativa è possibile utilizzare idrossiclorochina 200 mg BID. Si raccomanda di verificare, prima dell'utilizzo del farmaco, le possibili interazioni farmacologiche (ad esempio con i beta-bloccanti) e di monitorare il QTc che potrebbe essere soggetto ad allungamento, in corso di terapia.

Lopinavir/ritonavir (LPV/r) – Kaletra®

L'efficacia della associazione di antiretrovirali LPV/r nel trattamento dell'infezione da SARS-Cov-2 è al momento solo aneddotica (8,9). Maggiori evidenze potrebbero emergere dallo studio randomizzato e controllato attualmente in corso (MIRACLE TRIAL) per definire l'efficacia terapeutica in associazione ad INFb nei pazienti con infezione da MERS-CoV. Si raccomanda di verificare, prima dell'utilizzo del farmaco, le possibili interazioni farmacologiche e di monitorare il QTc che potrebbe essere soggetto ad allungamento, in corso di terapia.

In assenza di lopinavir/ritonavir (per il prevedibile esaurimento temporaneo delle scorte) il farmaco utilizzabile è darunavir/cobicistat 800/150mg (Rezolsta®): 1 cpr/die. Le interazioni farmacologiche sono simili al lopinavir/ritonavir

Remdesivir (GS-5734)

Il remdesivir e´ un analogo nucleotidico attivo, in vitro and in vivo, su SARS-CoV e MERS-CoV (10). Il farmaco, in studi preclinici, ha mostrato un'attività sia profilattica che terapeutica nei confronti di Mers-Cov (11,13). Due studi clinici di fase III, randomizzati, multicentrici per la valutazione della sicurezza e dell'efficacia di remdesivir nei pazienti con SARS-Cov-2 inizieranno nel marzo 2020. Circa 1.000 individui infetti saranno arruolati negli studi a livello globale. Uno studio, incudera´ circa 400 pazienti con infezione grave da SARS-Cov-2 ed un secondo circa 600 pazienti con infezione moderata. In entrambi gli studi la terapia e´ pianificata per cinque o dieci giorni. Gli studi saranno un'estensione di studi clinici su remdesivir condotti in più siti nella provincia di Hubei in Cina. Il National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), USA, ha avviato nel febbraio 2020 uno studio clinico randomizzato e controllato su pazienti adulti ospedalizzati con SARS-Cov-2 per determinare la sicurezza e l'efficacia di remdesivir presso il University of Nebraska Medical Center (UNMC) di Omaha, Stati Uniti.

Tipologia di paziente	Caratteristiche cliniche	Diagnostica	Monitoraggio	Trattamento di supporto	Trattamento antivirale	Dimissione
Paziente con sintomi respiratori moderati **MEWS <3 *****	Febbre >38°C, astenia E/O Tosse + Segni obiettivi e/o radiologici di polmonite	- Tampone per virus respiratori - Ricerca ag. Legionella, e ag. pneumococco su urine - Test HIV - EGA - Emocolture se febbre > 38°C	- Pressione arteriosa - Frequenza respiratoria - Frequenza cardiaca - Saturazione periferica O2 - Temperatura 3vv/die (1 vv/turno) - EGA seriati se deterioramento della funzionalità respiratoria (specialmente tra 5° e 7° giornata)	- Terapia sintomatica al bisogno - Reidratazione preferibilmente per via orale - O2 terapia al bisogno (usare maschera e non occhialini)	- Lopinavir-ritonavir∗ (200/50 mg) 2cp ogni 12h per 28 giorni o - Lopinavir-ritonavir sciroppo 5 ml (400/100mg) x 2 + clorochina* 500 mg ogni 12 h per 10 giorni o idrossiclorochina 200 mg BID (durata del trattamento da 5 a 20 giorni secondo evoluzione clinica) **∗ modulo uso off-label**	Guarigione clinica Se ospedalizzazione > 7 giorni: ripetere il tampone: - se negativo ripetere un secondo a 24 ore e se negativo dimissione senza limitazione; - se positivo, isolamento domiciliare e ripetere il tampone dopo 7 giorni fino a 2 tamponi negativi per SARS-Cov2 ripetuti a 24h di distanza
Paziente con sintomatologia respiratoria severa ma NON critico	Come per il caso precedente +	- Tampone per virus respiratori - Ricerca ag. Legionella, e ag. pneumococco su	- Pressione arteriosa - Frequenza respiratoria - Frequenza	- O2 terapia - Terapia antibiotica ad ampio spettro - Valutazione	- Remdesivir **200 mg ev come dose d'attacco, dopo 24h proseguire 100 mg/die per 10	Guarigione clinica Se ospedalizzazione > 7 giorni: ripetere il tampone:

MESW 3-4* **	Peggioramento scambi gassosi (dispnea lieve/moderata, tachipnea, peggioramento di SpO2 o dei parametri EGA in aria ambiente) <u>in assenza di</u> ARDS, distress resporatio, ipotensione/shock, alterazione dello stato di coscienza)	urine - Test HIV - EGA all'ingresso - Emocolture se febbre > 38°C	cardiaca - Saturazione periferica O2 - Temperatura 3vv/die (1 vv/turno infermieristico) EGA seriato secondo evoluzione clinica Valutazione intensivista	intensivistica per eventuale terapia steroidea se incipiente deterioramento della funzionalità respiratoria°	- Se remdesivir non disponibile: Lopinavir-ritonavir∗ (200/50 mg) 2cp ogni 12h per 28 giorni + clorochina 500 mg ogni 12 h ∗ per 10 giorni o Idrossiclorochina 200 mg BID (durata del trattamento da 5 a 20 giorni secondo evoluzione clinica) NB: NON associare LOP/r e Remdesivir per interazione farmacocinetica	- se negativo ripetere un secondo a 24 ore e se negativo dimissione senza limitazione; - se positivo, isolamento domiciliare e ripetere il tampone dopo 7 giorni fino a 2 tamponi negativi per SARS-Cov2 ripetuti a 24h di distanza
Paziente critico **MESW >4*** **	Alterazione stato di coscienza, ARDS-distress respiratorio, ipotensione/shock cardio-circolatorio, MOF	- Tampone per virus respiratori - Ricerca ag. Legionella, e ag. pneumococco su urine - Test HIV	Gestione del quadro di ARDS secondo definizione di Berlino	Precoce ventilazione meccanica protettiva Terapia antibiotica ad ampio spettro	- Remdesivir **200 mg ev come dose d'attacco, dopo 24h proseguire 100 mg/die per 10 gg - Se remdesivir non	Guarigione clinica Se ospedalizzazione > 7 giorni: ripetere il tampone: - se negativo ripetere un secondo

		- EGA all'ingresso - Emocolture se febbre > 38°C Eventuali ulteriori indagini microbiologiche in base a quadro clinico		- Valutazione intensivistica per eventuale terapia steroidea se incipiente deterioramento della funzionalità respiratoria°	disponibile: Lopinavir-ritonavir∗ (200/50 mg) 2cp ogni 12h per 28 giorni + clorochina 500 mg ogni 12 h ∗ per 10 giorni O idrossiclorochina 200 mg BID (durata del trattamento da 5 a 20 giorni secondo evoluzione clinica) NB: NON associare LOP/r e Remdesivir per interazione farmacocinetica Richiesta uso compassionevole∗∗	a 24 ore e se negativo dimissione senza limitazione; - se positivo, isolamento domiciliare e ripetere il tampone dopo 7 giorni fino a 2 tamponi negativi per SARS-Cov2 ripetuti a 24h di distanza

*Utilizzo off-label; ∗∗ Procedura richiesta Remdesivir per uso compassionevole; *** MEWS score; ° Pazienti con ARDS (24h dalla diagnosi) non intubati: metilprednisolone 1 mg pro kilo frazionato in 2 dosi per 5 giorni, seguito da 20 mg ogni 12 ore per 2-3 giorni e, successivamente 10 mg ogni 24 ore per 2 giorni (evidenza contrastante su efficacia di tale terapia); nel paziente intubato la componente a competenza intensivista del Comitato Scientifico Regionale COVID-19 non supporta l'utilizzo di terapia steroidea.

*** Modified Early Warning score - MEWS score§

DATI FISIOLOGICI (indicare un solo valore per ogni fattore)

Punteggio	**3**	**2**	**1**	**0**	**1**	**2**	**3**
Frequenza respiratoria (atti/minuto)		< 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Frequenza cardiaca (battiti/minuto)		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Pressione sistolica (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Temperatura corporea (°C)		≤ 35 °C		35.1-38.4		≥ 38.4°C	
Sintomi neurologici				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde (GCS < 9)

PUNTEGGIO TOTALE |__|__|

Legenda MEWS: 0-2 paziente stabile, 3-4 instabile, 5critico

Saturazione O_2 ____ in Aria ambiente |__| in O_2 terapia |__| _____ Lt/min

Rapporto PaO_2/FiO_2 _____

§ Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. QJM. 2001 Oct;94(10):521-6. doi: 10.1093/qjmed/94.10.521.

Glasgow coma scale

AREA VALUTATA	RISPOSTA	PUNTI
APERTURA DEGLI OCCHI	Aperti spontaneamente	4
	Aperti a comando verbale	3
	Apertura in risposta all'applicazione di stimoli dolorosi sugli arti o sullo sterno	2
	Assente	1
VERBALE	Orientato	5
	Disorientato, ma capace di rispondere alle domande	4
	Risposte inadeguate alle domande; parole distinguibili	3
	Linguaggio incomprensibile	2
	Assente	1
MOTORIO	Obbedisce ai comandi	6
	Risponde al dolore con movimenti finalizzati	5
	Retrazione da stimoli dolorosi	4
	Risponde al dolore con anomala flessione (postura decorticata)	3
	Risponde al dolore con anomala (rigida) estensione (postura decerebrata)	2
	Assente	1

Adattato da Teasdale G, Jennett B: Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 2:81–84; 1974

Definizione di Berlino della sindrome da distress respiratorio acuto

Categoria della sindrome da distress respiratorio acuto	Ossigenazione
	Livello di gravità
Lieve	200 mmHg < PaO_2/FIO_2 ≤ 300 mmHg* con pressione positiva di fine espirazione o pressione continua positiva delle vie aeree ≥ 5 cm H_2O
Moderato	100 mmHg < PaO_2/FIO_2 ≤ 200 mmHg con pressione positiva di fine espirazione ≥ 5 cm H_2O
Grave	PaO_2/FIO_2 ≤ 100 mmHg con pressione positiva di fine espirazione ≥ 5 cm H_2O
	Criteri clinici
Timing	Inizio entro 1 settimana dalla lesione iniziale o dei nuovi sintomi respiratori o di un peggioramento
Imaging (RX o TC del torace)	Opacità bilaterali non completamente spiegati da versamenti, collasso lobare o polmonare o noduli
Origine dell'edema	Insufficienza respiratoria non pienamente spiegata da insufficienza cardiaca o sovraccarico di liquidi

*PaO_2 in mmHg; FIO_2 in frazione decimale (p. es., 0,5); FIO_2= frazione inspiratoria di O_2; PaO_2 = pressione parziale arteriosa O_2; PEEP = pressione positiva di fine espirazione

Adattato da ARDS Definition Task Force, Ranieri VM, Rubenfeld GD, et al: Acute respiratory distress syndrome: The Berlin definition. *Journal of the American Medical Association* 307:2526–2533, 2012. doi: 10.1001/jama.2012.5669

Bibliografia

1) World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. 28 January 2020. WHO/nCoV/Clinical/2020.3).

2) World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. 28 January 2020. WHO/nCoV/Clinical/2020.

3) Villar J, Ferrando C, Martínez D, Ambrós A, Muñoz T, Soler JA, et al.; Dexamethasone treatment for the acute respiratory distress syndrome: a multicentre, randomised controlled trial. Lancet Respir Med. 2020 Feb 7.

4) Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al; Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020 Feb 15;395(10223):497-506

5) Multicenter collaboration group of Department of Science and Technology of Guangdong Province and Health Commission of Guangdong Province for chloroquine in the treatment of novel coronavirus pneumonia. Expert consensus on chloroquine phosphate for the treatment of novel coronavirus pneumonia. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2020 Feb 20;43(0):E019

6) Savarino A., Di Trani L., Donatelli I., Cauda R. Cassone A. New insights into the antiviral effects of chloroquine. Lancet Infect. Dis. 2006; 6: 67–69. 10.

7) Vincent MJ, Bergeron E, Benjannet S, Erickson BR, Rollin PE, Ksiazek TG, et al. Virol. Chloroquine is a potent inhibitor of SARS coronavirus infection and spread J. 2005; 2, 69.

8) Han W, Quan B, Guo Y, Zhang J, Lu Y, Feng G, et al.. The course of clinical diagnosis and treatment of a case infected with coronavirus disease 2019. J Med Virol. 2020 Feb 19. 15.

9) Lim J, Jeon S, Shin HY, Kim MJ, Seong YM, Lee WJ, et al.. Case of the Index Patient Who Caused Tertiary Transmission of COVID-19 Infection in Korea: the Application of Lopinavir/Ritonavir for the Treatment of COVID-19 Infected Pneumonia Monitored by Quantitative RT-PCR. J Korean Med Sci. 2020 Feb 17;35(6):e79

10) Agostini ML, Andres EL, Sims AC, Graham RL, Sheahan TP, Lu X, Smith EC, et al. Coronavirus susceptibility to the antiviral remdesivir (GS-5734) is mediated by the viral polymerase and the proofreading exoribonuclease. mBio 2018;9:e00221-18

11) Sheahan TP, Sims AC, Leist SR, Schäfer A, Won J, Brown AJ, et al. Comparative therapeutic efficacy of remdesivir and combination lopinavir, ritonavir, and interferon beta against MERS-CoV. Nat Commun 2020;11:222. 19.

12) de Wit E, Feldmann F, Cronin J, Jordan R, Okumura A, Thomas T, et al. Prophylactic and therapeutic remdesivir (GS-5734) treatment in the rhesus macaque model of MERS-CoV infection. Proc Natl Acad Sci U S A. 2020 Feb 13. pii: 201922083.

13) Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J, Xu M, et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. Cell Res. 2020 Feb 4.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

DECISIONI ETICAMENTE FONDATE PER IL TRATTAMENTO DELI PAZIENTI AFFETTI DA INSUFFICIENZA RESPIRATORIA GRAVE SECONDARIA A INFEZIONE DA COVID-19

Dal febbraio scorso a seguito dell'epidemia da COVID-19 si sono realizzati scenari che hanno reso necessarie decisioni di ordine politico, organizzativo e assistenziale inedite. La Lombardia è da giorni alle prese con la drammatica necessità di mantenere il funzionamento del Servizio Sanitario a fronte del quotidiano esponenziale incremento di posti letto per pazienti affetti da grave insufficienza respiratoria.

Il Veneto ha finora vissuto scenari meno drammatici e ha retto l'urto dell'epidemia, ma è d'obbligo prepararsi ad affrontare una crescita importante dei bisogni dei pazienti affetti da COVID-19, in particolare per quanto concerne la disponibilità di posti letto nei reparti ad alta intensità di cure (Terapie Intensive e Semintensive).

Anche al di fuori di contesti estremi quali quelli stiamo purtroppo vivendo in questi giorni, l'Anestesista/ Rianimatore che decide l'accesso alle cure intensive, non esercita un atto dispotico, ma realizza la forma più elevata e complessa di responsabilità, essendo chiamato a effettuare un bilanciamento fra il possibile beneficio per il paziente e il rischio di prolungare uno stato agonico.

Le nuove opportunità di cura sviluppatesi negli ultimi decenni, comprese le cure intensive, hanno favorito lo sviluppo di una profonda riflessione etica sulla questione del "limite" da porre ai trattamenti quando essi appaiono inutili, futili, sproporzionati. Oggi, vi è un consenso generale che tutti i trattamenti, compresi quelli intensivi, debbano essere ispirati al "Principio di Proporzionalità". Tale principio afferma che sono proporzionati quei trattamenti che comportano un oggettivo rapporto rischio/beneficio favorevole per il malato nel caso specifico (appropriatezza clinica) e ne rispettano la volontà soggettiva di esservi sottoposto o meno (appropriatezza etica), chiaramente espressa o ricostruita coerentemente coi suoi convincimenti.

Tutto ciò trova fondamento deontologico (art. 16 del CdM del 2016 che afferma "Il medico… non intraprende né insiste … in interventi terapeutici clinicamente inappropriati ed eticamente non proporzionati, dai quali non si possa fondatamente attendere un effettivo beneficio per la salute e/o un miglioramento della qualità di vita") e fondamento giuridico (Legge 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e disposizioni anticipate di trattamento"; in particolare, nell'art. 2 comma 2, che recita: "Nei casi di pazienti con prognosi infausta a breve termine o di imminenza della morte, il Medico deve astenersi da ogni ostinazione irragionevole nella somministrazione delle cure e dal ricorso a trattamenti inutili o sproporzionati").

Gli Anestesisti/Rianimatori italiani, attraverso la loro Società scientifica (SIAARTI) hanno elaborato fin dal 2003 una serie di documenti a supporto dei percorsi decisionali nelle Terapie Intensive.

Il documento allegato, "Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili", del 5/3/2020, pur intendendo porsi nel solco della riflessione etica precedentemente tracciata e consolidata dal quadro deontologico e normativo di riferimento, ha suscitato in alcuni perplessità e, tra i non addetti ai lavori, anche

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sdegno. In realtà il documento si spinge ad affrontare lo scenario ipotetico della necessità di applicare il principio di giustizia, che afferma l'eguale valore di ogni persona a prescindere da ogni discriminazione e la possibilità per ognuno ad accedere al più alto standard di cure mediche, compatibilmente con le risorse disponibili, nella possibilità concreta che queste ultime possano iniziare a scarseggiare, con particolare riferimento al contesto delle Terapie Intensive italiane e alla epidemia in corso.

Sotto questa luce, il documento altro non fa che richiamare all'attenzione dei colleghi che stanno sostenendo questa nuova sfida, la necessità di applicare con particolare cura quei principi di appropriatezza e proporzionalità che sono alla base della nostra professione e che vengono già applicati ogni giorno dagli Anestesisti-Rianimatori. L'epidemia in atto non ha fatto altro che porre in maggiore evidenza questo aspetto difficile del nostro lavoro, in cui il "triage", cioè il criterio di ammissione in Terapia Intensiva, deve valutare se le specifiche condizioni cliniche dei pazienti possono avvalersi di un trattamento altamente invasivo e se sono prevedibili severi effetti collaterali, tenendo conto oltre che del quadro clinico del paziente, della sua "fragilità", condizionato anche dall'età biologica, più che da quella anagrafica, e del pre-esistente stato funzionale. Si possono verificare condizioni in cui, in base ai suddetti criteri, può essere indicata l'ammissione in Terapia Intensiva per un paziente più anziano, ma meno fragile in quanto caratterizzato da un quadro clinico più favorevole. Fatta salva la volontà del paziente di non accettare terapie aggressive, a prescindere dalla disponibilità o meno di risorse, esistono condizioni in cui è opportuno stabilire un tetto di trattamento, escludendo l'escalation a forme più estreme di cura.

Così contestualizzato, il documento della SIAARTI non va in alcun modo interpretato come uno stimolo a impiegare acriticamente indicatori di esclusione per i pazienti che necessitano di cure intensive, ma come uno strumento decisionale che si affianchi alla imprescindibile valutazione clinica, in condizione estreme quali quelle a cui, purtroppo, l'epidemia in atto ci potrebbe costringere.

E'opportuno che quanto oggetto di queste considerazioni possa trovare omogeneo recepimento in tutte le strutture ospedaliere, ed in particolare nei contesti di alta intensità di cura, al fine di evitare strategie assistenziali e decisionali difformi nel territorio della Regione.

Padova 12.3.2020

Documento redatto da

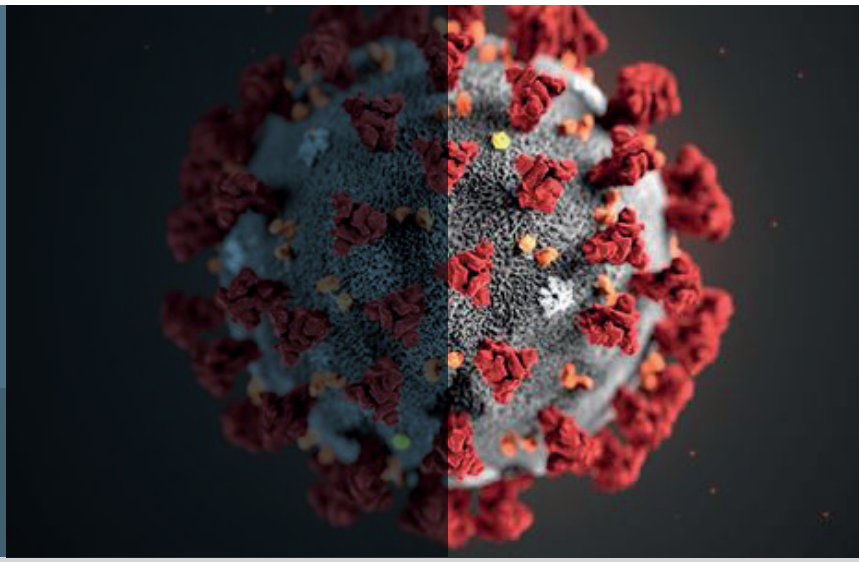
Dott. Davide Mazzon
Dott. Camillo Barbisan
Prof. Paolo Navalesi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

RACCOMANDAZIONI DI ETICA CLINICA PER L'AMMISSIONE A TRATTAMENTI INTENSIVI E PER LA LORO SOSPENSIONE, IN CONDIZIONI ECCEZIONALI DI SQUILIBRIO TRA NECESSITÀ E RISORSE DISPONIBILI

SIAARTI

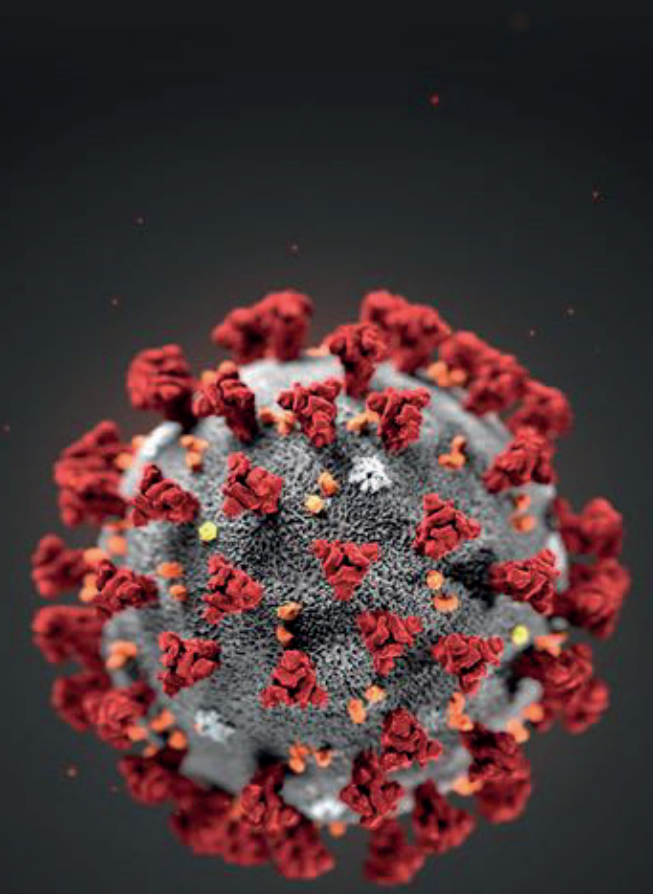
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER



Versione
Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili - versione 01
Pubblicato il 06.03.2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SIAARTI
PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER



RACCOMANDAZIONI DI ETICA CLINICA PER L'AMMISSIONE A TRATTAMENTI INTENSIVI E PER LA LORO SOSPENSIONE, IN CONDIZIONI ECCEZIONALI DI SQUILIBRIO TRA NECESSITÀ E RISORSE DISPONIBILI

Gruppo di lavoro
Marco Vergano, Guido Bertolini, Alberto Giannini, Giuseppe Gristina, Sergio Livigni, Giovanni Mistraletti, Flavia Petrini

COVID

Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Le previsioni sull'epidemia da Coronavirus (Covid-19) attualmente in corso in alcune regioni italiane stimano per le prossime settimane, in molti centri, un aumento dei casi di insufficienza respiratoria acuta (con necessità di ricovero in Terapia Intensiva) di tale entità da determinare un enorme **squilibrio** tra le **necessità cliniche reali** della popolazione e la **disponibilità effettiva** di risorse intensive.

È uno scenario in cui potrebbero essere necessari **criteri di accesso** alle cure intensive (e **di dimissione**) non soltanto strettamente di **appropriatezza clinica** e di **proporzionalità delle cure**, ma ispirati anche a un criterio il più possibile condiviso di **giustizia distributiva** e di a**ppropriata allocazione di risorse sanitarie limitate**.
Uno scenario di questo genere è sostanzialmente assimilabile all'ambito della "medicina delle catastrofi", per la quale la riflessione etica ha elaborato nel tempo molte concrete indicazioni per i medici e gli infermieri impegnati in scelte difficili.

Come estensione del principio di proporzionalità delle cure, l**'allocazione** in un contesto di grave **carenza *(shortage)* delle risorse sanitarie** deve puntare a garantire i trattamenti di carattere intensivo ai pazienti con maggiori possibilità di successo terapeutico: si tratta dunque di **privilegiare la "maggior speranza di vita"**.
Il **bisogno di cure intensive** deve pertanto essere integrato con altri elementi di "idoneità clinica" alle cure intensive, comprendendo quindi: il tipo e la gravità della malattia, la presenza di comorbidità, la compromissione di altri organi e apparati e la loro reversibilità.
Questo comporta di non dover necessariamente seguire un **criterio di accesso alle cure intensive** di tipo *"first come, first served".*

È comprensibile che i curanti, per cultura e formazione, siano poco avvezzi a ragionare con criteri di *triage* da maxi-emergenza, in quanto la situazione attuale ha **caratteristiche di eccezionalità**.
La **disponibilità di risorse** non entra solitamente nel **processo decisionale** e nelle scelte del singolo caso, finché le risorse non diventano così scarse da non consentire di trattare tutti i pazienti che potrebbero ipoteticamente beneficiare di uno specifico trattamento clinico.

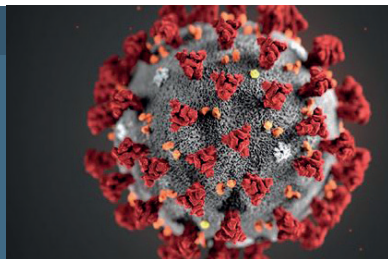
È implicito che l'applicazione di criteri di razionamento è **giustificabile** soltanto dopo che da parte di tutti i soggetti coinvolti (in particolare le "Unità di Crisi" e gli organi direttivi dei presidi ospedalieri) sono stati compiuti tutti gli sforzi possibili per **aumentare la disponibilità di risorse** erogabili (nella fattispecie, letti di Terapia Intensiva) e dopo che è stata **valutata ogni possibilità di trasferimento** dei pazienti verso centri con maggiore disponibilità di risorse.

È importante che una **modifica dei criteri di accesso** possa essere **condivisa** il più possibile tra gli **operatori** coinvolti.
Ai pazienti e ai loro familiari interessati dall'applicazione dei criteri deve essere comunicata la **straordinarietà** delle misure in atto, per una questione di dovere di trasparenza e di mantenimento della fiducia nel servizio sanitario pubblico.

Lo **scopo delle raccomandazioni** è anche quello:

(A) di sollevare i clinici da una parte della **responsabilità** nelle scelte, che possono essere emotivamente gravose, compiute nei singoli casi;

(B) di rendere espliciti i **criteri di allocazione** delle risorse sanitarie in una condizione di una loro straordinaria scarsità.



PROTOCOLLO I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Dalle informazioni ad ora disponibili, una parte consistente di soggetti con diagnosi di infezione da Covid-19 richiede **supporto ventilatorio** a causa di una **polmonite interstiziale** caratterizzata da **ipossiemia severa**. L'interstiziopatia è potenzialmente reversibile, ma la fase di acuzie può durare molti giorni.

A differenza di quadri di ARDS più familiari, a parità di ipossiemia, le polmoniti da Covid-19 sembrano avere *compliance* polmonare leggermente migliore e rispondere meglio a reclutamenti, PEEP medio-alte, cicli di pronazione, ossido nitrico inalatorio. Come per i quadri più noti di ARDS abituali, questi pazienti richiedono una ventilazione protettiva, con bassa driving pressure.

Tutto questo comporta il fatto che l'**intensità di cura** può essere **elevata**, così come l'impiego di risorse umane.
Dai dati riferiti alle prime due settimane in Italia, circa un decimo dei pazienti infetti richiede un **trattamento intensivo** con ventilazione assistita, invasiva o non invasiva.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

RACCOMANDAZIONI

1. I **criteri straordinari** di ammissione e di dimissione sono **flessibili** e possono essere **adattati** localmente alla disponibilità di risorse, alla concreta **possibilità di trasferire pazienti**, al **numero di accessi** in atto o previsto. I criteri riguardano **tutti i pazienti intensivi**, non solo i pazienti infetti con infezione da Covid-19.

2. L'**allocazione** è una scelta complessa e molto delicata, anche per il fatto che un eccessivo aumento straordinario dei letti intensivi non garantirebbe cure adeguate ai singoli pazienti e distoglierebbe risorse, attenzione ed energie ai restanti pazienti ricoverati nelle Terapie Intensive. È da considerare anche l'aumento prevedibile della mortalità per condizioni cliniche non legate all'epidemia in corso, dovuta alla riduzione dell'attività chirurgica ed ambulatoriale elettiva e alla scarsità di risorse intensive.

3. Può rendersi necessario porre un **limite di età** all'ingresso in TI. Non si tratta di compiere scelte meramente di valore, ma di riservare risorse che potrebbero essere scarsissime a chi ha *in primis* più **probabilità di sopravvivenza** e secondariamente a chi può avere **più anni di vita salvata**, in un'ottica di **massimizzazione dei benefici** per il **maggior numero** di persone.
   In uno scenario di **saturazione totale** delle risorse intensive, decidere di mantenere un criterio di "*first come, first served*" equivarrebbe comunque a scegliere di non curare gli eventuali pazienti successivi che rimarrebbero esclusi dalla Terapia Intensiva.

4. La **presenza di comorbidità e lo status funzionale** devono essere attentamente valutati, in aggiunta all'età anagrafica. È ipotizzabile che un **decorso** relativamente breve in persone sane diventi potenzialmente più lungo e quindi più "*resource consuming*" sul servizio sanitario nel caso di **pazienti anziani, fragili** o **con comorbidità severa**.
   Possono essere particolarmente utili a questo scopo i **criteri clinici specifici e generali** presenti nel Documento SIAARTI multisocietario del 2013 sulle grandi **insufficienze d'organo *end-stage*** (https://bit.ly/2Ifkphd).
   È inoltre opportuno fare riferimento anche al documento SIAARTI relativo ai criteri di ammissione in Terapia Intensiva (Minerva Anestesiol 2003;69(3):101–118)

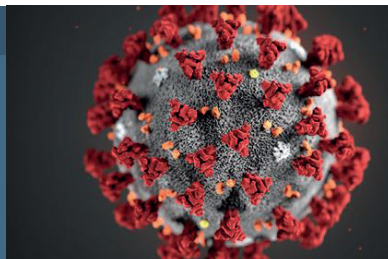
5. Deve essere considerata con attenzione l'eventuale presenza di volontà precedentemente espresse dai pazienti attraverso eventuali **DAT (disposizioni anticipate di trattamento)** e, in modo particolare, quanto definito (e insieme ai curanti) da parte delle persone che stanno già attraversando il tempo della malattia cronica attraverso una **pianificazione condivisa delle cure**.

6. Per i pazienti per cui viene giudicato "non appropriato" l'accesso a un percorso intensivo, la decisione di **porre una limitazione alle cure (*"ceiling of care"*)** dovrebbe essere comunque **motivata, comunicata** e **documentata**. **Il *ceiling of care* posto prima della ventilazione meccanica non deve precludere intensità di cura inferiori.**

7. Un eventuale **giudizio di inappropriatezza** all'accesso a cure intensive basato **unicamente** su criteri di giustizia distributiva (**squilibrio estremo** tra richiesta e disponibilità) trova giustificazione nella **straordinarietà della situazione**.

8. Nel processo decisionale, qualora si presentino situazioni di particolare difficoltà e incertezza, può essere utile avere una "***second opinion***" (eventualmente anche solo telefonica) da parte di interlocutori di particolare esperienza (ad esempio, attraverso il Centro Regionale di Coordinamento).

9. I **criteri di accesso alla Terapia Intensiva** andrebbero discussi e definiti per ogni paziente in modo il più possibile **anticipato**, creando idealmente per tempo una lista di pazienti che saranno ritenuti meritevoli di Terapia Intensiva nel momento in cui avvenisse il deterioramento clinico, sempre che le disponibilità in quel momento lo consentano.



PROTOCOLLO I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Un'eventuale **istruzione "*do not intubate*"** dovrebbe essere presente in cartella clinica, pronta per essere utilizzata come guida se il deterioramento clinico avvenisse precipitosamente e in presenza di curanti che non hanno partecipato alla **pianificazione** e che non conoscono il paziente.

10. La **sedazione palliativa** nei pazienti ipossici con progressione di malattia è da considerarsi necessaria in quanto espressione di buona pratica clinica, e deve seguire le raccomandazioni esistenti. Qualora si dovesse prevedere un **periodo agonico** non breve, deve essere previsto un **trasferimento in ambiente non intensivo**.

11. Tutti gli accessi a cure intensive devono comunque essere considerati e comunicati come "***ICU trial***" e sottoposti pertanto **quotidiana rivalutazione dell'appropriatezz**a, degli obiettivi di cura e della proporzionalità delle cure. Nel caso si ritenga che un paziente, ricoverato magari con criteri borderline, non risponda a trattamento iniziale prolungato oppure si complichi in modo severo, una decisione di "**desistenza terapeutica**" e di rimodulazione **delle cure da intensive a palliative** - in uno scenario di afflusso eccezionalmente elevato di pazienti - non deve essere posticipata.

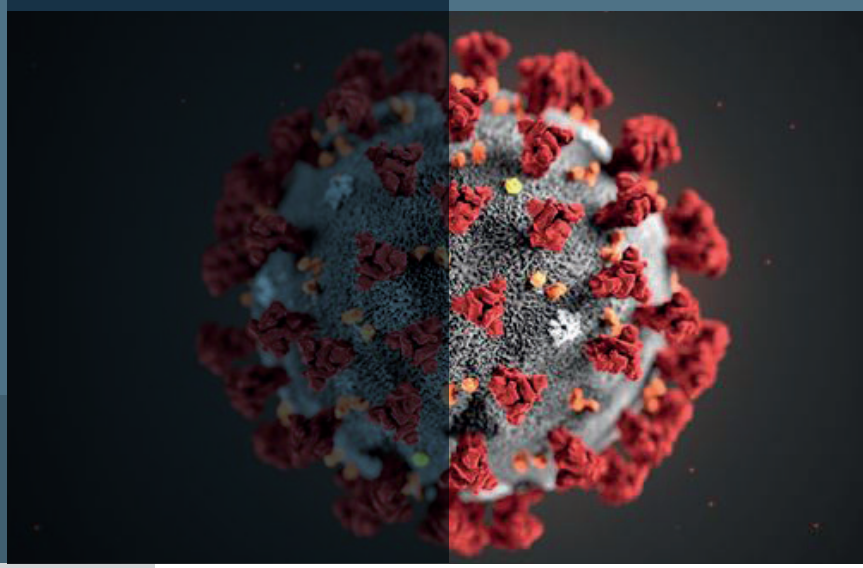
12. La **decisione di limitare le cure intensive** deve essere discussa e **condivisa** il più possibile **collegialmente** dell'équipe curante e - per quanto possibile – in dialogo con il paziente (e i familiari), ma deve poter essere **tempestiva**. È prevedibile che la necessità di compiere ripetutamente scelte di questo tipo renda in ciascuna Terapia Intensiva più solido il **processo decisionale** e meglio adattabile alla disponibilità di risorse.

13. Il **supporto ECMO**, in quanto *resource consuming* rispetto a un ricovero ordinario in Terapia Intensiva, in condizioni di afflusso straordinario, dovrebbe essere riservato a casi estremamente selezionati e con previsione di svezzamento relativamente rapida. Dovrebbe essere riservato idealmente a **centri hub ad elevato volume**, per i quali il paziente in ECMO assorbe in proporzione meno risorse di quante ne assorbirebbe in un centro con meno *expertise*.

14. È importante "fare rete", attraverso l'**aggregazione** e lo **scambio di informazioni** tra centri e singoli professionisti. Quando le condizioni lavorative lo consentiranno, al termine dell'emergenza, sarà importante dedicare tempo e risorse a momenti di ***debriefing*** e di monitoraggio dell'eventuale ***burnout*** professionale e del ***moral distress*** degli operatori.

15. Devono essere considerate anche le **ricadute sui familiari** ricoverati nelle TI Covid-19, soprattutto nei casi in cui il paziente muoia al termine di un periodo di restrizione totale delle visite.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023



SIAARTI

PRO VITA CONTRA DOLOREM SEMPER

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Proposta operativa sospensione interventi di elezione di pazienti candidati al ricovero in Terapia Intensiva Post Operatoria

Il ricovero in TI postoperatoria è quanto mai variabile a seconda delle organizzazioni ospedaliere: presenza di TI dedicate, recovery room, presale operatorie, reparti chirurgici con monitoraggio ed expertise oltre che tipologia di intervento.
Allo stato attuale già molte di esse sono state riconvertite per ricevere pazienti gravi e far posto a pazienti COVID-19 positivi nelle TI.

In questa proposta non si parla di interventi chirurgici emergenti ed urgenti che mettono in pericolo di vita imminente o in poche ore (tempo dipendente), ma in considerazione dello scenario epidemiologico dell'epidemia di COVID-19 e della possibile evoluzione dello stesso, al fine di preservare i posti letto di area intensiva in previsione di un massiccio afflusso di pazienti, appare opportuno disporre la sospensione di tutta l'attività chirurgica programmata per la quale è previsto il ricovero in terapia intensiva post operatoria ad eccezione degli interventi indifferibili in considerazione del quadro clinico dei pazienti (ad es. sintomatologia dolorosa ingravescente, emorragie croniche e altri interventi secondo norma di legge) in particolare nell'ambito della chirurgia oncologica.

Si ritiene pertanto adeguato, dal punto di vista meramente clinico-anestesiologico, sospendere interventi che presumibilmente richiederanno il ricovero in TI ovvero:

- ASA grade 4
- ASA grade 3 (se in terapia con ventilatore domiciliare, 02 terapia, Osas grado medio severo, coronaropatia trattata nei 3 mesi precedenti o che comunque possano beneficiare di un monitoraggio stretto ed esecuzione di esami ematochimici seriali tipo troponina).
- Interventi con durata presumibile superiore alle 4-6 ore.

Per quanto riguarda la chirurgia oncologica è di fondamentale riferimento al Classe A oncologica, secondo u n modello elastico e responsabile, cioè l'attività chirurgica che deve essere svolta entro 1 mese anche per storia naturale della malattia o per protocolli integrati con CT/RT adiuvante, a titolo esplicativo:

- Ortopedia, Ortopedia, Ch. Max-Facc: chirurgia oncologica generale
- Urologia: patologia oncologica vescicale (cistectomie), renale (T1b o maggiore), prostatica (T3 ovvero Gleason uguale o sup 8); feocromocitoma alto rischio, TURB >1 cm, Diagnostica prostatica > 10 psa
- Ch. Generale: neoplasie maligne addominali documentate e stadiate, sospetti linfomi alla tac torace-addome, melanomi con breslow > 1 mm.
- ORL: chirurgia oncologica in generale, Chirurgia della tiroide T4-5

Inoltre, al fine di poter disporre di personale per la gestione dei posti letto aggiuntivi di terapia intensiva è quanto mai opportuna una riduzione dell'attività chirurgica programmata non urgente nell'ottica di recuperare personale per garantire la gestione di tali posti letto attivati secondo il piano regionale per la gestione dell'emergenza COVID-19.
A titolo puramente esplicativo di valutazione anche per analogia:

- Ortopedia: chirurgia protesica e artroscopica, correzioni malformative
- Urologia: malformazioni, circoncisione, ipertrofia benigna prostatiche
- Oculistica: cataratte, strabismi
- ORL: chirurgia correttiva del naso e orecchio, adenotonsillectomia, sleep endoscopy, fess
- Ch. Vascolare: safenectomia, TEA non urgenti
- Ch.generale: ernie, malattia diverticolare, calcolosi della colecisti, chiusure stomie intestinali, ricanalizzazioni, proctologia

Padova, 12.3.2020

Il Presidente dell'Associazione Direttori di Anestesia e Rianimazione della Regione Veneto
Dott. Marco Baiocchi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 05/05/2020 | Protocollo n. 10203 Class. | Allegati n.

Oggetto: COVID-19. Aggiornamento del protocollo terapeutico per le infezioni da SARS-Cov-2 (v.3.0 del 5.5.2020)

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il protocollo in oggetto, aggiornato al 5.5.2020, approvato telematicamente dal Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Protocollo terapeutico infezioni da SARS-Cov-2 - Regione Veneto

(v.3.0 del 5.5.2020)

Il presente documento viene redatto alla luce delle attuali conoscenze scientifiche degli studi clinici, sulla base della pratica clinica e dello scenario epidemiologico ed organizzativo attuale della Regione Veneto. Il documento sarà soggetto ad aggiornamento periodico in rapporto alle nuove evidenze scientifiche e all'evoluzione del quadro epidemiologico.

Al momento non esistono linee guida basate sull´evidenza per il trattamento delle infezioni da SARS-Cov-2. Questo documento si basa sulla revisione delle limitate evidenze scientifiche disponibili al momento e su documenti di indicazione terapeutica sviluppati da enti di riferimento nazionali ed internazionali.

Terapia di supporto

La corretta gestione del paziente con infezione da SARS-Cov-2 si basa su un attento monitoraggio clinico ed ossigenoterapia. Monitorare il paziente consente di identificare precocemente segni o sintomi di un peggioramento clinico come l'insorgenza di ARDS. Essenziale mantenere un'adeguata ossigenoterapia pari a SpO2 > 92% negli adulti e > 92-95% nelle donna incinta (1). In merito alla gestione respiratoria si ritiene opportuno far riferimento alle indicazioni regionali di cui alla nota prot. n. 102075 del 3.3.2020 recante "COVID-19. Indirizzi procedurali per la gestione del paziente con ARDS". In merito all'utilizzo dei corticosteroidi sistemici, vi sono al momento pareri contrastanti dovuti ad evidenza che i corticosteroidi possano rallentare la clearance virale (controindicazione quindi alla somministrazione in pazienti con infezione da Sars-Cov2) (1,2). In corso di valutazione l'utilizzo di steroidi precocemente nel paziente non intubato. L'eventuale ricorso al supporto volemico o ad una terapia antibiotica empirica (per una infezione batterica concomitante) non può essere generalizzato ma e´ da considerarsi separatamente caso per caso.

Terapia farmacologica

Attualmente non vi sono farmaci specificatamente registrati per l'infezione confermata da SARS-Cov-2 anche se dall'inizio dell'epidemia numerosi pazienti hanno ricevuto, con indicazione *off-label* o per uso compassionevole, varie molecole antivirali e/o farmaci già utilizzati o in fase di sperimentazione per la cura di altre malattie. Inoltre numerosi studi clinici sono attualmente in corso per testare l'efficacia di diversi farmaci.

Pur ritenendo che ogni approccio terapeutico sperimentale dovrebbe svolgersi all'interno di studi clinici, in considerazione della possibile grave evoluzione dell'infezione da SARS-Cov-2 , l'avvio di una terapia farmacologica è indicato:

- In pazienti con diagnosi virologica confermata di SARS-Cov-2 con sintomi lievi, soprattutto se con comorbidità associate a un aumentata mortalità (ad esempio patologie cardiovascolari, diabete mellito, malattie respiratorie croniche) (3)
- In pazienti con diagnosi virologica confermata da SARS-Cov-2 con sintomi moderati o severi.

Farmaci approvati da AIFA per uso "off label" e rimborsati dal SSN (Determina AIFA n. 484 del 28 Aprile), nel trattamento dell'infezione da SARS-Cov-2, al di fuori delle sperimentazioni cliniche

Si precisa che i trattamenti sotto riportati saranno utilizzati in assenza di indicazione terapeutica specifica per il COVID-19, sulla base di evidenze scientifiche limitate e per i quali dovrà essere richiesto il modulo di consenso informato del paziente. Per tale motivo dovrà essere garantita la tracciabilità dei pazienti in qualsiasi *setting* assistenziale siano essi trattati

Clorochina/Idrossiclorochina (Plaquenil® cpr da 200mg)

L'idrossiclorochina è un analogo della clorochina chimicamente molto simile e che ne condivide il meccanismo d'azione. Attualmente è utilizzata in campo reumatologico anche per periodi molto prolungati; esiste quindi ampia esperienza clinica (superiore rispetto alla clorochina) riguardo alla sua tollerabilità.Idrossiclorochina (HCQ) e clorochina (CQ) (ed i loro metaboliti attivi) hanno dimostrato *in vitro* o in modelli animali di possedere un effetto antivirale attraverso l'alterazione (aumento) del pH endosomiale che è determinante per la fusione virus-cellula. Tali farmaci inoltre interferiscono sulla glicosilazione dei recettori cellulari di SARS-COV-2. Dati *in vitro* riportano che la CQ è in grado di bloccare la replicazione virale di SARS-COV-2 a dosi utilizzate nella pratica clinica. Oltre all'azione antivirale, entrambi i farmaci hanno un'attività immunomodulante che potrebbe sinergisticamente potenziare l'effetto antivirale *in vivo*. CQ e HCQ si distribuiscono in tutto il corpo incluso il polmone dove sembrano concentrarsi. La scelta di HCQ deriva da una maggiore efficacia *in vitro*; secondo uno studio recente, l'HCQ potrebbe essere attiva contro SARS-COV-2 a concentrazioni minori rispetto alla CQ. Studi clinici hanno dimostrato l'attività in vitro e nel modello animale della clorochina fosfato con attività antivirale ed immunomodulante nei confronti del virus della SARS (4). Un panel di esperti in Cina, basandosi su dati osservazionali clinici ed in vitro, nel mese di febbraio 2020 ha suggerito l'impiego della clorochina fosfato nel trattamento della infezione da Sars-Cov2 (5) che si è associato al miglioramento del tasso di successo clinico e alla riduzione dell'ospedalizzazione. Un recente studio clinico francese che su un numero molto limitato di pazienti ha mostrato come l'associazione della idrossiclorochina con l'azitromicina si accompagni ad un miglior esito clinico e ad una più rapida eliminazione del virus (6); risultati opposti sono segnalati da un ulteriore studio, sempre francese (20). I risultati preliminari su più di 100 pazienti trattati in Cina sembrano dimostrare la superiorità della clorochina rispetto al controllo nel migliorare il decorso della malattia in pazienti con polmonite associata ad infezione da Covid-19; una consensus recentemente pubblicata in Cina ne caldeggia l'uso clinico e l'inserimento nelle LG. Uno studio osservazionale retrospettivo su una popolazione con patologia reumatologica sembra dimostrare che, nel lungo termine, l'HCQ è più tollerabile della clorochina (40% in meno di probabilità di sospensione per eventi avversi rispetto alla clorochina). L'uso terapeutico dell'idrossiclorochina può essere considerato sia nei pazienti COVID-19 di minore gravità gestiti a domicilio sia nei pazienti ospedalizzati. Prestare particolare cautela nei pazienti con patologie cardiovascolari, (sindrome del QT lungo, aritmie maggiori, insufficienza epatica o renale, disturbi elettrolitici) e alle associazioni farmacologiche con digossina (aumenta le concentrazioni plasmatiche), ipoglicemizzanti (diminuisce la glicemia), farmaci che prolungano il QT (in particolare antiaritmici, antidepressivi triciclici, antipsicotici, antiepilettici, ciclosporina). Inoltre indagare per anamnesi di favismo (deficit di G6PD) porfiria, psoriasi. **Allo stato attuale delle conoscenze, non è consigliabile l'associazione di idrossiclorochina con lopinavir/ritonavir né l'eventuale aggiunta di azitromicina.**

Ciò è sostenuto dai dati di sicurezza attualmente disponibili che richiamano ulteriormente alla cautela in caso la si associ a farmaci che potrebbero potenziarne la tossicità, in assenza di chiare evidenze di un miglioramento dell'efficacia a seguito della combinazione (Comunicazione EMA su clorochina e

idrossiclorochina , 23 Aprile 2020).

Dosaggio consigliato

1° giorno somministrare idrossiclorochina 400 mg x 2/die e dal 2° giorno 200 mg x 2 /die

Il dosaggio raccomandato della clorochina è di 500 mg x 2 die , idealmente la durata del trattamento dovrà essere di almeno 5-7 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinica.

Al momento <u>l'uso profilattico</u> è basato esclusivamente su osservazioni *in vitro*, per cui non esistono indicazioni neppure in merito alle dosi da utilizzare. L'uso profilattico deve essere quindi considerato esclusivamente nell'ambito di studi clinici.

L'utilizzo in gravidanza è controindicato.

Lopinavir/ritonavir (LPV/r) (Kaletra® cp da 200/50 mg)

È un inibitore delle proteasi boosterato con ritonavir. L'associazione è stata a lungo adoperata nell'ambito della ART per il trattamento dell'HIV. Diversi inibitori delle proteasi attualmente utilizzati per la terapia dell'HIV (lopinavir - LPV - darunavir - DRV - atazanavir, - ATV-) possono inibire la replicazione virale inattivando le proteasi 3CLpro e PL2pro; la proteasi 3CLpro è un obiettivo molecolare essenziale anche per la replicazione dei coronavirus. In modelli animali l'inibizione della proteasi 3CLpro si associa ad un miglioramento della infezione da coronavirus. Infine, precedenti esperienze con l'infezione da SARS-CoV-1 e MERS, suggeriscono che Lopinavir può migliorare alcuni parametri clinici dei pazienti. Questi farmaci presentano numerose interazioni farmacologiche.

È disponibile qualche dato di efficacia su piccole casistiche (associato o meno alla ribavirina) sul coronavirus responsabile della SARS o della MERS. Rispetto alla patologia da COVID-19:

- Esistono evidenze aneddotiche e case report pubblicati su singoli pazienti.
- Una revisione della letteratura pubblicata nel 2020 (solo in lingua cinese) e riportata nella LG appena pubblicata in Cina sembra concludere per un'efficacia del lopinavi/ritonavir nel trattamento delle infezioni da coronavirus nel ridurre mortalità e consumo di glucocorticoidi se somministrato precocemente. .
- Un RCT in aperto (marzo 2020) che ha confrontato lopinavir/ritonavir aggiunto alla *usual care* vs la sola usual care in pazienti (N = 199) ricoverati con polmonite da COVID-19, una $SaO2 \leq 94\%$, una $PaO2/FiO2 \leq 300$ mg Hg ed un punteggio mediano MEWS2 di 5. Lo studio conclude per assenza di beneficio clinico (21).

L'uso terapeutico del lopinavir/ritonavir può essere considerato, limitandolo ai pazienti COVID-19 di minore gravità, gestiti sia a domicilio sia in ospedale in particolare nelle fasi iniziali della malattia considerando in particolare ***le associazioni farmacologiche*** (consultare il sito***:*** https://www.covid19-druginteractions.org/)**,** in particolare l'associazione a farmaci metabolizzati attraverso il citocromo P450 (Lopinavir e ritonavir sono entrambi inibitori di CYP3A) o a farmaci che prolungano il QT. **Allo stato attuale delle conoscenze, non è consigliabile l'associazione di lopinavir/ritonavir con idrossiclorochina né l'eventuale aggiunta di azitromicina.**

Dosaggio consigliato

200/50 mg cp 2 cp x 2/die assunto col cibo (se necessario utilizzare la soluzione orale: 5 ml x 2 per os). Idealmente la durata del trattamento dovrà essere di almeno 5-7 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinica. **Il farmaco è normalmente soggetto a prescrizione limitativa da parte dello specialista infettivologo**. I più comuni eventi avversi associati alla terapia con lopinavir/ritonavir nella fase iniziale della somministrazione sono diarrea e nausea (molto comuni: $\geq 1/10$), e vomito (comune: $\geq 1/100$). L'utilizzo di lopinavir/ritonavir compresse non è controindicato in gravidanza. **lopinavir/ritonavir soluzione orale è controindicato nelle donne in gravidanza e nei bambini di**

età inferiore ai 14 giorni, a causa del possibile rischio di tossicità dell'eccipiente glicole propilenico.

Darunavir/cobicistat (DRV/c) (Rezolsta® cp da 800 /150 mg)
È un inibitore delle proteasi boosterato con cobicistat (inibitore del citocromo P450 isoenzima 3A4). Modelli animali suggeriscono che l'inibizione della proteasi 3CLpro in animali in condizioni critiche si associa ad un miglioramento.È in corso un piccolo studio su darunavir/cobicistat in Cina. Al momento non vi sono evidenze di efficacia clinica. Il suo vantaggio clinico attualmente individuato è la sua maggiore tollerabilità intestinale rispetto a lopinavi/ritonavir. **L'uso terapeutico di darunavir/cobicistat può essere considerato, in alternativa al lopinavir/ritonavir (nello stesso setting di pazienti) quando quest'ultimo non è tollerato per diarrea.**
Allo stato attuale delle conoscenze, non è consigliabile l'associazione di darunavr/cobicistat con idrossiclorochina né l'eventuale aggiunta di azitromicina .
Dosaggio consigliato
Darunavir/cobicistat 800/150 mg cp 1 cp/die assunto col cibo Idealmente la durata del trattamento dovrà essere di almeno 5-7 giorni, da stabilire secondo evoluzione clinica. I**l farmaco è normalmente soggetto a prescrizione limitativa da parte dello specialista infettivologo**. Poiché cobicistat riduce la clearance stimata della creatinina, Rezolsta non deve essere utilizzato in presenza di una clearance della creatinina < 70 mL/min in pazienti per i quali tale parametro è usata per guidare aspetti della loro gestione clinica. L'utilizzo di darunavir/cobicistat è controindicato in gravidanza in quanto nel 2° e 3° trimestre si sono osservati livelli di darunavir ridotti che causano bassa esposizione al farmaco.

Eparine a basso peso molecolare (EBPM)
Sono utilizzate nella profilassi del tromboembolismo venoso post chirurgico e del tromboembolismo venoso in pazienti non chirurgici affetti da una patologia acuta (come ad esempio insufficienza cardiaca acuta, insufficienza respiratoria, infezioni gravi o malattie reumatiche) e mobilità ridotta ad aumentato rischio di tromboembolismo venoso. Solo enoxaparina ha l'indicazione nella profilassi del tromboembolismo venoso dei pazienti non chirurgici; la dose raccomandata in RCP è di 40 mg (4.000 U) al giorno sc per almeno 6-14 giorni. L'enoxaparina è indicata per tale uso clinico alla dose di 40mg/die (4.000UI). L'uso delle EBPM nei casi gravi di CoViD-19 si basa su evidenze molto preliminari, essa può essere considerata solo dopo un'attenta valutazione caso per caso. **È importante inoltre considerare che uno studio retrospettivo indica che nei pazienti COVID la somministrazione di eparina non apporta benefici, ma potrebbe anche indurre un peggioramento. L'effetto negativo è particolarmente evidente nei pazienti che mostrano livelli di D-dimero nei limiti della norma.** Nelle fasi più avanzate della malattia il dosaggio di enoxaparina utilizzato in Cina è stato di 40-60 mg al giorno, ma considerata la maggior sensibilità riscontrata nella popolazione asiatica, nei pazienti Europei la dose potrebbe avvicinarsi a quelle utilizzate a scopo terapeutico (80-100 mg al giorno corrispondenti a 8.000-10.000 UI/die), ma questa assunzione non è stata verificata in studi clinici. Tra gli eventi avversi comuni a tutte le EBPM: emorragia, trombocitopenia, trombocitosi, reazione allergica, cefalea, aumento degli enzimi epatici, orticaria, prurito, eritema, ematomi, dolore o altre reazioni nel sito di iniezione. Non è raccomandato l'uso concomitante di altri farmaci anticoagulanti ed è raccomandata cautela nell'uso di farmaci antiaggreganti.

Farmaci utilizzati nell'ambito di Sperimentazioni Cliniche o in Programmi di Uso Compassionevole, autorizzati da AIFA

L'art. 17 del D.L. 17 marzo 2020 prevede che il sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco – AIFA (https://www.aifa.gov.it/sperimentazioni-cliniche-covid-19)) venga regolarmente aggiornato con

l'indicazione relativa **agli studi clinici (**sperimentali e osservazionali) e **ai programmi di uso compassionevole** relativi al trattamento farmacologico di pazienti Covid-19, approvati dal Comitato Tecnico Scientifico (CTS) di AIFA e dal Comitato Etico nazionale per la sperimentazione su Covid-19 dell'INMI Spallanzani. Per completezza si ricorda che quest'ultimo valuta anche gli studi sperimentali su Covid-19 con dispositivi medici.

Al contrario rimangono di competenza dei Comitati Etici locali (valutazione o notifica) tutte le altre tipologie di studi: osservazionali prospettici non-farmacologici, tutti i protocolli osservazionali retrospettivi (farmacologici e non) e gli usi nominali

Pertanto è importante che i Nuclei/Unità per la Ricerca Clinica monitorino giornalmente il sito e informino tempestivamente le Unità Operative (U.O.) potenzialmente interessate, così da favorire la massima partecipazione agli studi approvati da AIFA e dall'INMI Spallanzani. Inoltre, si precisa che:

1. per poter aderire agli studi di cui sopra, le U.O. interessate, eventualmente supportati dai Nuclei/Unità per la Ricerca Clinica, dovranno contattare direttamente il Proponente dello studio;
2. una volta accettata la richiesta di partecipazione da parte del Proponente, le U.O. concorderanno con i Nuclei/Unità per la Ricerca Clinica la trasmissione della documentazione semplificata relativa allo studio (ivi compresa la fattibilità locale e la convenzione) al CESC di riferimento che ne prenderà atto.

Infine, si ricorda che la "*Circolare sulle procedure semplificate per gli studi e gli usi compassionevoli per l'emergenza da COVID-19*" e la nota relativa alla "*Gestione degli studi clinici in Italia in corso di emergenza COVID-19 (coronavirus disease 19)*", pubblicate da AIFA rispettivamente il 06.04.20202 e il 07.04.2020, precisano le modalità di valutazione degli studi Covid-19 e che i protocolli relativi agli studi sperimentali con farmaci dovranno essere inseriti nell'Osservatorio Nazionale sulla Sperimentazione Clinica dei Medicinali (OsSC).
A tale proposito, si ribadisce che in Regione Veneto, ai sensi della DGRV 1066/2013, **debbono essere censite nel Registro regionale per le Sperimentazione Cliniche (CRMS) tutte le tipologie di studi/programmi di accesso allargato/usi nominali.** Per completezza si riportano le modalità di inserimento in CRMS per le diverse tipologie di studi:

1. studi sperimentali farmacologici valutati dall'INMI Spallanzani e inseriti nell'OsSC: le modalità di inserimento nel CRMS regionale rimangono quelle utilizzate per qualsiasi studio registrato sulla piattaforma nazionale;
2. studi Covid-19 osservazionali farmacologici prospettici, di cui l'INMI Spallanzani ha preso atto: il Nucleo/Unità per la Ricerca Clinica, in collaborazione con la Segreteria tecnico-scientifica del CESC di riferimento, che per primo avrà visionato un determinato protocollo, lo inserirà nel CRMS, attribuendogli un identificativo. Gli altri Nuclei / Unità per la Ricerca Clinica inseriranno i propri dati, agganciandosi al protocollo/identificativo già inserito.

Quanto riportato al punto 2 è da ritenersi valido anche per gli studi sperimentali non-farmacologici valutati dal Comitato Etico dell'INMI Spallanzani, gli studi osservazionali prospettici non-farmacologici, tutti i protocolli osservazionali retrospettivi (farmacologici e non) e gli usi nominali, di cui prendono atto o sono sottoposti a valutazione da parte dei CESC della Regione Veneto.

Si riportano di seguito i farmaci autorizzati da AIFA nell'ambito di Sperimentazioni Cliniche (aggiornamento al 28.04.2020)

Farmaci utilizzati nell'ambito di Studi clinici

Remdesivir (GS-5734)

Il remdesivir e´ un analogo nucleotidico attivo, in vitro and in vivo, su SARS-CoV e MERS-CoV (11). Il farmaco, in studi preclinici, ha mostrato un'attività sia profilattica che terapeutica nei confronti di Mers-Cov (11-14). Due studi clinici di fase III, randomizzati, multicentrici (inclusi centri italiani), per la valutazione della sicurezza e dell'efficacia di remdesivir nei pazienti con SARS-Cov-2 sono stati avviati nel marzo 2020. A livello globale circa 1.000 individui infetti saranno arruolati negli studi. Uno studio, includerà circa 400 pazienti con infezione grave da SARS-Cov-2 ed un secondo circa 600 pazienti con infezione moderata. In entrambi gli studi la terapia e´ pianificata per cinque o dieci giorni. Gli studi saranno un'estensione di studi clinici su remdesivir condotti in più siti nella provincia di Hubei in Cina. Il National Institute of Allergy and Infectious Diseases (NIAID), USA, ha avviato nel febbraio 2020 uno studio clinico randomizzato e controllato su pazienti adulti ospedalizzati con SARS-Cov-2 per determinare la sicurezza e l'efficacia di remdesivir presso il University of Nebraska Medical Center (UNMC) di Omaha, Stati Uniti.
In Italia al momento due studi sono stati approvati da AIFA e successivamente emendati:il GS-US-540-5773 per pazienti con malattia severa e e il GS-US-540-5774 per pazienti con malattia moderata, entrambi con durata di terapia di 10 gg

Favipiravir

Il favipiravir è un agente antivirale che agisce mediante inibizione dell'RNA polimerasi virale. Il farmaco è stato autorizzato in Giappone per il trattamento del virus dell'influenza nel Marzo 2014, nel 2016 in Guinea per combattere il virus Ebola e recentemente sia in Giappone che in Cina è stato testato con successo su pazienti affetti da COVID-19 (15). Il medicinale non è autorizzato né in Europa, né negli Usa.
AIFA ha approvato uno studio per la somministrazione di Favipiravir per valutare l'impatto del farmaco nelle fasi iniziali della malattia nel paziente a domicilio (Fase 3, multicentrico randomizzato, studio ARCO-HOME).

Tocilizumab

Tocilizumab è un farmaco che blocca il recettore della IL-6 e nella sua formulazione endovenosa è attualmente approvato per il trattamento di diverse patologie, tra cui l'artrite reumatoide. Dato il quadro clinico e citochinico nei pazienti con infezione da COVID-19 grave, tocilizumab potrebbe avere un razionale per bloccare la sindrome infiammatoria sistemica indotta da virus, sopratutto nei pazienti con elevati livelli di IL-6. Il farmaco è già stato utilizzato nel contesto dell'infezione da COVID in Cina con un riscontrato beneficio terapeutico (16-18). In Cina è ora in corso uno studio clinico multicentrico randomizzato controllato (ChiCTR 2000029765, registrato il 13 febbraio 2020) su efficacia e sicurezza del trattamento con tocilizumab associato a terapia standard versus sola terapia standard su un target di 94 + 94 soggetti per la polmonite da COVID-19 con inclusione dei fattori di rischio di gravità, età compresa tra i 18 e gli 85 anni ed elevati livelli di IL-6 (15).
AIFA ha approvato tre studi sull'utilizzo di tocilizumab per via endovenosa (un Fase 3; un osservazionale, multicentrico su efficacia e sicurezza; un randomizzato verso standard of care) ed uno per via sottocutanea (multicentrico con disegno adattativo di fase 3 randomizzato verso altri trattamenti e terapia standard).

Sarilumab

E‘ un anticorpo monoclonale completamente umano che inibisce (come il tocilizumab) l’interleuchina-6 (Il-6) e potrebbe quindi essere in grado di modulare la risposta infiammatoria iperattiva a livello polmonare dei pazienti colpiti dal coronavirus. Sarilumab è attualmente indicato nelle forme moderate e severe di artrite reumatoide che non rispondono a trattamenti convenzionali.
AIFA ha approvato due studi che includono sarilumab (uno studio adattativo di Fase 2/3, randomizzato, in doppio cieco, controllato verso placebo, per valutare efficacia e sicurezza; uno studio adattivo di fase 3 randomizzato verso anti IL-6, anti JAK e terapia standard)

Anakinra ed Emapalumab

Anakinra è un antagonista del recettore per l’IL-1 prodotto in cellule di *E. coli* mediante la tecnologia del DNA ricombinante. Attualmente è utilizzata in campo reumatologico. Emapalumab è un anticorpo monoclonale interamente umano anti-interferone gamma (anti-IFNγ) che lega e neutralizza l'IFNγ, commercializzato negli Stati Uniti con il nome Gamifant(R) per il trattamento della linfoistiocitosi (HLH) primaria refrattaria, ricorrente, progressiva.
AIFA ha approvato uno studio clinico di Fase 2/3, randomizzato, in aperto, a 3 gruppi paralleli, multicentrico per valutare l’efficacia e la sicurezza di somministrazioni endovenose di emapalumabe di anakinra a confronto con terapia standard.

Baricitinib

Baricitinib è un inibitore selettivo di JAK1-2 con moderata attività su Tyk2 e scarsa su JAK3 e potrebbe avere un profilo di azione piu’ selettivo rispetto ad altri anti JAK nei pazienti affetti da COVID-19.
AIFA ha approvato due studi che includono Baricitinib (uno studio Fase I2a per valutare efficacia e sicurezza di Baricitinib in aggiunta a terapia standard ed uno studio adattivo di fase 3 randomizzato verso anti IL-6, anti JAK e standard of care)

Interferone beta

Gli interferoni di tipo 1 sono tra le prime citochine prodotte durante un'infezione virale. Sono riconosciuti dal recettore IFNAR presente sulla membrana plasmatica nella maggior parte dei tipi di cellule. La fissazione dell'interferone su IFNAR induce la fosforilazione di fattori trascrizionali come STAT1 e la loro rilocalizzazione nel nucleo, dove attivano i geni stimolati dall'interferone (ISG). Studi in vivo hanno mostrato che IFNβ1b era efficace in associazione con Lopinavir/Ritonavir against MERS-CoV-2 e l’associazione è in corso di valutazione in un trial clinico Arabia Saudita.
AIFA ha approvato lo studio Solidarity a livello mondiale promosso da OMS, randomizzato a 5 bracci che include l’associazione Lopinavir/Ritonavir piu’ Interferone beta-1b verso Remdesivir, Lopinavir / Ritonavir o Idrossiclorochina.

Colchicina

La colchicina è registrata in Italia per il trattamento della gotta, della febbre mediterranea familiare, della pericardite acuta e della pericardite post-infartuale di Dressler. La colchicina esercita il suo potente effetto antinfiammatorio attraverso il blocco del complesso NLRP3/inflammasoma, il punto di innesco dell’infiammazione, attraverso l’inibizione del TNF-alfa e l’ inibizione della secrezione della metallo proteinasi-9; tutti meccanismi cruciali nel ridurre lo “storn” citochinico indotto anche da COVID-19. AIFA ha approvato uno studio di Fase II, in aperto, randomizzato, multicentrico che valuta l’efficacia e la sicurezza di colchicina nel confronti dello standard di cura.

Farmaci utilizzati in Programmi di Uso Compassionevole

Remdesevir: utilizzato anche all'interno di trial clinici (vedi sezione precedente)

Canakinumab Anticorpo monoclonale umano prodotto in cellule di mieloma murino Sp2/0 mediante tecnologia del DNA ricombinante. In Italia **è indicato per il trattamento della febbre periodica autoinfiammatoria, del Morbo di Still e della gotta.**

Ruxolitinib
E' un inibitore della via di trasmissione del segnale mediata da Jak, con effetti antinfiammatori legati all'inibizione del rilascio di citochine. Attualmente utilizzato in ambito ematologico ed è indicato per il trattamento della splenomegalia o dei sintomi correlati alla malattia in pazienti adulti con mielofibrosi primaria (nota anche come mielofibrosi idiopatica cronica), e della mielofibrosi post policitemia vera o mielofibrosi post trombocitemia essenziale.
È inoltre approvato per il trattamento di pazienti adulti con policitemia vera che sono resistenti o intolleranti a idrossiurea. Potrebbe essere in grado di mitigare gli effetti di una severa reazione infiammatoria (sindrome da rilascio di citochine) che può verificarsi in corso di COVID-19.

Trattamento a domicilio e nelle Residenze Sanitarie Assistenziali

Con Determina n. 484 del 28 Aprile, AIFA ha autorizzato per tutta la durata dello stato di emergenza sul territorio nazionale e fino a nuova determina, la rimborsabilità a carico del SSN anche in regime domiciliare dei medicinali Clorochina, Idrossiclorochina, Lopinavir/Ritonavir, Darunavir/cobicistat, Darunavir, Ritonavir per il trattamento dei pazienti affetti da infezione da SARS-CoV2 (COVID-19). L'uso di Lopinavir/Ritonavir, Darunavir/cobicistat, Darunavir/ Ritonavir richiede la prescrizione dello Specialista Infettivologo.
A tale proposito si precisa che:
- l'utilizzo off-label di tali farmaci è consentito nel rispetto delle schede pubblicate e progressivamente aggiornate sul sito dell'Agenzia alla pagina https://www.aifa.gov.it/emergenza-covid-19
- viene confermato l'obbligo per la struttura prescrittrice di trasmettere all'AIFA, i dati relativi ai pazienti trattati, nell'attesa di ricevere specifiche in merito alle informazioni che dovranno essere trasmesse. Nella Regione Veneto i dati verranno trasmessi ad AIFA per il tramite della Regione stessa. Si richiama pertanto alla necessità di tracciare tutte le prescrizioni e le dispensazioni.
Pertanto, i trattamenti possono essere iniziati anche a domicilio (19) secondo le indicazioni riportate nell'**Allegato** al presente documento e, qualora le terapie fossero iniziate in ospedale, su prescrizione dello specialista infettivologo o pneumologo, potranno essere proseguite a domicilio o in RSA.
Poiché, come già ricordato, è necessario garantire la tracciabilità dei pazienti trattati con i farmaci sopraripportati le Unità speciali di continuità assistenziale USCA), istituite ai sensi dell'art 8, D.L. 9 marzo 2020 n. 14, dovranno attivare un Registro dei pazienti trattati, in accordo con la farmacia ospedaliera

Tipologia di paziente	Caratteristiche cliniche	Diagnostica	Monitoraggio	Trattamento di supporto	Trattamento antivirale	Dimissione
Paziente positivo per COVID-19	**Asintomatico**	Valutazione clinica	Misurazione giornaliera della febbre (ore 8.00–18.00) Rilevamento di eventuali altri segni/sintomi	- Terapia sintomatica al bisogno - Abbondante idratazione per via orale	----------	----------
Paziente positivo per COVID-19 **MEWS <2 *****	**Paucisintomatico senza comorbosità**	Valutazione clinica	Misurazione giornaliera della febbre (ore 8.00–18.00) Rilevamento di eventuali altri segni/sintomi (vedi Allegato)	- Terapia sintomatica al bisogno - Abbondante idratazione per via orale	Idrossiclorochina*^^ alla dose carico di 400 mg ogni 12h il primo giorno, poi 200 mg ogni 12h per 5-7giorni°° o clorochina*^^ 500 mg ogni 12h per 5-7 giorni	
Paziente con sintomi respiratori moderati **MEWS <3 *****	Febbre >38°C, astenia E/O Tosse + Segni obiettivi e/o radiologici di polmonite	- Tampone per virus respiratori - Ricerca ag. Legionella, e ag. pneumococco su urine - Test HIV - EGA - Emocolture se febbre > 38°C	- Pressione arteriosa - Frequenza respiratoria - Frequenza cardiaca - Saturazione periferica O2 - Temperatura - EGA seriati se deterioramento della funzionalità respiratoria (specialmente tra 5° e 7° giornata)	- Terapia sintomatica al bisogno - Reidratazione preferibilmente per via orale - Terapia antibiotica ad ampio spettro nel sospetto di sovrainfezione o concomitante batterica - O2 terapia al bisogno (usare maschera e non occhialini)	- Lopinavir-ritonavir* (200/50 mg) 2cp ogni 12h per 5-7giorni o - Lopinavir-ritonavir* sciroppo 5 ml (400/100mg) ogni 12h + /- Clorochina*^^ 500 mg ogni 12 h per 5-7 giorni o Idrossiclorochina*^^ 200 mg ogni 12h per 5-7giorni	Guarigione clinica Se ospedalizzazione > 7 giorni: ripetere il tampone: - se negativo ripetere un secondo a 24 ore e se negativo dimissione senza limitazione; - se positivo, isolamento domiciliare e ripetere il tampone dopo 7 giorni fino a 2 tamponi negativi per SARS-Cov2 ripetuti a 24h di distanza
Paziente con sintomatologia respiratoria severa ma NON critico	Come per il caso precedente +	- Tampone per virus respiratori - Ricerca ag. Legionella, e ag. pneumococco su	- Pressione arteriosa - Frequenza respiratoria - Frequenza cardiaca - Saturazione periferica	- O2 terapia - Terapia antibiotica ad ampio spettro nel	- Remdesivir **200 mg ev come dose d'attacco, dopo 24h proseguire 100 mg/die per 10giorni	Guarigione clinica Se ospedalizzazione > 7 giorni: ripetere il

MESW 3-4* **	Peggioramento scambi gassosi (dispnea lieve/moderata, tachipnea, peggioramento di SpO2 o dei parametri EGA in aria ambiente) <u>in assenza di</u> ARDS, distress resporatio, ipotensione/shock, alterazione dello stato di coscienza)	urine - Test HIV - EGA all'ingresso - Emocolture se febbre > 38°C	O2 - Temperatura - EGA seriato secondo evoluzione clinica -Valutazione intensivista	sospetto di sovrainfezione o concomitante infezione batterica - Valutazione intensivistica per eventuale terapia steroidea se incipiente deterioramento della funzionalità respiratoria°	- Se Remdesivir non disponibile: Lopinavir-ritonavir* (200/50 mg) 2cp ogni 12h per 5-7 giorni +/- Clorochina* 500 mg ogni 12h per 10 giorni o idrossiclorochina* 200 mg ogni 12h (durata del trattamento 5-7giorni) **Da valutare caso per caso:** + **Tocilizumab**[§] 8mg/kg (max 800mg) ev da diluire in 100 ml di SF in 60-90 min. Se risposta clinica assente/insufficiente, seconda somministrazione a distanza di 12h dalla prima **Non somministrabile se:** - Transaminasi > 5 volte norma; - PMN < 500/mmc; - PLT < 50.000/mmc; - Documentata infezioni severa causata da altri patogeni; - Diverticolite complicata o perforazione intestinale; - Terapia immunosoppressiva anti-rigetto. NB: NON associare LOP/r e Remdesivir per interazione	tampone: - se negativo ripetere un secondo a 24 ore e se negativo dimissione senza limitazione; - se positivo, isolamento domiciliare e ripetere il tampone dopo 7 giorni fino a 2 tamponi negativi per SARS-Cov2 ripetuti a 24h di distanza

					farmacocinetica	
Paziente critico **MESW >4*****	Alterazione stato di coscienza, ARDS-distress respiratorio, ipotensione/shock cardio-circolatorio, MOF	- Tampone per virus respiratori - Ricerca ag. Legionella, e ag. pneumococco su urine - Test HIV - EGA all'ingresso - Emocolture se febbre > 38°C Eventuali ulteriori indagini microbiologiche in base a quadro clinico	Gestione del quadro di ARDS secondo definizione di Berlino	Precoce ventilazione meccanica protettiva Terapia antibiotica ad ampio spettro - Valutazione intensivistica per eventuale terapia steroidea se incipiente deterioramento della funzionalità respiratoria°	- Remdesivir **200 mg ev come dose d'attacco, dopo 24h proseguire 100 mg/die per 10 gg **<u>ALTERNATIVA</u>** **Da valutare caso per caso Lopinavir-ritonavir+ Idrossiclorochina+** se intubazione < 24 ore **Tocilizumab**[§] NB: NON associare LOP/r e Remdesivir per interazione farmacocinetica	Guarigione clinica Se ospedalizzazione > 7 giorni: ripetere il tampone: - se negativo ripetere un secondo a 24 ore e se negativo dimissione senza limitazione; - se positivo, isolamento domiciliare e ripetere il tampone dopo 7 giorni fino a 2 tamponi negativi per SARS-Cov2 ripetuti a 24h di distanza

*Utilizzo off-label; ** Procedura richiesta Remdesivir per uso compassionevole o in un trial clinico- il dosaggio potrebbe essere differente all'interno degli uno studi clinici approvati; *** MEWS score; ° Pazienti con ARDS non intubati: valutare indicazione per terapia steroidea caso per caso; nel paziente intubato la componente a competenza intensivista del Comitato Scientifico Regionale COVID-19 non supporta l'utilizzo di terapia steroidea;^^Necessaria l'anamnesi per escludere deficit della glucosio-6-fosfato deidrogenasi; [§]Solo nei trial clinici approvati da AIFA; la possibilità di associare o meno antivirali va valutata a seconda delle indicazioni dello studio clinico (**https://www.aifa.gov.it/en/sperimentazioni-cliniche-covid-19**); °° idrossiclorochina/clorochina per uso domiciliare verrà distribuita dalle farmacie ospedaliere all'USCA (Unità Speciale di Continuità Assistenziale).

*** Modified Early Warning score - MEWS score[§]

DATI FISIOLOGICI (indicare un solo valore per ogni fattore)

Punteggio	**3**	**2**	**1**	**0**	**1**	**2**	**3**
Frequenza respiratoria (atti/minuto)		< 9		9-14	15-20	21-29	≥ 30
Frequenza cardiaca (battiti/minuto)		≤ 40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥ 130
Pressione sistolica (mmHg)	< 70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Temperatura corporea (°C)		≤ 35 °C		35.1-38.4		≥ 38.4°C	
Sintomi neurologici				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde (GCS < 9)

PUNTEGGIO TOTALE |__|__| Legenda MEWS: 0-2 paziente stabile, 3-4 instabile, 5critico

Saturazione O_2 ____ in Aria ambiente |__| in O_2 terapia |__| _____ Lt/min Rapporto PaO_2/FiO_2 _____

§ Subbe CP, Kruger M, Rutherford P, Gemmel L. Validation of a modified Early Warning Score in medical admissions. QJM. 2001 Oct;94(10):521-6. doi: 10.1093/qjmed/94.10.521.

Glasgow coma scale

AREA VALUTATA	RISPOSTA	PUNTI
APERTURA DEGLI OCCHI	Aperti spontaneamente	4
	Aperti a comando verbale	3
	Apertura in risposta all'applicazione di stimoli dolorosi sugli arti o sullo sterno	2
	Assente	1
VERBALE	Orientato	5
	Disorientato, ma capace di rispondere alle domande	4
	Risposte inadeguate alle domande; parole distinguibili	3
	Linguaggio incomprensibile	2
	Assente	1
MOTORIO	Obbedisce ai comandi	6
	Risponde al dolore con movimenti finalizzati	5
	Retrazione da stimoli dolorosi	4
	Risponde al dolore con anomala flessione (postura decorticata)	3
	Risponde al dolore con anomala (rigida) estensione (postura decerebrata)	2
	Assente	1

Adattato da Teasdale G, Jennett B: Assessment of coma and impaired consciousness. A practical scale. Lancet 2:81–84; 1974

Definizione di Berlino della sindrome da distress respiratorio acuto

Categoria della sindrome da distress respiratorio acuto	Ossigenazione
Livello di gravità	
Lieve	200 mmHg < PaO_2/FIO_2 ≤ 300 mmHg* con pressione positiva di fine espirazione o pressione continua positiva delle vie aeree ≥ 5 cm H_2O
Moderato	100 mmHg < PaO_2/FIO_2 ≤ 200 mmHg con pressione positiva di fine espirazione ≥ 5 cm H_2O
Grave	PaO_2/FIO_2 ≤ 100 mmHg con pressione positiva di fine espirazione ≥ 5 cm H_2O
Criteri clinici	
Timing	Inizio entro 1 settimana dalla lesione iniziale o dei nuovi sintomi respiratori o di un peggioramento
Imaging (RX o TC del torace)	Opacità bilaterali non completamente spiegati da versamenti, collasso lobare o polmonare o noduli

*PaO_2 in mmHg; FIO_2 in frazione decimale (p. es., 0,5); FIO_2= frazione inspiratoria di O_2; PaO_2 = pressione parziale arteriosa O_2; PEEP = pressione positiva di fine espirazione; adattato da ARDS Definition Task Force, Ranieri VM, Rubenfeld GD, et al: Acute respiratory distress syndrome: The Berlin definition. *Journal of the American Medical Association* 307:2526–2533, 2012. doi: 10.1001/jama.2012.5669

Bibliografia

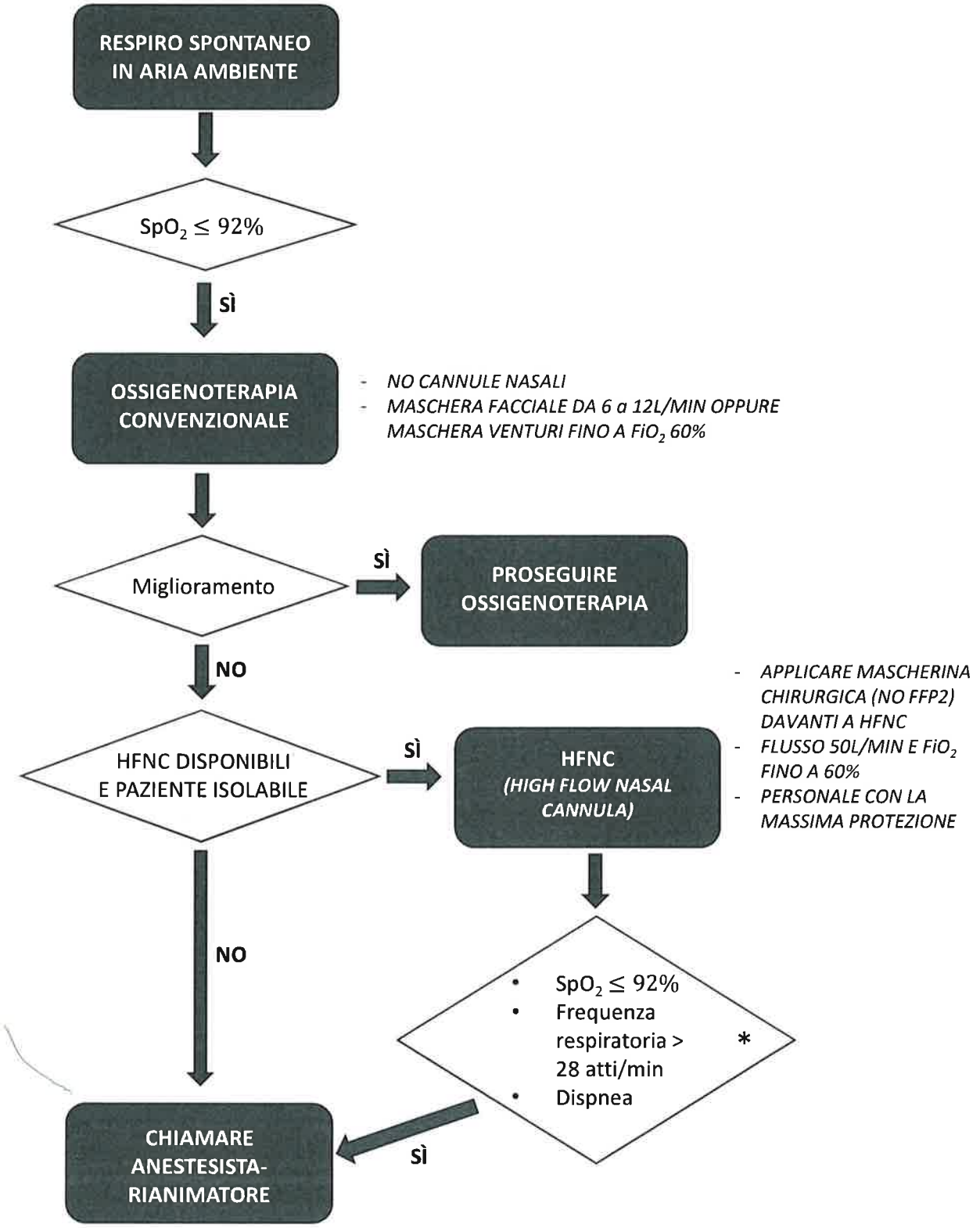
1) World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when Novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. 28 January 2020. WHO/nCoV/Clinical/2020.3).
2) Villar J, Ferrando C, Martínez D, Ambrós A, Muñoz T, Soler JA, et al.; Dexamethasone treatment for the acute respiratory distress syndrome: a multicentre, randomised controlled trial. Lancet Respir Med. 2020 Feb 7.
3) Huang C, Wang Y, Li X, Ren L, Zhao J, Hu Y, et al; Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China. Lancet. 2020 Feb 15;395(10223):497-506
4) Multicenter collaboration group of Department of Science and Technology of Guangdong Province and Health Commission of Guangdong Province for chloroquine in the treatment of novel coronavirus pneumonia. Expert consensus on chloroquine phosphate for the treatment of novel coronavirus pneumonia. Zhonghua Jie He He Hu Xi Za Zhi. 2020 Feb 20;43(0):E019
5) Savarino A., Di Trani L., Donatelli I., Cauda R. Cassone A. New insights into the antiviral effects of chloroquine. Lancet Infect. Dis. 2006; 6: 67–69. 10.
6) Gautret et al. Hydroxychloroquine and azithromycin as a treatment of COVID-19: results of an open-label non-randomized clinical trial. International Journal of Antimicrobial Agents – In Press 17 March 2020.
7) Yao X, Ye F, Zhang M, et al. In Vitro Antiviral Activity and Projection of Optimized Dosing Design of Hydroxychloroquine for the Treatment of Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 (SARS-CoV-2) [published online ahead of print, 2020 Mar 9]. Clin Infect Dis. 2020;ciaa237. doi:10.1093/cid/ciaa237
8) Cao B, Wang Y, Wen D, et al. A Trial of Lopinavir-Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19 [published online ahead of print, 2020 Mar 18]. N Engl J Med. 2020;10.1056/NEJMoa2001282. doi:10.1056/NEJMoa2001282
9) Han W, Quan B, Guo Y, Zhang J, Lu Y, Feng G, et al.. The course of clinical diagnosis and treatment of a case infected with coronavirus disease 2019. J Med Virol. 2020 Feb 19. 15.
10) Lim J, Jeon S, Shin HY, Kim MJ, Seong YM, Lee WJ, et al.. Case of the Index Patient Who Caused Tertiary Transmission of COVID-19 Infection in Korea: the Application of Lopinavir/Ritonavir for the Treatment of COVID-19 Infected Pneumonia Monitored by Quantitative RT-PCR. J Korean Med Sci. 2020 Feb 17;35(6):e79
11) Agostini ML, Andres EL, Sims AC, Graham RL, Sheahan TP, Lu X, Smith EC, et al. Coronavirus susceptibility to the antiviral remdesivir (GS-5734) is mediated by the viral polymerase and the proofreading exoribonuclease. mBio 2018;9:e00221-18
12) Sheahan TP, Sims AC, Leist SR, Schäfer A, Won J, Brown AJ, et al. Comparative therapeutic efficacy of remdesivir and combination lopinavir, ritonavir, and interferon beta against MERS-CoV. Nat Commun 2020;11:222. 19.
13) de Wit E, Feldmann F, Cronin J, Jordan R, Okumura A, Thomas T, et al. Prophylactic and therapeutic remdesivir (GS-5734) treatment in the rhesus macaque model of MERS-CoV infection. Proc Natl Acad Sci U S A. 2020 Feb 13. pii: 201922083.
14) Wang M, Cao R, Zhang L, Yang X, Liu J, Xu M, et al. Remdesivir and chloroquine effectively inhibit the recently emerged novel coronavirus (2019-nCoV) in vitro. Cell Res. 2020 Feb 4.
15) C. Chen, et al. Favipiravir versus Arbidol for COVID-19: A Randomized Clinical Trial. doi: https://doi.org/10.1101/2020.03.17.20037432 (article not peer reviewed)
16) Xu X, et al Effective Treatment of Severe COVID-19 patients with tocilizumab, 6 marzo 2020, china.Xiv:202003.00026v1
17) Zumla A et al. Reducing mortality from 2019-nCoV: host-directed therapies should be an option. Lancet. 2020 Feb 22;395(10224):e35-e36.
18) The 3/4/2020 Chinese Health and Public Health Ministry Guideline on Novel Coronavirus Disease (COVID-19) Diagnosis and Treatment (Revision #6)
19) Greenhalgh T., Choon Huat Koh G., Car J. Covid-19: a remote assessment in primary care. BMJ 2020;368:m1182 doi: 10.1136/bmj.m1182
20) Molina JM, Delaugerre C, Le Goff J, Mela-Lima B, Ponscarme D, Goldwirt L, de Castro N. No evidence of rapid antiviral clearance or clinical benefit with the combination of hydroxychloroquine and azithromycin in patients with severe COVID-19 infection. Med Mal Infect. 2020 Mar 30. pii: S0399-077X(20)30085-8. doi: 10.1016/j.medmal.2020.03.006.
21) Cao B, Wang Y, Wen D, et al. A Trial of Lopinavir-Ritonavir in Adults Hospitalized with Severe Covid-19. N Engl J Med. 2020 Mar 18. doi: 10.1056/NEJMoa2001282.

Indirizzi procedurali per la gestione del paziente con ARDS

(quanto riportato vale per la situazione attuale e potrà essere soggetto ad aggiornamenti)

REPARTO MEDICO

CASO POSITIVO O SOSPETTO PER COVID 2019



Vers. 1.0 del 2.3.2020

∗ *Sufficiente uno dei criteri*

TERAPIA INTENSIVA

UN SOLO TENTATIVO CON CPAP O NIV CASCO ***(SOLO SE PAZIENTE ISOLABILE)***

- *CPAP 10 cmH_2O*

OPPURE

- *NIV PSV: $P_{SUPPORTO}$ 12 cmH_2O, PEEP 10 cmH_2O, FiO_2 fino a 60%*

↓

Dopo 30-60 minuti
- $SpO_2 \leq 92\%$ *
- Dispnea

↓ **SÌ**

INTUBAZIONE TRACHEALE

- *VEDI ALLEGATO 1*

↓

VENTILAZIONE PROTETTIVA

- *VEDI ALLEGATO 2A e 2B*

↓

P/F < 150 mmHg con FiO_2 > 60%

↓ **SÌ**

PRONAZIONE

- **QUANDO?** → PRECOCEMENTE, ENTRO 72 ORE DALL'INTUBAZIONE
- **COME?** → https://www.youtube.com/watch?v=E_6JT9R7WJs
- **PER QUANTO?** → - PRIMO CICLO DI 16 ORE, POI CICLI DI ALMENO 12 ORE, FINO A MIGLIORAMENTO DELL'OSSIGENAZIONE (P/F ≥ 150 mmHg con PEEP ≤ 10 cmH_2O e $FiO_2 \leq 60\%$ che perdurano almeno 4 ore dopo la supinazione)

  - **STOP SE PEGGIORAMENTO OSSIGENAZIONE** ■ (riduzione P/F del 20% rispetto alla posizione supina) **O SE COMPLICANZE IN CORSO DI PRONAZIONE**

↓

P/F 80-100 mmHg
PaCO2 ≥ 60 mmHg ■
pH < 7,25

↓ **SÌ**

CONTATTARE CENTRO DI RIFERIMENTO PER VALUTAZIONE TRATTAMENTO ECMO

Vers. 1.0 del 2.3.2020

* *Sufficiente uno dei criteri*

ALLEGATO 1

INTUBAZIONE TRACHEALE

PRIMA

PROTEZIONE DEL PERSONALE

- Igiene mani
- DPI secondo procedura aziendale (Massima protezione)
- Minimo numero di operatori coinvolti
- Stanza a pressione negativa (se disponibile)

PREPARAZIONE

- Pianificazione chiara e precoce con definizione dell'algoritmo di gestione delle vie aeree previsto
- Preparazione farmaci e materiale
- Previsione difficoltà di intubazione
- Posizionare filtri su circuiti del ventilatore meccanico/circuiti manuali
- Sistema di aspirazione a circuito chiuso già montato sul circuito del ventilatore
- Se possibile utilizzare videolaringoscopio (meglio se monouso)

DURANTE

DINAMICHE DI TEAM

- Definizione ruoli dei membri dell'equipe
- Sorveglianza reciproca per potenziale contaminazione durante le manovre

ASPETTI TECNICI

- L'intubazione è a carico del membro più esperto del team
- Preossigenazione: utilizzare flussi di ossigeno più bassi possibile; maschera facciale ben aderente o presidio sovraglottico; evitare ventilazione in maschera con pallone autoespandibile e/o va-e-vieni; se il paziente è in NIV, utilizzarla come interfaccia per la preossigenazione
- Intubazione in sequenza rapida
- Awake intubation non consigliata; evitare anestesia topica delle vie aeree con nebulizzatori
- Curarizzazione profonda con Rocuronio a dosaggio massimale (1,2mg/kg) o Succinilcolina (1mg/kg)
- Iniziare la ventilazione a pressione positiva solo dopo aver verificato il corretto posizionamento e aver cuffiato il tubo

DOPO

- Evitare disconnessioni non indispensabili del circuito di ventilazione
- Se necessaria broncoaspirazione, indossare tutti i DPI e utilizzare la procedura di aspirazione assistita del ventilatore
- Stretta aderenza ai protocolli di decontaminazione/svestizione
- Igiene delle mani

Vers. 1.0 del 2.3.2020

ALLEGATO 2A

VENTILAZIONE PROTETTIVA

IMPOSTAZIONI

- SEDAZIONE E CURARIZZAZIONE
- **VOLUME CONTROLLATO (consigliato)**
- VT 4-6 mL/Kg IDEAL BODY WEIGHT (IBW)*
- FR 16-26 ATTI/MINUTO
- PEEP/FiO_2 (TABELLA I)

N.B. Se pH < 7.25 e PaCO2 > 55mmHg aumentare la FR non oltre 30

**IBW UOMINI = 50 + 0,91 x (Altezza cm – 152,4)*
DONNE = 45,5 + 0,91 x (Altezza cm – 152,4)

TABELLA I

Lower PEEP/higher FiO2

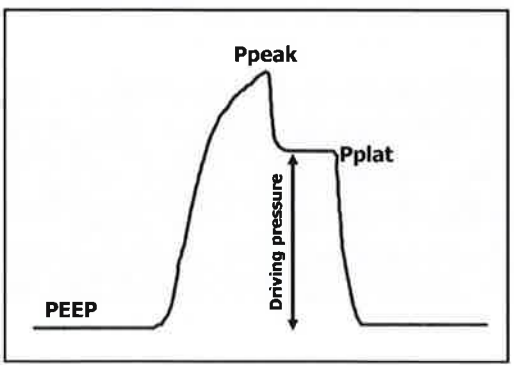
FiO_2	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.7
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12

FiO_2	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0
PEEP	14	14	14	16	18	18-24

TARGET

- SpO_2 88-95%
- PaO_2 55-80 mmHg
- $P_{PLAT} \leq 28$ cmH_2O
  ≤ 32 cmH_2O se BMI > 30
- DRIVING PRESSURE ≤ 12 cmH_2O (FIGURA 1)
  ≤ 14 cmH_2O se BMI > 30

FIGURA 1



Vers. 1.0 del 2.3.2020

ALLEGATO 2B

VENTILAZIONE PROTETTIVA

IMPOSTAZIONI

- SEDAZIONE E CURARIZZAZIONE
- **PRESSIONE CONTROLLATA**
- $PC_{SOVRAPEEP}$ 10-15 cmH_2O
  12-18 cmH_2O se BMI > 30
- FR 16-26 ATTI/MINUTO
- PEEP/FiO_2 (TABELLA I)

N.B. Se pH < 7.25 e PaCO2 > 55mmHg aumentare la FR non oltre 30

TABELLA I

Lower PEEP/higher FiO2

FiO_2	0.3	0.4	0.4	0.5	0.5	0.6	0.7	0.7
PEEP	5	5	8	8	10	10	10	12

FiO_2	0.7	0.8	0.9	0.9	0.9	1.0
PEEP	14	14	14	16	18	18-24

TARGET

- SpO_2 88-95%
- PaO_2 55-80 mmHg
- VT 4-6 mL/Kg IDEAL BODY WEIGHT (IBW)*

**IBW UOMINI = 50 + 0,91 x (Altezza cm – 152,4)*
DONNE = 45,5 + 0,91 x (Altezza cm – 152,4)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REFERENCES FLOW CHART 2019 nCoV

- Frat JP, Ragot S, Thille AW: High-Flow Nasal Cannula Oxygen in Respiratory Failure. N Engl J Med. 2015 Oct; 373(14):1374-5. doi: 10.1056/NEJMc1508390.
- Rochwerg B, Brochard L, Elliott MW, et al: Official ERS/ATS clinical practice guidelines: noninvasive ventilation for acute respiratory failure. Eur Respir J. 2017 Aug 31; 50(2). doi: 10.1183/13993003.02426-2016.
- Brower RG, Lanken PN, MacIntyre N, et al for National Heart, Lung, and Blood Institute ARDS Clinical Trials Network: Higher versus lower positive endexpiratory pressures in patients with the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med 2004;351(4):327-336. doi: : 10.1056/NEJMoa032193.
- Fan E, Brodie D, Slutsky AS: Acute Respiratory Distress Syndrome: Advances in Diagnosis and Treatment. JAMA. 2018 Feb 20; 319(7):698-710. doi: 10.1001/jama.2017.21907.
- Guérin C, Reignier J, Richard JC: Prone positioning in the acute respiratory distress syndrome. N Engl J Med. 2013 Sep 5;369(10):980-1. doi: 10.1056/NEJMc1308895.
- Combes A, Hajage D, Capellier G, et al for EOLIA Trial Group, REVA, and ECMONet: Extracorporeal Membrane Oxygenation for Severe Acute Respiratory Distress Syndrome. N Engl J Med. 2018 May 24;378(21):1965-1975. doi: 10.1056/NEJMoa1800385.
- World Health Organization. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected interim guidance. January 2020.
- World Health Organization. Clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (2019-nCoV) infection is suspected: Interim Guidance. January 2020.
- Center for Disease Control and Prevention. Interim infection prevention and control recommendations for patients with confirmed 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) or persons under investigation for 2019-nCoV in healthcare setting. February 2020. www.cdc.gov/coronavirus/about/index.html.
- Livingston E, Bucher K, Rekito A: Coronavirus Disease 2019 and Influenza. JAMA. 2020 Feb 26. doi: 10.1001/jama.2020.2633.
- Gestione Vie Aeree SIAARTI. Covid-19. Controllo delle vie aeree. http://www.siaarti.it/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI.aspx.

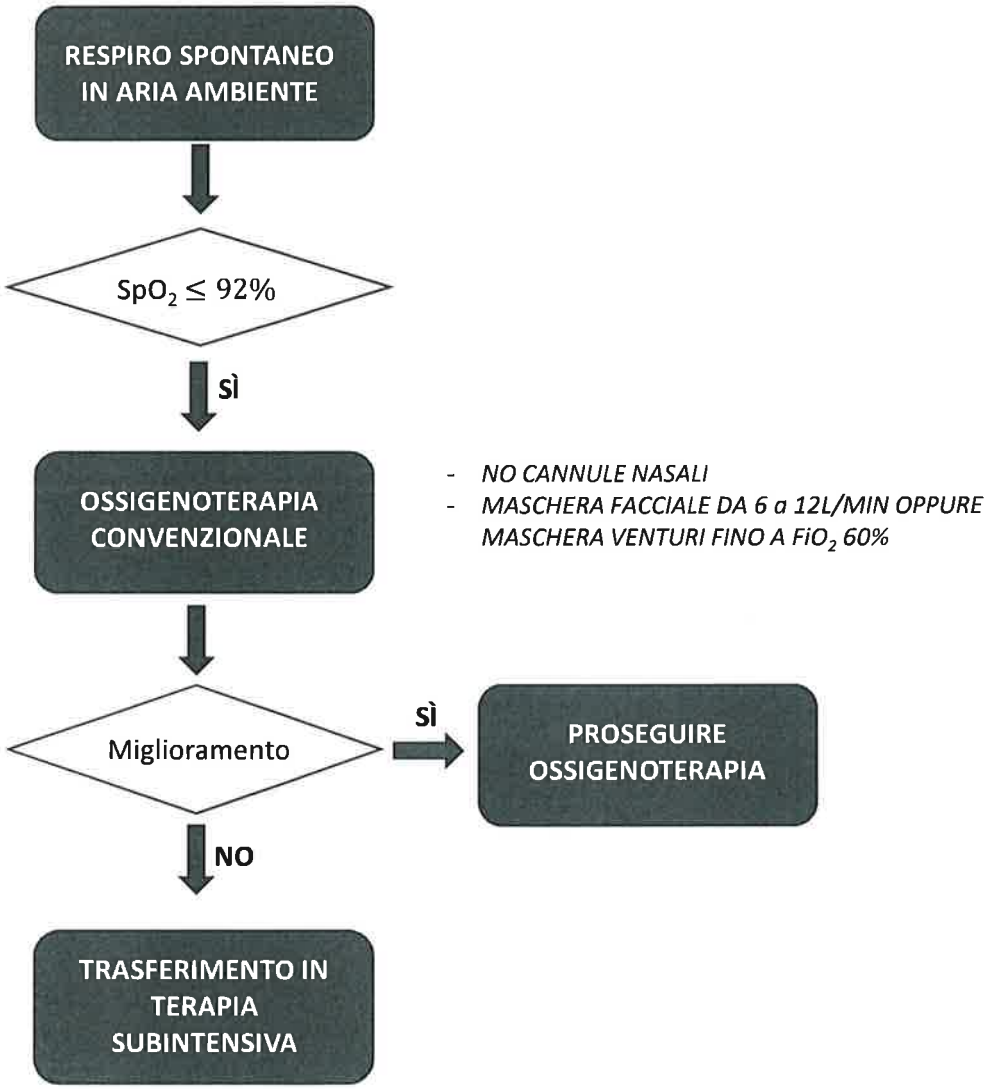
Indirizzi procedurali per la gestione del paziente con ARDS

(quanto riportato vale per la situazione attuale e potrà essere soggetto ad aggiornamenti)

Aggiornamento in caso di presenza di Terapia Semintensiva Respiratoria

REPARTO MEDICO

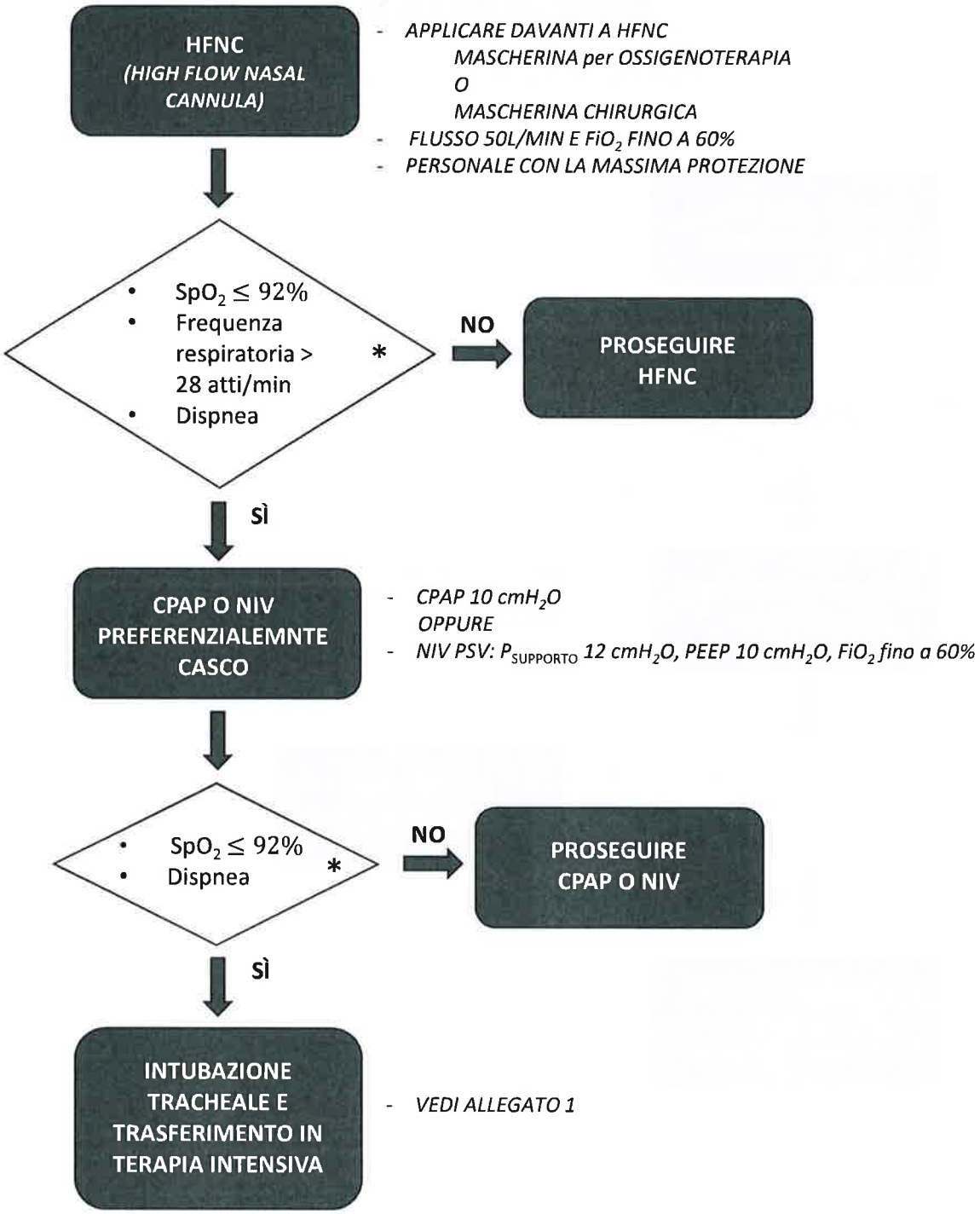
CASO POSITIVO PER COVID 2019



Agg. del 9.3.2020

Aggiornamento in caso di presenza di Terapia Semintensiva Respiratoria

TERAPIA SEMINTENSIVA

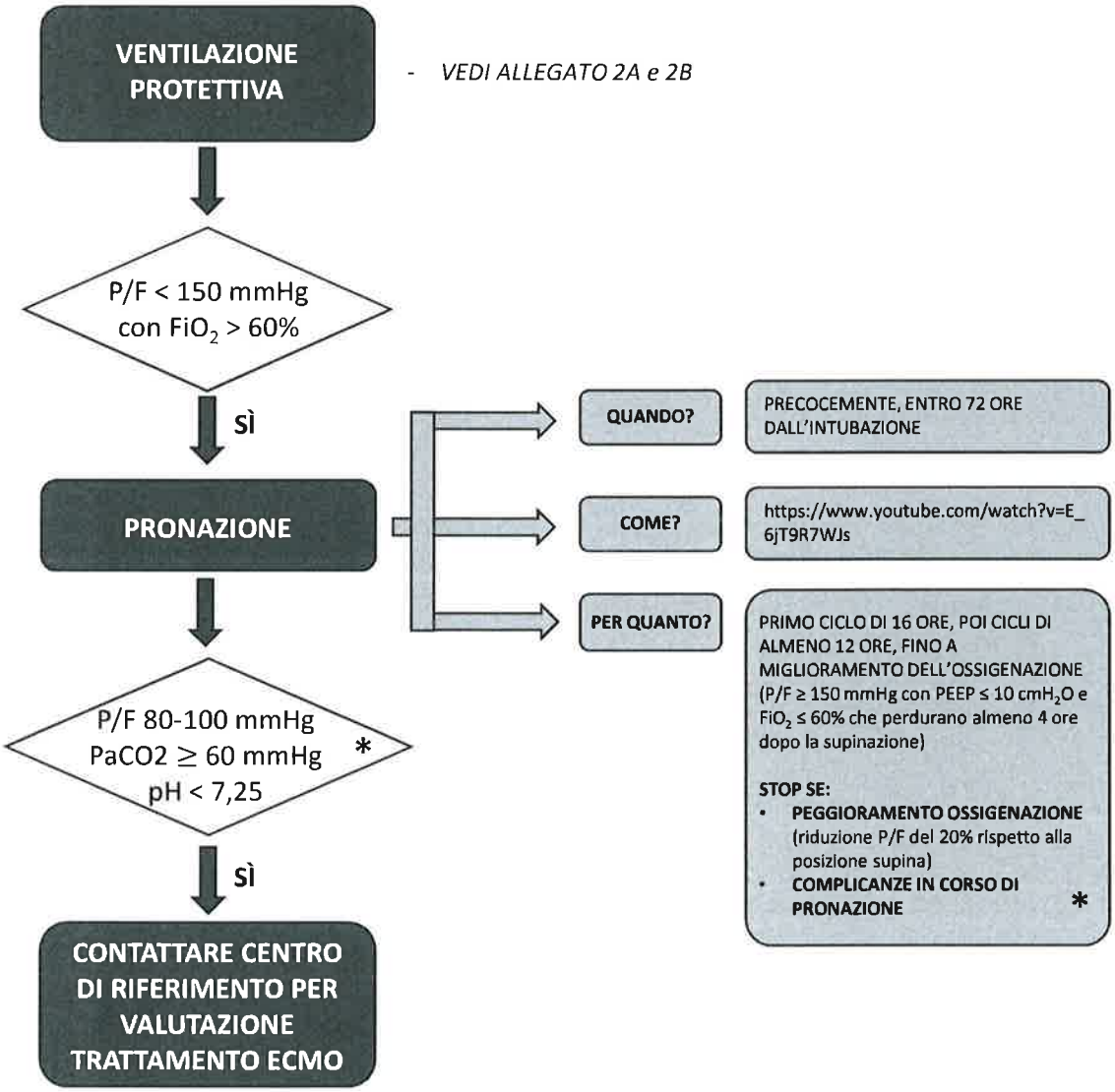


∗ *Sufficiente uno dei criteri*

Agg. del 9.3.2020

Aggiornamento in caso di presenza di Terapia Semintensiva Respiratoria

TERAPIA INTENSIVA



∗ *Sufficiente uno dei criteri*

Agg. del 9.3.2020

Allegato

La Gestione dei pazienti a domicilio e nelle RSA

Il documento relativo a "Le Indicazioni operative per la presa in carico del paziente sintomatico sospetto di COVID-19 e per la valutazione del rischio in Strutture Residenziali per Anziani", trasmesso dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione Veneto il 01.04.2020, fornisce indicazioni per l'attuazione della sorveglianza attiva rivolta ai soggetti asintomatici e quella rivolta ai soggetti sintomatici. La strategia della presa in carico vede convolti a vario titolo i Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP), i Medici di Medicina Generale (MMG)/Pediatri di Libera Scelta (PLS), il Servizio di Telesoccorso, e le Unità Speciali Continuità Assistenziale (USCA).

Il presente documento pone focus sulla Medicina Generale ed è distinto in due parti A e B e comprende una serie di schede:

Parte A	**Protocollo per l'osservazione dei pazienti asintomatici a rischio di Covid-19 da parte del MMG**
Parte B	**Protocollo per la gestione clinica e terapeutica dei soggetti Covid 19 paucisintomatici intercettati dal Medico di Medicina Generale o residenti presso le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA)**
Parte C	**Indice Schede**

Parte A

PROTOCOLLO PER L'OSSERVAZIONE DEI PAZIENTI ASINTOMATICI DOMICILIARI A RISCHIO DI COVID-19 DA PARTE DEL MMG.

I Medici di Medicina Generale (MMG), grazie alla diffusione capillare nel territorio e alla conoscenza della propria popolazione di assistiti, anche dal punto di vista delle condizioni sociali e della composizione familiare, hanno un ruolo importante nell'intercettare i pazienti a rischio di contagio da Coronavirus. Inoltre, i Medici di Medicina Generale hanno un ruolo fondamentare nel mettere in atto la migliore strategia per monitorare le condizioni cliniche e educare il paziente ai corretti comportamenti per la tutela della propria e dell'altrui salute, anche facendo ricorso alle risorse messe in campo dagli enti locali e dal volontariato. Questo allo scopo di limitare la diffusione dell'epidemia e l'aumento dei casi gravi che richiedono ospedalizzazione.

OBIETTIVO

L'obiettivo di questo protocollo è l'intercettazione di soggetti asintomatici ad alto rischio di contagio, con lo scopo sia di isolarli sia di monitorarne l'evoluzione del quadro clinico.

QUALI SOGGETTI?

1. **Pazienti con tampone per Covid-19 positivo e asintomatici**

Per asintomatici si intende la mancanza di improvviso e rapido insorgere di sintomi generali (febbre o febbricola, malessere/astenia, cefalea, mialgie e/o artralgie) e di sintomi respiratori (tosse, mal di gola, difficoltà di respiro)

2. **Conviventi di casi accertati Covid-19 positivi** o probabili Covid-19 positivi che risultano asintomatici (vedi punto 1)

3. **Contatti stretti di pazienti Covid-19 conclamati**, asintomatici (vedi punto 1).

*Rispetto alla definizione di "**Contatti stretti**" si precisa che Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie definisce contatto stretto:*

- *una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19;*
- *una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per es. la stretta di mano);*
- *una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);*
- *una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;*
- *una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad es. aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;*
- *un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;*
- *una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia*

effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).

- *Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto entro un periodo di 14 giorni prima o dopo la manifestazione della malattia nel caso in esame.*

COMPITI DEL MMG

1. Espletare le pratiche burocratiche e certificative come da disposizioni di legge (segnalazione al SISP, certificato di malattia o di quarantena per due settimane per i contatti stretti, certificato INAIL per gli operatori sanitari, ecc.).
2. Effettuare il monitoraggio da remoto per la raccolta dei segni e sintomi del soggetto al suo domicilio (**Scheda 1**); nel caso in cui il paziente sia dotato di adeguati strumenti informatici, fornire e istruire quest'ultimo alla compilazione della scheda raccolta dati.
3. Istruire il paziente al rispetto delle regole di isolamento fiduciario (**Scheda 2**), della gestione dei rifiuti (**Scheda 3**) e a seguire i consigli sullo stile di vita (**Scheda 4**).
4. Comunicare giornalmente col paziente per due settimane.

La comunicazione MMG-paziente può avvenire con le modalità che ciascun medico ritiene più opportune, a seconda dei mezzi di comunicazione disponibili, del livello di competenze informatiche e delle condizioni socio-familiari del caso (*WhatsApp*/email/telefono).

MATERIALE DA FORNIRE AI PAZIENTI

1. Scheda di automonitoraggio per la raccolta dei segni e sintomi (**Scheda 1**)
2. Documento informativo con le misure di isolamento (**Scheda 2**)
3. Istruzioni per la Gestione dei rifiuti (**Scheda 3**)
4. Consigli stile di vita (**Scheda 4**)
5. Istruzioni pratiche per i pazienti (**Scheda 5**)
    - misurazione della frequenza respiratoria
    - uso del saturimetro (di proprietà del paziente o eventualmente messo a disposizione dal MMG).

CHIUSURA DEL CASO

Al termine delle le due settimane di osservazione da parte del MMG il caso può essere considerato chiuso, fermo restando il rispetto delle disposizioni di legge per la riammissione al lavoro (2 tamponi negativi) di competenza del SISP e il rispetto delle regole generali indicate per la popolazione.

PROTOCOLLO PER L'OSSERVAZIONE DEI PAZIENTI ASINTOMATICI DOMICILIARI A RISCHIO DI COVID-19

PAZIENTE COVID+ E ASINTOMATICO
CONVIVENTE DI PZ COVID+
CONTATTO STRETTO DI PZ COVID+

1. Obblighi di legge (certificazione…)
2. Dare istruzioni al paziente (Schede 1-5)
3. Monitoraggio da remoto del paziente (Scheda 1)

MONITORAGGIO E OSSERVAZIONE PER 2 SETTIMANE

Tramite scheda paziente e aggiornamenti giornalieri

BENESSERE

CASO CONSIDERABILE CHIUSO DOPO 2 SETTIMANE

(riammissione al lavoro secondo norme di legge)

COMPARSA SINTOMI

PROTOCOLLO PER PAZIENTI PAUCISINTOMATICI

PARTE B

Parte B

PERCORSO ASSISTENZIALE DOMICILIARE DI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI PAUCISINTOMATICI CANDIDATI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

Soggetti Covid-19 paucisintomatici, intercettati dal Medico di Medicina Generale o residenti presso le RSA[1], possibili candidati alla terapia farmacologica con clorochina/idrossiclorochina.

PAZIENTI CANDIDATI ALLA TERAPIA FARMACOLOGICA

I soggetti paucisintomatici, potenziali candidati alla terapia farmacologica saranno maschi e femmine che presentano improvviso e rapido insorgere di almeno un sintomo generale:

- febbre o febbricola
- malessere/astenia
- cefalea
- mialgie e/o artralgie

e dovranno presentare almeno un sintomo respiratorio:

- tosse
- mal di gola
- difficoltà di respiro

Si segnala che, meno frequentemente, possono essere presenti anche emottisi, rinite, congiuntivite, disgeusia-ageusia, anosmia, nausea, vomito e diarrea.

VALUTAZIONE INIZIALE DEL PAZIENTE: MEWS /NEWS score

La valutazione iniziale e nel follow-up dovrebbe essere fatta in maniera omogenea e "pesando" i singoli parametri vitali. Si consiglia l'uso di uno score, come il **Modified Early Warning Score (MEWS)** che ha il pregio di quantificare la gravità del quadro clinico osservato e la sua evoluzione (**Scheda 6**). Il MEWS può essere utilizzato sia nella valutazione iniziale sia nel follow-up.

La patologia condizionante la vita del paziente è quella polmonare, **è importante quindi aggiungere allo score MEWS anche una valutazione saturimetrica**, che, con buona approssimazione, valuta la quantità di ossigeno presente nel sangue (potrebbe essere accettabile un valore superiore a 95% in aria ambiente). Valori inferiori a 92% sono da considerare pericolosi perché potrebbero indicare la necessità di supplementare il paziente con ossigeno. Valori tra 92% e il 95% dovrebbero essere indagati con il test del cammino (vedi in seguito).
Il **MEWS** potrebbe essere comunque utile anche nei casi in cui non fosse a disposizione un saturimetro.
In alternativa, potremo suggerire il **NEWS (National Early Warning score)** che tiene conto anche del dato saturimetrico e se il paziente utilizza o meno ossigeno (**Scheda 6**).

[1] Residenza Sanitaria Assistenziale

Valutazione delle comorbidità

È di assoluta importanza rilevare la presenza di eventuali comorbidità, soprattutto in pazienti con più di 65 anni. In particolare, la presenza di patologia cardiaca, diabetica, polmonare cronica oppure di ipertensione arteriosa o cancro, sono da considerare fattori aggravanti e vanno presi in considerazione nel valutare il rischio di complicanze in corso di infezione da Covid-19, sia rispetto alla terapia proposta sia alla sua durata

Valutazione di eventuali controindicazioni

Vista la potenziale tossicità dei farmaci antimalarici, è necessario verificare l'eventuale presenza delle seguenti controindicazioni alla terapia con clorochina/idrossiclorochina:

- Allergia all'idrossiclorochina
- Ipersensibilità alla chinina
- Età inferiore ai 6 anni (<30 kg)
- Porfiria
- Deficit di G6PD
- Prolungato intervallo del QTc congenito o acquisito e documentato e/o con fattori di rischio noti che possono prolungare l'intervallo QTc (ad es. patologie cardiache e/o farmaci, ipopotassiemia).

A questo proposito, sembra proponibile l'esecuzione di un elettrocardiogramma a domicilio del paziente da parte dell'Unità Speciale di Continuità Assistenziale prima di iniziare la terapia e durante la terapia per verificare eventuali situazioni di allungamento del QTc che potrebbero predisporre ad aritmie minacciose.

Avvertenze speciali e precauzioni d'impiego

- Allattamento: la paziente dovrà interrompere l'allattamento, almeno temporaneamente per il rischio di grave tossicità nel bambino: controindicazione
- Psoriasi: (per clorochina)
- Alterazioni retiniche e del campo visivo attribuibili a composti 4- aminochinolinici
- Maculopatie preesistenti
- Epilessia
- Miastenia grave
- Gravi nefropatie ed epatopatie (per clorochina)

Precauzioni

In caso di avvio della terapia con clorochina/idrossiclorochina è necessario prestare attenzione a:

- Diabete: il farmaco può dare ipoglicemia
- Insufficienza epatica: può essere necessario un aggiustamento di dose (per idrossiclorochina)
- Insufficienza renale: può essere necessario un aggiustamento di dose (per idrossiclorochina)
- Ipokaliemia e/o ipomagnesemia non corrette
- Condizioni pro-aritmiche come per esempio bradicardia (<50 bpm) o precedenti di disritmie ventricolari
- Malattia cardiaca, ad es. insufficienza cardiaca, infarto miocardico
- Per una valutazione più completa sull'utilizzo dei farmaci, si prega di far riferimento ai foglietti illustrati

COMPITI DEL MEDICO DI MEDICINA GENERALE (MMG) DURANTE IL TRIAGE TELEFONICO

Sarà compito del MMG (**Scheda 7**):

- valutare lo stato clinico del paziente (calcolo dello score MEWS o NEWS);
- verificare le comorbidità;
- verificare la presenza di controindicazioni all'eventuale utilizzo degli antimalarici;
- rilevate eventuali situazioni che richiedano precauzioni nell'impiego degli antimalarici
- ridurre all'essenziale la terapia del paziente (es. valutare se è necessario continuare la eventuale terapia concomitante: antidiabetica, antipertensiva, ipocolesterolemica, antidepressiva, etc.).

Il MMG dopo aver effettuato le valutazioni / verifiche sopra illustrate, provvederà ad attivare l'Unità speciale di continuità assistenziale (USCA) e ad avviare un'eventuale **terapia di supporto** con

- Terapia sintomatica al bisogno (paracetamolo, anti-tussivi, etc.)
- Abbondante idratazione per via orale
- Eventuale ossigenoterapia (DRG 269/2020)
- Adeguata alimentazione

COMPITI DELLE L'UNITÀ SPECIALI DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (USCA)

L'ultimo Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19, trasmesso dal MinSal in data 25.03.2020, in riferimento alla presa in carico pazienti COVID-19 a livello territoriale precisa quanto segue: Le Unità speciali di continuità assistenziale, istituite ai sensi dell'art 8, d.L. 9 marzo 2020 n. 14, recanti *"Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*", svolgono un ruolo essenziale nella gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.

Il documento regionale "Indicazioni operative per la presa in carico del paziente sintomatico sospetto di COVID-19 e per la valutazione del rischio in Strutture Residenziali per Anziani", trasmesso dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione Veneto ,il 01.04.2020 ne declina la operatività nella nostra Regione.

I Medici di Medicina Generale (MMG) i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e i Medici di Continuità Assistenziale (MCA), mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) che opera per valutazioni dei soggetti con sintomatologia che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19.

I medici dell'USCA per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all'uopo prescritte.

I medici dell'USCA che si recheranno al domicilio del paziente o presso la RSA per effettuare a **CONFERMA DIAGNOSTICA** (**Scheda 8**) a seguito della segnalazione da parte del MMG, verificando i parametri vitali.
Inoltre, il medico dell'**USCA** provvederà a:

- Effettuale il tampone rinofaringeo
- Eseguire un prelievo ematico per la verifica dei seguenti parametri: emocromo, proteina C reattiva, transaminasi, potassiemia, magnesemia, lattatodeidrogenasi, creatininemia, D-dimero
- Effettuare un ECG

- Fornire al paziente un vademecum con informazioni comportamentali

Sulla base del valore del **MEWS Score o del NEWS Score**(**Scheda 6**), del risultato del test per la ricerca del CoronaVirus su tampone nasofaringeo, tenuto conto della saturimetria, dei parametri biochimici e delle comorbidità, valutate le eventuali controindicazioni assolute e/o relative, i **MMG** / **Medici USCA** avvieranno il Paziente al trattamento (**Schede 9 e 9 bis**), se del caso, dopo eventuale consulto con lo con lo specialista Infettivologo / Pneumologo.

PROTOCOLLO TERAPEUTICO

Idrossiclorochina 200 mg compresse

Posologia: 400 mg x2, il primo giorno (dose di carico);
dal secondo giorno: 200 mg x 2/die
Durata della terapia: 7 giorni
oppure con

Clorochina 500 mg compresse

Posologia: 500 mg ogni 12 ore,
Durata della terapia: 7 giorni

A giudizio del MMG/USCA possono essere prescritti altri farmaci indicati nel caso specifico:

- Antibiotici
- EBPM se elevato rischio tromboembolico
- Sintomatici: anti tussivi, antidiarroici, paracetamolo…

DISPENSAZIONE DEL FARMACO AL PAZIENTE A CASA O PRESSO RSA

Il presente protocollo di trattamento di pazienti paucisintomatici prevede una durata della terapia di 7-10 giorni, in funzione dell'evoluzione clinica. Per la dispensazione, l'USCA inoltrerà la richiesta del farmaco alla Farmacia Ospedaliera oppure l'UOC Assistenza Farmaceutica Territoriale, utilizzando la scheda allegata (**Scheda 10**). Successivamente, l'USCA provvederà a consegnare il medicinale al paziente che si trova al proprio domicilio o presso una RSA/Ospedale di Comunità, dopo aver raccolto il suo Consenso Informato (**Scheda 11**).

MONITORAGGIO DA PARTE DELL'USCA O DEL MMG*[2]

Almeno una volta al giorno dovranno essere rilevati i parametri necessari a stilare lo score giornaliero (MEWS o NEWS, **Scheda 3**), utilizzando la Scheda di Monitoraggio (**Scheda 1**).

CHIUSURA DEL CASO

Il periodo di osservazione da parte dell'USCA (con o senza trattamento farmacologico) può ritenersi concluso quando si verificano:

a) una evoluzione sfavorevole con necessità di ricovero ospedaliero
b) la guarigione clinica, con permanenza a domicilio per un congruo periodo di convalescenza

[2] ***Il MMG potrà effettuare il monitoraggio telefonico solo se il paziente è in grado di rilevare tutti i parametri riportati nella sezione dedicata al Monitoraggio.***

Si ricorda il rispetto delle disposizioni di legge per la riammissione al lavoro (2 tamponi negativi, guarigione virologica) di competenza del SISP e il rispetto delle regole generali indicate per la popolazione.

PERCORSO ASSISTENZIALE DOMICILIARE DI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI PAUCISINTOMATICI

PAZIENTE COVID PAUCISINTOMATICO

MMG

TRIAGE TELEFONICO CON PRIMA VALUTAZIONE

- ☐ PAZIENTE RIENTRA NEI CRITERI D'INCLUSIONE
- ☐ VALUTAZIONE INIZIALE → MEWS o NEWS SCORE
- ☐ COMORBIDITA'
- ☐ CONTROIDINDICAZIONI A TERAPIA
- ☐ AVVERTENZE PARTICOLARI
- ☐ RIDURRE TERAPIA CRONICA (laddove possibile)
- ☐ TERAPIA DI SUPPORTO (paracetamolo, etc.)

USCA

VISITA DOMICILIARE

- ☐ RIVALUTAZIONE CLINICA
- ☐ TAMPONE
- ☐ PRELIEVO PER EMATOCHIMICI
- ☐ ECG (se disponibile)
- ☐ EDUCAZIONE AL PAZIENTE – CONSEGNA SCHEDE

Tampone +
Ematochimici

INIZIO TERAPIA

Prescritta da MMG/USCA, eventualmente con parere dello specialista, dispensata dalla Farmacia Ospedaliera dell'AULSS, consegnata da USCA

MONITORAGGIO E OSSERVAZIONE PER 2 SETTIMANE

MGG: Tramite scheda di Monitoraggio (**Scheda 1**) e aggiornamenti quotidiani
USCA: tramite visita domiciliare, se necessaria

BENESSERE *PEGGIORAMENTO*

USCA: visita domiciliare a termine del trattamento farmacologico

CASO CONSIDERABILE CHIUSO DOPO 2 SETT O MIGLIORAMENTO CLINICO (riammissione al lavoro secondo le norme di legge)

RICOVERO OSPEDALIERO
Medico USCA contatta il 118

SCHEDE PER I PAZIENTI

Scheda C.1.	Scheda di monitoraggio da remoto per la raccolta dei segni e sintomi a domicilio
Scheda C.2.	Documento informativo con le misure di isolamento (dal doc. Regione Veneto)
Scheda C.3.	Istruzione per la gestione dei rifiuti (da ISS)
Scheda C.4.	Consigli sullo stile di vita
Scheda C.5.	Istruzioni pratiche per i pazienti ○ misurazione della frequenza respiratoria ○ utilizzo del saturimetro (se disponibile) ○ utilizzo "Roth score" come alternativa in mancanza di saturimetro
Scheda C.11	Modulo per la raccolta del Consenso Informato

SCHEDE PER I MEDICI

Scheda C.1	Scheda di monitoraggio da remoto per la raccolta dei segni e sintomi a domicilio
Scheda C.6	MEWS score (senza saturimetria) NEWS score (con saturimetria)
Scheda C.7	Scheda informativa MMG per la USCA
Scheda C.8	Scheda ad uso dei Medici dell'USCA

SCHEDE PER UOC FARMACIA OSPEDALIERA / ASSITENZA FARMACEUTICA TERRITORIALE

Scheda C.9	Modulo prescrittivo per la richiesta di clorochina 250 mg / idrossiclorochina 200 mg compresse per il trattamento dell'infezione da Covid-19 a domicilio
Scheda C.9 bis	Modulo prescrittivo per la richiesta di clorochina 250 mg / idrossiclorochina 200 mg compresse per il trattamento dell'infezione da Covid-19 in RSA o Ospedali di Comunità
Scheda C.10	Modulo Consegna Farmaco a domicilio

MATERIALE DIVULGATIVO PER I PAZIENTI:

Il Ministero della Salute **e l'Istituto superiore di sanità** hanno raccolto tutti i materiali realizzati per la popolazione alle pagine **Nuovo coronavirus - opuscoli e poster** e **Coronavirus - infografiche e materiali divulgativi**. Tra i principali:

- **Raccomandazioni per le persone in isolamento domiciliare e per i familiari che li assistono**
- **Raccomandazioni per la prevenzione**
- **Coronavirus, cosa fare in caso di dubbi**
- **Attenzione (anche) al fumo di sigaretta**
- **Fai fronte allo stress durante l'epidemia di COVID-19**
- **Come raccogliere e gettare i rifiuti domestici: se sei positivo e in quarantena obbligatoria.... se non sei positivo e non sei in quarantena**
- **Nuovo coronavirus, consigli per gli ambienti chiusi**
- **10 regole dell'Iss sull'uso corretto dei farmaci e contro le *fare news***
- **Nuovo coronavirus, consigli per gli ambienti chiusi**

10 regole dell'ISS sull'uso corretto dei farmaci e contro le *fare news*

Scheda C.1

SCHEDA DI MONITORAGGIO DOMICILIARE **Cognome/nome** _____

GIORNO	**1°**	**2°**	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
Data														
TEMPERATURA CORPOREA mattina														
TEMPERATURA CORPOREA sera														
OSSIGENAZIONE *(Indicare valore rilevato dal saturimetro)*														
PRESSIONE ARTERIOSA *(indicare valore)*														
TOSSE SI/NO														
MAL DI TESTA SI/NO														
MAL DI GOLA SI/NO														
CONGESTIONE NASALE SI/NO														
PERDITA DEL GUSTO e/o DELL'ODORATO SI/NO														
DOLORI MUSCOLARI SI/NO														
NAUSEA/VOMITO SI/NO														
DIARREA SI/NO														
CONGIUNTIVITE SI/NO														
FATICA A RESPIRARE >> SI/NO														
n° di atti/minuto >>														
STATO DI COSCIENZA VIGILE SI/NO														
ESPETTORAZIONE SI/NO														
PRESENZA DI SANGUE NELL'ESPETTORATO SI/NO														

NOTA BENE: La pressione arteriosa sistolica deve essere superiore a 100 mmHg e la saturazione dell'Ossigeno >93%

STRUMENTI UTILI AL MONITORAGGIO PAZIENTE IN OSSERVAZIONE DOMICILIARE

TERMOMETRO **SFIGMOMANOMETRO** **SATURIMETRO (se disponibile)**

Scheda C.2

Indicazione per la gestione di casi asintomatici, di pazienti con ILI o di contatti stretti in isolamento domiciliare

Tratto dall' Allegato F delle alla Procedura Regionale Nuovo Coronavirus (SARS-Co V-2), Rev. 02 del 06.03.202

Le presenti indicazioni possono essere applicate nella gestione domiciliare dei casi asintomatici (soggetti con assenza di sintomi ma con diagnosi di laboratorio confermata di infezione da SARS-CoV-2), dei soggetti con ILI in attesa del risultato del test per SARS-CoV-2 e dei contatti stretti di casi, durante il periodo di isolamento domiciliare.

1. Il soggetto dovrebbe soggiornare in una stanza singola ben ventilata, con un bagno dedicato, se possibile finestrato.
2. Assicurare la disponibilità di un telefono nella stanza del soggetto.
3. Escludere eventuale impianto di ricircolo aria.
4. Limitare il numero di coloro che assistono il soggetto; non consentire visite.
5. Limitare i movimenti del soggetto e ridurre al minimo lo spazio condiviso. Assicurarsi che gli spazi condivisi (ad es. cucina, bagno) siano ben ventilati (ad es. tenere le finestre aperte).
6. Il soggetto dovrebbe indossare il più possibile una mascherina chirurgica per contenere le secrezioni respiratorie. Se questa non dovesse essere tollerata, il soggetto deve osservare le norme di igiene respiratoria (coprire con un fazzoletto la bocca o il naso in caso di tosse o starnuto; gettare il fazzoletto subito dopo e lavarsi accuratamente le mani).
7. La persona incaricata di assistere il soggetto dovrebbe essere in buona salute, non affetta da patologie croniche o che compromettono il sistema immunitario.
8. Chi assiste il soggetto deve indossare una mascherina chirurgica ben aderente al viso quando si trova nella stessa stanza e, se possibile, mantenere una distanza di almeno 1 metro dal soggetto. Le mascherine non devono essere toccate o manipolate durante l'uso. Se la mascherina si bagna o si sporca di secrezioni, deve essere sostituita immediatamente. Smaltire la mascherina dopo l'uso ed eseguire l'igiene delle mani dopo la rimozione della mascherina.
9. Lavarsi le mani (con sapone e acqua, per almeno 20 secondi):
   - dopo contatto col soggetto o il suo ambiente
   - prima e dopo aver preparato il pasto, usato il bagno, soffiato il naso e comunque in relazione a contatti potenzialmente a rischio.

N.B.: qualora le mani non appaiano visibilmente sporche si potranno pulire strofinandole con un prodotto a base alcolica.

10. Evitare il contatto con fluidi corporei del soggetto, in particolare con secrezioni orali e respiratorie (saliva, catarro,

Scheda C.2

1l. Il soggetto deve utilizzare lenzuola, asciugamani e stoviglie dedicati. Lavarli con cura prima di permettere il riutilizzo da parte di altre persone. Non condividere stoviglie o altri oggetti (es.: spazzolino, sigarette, lenzuola, asciugamani, vestiti, ecc.).

12. Lavare e disinfettare quotidianamente le superfici e gli oggetti con cui più frequentemente il soggetto entra in contatto, compreso il bagno. Lavare prima con il normale detergente utilizzato in casa per poi disinfettare con disinfettante contenente ipoclorito di sodio al 0.5% (ossia comune candeggina da diluire unendo 1 parte di candeggina e 9 parti di acqua). Gli oggetti che rischiano di rovinarsi con l'ipoclorito di sodio possono essere disinfettati con alcool etilico al 70%.

13. Lavare lenzuola, asciugamani, vestiti a 90°C con normale detergente. Non sbattere i tessuti.

14. Durante il lavaggio delle superfici o dei tessuti, indossare la mascherina, dei guanti di gomma, che andranno successivamente disinfettati con candeggina, o dei guanti monouso, che andranno gettati dopo ogni utilizzo. Lavare le mani prima e dopo aver indossato i guanti.

15. Guanti, mascherine, fazzoletti e altri rifiuti devono essere gettati in un cestino con coperchio, posizionato nella camera del paziente.

16. Per qualsiasi dubbio o difficoltà, contattare telefonicamente il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di riferimento.

17. In caso di comparsa o peggioramento dei sintomi, contattare il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di riferimento o il 118. Non presentarsi direttamente in Pronto Soccorso né dal proprio medico.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Scheda C.3

Gestione dei rifiuti domestici nelle abitazioni di Pazienti con CoronaVirus certo o sospetto

Caro Paziente,

ecco le linee di indirizzo dell'ISS (Istituto Superiore di Sanità) per la gestione dei rifiuti. Si basano sulle evidenze ad oggi note sulla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2 e sono improntate sul principio di cautela, essendo al momento non ancora noto il tempo di sopravvivenza del coronavirus in un rifiuto domestico/urbano.

Ti raccomandiamo di:

- ✓ **Non differenziare più i rifiuti di casa**: tutti i rifiuti (plastica, vetro, carta, umido, metallo e indifferenziata) vanno gettati nello stesso contenitore utilizzato per la raccolta indifferenziata, perciò vanno smaltiti con il secco.

- ✓ **Gettare anche i fazzoletti o i rotoli di carta, le mascherine, i guanti, e i teli** monouso nello stesso contenitore per la raccolta indifferenziata.

- ✓ **Utilizzare due o tre sacchetti** possibilmente resistenti (uno dentro l'altro) all'interno del contenitore utilizzato per la raccolta indifferenziata, se possibile a pedale.

- ✓ **Indossare guanti monouso** per chiudere bene i sacchetti senza schiacciarli o comprimerli con le mani, utilizzando dei lacci di chiusura o nastro adesivo. Una volta chiusi i sacchetti, i guanti usati vanno gettati nei nuovi sacchetti. Subito dopo lavati le mani.

- ✓ **Smaltire i rifiuti seguendo le normali procedure** in vigore sul territorio (esporli fuori dalla propria porta negli appositi contenitori nei giorni previsti da calendario, o gettarli negli appositi cassonetti condominiali o di strada).

- ✓ Gli animali da compagnia non devono accedere nel locale in cui sono presenti i sacchetti di rifiuti.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Scheda C.4

CONSIGLI SULLO STILE DI VITA

Purtroppo, al momento non conosciamo bene questo virus e non abbiamo farmaci sicuramente efficaci, né integratori, né vaccino e né ricette di cucina particolari. Ma, come per tutte le malattie virali, possiamo aiutarci a combatterlo attraverso le norme igieniche, i comportamenti salutari, uno stile di vita più semplice, una buona alimentazione.

Ti raccomandiamo di:

- ✓ **Non fumare**: il fumo danneggia i polmoni ed è un ottimo alleato del Coronavirus
- ✓ **Bere** ogni giorno acqua in abbondanza (almeno 1,5l). L'Idratazione è fondamentale per permettere un corretto funzionamento a tutto l'organismo
- ✓ **Alimentarsi in maniera corretta:** Il nostro modello dietetico di tipo Mediterraneo fornisce un apporto ottimale di tutti i nutrienti che possono giocare un ruolo fondamentale nel aumentare le nostre difese: preferire gli alimenti vegetali (pane, pasta, verdure, legumi, frutta e frutti secchi, olio di oliva), un moderato consumo di pesce, di carne bianca, di latticini e uova, moderate quantità di carne rossa e modesto consumo di vino durante i pasti.
- ✓ **Programmare il menu settimanale**: la pianificazione dei pasti favorisce la composizione di un menù settimanale più variato e serve a limitare le uscite per la spesa (1 volta alla settimana)
- ✓ **Fare attività fisica:** per quanto le restrizioni imposte limitino del tutto l'attività fisica all'aperto, è sempre possibile anche in casa o nel cortile di casa praticare una qualche forma di esercizio fisico, utile non solo per bruciare calorie e migliorare il tono muscolare, ma anche per il benessere psicologico e l'umore. Si può praticare la cyclette, il tapis roulant, esercizi di stretching, yoga, ginnastica a corpo libero un paio di volte al giorno.
- ✓ Cerca se possibile di **esporre ogni giorno braccia e gambe al sole per 15-30 minuti** per favorire la sintesi endogena di vitamina D

Infine, di assoluta importanza risulta:

- ✓ **Curare l'igiene**: personale, dell'ambiante i cui si vive, dei cibi che si manipolano, attenersi scrupolosamente alle norme per lo smaltimento dei rifiuti
- ✓ **Arieggiare la casa** più volte al giorno

Vedi anche, sul sito del Ministero della Salute: **Come seguire stili di vita corretti anche restando in casa** .

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Scheda C.5

Istruzioni pratiche per il paziente

Come misurare la Frequenza Respiratoria

Per misurare la frequenza respiratoria deve appoggiare una mano su addome o sul petto della persona e contare gli atti respiratori in un minuto con l'aiuto di un orologio.

Come usare il Saturimetro

L'apparecchio che le è stato consegnato si chiama **saturimetro a ditale** e serve per misurare quanto ossigeno è presente nel sangue. Quando il polmone non funzione bene, la quantità di ossigeno trasportata dal sangue risulta bassa. Per questo motivo, sapere quanto ossigeno è presente nel sangue ci dà una informazione preziosa su quanto bene sta funzionando il polmone.

Come eseguire la misurazione della saturazione nel sangue.

Compiere questa misurazione con un **saturimetro ~~a~~ ditale** è molto semplice, ma bisogna rispettare alcune semplici procedure:

- Effettuare il test in penombra
- Togliere eventuale smalto dalle dita delle mani altrimenti lo strumento potrebbe non funzionare
- Avere l'accortezza di non provare questa misurazione se le dita delle mani sono fredde. Immergere le mani in acqua calda, asciugare e riprovare
- Tenere il dito fermo durante la misurazione
- Infilare il ditale sul polpastrello del dito indice e premere il pulsante di avvio. Attendere 15- 20 secondi e leggere il numero indicato con la sigla SpO2 e scriverlo su un foglio di carta
- Se lo strumento non funzionasse o il valore fosse basso, provare su un altro dito e dopo aver fatto dei bei respiri a bocca aperta
- Ripetere queste procedure su un dito dell'altra mano
- Annotare i valori misurati sul foglio

Come interpretare il valore di saturazione

Se lei non ha già una malattia cronica del polmone (per es. BPCO oppure l'asma) il valore di saturazione dovrebbe essere compreso fra 95 e 99.

Se lei ha già una malattia cronica del polmone (per es. BPCO oppure l'asma) il valore di saturazione dovrebbe essere compreso fra 92 e 99

Scheda C.5

Se il valore misurato fosse inferiore a 95 (o inferiore a 92 se lei ha già una malattia cronica del polmone), significherebbe che il suo polmone non funziona bene come dovrebbe. In tal caso è opportuno che contatti il suo medico il prima possibile e/o contatti direttamente il 118, in modo da valutare la necessità di recarsi in Pronto Soccorso, per fare degli esami più approfonditi.

Il Test del Cammino

Nel caso in cui il **valore misurato di saturazione** fosse **superiore a 95** (**o superiore a 90 se lei ha già una malattia cronica del polmone**), significherebbe che il suo polmone funziona bene a riposo. In tal caso dovrà fare il test del cammino.

Cammini alla massima velocità per lei possibile, ma senza correre, per circa 30 passi lungo un percorso diritto. Immediatamente dopo aver camminato, ripeta la misurazione della saturazione, seguendo di nuovo le istruzioni riportate nel paragrafo "***Come eseguire la misurazione della saturazione del sangue".***

Scheda C.6

Modified Early Warning Score - MEWS

Punteggio	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria (atti/minuto)		<9		9-14	15-20	21-29	≥30
Frequenza cardiaca (battiti/minuto)		≤40	41-50	51-100	101-110	111-129	≥130
Pressione sistolica (mmHg)	≤70	71-80	81-100	101-199		≥200	
Temperatura Corporea °C		≤35		35,1-38,4		≥38,4	
Sintomi neurologici				vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde

Punteggio totale: …….

Legenda:

rischio Basso/stabile score 0 – 2;

rischio Medio/instabile score 3 – 4;

rischio Alto/Critico score ≥5

Scheda C.6

National Early Warning score - NEWS

Parametri fisiologici	**3**	**2**	**1**	**0**	**1**	**2**	**3**
Frequenza del respiro	≤8		9 - 11	12-20		21-24	≥25
Saturazione ossigeno	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Ossigeno supplementare		sì		no			
Temperatura corporea	≤35		35,1–36,0	36,1-38,0	38,1-39,0	≥39,1	
Pressione sistolica	≤90	91 - 100	101-100	111-219			≥220
Frequenza Cardiaca	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Stato di coscienza				vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

Legenda:

Punteggio NEWS	**Rischio clinico**
0	Basso
1 - 4	
Allarme rosso Quando un solo parametro raggiunge 3	Medio
1 - 4	
≥7	Alto

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Scheda C.7

SCHEDA PAZIENTE – MMG

COGNOME NOME	
DATA DI NASCITA	
CELLULARE	
INDIRIZZO	

STORIA CLINICA

DATA INIZIO SINTOMI: **DATA INIZIO QUARANTENA:** **TAMPONE SE GIA' EFFETTUATO:** DATA RISULTATO		
SEGNI E SINTOMI	ETA': FC: FR: PA:	TC: VIGILANZA: □ SI □ NO TOSSE (secca): □ SI □ O

CONTROINDICAZIONI/PRECAUZIONI

CONTRONDICAZIONI INIZIO TRATTAMENTO	□ NO □ SI – evidenziare: □ allergia Idrossiclorochina, □ ipersensib. Chinina, □ età <6°, □ porfiria, □ deficit G6PD favismo, □ prolungam QTc congenito acquisito e/o fattori di rischio noti.
AVVERTENZE PARTICOLARI	□ Allattamento □ Psoriasi □ Alterazioni retiniche e campo visivo □ Maculopatie □ Diabete □ Insufficienza epatica □ Insufficienza renale - Data ultima creatinina con eGFR □ Ipokaliemia non corretta □ Ipomagnesemia non corretta □ Condizioni proartimiche (bradicardia FC <50bpm, aritmie ventricolari)

Scheda C.7

ULTIMO ECG CON QTc	DATA: QTC DESCRIZIONE

INFORMAZIONI SUL PAZIENTE

PATOLOGIE RILEVANTI	
TERAPIA CRONICA	

Data compilazione:

MEDICO MMG:

(timbro e firma)

Scheda C.8

SCHEDA PAZIENTE - USCA

COGNOME NOME	
DATA DI NASCITA	
CELLULARE	
INDIRIZZO	

☐ **VISITA PRESA IN CARICO:** data_____

☐ **VISITA FOLLOW-UP** data_____

SEGNI E SINTOMI **MEWS SCORE:** ◯	ETA': FC: FR: PA:	TC ascellare: Saturazione: Saturaz. dopo test del cammino: VIGILANZA: □ SI □ NO

APPUNTI

Inserire qui tabella score

Scheda C.8

1° TAMPONE EFFETTUATO:	**2° TAMPONE EFFETTUATO:**	**3° TAMPONE EFFETTUATO:**
DATA	DATA	DATA
RISULTATATO	RISULTATO	RISULTATATO

1° PRELIEVO EMATICO: DATA	**2° PRELIEVO EMATICO:** DATA
□ Linfociti:_____ □ PCR: _____ □ LDH:_____ □ Ddimero:_____ □ Potassiemia:_____ □ Ferritina	□ Linfociti:_____ □ PCR: _____ □ LDH:_____ □ Ddimero:_____ □ Potassiemia:_____ □ Ferritina

ECG: DATA_____ QTc_____ REFERTO_____

TERAPIA CONSEGNATA	□ Idrossiclorochina □ Clorochina □ Antibiotico: _____

CONSEGNA PROTOCOLLO TERAPEUTICO: □ SI

EDUCAZIONE AL PAZIENTE O CAREGIVER: □ SI

VISITA FINE TERAPIA data_____

SEGNI E SINTOMI **MEWS SCORE:** ◯	ETA': FC: FR: PA:	TC ascellare: Saturazione: Saturazione dopo test del cammino: VIGILANZA: □ SI □ NO

ESITO: □ MIGLIORAMENTO CLINICO □ RICOVERO

Data inizio compilazione:

MEDICO USCA:

(timbro e firma)

Scheda C.9 Domicilio

Prescrizione per il trattamento a domicilio di pazienti Covid-19 positivi

(Il presente modulo prescrittivo è inviato alla Farmacia ospedaliera dell'Azienda ULSS di riferimento del paziente al seguente indirizzo mail/fax.: _____)

Paziente: _____ Tel._____

Data di nascita: _____ C.F._____

Indirizzo_____ n. _____ Comune_____

Prov. _____

Medico di medicina Generale _____ Tel._____

USCA di riferimento _____ Distretto _____

Medico prescrittore _____ _____

Prescrizione

La prescrizione è effettuata secondo i criteri previsti nell'Allegato al "Protocollo terapeutico infezioni da SARS-Cov-2 della Regione Veneto. Versione vigente"

☐ **Idrossiclorochina** (Posologia: 1° giorno di terapia: 400 mg 2 volte al giorno; dal 2° in poi: 200 mg per 2 volte al giorno)
Durata trattamento: _____ n. compresse totale: _____

☐ **Clorochina (**Posologia: 250 mg per 2 volte al giorno)
Durata trattamento: _____ n. compresse totale: _____

Se applicabile, il Medico prescrittore dott _____dichiara di aver:

□ concordato la prescrizione con lo Specialista Infettivologo o Pneumologo :

dott. _____ UO/Ospedale _____ _____

Data _____/_____ /_____

Timbro e firma del Medico prescrittore

_____

Riservato alla Farmacia

Si consegna a _____ *il farmaco* _____ *n. compresse totale:* _____

Data _____/_____ /_____

Il Farmacista

_____

*Firma per ricevuta*_____

Scheda C.9 bis RSA /Ospedale di Comunità

Prescrizione per il trattamento nelle RSA/Ospedale di Comunità di pazienti Covid-19 positivi

(Il presente modulo prescrittivo è inviato alla Farmacia ospedaliera dell'Azienda ULSS di riferimento del paziente al seguente indirizzo mail/fax: _____)

***Medico prescrittore*: _____**

Prescrizione

Paziente	Farmaco	Posologia	N° compresse

La prescrizione è effettuata secondo i criteri previsti nell'Allegato al "Protocollo terapeutico infezioni da SARS-Cov-2 della Regione Veneto. Versione vigente"

Se applicabile, il Medico prescrittore dott _____dichiara di aver:

□ concordato la prescrizione con lo specialista infettivologo o pneumologo :

dott. _____ UO/Ospedale _____ _____

Data _____/_____ /_____

Timbro e firma del Medico prescrittore

_____

Riservato alla Farmacia

Si consegna a _____ il farmaco _____

n. compresse totale: _____

Data _____/_____ /_____

Il Farmacista

_____

Firma per ricevuta_____

Scheda C.10

Modulo di consegna a domicilio di clorochina 250 mg compresse / idrossiclorochina 200 mg compresse per il trattamento dell'infezione da Covid-19

Alla / Al Sig.a /Sig. Cognome e Nome: _____

Data di nascita: _____ C.F._____

Indirizzo _____ n. _____

Comune _____ Prov. _____ Tel._____

Sono state consegnate **n. compresse totale**: _____ per un totale di: _____ giorni di terapia

☐ **Idrossiclorochina**

Posologia: 1° giorno di terapia: 400 mg 2 volte al giorno; dal 2° in poi: 200 mg per 2 volte al giorno

☐ **Clorochina**

Posologia: 250 mg per 2 volte al giorno.

Data _____/_____ /_____

Timbro e firma del Medico

_____

Data _____/_____ /_____ Firma per ricevuta_____

Scheda C.11

MODULO DI CONSENSO INFORMATO ALLA TERAPIA

Io sottoscritta/o, (nome del paziente in stampatello)

COGNOME_____ NOME _____

CODICE FISCALE _____

sono stato informata\o **dal mio Medico di Medicina Generale**, il Dr. _____, che il farmaco _____, consigliatomi per il trattamento dell'**Infezione da Covid-19,** viene impiegato per una indicazione terapeutica diversa da quella autorizzata (*off-label,*). Poiché vi sono delle evidenze scientifiche che lo fanno ritenere idoneo e necessario alla mia condizione clinica, **il mio Medico di Medicina Generale** ritiene utile trattarmi con tale farmaco e si assume la responsabilità della terapia.

Mi sono state fornite notizie comprensibili sull'azione del farmaco, sui suoi possibili effetti collaterali, nonché sulla necessità di controlli clinici e di laboratorio necessari per monitorarli.

Avendo ricevuto le informazioni di cui sopra, acconsento volontariamente ad assumere tale terapia.

Qualora avessi necessità di ulteriori informazioni riguardanti il farmaco, o in caso di necessità, potrò contattare **il mio Medico di Famiglia** il Dr. _____

_____ in data ____/____/_____
(luogo)

_____
(firma del paziente / legale rappresentante / tutore)

_____
(nome del Medico in stampatello)

_____
(Timbro e firma del Medico di Medicina Generale)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 27/04/2020 | Protocollo n. 3683 Class. | Allegati n. 2

Oggetto: Parere in merito all'aggiornamento delle "Istruzioni Operative per la Sorveglianza del Personale del Sistema Sanitario Regionale (rev. 02 del 22.4.2020)" e sulle Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 Covid-19.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente, in riferimento agli allegati documenti in oggetto, si comunica che il Comitato Scientifico COVID-19, ex DGR n. 269 del 2.3.2020, ha espresso un giudizio favorevole.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 Covid-19 – Documento ad interim

Sommario

1. Premessa 3

2. Destinatari 3

3. Scopo del documento: indirizzi per la gestione della Fase 2 dell'epidemia COVID 19 nelle strutture sanitarie 4

4. Misure di prevenzione e compartimentazione 4

4.1 Modalità generali di accesso alle strutture ospedaliere/sanitarie 5

1) Limitazione degli accessi 5

2) Il distanziamento sociale 6

3) La prevenzione della trasmissione per via respiratoria 7

4) L'igiene delle mani 7

4.2 Accesso al Pronto Soccorso per prestazioni urgenti 7

4.3 Accesso in ospedale per ricovero d'urgenza 8

4.4 Accesso in ospedale per ricovero programmato 9

4.5 Attività chirurgica 9

4.5.1 Interventi chirurgici in emergenza 9

4.5.2 Interventi chirurgici urgenti 9

4.5.3 Interventi chirurgici programmati in regime di ricovero 9

4.5.4 Modalità operative per la sala operatoria 10

4.5.5 Interventi chirurgici indifferibili di pazienti Covid+ 10

4.6 Gestione organizzativa dei soggetti degenti in Area Covid 10

4.7 Accesso per prestazioni ambulatoriali 10

4.7.3 La gestione delle attese 11

4.8 Accessi per particolari tipologie di utenza 12

4.8.1 Persone con patologie oncoematologiche 12

A. Pazienti in follow-up 12

B. Pazienti in trattamento oncologico attivo (in regime ambulatoriale/DH) 12

C. Pazienti con patologia onco-ematologica e pazienti candidati a trapianti e a terapie oncologiche che prevedano l'uso profilattico di fattori di crescita granulocitari 12

4.8.2 Persone con patologie pneumologiche 12

4.9 Percorso nascita e pediatrico 13

A. Percorso nascita 13

B. Percorso per il paziente pediatrico 13

4.10 CUP e altri servizi al pubblico 14

4.10.1 Consegna e distribuzione farmaci 14

4.10.2 Punti prelievo 15

4.10.3 Diagnostica per immagini 15

4.10.4 Servizi di endoscopia digestiva 16

4.10.5 Servizi Obitoriali 16

4.11 Strutture Intermedie 16

4.12 Screening Oncologici 16

5. Riferimenti normativi e bibliografici 17

Allegato 1 18

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1. Premessa

Lo scenario epidemiologico determinato dalla pandemia da SARS Cov-2 ha reso necessaria un'ingente trasformazione dei processi di erogazione delle ordinarie prestazioni sanitarie delle strutture pubbliche e private accreditate, sia sul versante dei ricoveri ospedalieri che dell'attività ambulatoriale: sospensione dell'attività programmata come disciplinato dalla circolare regionale (area Sanità e Sociale) del 13.03.2020.

L'evoluzione dello scenario epidemiologico e la necessità di riavviare le attività cliniche sospese, dal 4 maggio rendono necessaria la predisposizione di linee di indirizzo atte a contenere il rischio di ripresa di focolai epidemici da COVID 19, mediante misure di prevenzione e protezione di tutti i soggetti che afferiscono alle strutture sanitarie, per esigenze di salute, di lavoro o di carattere sociale. Ciò richiede la definizione di misure adeguate ed omogenee in tutte le strutture sanitarie regionali, tali da orientare i comportamenti di tutti i soggetti interessati nei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie, utenti, operatori sanitari, fornitori, visitatori, volontari e quant'altri.

Poiché un'emergenza globale, come quella tuttora in corso, richiede risposte altrettanto globali, coordinate e integrate le misure sanitarie contenute in questo documento vanno armonizzate con quelle intraprese da altri soggetti istituzionali non sanitari, per ridurre al minimo l'impatto delle ricadute negative ricadute che un rischio sanitario determina sui diversi settori della vita sociale.

Tali misure comprendono anche un'adeguata formazione di tutto il personale coinvolto, cui potrà essere offerta la partecipazione alle numerose FAD prodotte dai diversi organismi istituzionali, con modalità di fruizione e riconoscimento dell'impegno orario che ogni Azienda sanitaria stabilirà in proprio.

Il presente documento costituisce una prima versione ad interim, valida a gestire il riavvio delle attività sanitarie nell'attuale scenario epidemiologico. Cambiamenti significativi della situazione epidemiologica o di altre variabili di contesto comporteranno una modifica del documento.

2. Destinatari

Il presente documento è diretto a tutte le Aziende Sanitarie regionali e alle strutture Ospedaliere private accreditate, ed in particolare alle rispettive Direzioni sanitarie, affinché forniscano le necessarie ed opportune direttive a:

- gli utenti/assistiti che vi afferiscono per le cure
- il personale sanitario, tecnico ed amministrativo operante nelle strutture sanitarie
- il personale delle ditte esterne che afferisce alle strutture sanitarie per servizio (addetti alle pulizie, dipendenti di cooperative di servizio, ecc.)
- operatori nei servizi di utilità interni alle strutture suddette e aperti alla cittadinanza (bar, punti ristoro, edicola, mensa, ecc.)
- i visitatori
- i fornitori
- i volontari ed altre figure coinvolte.

3. Scopo del documento: indirizzi per la gestione della Fase 2 dell'epidemia COVID 19 nelle strutture sanitarie

In questa fase epidemiologica, questo documento ha la finalità di:

- contenere il rischio di trasmissione del virus, al fine di limitare la morbosità e la mortalità dovute al rischio di riprese di focolai epidemici;
- ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali assicurando il mantenimento dei servizi essenziali.

L'obiettivo specifico del documento è quello di definire le linee di indirizzo da applicare nelle diverse articolazioni delle strutture sanitarie: ingresso, reparti, sale d'attesa, sale operatorie, spazi comuni, ambulatori, PS, ecc.

Poiché la manifestazione dell'infezione da Covid-19 è talvolta subdola, comprendendo un ampio spettro di segni/sintomi e quadri clinici, che vanno dal paziente completamente asintomatico o con sintomi lievi, al paziente con sintomatologia respiratoria critica con depressione respiratoria severa, shock, disfunzione multiorgano e morte, è di importanza assoluta l'identificazione ed intercettazione dei soggetti in grado di veicolare l'infezione, per evitare che entrino in contatto con quelli a rischio di contrarla, ivi compresi gli operatori sanitari.

4. Misure di prevenzione e compartimentazione

Al fine di minimizzare e ridurre la diffusione del Virus Sars Cov2, è indispensabile ripensare e ridefinire radicalmente i processi organizzativi e assistenziali, gli spazi e l'articolazione delle diverse attività sanitarie e amministrative all'interno delle strutture aziendali nell'arco della giornata e della settimana.

Al fine di prevenire l'infezione del virus Sars Cov2, si rende necessaria la formazione continua di tutto il personale operante in strutture sanitarie (medici, infermieri, operatori sanitari, etc.) in materia di prevenzione e controllo dell'infezione da Sars Cov2.

In linea di principio, gli ambiti da considerare nella definizione di queste misure per garantire le prestazioni sanitarie ed amministrative appropriate sono:

- l'accesso alle strutture sanitare deve avvenire, in linea di principio, previa **prenotazione**, sia per le prestazioni sanitarie che per quelle amministrative, privilegiando prioritariamente le attività da remoto
- le **modalità di accesso** delle persone alla struttura sanitaria, a seconda del tipo di soggetto, della finalità di accesso e delle attività/prestazioni che deve svolgere/fruire
- la **definizione di percorsi idonei** a veicolare, per quanto possibile ordinatamente, i flussi di persone, in modo da ridurre la promiscuità fra potenziali infetti e negativi
- le **misure** precauzionali, di prevenzione e di protezione dei diversi soggetti
- le **caratteristiche logistiche ed organizzative** di ogni singola struttura, nel rispetto della libertà di azienda di adeguare le misure di prevenzione e protezione ai propri contesti operativi
- la definizione delle **misure igieniche** di prevenzione negli ambienti

A tal fine si possono identificare, in linea generale, i seguenti percorsi/contesti/scenari operativi:

1. accesso delle persone (utenti e operatori) alla struttura sanitaria
2. accesso al PS per prestazioni urgenti
3. ricovero d'urgenza
4. ricovero programmato
5. attività chirurgica

6. gestione organizzativa dei soggetti degenti in Area Covid
7. attività ambulatoriale
8. percorsi particolari (oncologico, percorso pediatrico, percorso nascita, ecc.)
9. CUP e altri servizi al pubblico
10. servizio obitoriale
11. Strutture intermedie.

4.1 Modalità generali di accesso alle strutture ospedaliere/sanitarie

L'accesso alle strutture sanitarie deve avvenire, in linea di principio, previa prenotazione, sia per le prestazioni sanitarie che per quelle amministrative, privilegiando prioritariamente le attività da remoto al fine di garantire un accesso in condizioni di sicurezza igienico-sanitaria.
Ciò significa innanzitutto osservare il principio che alla struttura sanitaria accedono solo le persone che:

- *devono fruire di prestazioni sanitarie (urgenti o programmate) o amministrative*
- *devono far visita ad un congiunto*
- *vi lavorano come interni o esterni.*

Questo criterio comporta obbligatoriamente la regolamentazione degli accessi ed il mantenimento del complesso di misure di igiene e sanità pubblica funzionali al contenimento del rischio di trasmissione di microrganismi.
Le misure di regolamentazione dell'accesso all'ospedale comprendono in particolare:

1. la limitazione degli accessi ai casi di reale necessità;
2. il distanziamento sociale;
3. la prevenzione della trasmissione per droplet;
4. l'igiene delle mani.

L'applicazione di tali misure di prevenzione è richiamata anche dall'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 30 del 13 aprile 2020 e dovranno essere mantenute, al fine di prevenire la trasmissione dell'infezione da SARS-Cov 2, anche dopo la riduzione o la cessazione delle limitazioni all'accesso in ospedale/struttura sanitaria da parte della popolazione.

1) Limitazione degli accessi

- L'accesso delle persone alla struttura sanitaria e socio-sanitaria deve essere consentito solo a chi ne ha effettiva necessità, attraverso un limitato numero di varchi (possibilmente uno solo) tenendo conto dei volumi di afflusso ed in modo da evitare gli assembramenti o eccessivi disagi per l'utenza;
- gli ingressi per gli utenti vanno presidiati da personale incaricato che facendo sostare gli utenti a distanza di almeno 1 mt gli uni dagli altri avrà il mandato di:
  - verificare la reale necessità di accedere e le condizioni di salute della persona (temperatura e altre condizioni che controindichino l'ingresso);
  - verificare la dotazione di idonea copertura di naso e bocca, in assenza della quale viene fornita una mascherina alla persona, che va eventualmente aiutata a indossarla correttamente; si raccomanda di porre attenzione all'utilizzo corretto dei DPI, sottolineando come né operatori sanitari, né utenti devono circolare all'interno degli spazi comuni dell'Ospedale con maschera dotata di valvola di efflusso;
  - far eseguire l'igiene delle mani, fornendo il gel alcolico;

- l'accesso non è consentito agli accompagnatori, eccezion fatta per minori, disabili, utenti fragili, non autosufficienti e persone con difficoltà linguistiche-culturali, nel qual caso è consentito l'accesso ad un solo accompagnatore;
- in presenza di temperatura>37,5°C o di altre motivazioni che controindichino l'ingresso e/o in assenza di motivazioni valide, deve essere impedito l'accesso alla persona e/o all'eventuale accompagnatore;
- nel caso di utente che, pur in presenza di TC > 37,5°C e/o sintomi in atto, deve effettuare prestazioni sanitarie indifferibili, potrà essere fatto accedere ma tramite modalità dedicate, che ogni struttura potrà definire;
- è necessario che ogni azienda/struttura stabilisca propri criteri di identificazione delle categorie di persone che hanno accesso e/o sono autorizzate a circolare nella struttura (eventualmente anche mediante strumenti quali pass, braccialetto, adesivo, ecc.), in modo da ridurre al minimo potenziali rischi derivanti da flussi non controllati all'interno della struttura di persone di cui non è stata valutata la potenziale contagiosità. Di tale criterio dovrà essere data opportuna informazione a tutti gli utenti tramite i canali istituzionali (sito, cartellonistica, social-media ecc.).
- al personale dipendente che presenti sintomatologia respiratoria e/o febbre/febbricola (TC > 37,5°C) è fatto obbligo di rimanere al proprio domicilio; qualora la sintomatologia insorga durante il servizio, il dipendente deve avvisare immediatamente il responsabile dell'UO per l'immediato rientro al domicilio previa esecuzione del tampone nasofaringeo per la ricerca di nCoV-19.
  Detto personale va inoltre responsabilizzato sulla necessità di osservare scrupolosamente le disposizioni in materia di contenimento del contagio previste dai provvedimenti in vigore, con particolare riferimento all'impiego sia all'interno dell'ambiente di lavoro che negli spostamenti da e per il domicilio, degli idonei DPI, nonché di gel o altra soluzione igienizzante e delle misure di distanziamento sociale. In ogni reparto/servizio va documentata la presa d'atto di ogni dipendente di questi criteri e verificata la sua effettiva comprensione dei comportamenti da adottare in caso di segni/sintomi suggestivi di infezione respiratoria.

Oltre a quanto sopra, è necessario che ogni Azienda stabilisca orari di apertura/chiusura delle strutture, in parallelo con gli orari di svolgimento dell'attività sanitaria. Per gli ospedali, gli orari sono indicativamente dalle 7 alle 22, per le strutture distrettuali dalle 7.30 alle 19.30, ma potranno essere variati da ogni singola Azienda sulla base delle proprie necessità. Le aperture dovranno garantire la possibilità di esecuzione delle prestazioni ambulatoriali anche negli orari pre-festivo, festivo e serale. Al di fuori degli orari suddetti, l'accesso deve essere negato, salvo permessi particolari per situazioni contingenti, che devono essere di volta in volta autorizzati dal servizio interessato.
Gli Ospedali/Reparti COVID dovranno predisporre percorsi separati che evitino la possibilità del contatto fra gli utenti esterni ed i malati COVID.

2) Il distanziamento sociale

In tutti gli spazi ed i locali delle strutture sanitarie va assicurata una distanza fra le persone di almeno 1 mt, specie negli spazi comuni, che comprendono: sale d'attesa dei vari servizi/reparti, corridoi, le zone ristoro, i servizi igienici, gli spazi di attesa esterni aperti. Tali distanze vanno comunque commisurate anche alle caratteristiche dell'ambiente e alla circolazione dei pazienti all'interno degli stessi. Il personale preposto di ogni reparto/servizio/ambulatorio dovrà verificare che tale distanza sia rispettata da tutti.

È inoltre necessario raccomandare all'utenza e agli operatori, mediante appositi avvisi, la necessità di ridurre al minimo la permanenza negli spazi ristretti (ascensori, servizi igienici, antibagno).
Vanno inoltre confermate, per tutti, le norme per il rispetto delle distanze minime e delle altre misure di prevenzione in tutti gli spazi comuni (servizi di ristorazione, spogliatoi, ecc.).

3) La prevenzione della trasmissione per via respiratoria

Questa categoria di misure riguarda la protezione di naso bocca mediante la mascherina, l'utilizzo di fazzoletti di carta monouso per soffiarsi il naso e lo smaltimento dei fazzoletti sporchi negli appositi contenitori per rifiuti, che devono essere collocati nei punti strategici della struttura, accompagnandoli con apposita segnaletica. Subito dopo aver soffiato il naso è necessario lavarsi le mani con acqua e sapone o igienizzarle con soluzione alcolica.

4) L'igiene delle mani

È ormai acclarata la necessità di distribuire dispenser di gel alcoolico e adeguata cartellonistica nei punti strategici della struttura, per richiamare l'attenzione dell'utenza e degli operatori sulla necessità di procedere frequentemente ad igiene delle mani mediante lavaggio con acqua e sapone o con gel alcolico. Ad ogni accesso deve essere resa disponibile una congrua quantità di gel oppure deve essere individuato il servizio igienico più vicino al quale poter lavare le mani (vedi Rapporto ISS n° 4/2020 versione del 28/03/2020).

4.2 Accesso al Pronto Soccorso per prestazioni urgenti

In analogia con quanto già riportato nelle linee generali tutti gli operatori sanitari, gli utenti e gli eventuali accompagnatori autorizzati devono essere dotati di mascherina chirurgica e guanti per tutto il tempo di permanenza in Pronto Soccorso, dotando gli ambienti di cestini per i rifiuti a rischio infettivo a doppio sacco.In questa fase di riavvio progressivo dell'attività ordinaria risulta indispensabile che all'interno dei Pronto Soccorso siano mantenuti distinti e funzionalmente separati i percorsi di gestione e cura dei pazienti con e senza sintomi sospetti Covid-19 (percorso pulito e percorso sporco) al fine di ridurre al minimo le possibilità di contagio intraospedaliero. In relazione al prevedibile incremento degli accessi non Covid-19 rispetto alla fase attuale, in questa seconda fase si raccomanda di prevedere strategie rimodulative flessibili nell'utilizzo dei locali dei PS al fine di continuare l'azione di contenimento del contagio ma nel contempo di poter ripristinare progressivamente tutte le attività necessarie a dare una risposta efficace ai bisogni degli utenti.
Indipendentemente dalla modalità di arrivo tutti gli utenti che accedono al PS, come riportato nel diagramma di flusso (**allegato 1**), devono transitare in un area di pre-accettazione esterna alla struttura dove vengono identificati i pazienti con sintomi compatibili con Covid-19 (febbre e/o influenza like sindrome –ILI, tosse mal di gola difficoltà respiratoria) e, in tal caso, avviati alla valutazione all'interno al percorso compatibile Covid-19. In caso contrario è invece previsto l'avvio al percorso standard. Tutti gli operatori sanitari operanti nel percorso Covid-19 devono essere muniti degli idonei DPI come da procedura regionale.
Rimane di fondamentale importanza mantenere un elevato indice di sensibilizzazione dal parte del personale sanitario sul riconoscimento e l'intercettazione dei sintomi sospetti per Covid-19. In modo particolare risulta fondamentale promuovere l'attività clinica volta a stratificare il rischio del paziente con sintomi Covid-19 al fine di individuare precocemente gli utenti con alto rischio di sviluppare nel breve periodo un quadro clinico di insufficienza respiratoria acuta.

A tal proposito si raccomanda di prevedere, se non già attivata, una procedura interna che definisca un protocollo di gestione dei pazienti che accedono per una sintomatologia respiratoria associata a sintomatologia sistemica al fine di facilitarne il loro percorso in Pronto Soccorso. Si sottolinea l'importanza che all'interno della procedura stessa sia data particolare rilevanza alla stratificazione del rischio evolutivo del paziente, siano contenuti i criteri di ricovero previsti e le modalità di dimissione protetta.

L'utente che accede all'Ospedale per una prestazione urgente di PS:

- non potrà essere, di norma, accompagnata all'interno dei locali del PS da terze persone, eccezion fatta per minori, disabili, utenti fragili, non autosufficienti e persone con difficoltà linguistiche-culturali
- all'ingresso del PS dovrà essere sottoposta preliminarmente ad un pre-triage in un'area strutturalmente separata dal PS, per verificare le sue condizioni di salute in rapporto al COVID-19 (temperatura, sintomi, anamnesi per verificare la storia di malattie respiratorie pregresse o in corso), la dotazione di idonea copertura di naso e bocca, l'esecuzione di igiene delle mani/guanti, ecc., in assenza della quale viene fornita una mascherina ed eventualmente va aiutata la persona ad indossarla correttamente; l'area dedicata andrà realizzata in modo da consentire un regolare e fluido flusso degli utenti all'interno del servizio;
- in caso di sintomi/segni significativi di sospetta infezione respiratoria da Covid 19 il soggetto dovrà essere sottoposto a tampone naso-faringeo e sostare in spazi del PS dedicati e almeno funzionalmente separati, secondo un percorso distinto da quello per gli utenti ordinari fino all'arrivo del referto del tampone; nel caso in cui non sia necessario trattenere il paziente in osservazione, lo stesso potrà essere dimesso a domicilio;
- in caso di emergenza/urgenza che non consente di attendere il referto, la persona va trattata come infezione da Covid e gestita con tutte le precauzioni del caso;
- analogo approccio va previsto anche per le persone che giungono al PS in ambulanza, con la variante che il pre-triage va fatto al momento e sul luogo del soccorso; all'arrivo in PS, si adotterà il criterio di cui ai due punti precedenti;
- anche nelle aree comuni del PS devono essere rispettati i criteri distanza fra le persone di almeno 1 mt, agli utenti dovranno essere fatte rispettare le misure igieniche descritte e si darà l'indicazione di rimanere in sala di attesa;
- al termine dell'iter diagnostico per Covid, la persona potrà essere inviata a domicilio o essere ricoverata.

4.3 Accesso in ospedale per ricovero d'urgenza

Il ricovero urgente avviene normalmente con due modalità: dal PS e da un ambulatorio.
In entrambi i casi deve essere eseguito il tampone nasofaringeo ed in attesa del referto il paziente va trattato come Covid positivo e trattenuto in un'area dedicata ai casi sospetti, salvo diversa indicazione al trasferimento in una specifica area (es. Terapia Intensiva, Sub-Intensiva, Radiologia, Emodinamica, Sala Operatoria, ecc.).
Qualora, invece, debba essere sottoposto ad un trattamento d'emergenza, va considerato come un malato COVID e trasferito negli spazi/locali di diagnosi/trattamento osservando tutte le cautele del caso, pur considerando casi particolari quali la gestione del politrauma senza indicazione chirurgica emergente, richiedente un accoglimento in terapia intensiva.
Questo criterio comporta che ogni struttura debba identificare spazi e percorsi dedicati ad eventuali soggetti con infezione da COVID sospetta o accertata.

4.4 Accesso in ospedale per ricovero programmato

Il ricovero programmato deve prevedere nei giorni immediatamente precedenti l'esecuzione del tampone diagnostico, in regime di prericovero. Questo deve comprendere anche la considerazione della necessità o meno di procedere ad approfondimento diagnostico mediante Rx torace.
Il soggetto negativo segue il percorso di ricovero ordinario. Diversamente, qualora il tampone risulti positivo, il ricovero andrà evitato a meno della presenza di patologie tempo-dipendenti o di criticità cliniche non rinviabili.

4.5 Attività chirurgica

4.5.1 Interventi chirurgici in emergenza

Il paziente che deve essere sottoposto ad intervento chirurgico in emergenza, data l'impossibilità di attendere l'esito del tampone, viene gestito come se fosse un paziente Covid positivo.

4.5.2 Interventi chirurgici urgenti

Il paziente che accede al PS e necessita di un intervento chirurgico in urgenza esegue il tampone in Pronto Soccorso. L'attesa del risultato dovrà avvenire in un'area dedicata. Qualora, per motivi clinici, non sia possibile effettuare il test o attenderne il risultato, dovrà essere gestito come se fosse Covid positivo, con l'utilizzo dei DPI adeguati. Eventuali ulteriori accertamenti potranno essere di volta in volta stabiliti dal personale medico.
Nei casi di pazienti da sottoporre ad altre pratiche anestesiologiche che possono comportare la produzione di aerosol, si dovranno adottare le medesime precauzioni.

4.5.3 Interventi chirurgici programmati in regime di ricovero

- I pazienti elegibili ad intervento chirurgico verranno primariamente contattati per verificare l'assenza di febbre e/o sintomatologia respiratoria e di eventuali contatti con soggetti SARS-CoV-2 positivi.
- I pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico in elezione, saranno testati, nei giorni immediatamente precedenti il ricovero, con tampone naso faringeo per COVID ed eventualmente eseguiranno una radiografia del torace. I pazienti accederanno all'intervento chirurgico in elezione come pazienti no COVID in assenza di sintomatologia clinica, con tampone naso faringeo ed eventuale Rx torace negativi. I pazienti pediatrici e le donne in gravidanza non eseguiranno l'Rx torace ed accederanno in sala operatoria a fronte di tampone naso faringeo e visita medica negativi per COVID.
- Le indicazioni di cui sopra valgono anche per tutti i pazienti che dovranno sottoporsi a pratiche anestesiologiche in sedazione profonda e/o a procedure invasive anche non chirurgiche.
- Il paziente va invitato, per quanto possibile, a ridurre i contatti sociali o anche ad effettuare un isolamento domiciliare nelle due settimane antecedenti l'intervento allo scopo di giungervi in condizioni di maggiore sicurezza dal punto di vista infettivologico.
- Nel caso in cui il paziente risultasse Covid positivo, sarà necessario rivalutare l'indicazione all'intervento chirurgico; qualora esso risultasse improcrastinabile, andranno messe in atto tutte le misure precauzionali necessarie.

4.5.4 Modalità operative per la sala operatoria

Per quanto possibile, risulta necessario individuare sale operatorie e percorsi dedicati agli interventi ai pazienti Covid positivi.
In tutte le fattispecie di intervento, per una maggiore tutela degli operatori, in sala operatoria ne deve essere presente il minor numero possibile.
Tutte le procedure anestesiologiche dovranno essere effettuate in sala operatoria chiusa e con assenza di altri operatori non coinvolti direttamente nelle procedure. La sala operatoria deve rimanere chiusa e devono essere limitati gli ingressi/uscite.

4.5.5 Interventi chirurgici indifferibili di pazienti Covid+

❖ Transito verso il Blocco Operatorio

Nel percorso dalla stanza di degenza fino all'arrivo in sala operatoria e viceversa, il paziente deve indossare la mascherina chirurgica. Anche il personale addetto al trasporto del paziente deve essere dotato di idonei DPI.
L'utilizzo dell'ascensore, dedicato se possibile, deve essere limitato ai soli operatori coinvolti nel trasporto del paziente confermato di Covid-19. Altri pazienti/operatori pertanto non devono utilizzare contemporaneamente lo stesso ascensore.
Durante il percorso verso il Blocco Operatorio si raccomanda il corretto utilizzo dei guanti, in modo da non contaminare superfici comuni di contatto.
Ogni Azienda/Ospedale dovrà prevedere una specifica procedura per la gestione del paziente Covid in sala operatoria e del follow-up chirurgico.

4.6 Gestione organizzativa dei soggetti degenti in Area Covid

Ogni Azienda/struttura sanitaria dovrà dotarsi, secondo propri modelli organizzativi, di aree di degenza Covid, per le quali dovranno essere rispettate le seguenti indicazioni:

- L'accesso all'area di degenza dovrà essere riservato alle sole persone strettamente dedicate.
- I pazienti degenti in questa area non potranno ricevere visite e dovranno sottostare ad isolamento e alle relative misure.
- Dovranno essere limitate al minimo le consulenze in presenza e, per quanto possibile, si dovranno utilizzare le risorse della telemedicina.
- In questi ambienti la pulizia e la sanificazione degli ambienti dovranno avvenire applicando rigidamente le norme previste.

4.7 Accesso per prestazioni ambulatoriali

Per la programmazione dell'attività ambulatoriale andranno privilegiate le modalità erogazione di prestazioni a distanza (mediante telefono, videochiamata, videoconferenza, ecc.), specialmente per quanto attiene le visite di controllo, l'aggiornamento dei piani terapeutici, il follow-up.

L'orario di erogazione delle prestazioni ambulatoriali dovrà/potrà essere ampliato al massimo per limitare l'afflusso di persone e dovrà comprendere l'erogazione di prestazioni in orario serale, prefestivo e festivo.

All'atto della prenotazione l'utente verrà informato sulle modalità di accesso (vedi paragrafo dedicato alle modalità generali), sia per quanto attiene alla possibilità o meno di essere accompagnato e alla necessità di indossare DPI.

L'ingresso dell'utente in struttura per prestazioni ambulatoriali deve avvenire con i criteri indicati per le altre tipologie di accesso (PS, ricovero urgente, programmato) e questi dovrà recarsi a destinazione possibilmente attraverso percorsi predefiniti che consentano di minimizzare gli spostamenti all'interno della struttura.
L'ingresso in struttura:

- deve essere regolamentato come ogni altra persona che accede alla struttura (vedi Par. 4.1)
- non deve essere consentito prima di 15 minuti dell'orario della prestazione;
- non ammette, di norma, la presenza di accompagnatore, eccezion fatta per minori, disabili, utenti fragili, non autosufficienti e persone con difficoltà linguistiche-culturali.

Tali indicazioni/disposizioni valgono anche per gli accessi e le attese all'interno di tutte le strutture aziendali ed anche nel caso di prestazioni da eseguirsi in regime di libera professione.
L'adesione alle linee di indirizzo contenute in questo documento prevedono la comprensione delle stesse da parte dell'utenza e la piena collaborazione da parte di tutti i cittadini. Le autorità sanitarie delle Aziende Sanitarie regionali e delle Strutture Ospedaliere si impegnano a fornire comunicazione sulle misure intraprese che si rispettino principi di chiarezza, semplicità, efficacia, trasparenza e basate su criteri di evidenza.

4.7.3 La gestione delle attese

La gestione della sala d'attesa è analoga a quella degli spazi comuni. Dovrà prevedere, come da indicazioni generali, tutte le misure di protezione e distanziamento sociale già citate.
Nel corso della visita all'interno dell'ambulatorio si dovrà prevedere la presenza minima di personale che dovrà comunque indossare DPI adeguati.
Al termine della prestazione l'utente va invitato a lasciare quanto prima la struttura.
In tutte le aree ospedaliere dovranno essere messe in atto le seguenti misure organizzative per la gestione delle attese, in modo da contenere il numero di persone e consentire il distanziamento tra di esse:

- l'accesso alla sala d'attesa è regolato e consentito limitatamente al numero di persone che possono occupare i posti a sedere identificati come utilizzabili e riservati prioritariamente ai pazienti interessati alla visita; in caso di sovraffollamento, per quanto possibile, dovranno essere allontanati gli eventuali accompagnatori;
- il numero massimo delle persone presenti dovrà essere commisurato alla superficie e alle condizioni micro-climatiche dell'area d'attesa;
- le sedute vanno adeguatamente distanziate in modo da mantenere il distanziamento sociale;
- qualora utile, viene esteso l'utilizzo dell'eliminacode e l'uso di monitor anche nelle sale d'attesa, in modo da consentire la gestione delle chiamate anche a distanza;
- gli appuntamenti vanno maggiormente distanziati e distribuiti, per quanto possibile, tra mattina e pomeriggio e, di conseguenza, gli accessi dell'utenza vanno distribuiti in prossimità dall'orario di appuntamento;
- l'utente potrà accedere alla sala di attesa al massimo 15 minuti prima dell'appuntamento;
- nel caso di pazienti particolarmente fragili (es. oncologici, trapiantati) si dovrà prendere in considerazione l'opportunità di attivare percorsi separati rispetto agli altri utenti, con accesso ad ambulatori dedicati;
- In questa fase epidemiologica andrà inoltre valutata l'eventuale modalità di esecuzione di specifiche prestazioni ambulatoriali che possono generare aerosol.

4.8 Accessi per particolari tipologie di utenza

4.8.1 Persone con patologie oncoematologiche

I pazienti affetti da patologie onco-ematologiche, com'è noto, sono particolarmente suscettibili alle infezioni, per cui è auspicabile per loro l'attivazione di percorsi e di modalità di gestione della presa in carico dedicati.

A. Pazienti in follow-up

Per la gestione delle attività di follow-up andrà valutata la possibilità di esecuzione da remoto, la consultazione di esami non in presenza del paziente. La prestazione da remoto dovrà essere tracciata e andrà fornito al paziente un referto adeguato alla prestazione medesima.
Qualora non fosse possibile completare il follow-up con le modalità a distanza, l'accesso del paziente dovrà avvenire con tutte le precauzioni già dettagliate; andrà posta particolare attenzione all'utilizzo di percorsi dedicati e alle misure di prevenzione specifiche.

B. Pazienti in trattamento oncologico attivo (in regime ambulatoriale/DH)

Tutti i pazienti (esclusi i pazienti con patologia onco-ematologica, pazienti candidati a trapianti e a terapie oncologiche che prevedano l'uso profilattico di fattori di crescita granulocitari) vanno preventivamente informati della necessità di segnalare il giorno precedente l'accesso, la presenza eventuale di sintomi correlabili ad un'infezione respiratoria. In assenza di tali sintomi l'accesso potrà avvenire previa ulteriore misurazione della temperatura e l'adozione delle misure igieniche già previste all'ingresso in struttura.
Qualora l'accesso non sia consentito, sarà valutata l'indicazione all'esecuzione del tampone COVID 19 in base ai sintomi, il paziente comunque verrà inviato in isolamento domiciliare con invito a contattare il proprio MMG.

C. Pazienti con patologia onco-ematologica e pazienti candidati a trapianti e a terapie oncologiche che prevedano l'uso profilattico di fattori di crescita granulocitari

Per tale tipologia di pazienti è prevista l'esecuzione di tampone COVID19, che va eseguito nei giorni immediatamente precedenti l'accesso in struttura per la terapia.
Ogni singola UO metterà in atto tale procedura secondo le modalità più consone alla propria realtà e all'organizzazione strutturale delle singole Aziende.
Le successive fasi saranno gestite dal clinico di riferimento.
Per quanto attiene le sale di terapia, di attesa e gli spazi comuni, dovranno essere messe in atto opportune misure di distanziamento, se necessario anche mediante prolungamento dell'attività diurna, per un'adeguata distribuzione degli accessi.

4.8.2 Persone con patologie pneumologiche

Fermo restando quanto già indicato nella parte relativa all'area ambulatoriale, considerato che la maggior parte dei pazienti pneumologici verranno classificati "con sintomi", si ritiene evidenziare quanto segue:

- nelle aree di attesa dovrà essere previsto l'isolamento attraverso lo scaglionamento dei pazienti e la garanzia di spazi adeguati;

- negli ambulatori pneumologici dovranno essere adottate misure igieniche specifiche (per es pulizia del piano di lavoro, aerazione stanza, dopo un certo numero di pazienti, etc); pertanto le agende di prenotazione dovranno prevedere una dilazione della tempistica;
- dovrà essere realizzato un ambulatorio Covid-19 per i pazienti con sintomi persistenti (dispena da sforzo) dopo "guarigione" (es. richieste della Medicina preventiva per dipendenti sintomatici). Si ricorda che la persistenza di sintomi potrebbe indicare contagiosità, per cui si ritiene necessario l'individuazione di spazi dedicati, con gestione separata (sanificazione, etc...).

Spetterà al medico specialista, tenuto conto della fragilità del paziente, la scelta di posticipare l'esecuzione dei test di funzionalità respiratoria che potrebbero favorire il contagio. Quanto previsto si applica anche alla Medicina dello Sport.
Altresì vanno limitate tutte le indagini cruente, come biopsie polmonari o pleuriche o broncoscopie con biopsia e broncolavaggi, salvo la gravità del quadro clinico o del sospetto clinico.
Si rimanda a quanto già indicato di favorire il teleconsulto ove clinicamente possibile garantendo la tutela della privacy.

4.9 Percorso nascita e pediatrico

Vista la finalità del presente documento, che dà ulteriori indicazioni rispetto alla minimizzazione del rischio in fase di riavvio delle attività sanitarie, si danno di seguito alcune indicazioni di carattere generale rimandando, per il resto, alle specifiche procedure regionali già adottate e adattate al contesto locale.

A. Percorso nascita

L'accesso all'area di degenza di ostetricia andrà limitata, di norma, ad un solo visitatore e ad orari limitati; andranno attuate tutte le misure di contenimento della trasmissione virale già descritte.
Quale ulteriore misura di prevenzione della diffusione del virus, è raccomandata l'esecuzione del tampone naso-faringeo per ogni ricovero. In assenza del referto ogni prestazione urgente dovrà avvenire con le precauzioni appropriate.
Si raccomanda l'isolamento in stanza singola dei casi positivi.

B. Percorso per il paziente pediatrico

Premessa essenziale per ridurre il rischio di trasmissione del Sars COV2 è ridurre al minimo gli accessi dei soggetti in età pediatrica alle strutture, privilegiando le forme alternative già previste e la valutazione a distanza.
Il bambino che accede ai servizi sanitari potrà essere di norma accompagnato da un solo accompagnatore. L'accesso è previsto secondo i percorsi e con le modalità già stabiliti sia in urgenza che in elezione per gli altri tipi di pazienti.
Ogni struttura provvederà, dopo l'accesso, ad identificare uno specifico percorso per il bambino febbrile con sospetto COVID sia per la fase ambulatoriale che di ricovero.
Le procedure di ricovero devono ricomprendere l'esecuzione del tampone diagnostico al caregiver, riducendo al minimo il numero di persone che si alternano nell'assistenza al bambino.
Particolare attenzione andrà posta all'isolamento del bambino sospetto o positivo. Inoltre, vanno rafforzate le misure di sanificazione degli ambienti comuni (soggiorno) pur cercando di limitarne la frequentazione.

4.10 CUP e altri servizi al pubblico

Per l'attività di prenotazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, va in ogni modo favorito il canale di accesso telefonico (call center), se possibile con invio mediante email del promemoria di prenotazione; nei casi in cui l'utente ritenga di non poter evitare la prenotazione in modalità di front office, onde evitare situazioni imprevedibili di affollamento nelle sale di attesa dei CUP, l'accesso al servizio andrà preferibilmente gestito mediante preventivo accordo telefonico, o prenotazione per via telematica del giorno e dell'orario di presentazione allo sportello.
Per il pagamento del ticket, si dovrà privilegiare l'utilizzo dei servizi di pagamento on line o mediante riscuotitrice automatica, presidiando comunque i luoghi in cui avvengano tali operazioni, in modo da poter evitare situazioni di assembramento ed orientando, se del caso, gli utenti verso le attività di sportello cassa.
Sempre al fine di disciplinare il flusso degli utenti, la medesima modalità di programmazione dell'accesso agli sportelli dovrà essere adottata anche nelle strutture sanitarie, per i servizi di:

- distribuzione diretta di farmaci ed altri presidi socio sanitari (sacche, stomie, ecc.);
- scelta e revoca del Medico di Medicina Generale e/o del Pediatra di Libera Scelta (AUR), per cui potranno anche essere adottate modalità semplificate di interazione con l'utente, via posta elettronica o altri canali telematici;
- richiesta/riconoscimento delle esenzioni per patologia e per reddito;
- assistenza protesica;
- cure all'estero;
- sportello integrato;
- consegna referti;
- richiesta e ritiro di documentazione sanitaria
- ogni altra documentata esigenza degli utenti.

Tali modalità di accesso dovranno essere comunque messe in atto in ogni ambito di attività amministrativa aperta al pubblico in tutte le sedi aziendali.

4.10.1 Consegna e distribuzione farmaci

Come già disposto con nota prot. n.120472 del 13.03.2020, l'attività di distribuzione diretta dei farmaci dovrà essere limitata a quelli ad esclusiva distribuzione ospedaliera o comunque non inclusi nell'Accordo unico regionale DPC/Farmacup, distribuiti ai sensi della L. 405/2001, erogando fino a tre mesi di terapia dopo la dimissione da ricovero o a seguito di visita specialistica.

Dovrà altresì essere garantita una programmazione degli accessi dei pazienti presso i punti di distribuzione, favorendo quanto più possibile, il ritiro in prossimità del domicilio del paziente, garantendo tutte le misure di sicurezza necessarie, o attivare percorsi di consegne a domicilio.

A riguardo, si segnala il recente accordo stipulato tra la Regione del Veneto l'Associazione della Croce Rossa Italiana – Organizzazione di Volontariato, Comitato regionale del Veneto, di cui alla DGR n.425 del 7.4.2020, per la consegna di farmaci o dispositivi medici/ausili al domicilio della popolazione con patologie correlate al virus Covid-19 o con patologie pregresse o comunque impossibilitata al ritiro dei farmaci o dispositivi medici/ausili oggetto di "distribuzione diretta".

Rimangono altresì valide tutte le disposizioni già emanate inerenti le proroghe della validità dei piani terapeutici dei farmaci, in accordo con quanto definito da AIFA, nonché quanto già stabilito per i Piani terapeutici di pazienti affetti da malattia rara, e per la prescrizione ed erogazione di ossigenoterapia domiciliare.

Per quanto riguarda l'Assistenza integrativa di cui al DPCM 12.1.2017 – art.10

- *dispositivi per i pazienti affetti da malattia diabetica compresi i microinfusori;*

- *dispositivi monouso (per pazienti con stomie, tracheostomizzati/laringectomizzati, con incontinenza urinaria o fecale cronica);*
- *alimenti ai fini medici speciali alle persone affette da malattie metaboliche e da fibrosi cistica;*
- *prodotti dietetici a favore delle persone affette da nefropatia cronica;*
- *preparati addensanti a favore delle persone con grave disfagie;*
- *alimenti per soggetti celiaci*

fermo restando le disposizioni già fornite, si proroga anche al mese di giugno 2020 l'erogazione dei dispositivi dovrà essere garantita limitando ogni altro percorso autorizzativo, e compatibilmente con l'organizzazione aziendale, favorendone la consegna domiciliare, laddove applicabile. Se tale disposizione non potrà essere applicata, sarà quindi necessario adottare tutte le misure/strumenti idonei per garantire il distanziamento e la protezione dell'utenza e del personale di servizio per l'erogazione presso le strutture aziendali. Deve essere previsto un adeguato spazio per l'attesa nel rispetto delle disposizioni vigenti, quali il distanziamento degli utenti, il controllo degli accessi, le protezioni individuali.

Con riferimento ai pazienti celiaci si prorogano per il mese di giugno le indicazioni già fornite per la trasmissione telematica del buono cartaceo alla farmacia/esercizio abilitato e considerate altresì le limitazioni ad oggi ipotizzate per la cosiddetta "fase 2" di ridotta mobilità iter regionali, sono da ritenersi altresì prorogate per il mese di giugno p.v. le modalità attuative già fornite in merito alla emergenza inerenti alla fornitura delle prestazioni di assistenza integrativa ai pazienti residenti fuori dalla regione del Veneto qualora fossero impossibilitati a rientrare presso il proprio domicilio e ad accedere alla fornitura nella propria regione.

4.10.2 Punti prelievo

Gli accessi ai punti prelievo di materiali biologici (sia in ospedale che in altre sedi) devono essere regolamentati attraverso **prenotazione**, ampliando opportunamente le fasce orarie e la distribuzione nelle stesse, in modo da ottenere il distanziamento effettivo delle persone.
Al momento della prenotazione dovranno essere fornite agli utenti adeguate informazioni sui comportamenti adeguati da tenere per essere ammessi alle sale prelievi.
Nelle sale d'attesa, nella fase di pre-accettazione e di accettazione dovranno essere rispettate tutte le misure igieniche indicate per l'attività ambulatoriale.
Le risposte dei referti di laboratorio sono attualmente disponibili per via telematica tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico; qualora non accessibili online, su espressa richiesta dell'interessato, potranno essere inviate per posta.
L'accesso alle strutture intermedie deve essere effettuato con le modalità previste per ogni altra struttura sanitaria, con garanzia di separazione dei percorsi e con il mantenimento di tutte le precauzioni e indicazioni precedentemente fornite per le altre tipologie di struttura.

4.10.3 Diagnostica per immagini

Gli accessi devono essere regolamentati in modo da soddisfare tutte le caratteristiche esplicitate per le sale d'attesa garantendo la fase di pre-accettazione ed accettazione come riportato nella sezione ambulatoriale.
Per gli accessi urgenti nell'ambito dell'attività per il Pronto Soccorso, in analogia a quanto già definito nel presente documento nella sezione dedicata, si raccomanda vengano realizzati percorsi distinti e preferenziali che garantiscano l'assenza di promiscuità con gli altri utenti esterni o pazienti ricoverati.

Vanno concordati con le Unità Operative di degenza percorsi e modalità di preparazione del paziente tali da garantire una presa in carico appropriata con riduzione dei tempi di stazionamento presso la diagnostica.
Le risposte dei referti degli esami strumentali sono attualmente disponibili per via telematica tramite il Fascicolo Sanitario Elettronico e qualora non accessibili online, su espressa richiesta dell'interessato, potranno essere inviate per posta al domicilio dell'utente.

4.10.4 Servizi di endoscopia digestiva

Gli operatori sanitari coinvolti nell'attività endoscopica risultano ad aumentato rischio di contrarre l'infezione a causa della trasmissione della stessa mediante le air droplets, contatti congiuntivali, contaminazione tattile e possibile trasmissione oro-fecale.
Il migliorare della situazione clinica della pandemia non corrisponde ad una scomparsa del rischio di trasmissione dell'infezione. A questo si contrappone la necessità di riprogrammare un'attività, anche se parzialmente ridotta, da parte dei Servizi di Endoscopia utilizzando particolare attenzione alla rielaborazione dell'attività endoscopica mediante opportune misure di sicurezza del personale sanitario e degli utenti.
Gli accessi devono essere regolamentati in modo da soddisfare tutte le caratteristiche esplicitate per le sale d'attesa garantendo la fase di pre-accettazione ed accettazione come riportato nella sezione ambulatoriale compresa la zona risveglio qualora sia stato fatto ricorso a procedure in sedazione.

4.10.5 Servizi Obitoriali

Vanno rispettate le indicazioni ministeriali inviate dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria con nota del 02.04.2020.
L'accesso alle sale di esposizione delle salme va autorizzato nel rispetto delle norme di distanziamento sociale ed, in genere, di prevenzione della trasmissione del Sars Cov2, come per l'accesso ad ogni struttura sanitaria. Va, pertanto, definito un numero massimo di persone che possono accedere a ciascuna camera ardente e comunicato alle imprese di onoranze funebri.

4.11 Strutture Intermedie

L'accesso alle strutture intermedie (Ospedali di comunità, Unità Riabilitative territoriali ed Hospice) deve essere effettuato con le modalità previste per ogni altra struttura sanitaria, con garanzia di separazione dei percorsi e con il mantenimento di tutte le precauzioni e indicazioni precedentemente fornite per le altre tipologie di struttura.
Negli Hospice, nei quali presumibilmente possano esservi flussi di famigliari di pazienti terminali, andranno osservate misure di prevenzione ancora più rigorose, che ogni struttura attuerà in base alle proprie caratteristiche logistiche e organizzative.

4.12 Screening Oncologici

Riapertura di tutti e tre gli screening oncologici, fornendo alcune indicazioni di carattere generale, ed altre specifiche per ciascuna tipologia di screening:
Indicazioni generali:
Riprendere l'attività a partire dai soggetti per i quali gli appuntamenti erano stati sospesi per emergenza COVID, prevedendo la spedizione del primo gruppo di inviti a partire dal 28.04, seguendo in linea generale le modalità di selezione degli utenti proposte dal software regionale screening.

Garantire con ogni strumento disponibile la massima occupazione dei posti disponibili (ad es: attivazione portale screening per la gestione on-line dell'appuntamento da parte dei cittadini)
Prevedere un distanziamento maggiore degli appuntamenti, cadenzare l'orario di invito che riduca l'afflusso di persone nelle sale di attesa, e incrementare il numero di interventi di disinfezione di locali e di strumentazione (ad es: mammografi)
Indicazioni specifiche:

- Screening colorettale: rallentamento dell'invio degli inviti per SOF, per gestire opportunamente le sedute di colonscopia nei soggetti positivi. Rinforzo agli endoscopisti di maggior adesione alle raccomandazioni europee per il follow-up, per ottimizzare il carico endoscopico.
- Screening mammografico: distanziamento maggiore degli appuntamenti, schedulazione degli inviti in modo da ridurre il più possibile l'afflusso di persone nelle sale di attesa; esclusione dagli inviti, per il primo periodo, dei soggetti di età superiore a 65 anni, in attesa di valutazione sulla stabilizzazione dello scenario epidemiologico
- Screening cervicale: avvio del progetto di auto campionamento nell'ULSS 9, che potrebbe rappresentare una soluzione percorribile su tutto il territorio regionale. Per le altre realtà: distanziamento degli appuntamenti e schedulazione degli inviti in modo da ridurre il più possibile l'afflusso di persone nelle sale di attesa

5. Riferimenti normativi e bibliografici

1. Indicazioni *ad interim* per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2; Rapporto ISS 2/2020 versione del 28 marzo 2020
2. ISS. Indicazioni *ad interim* per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Rapporto 4/2020, versione 17 aprile 2020.
3. DL n° 18/2020
4. Procedura regionale Nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) Rev. 03 del 13 marzo 2020
5. WHO Regionale Office for Europe. Strengthening and adjusting public health measures throughout the COVID-19 transition phases. Policy considerations for the WHO European Region. 24 april 2020

Allegato 1

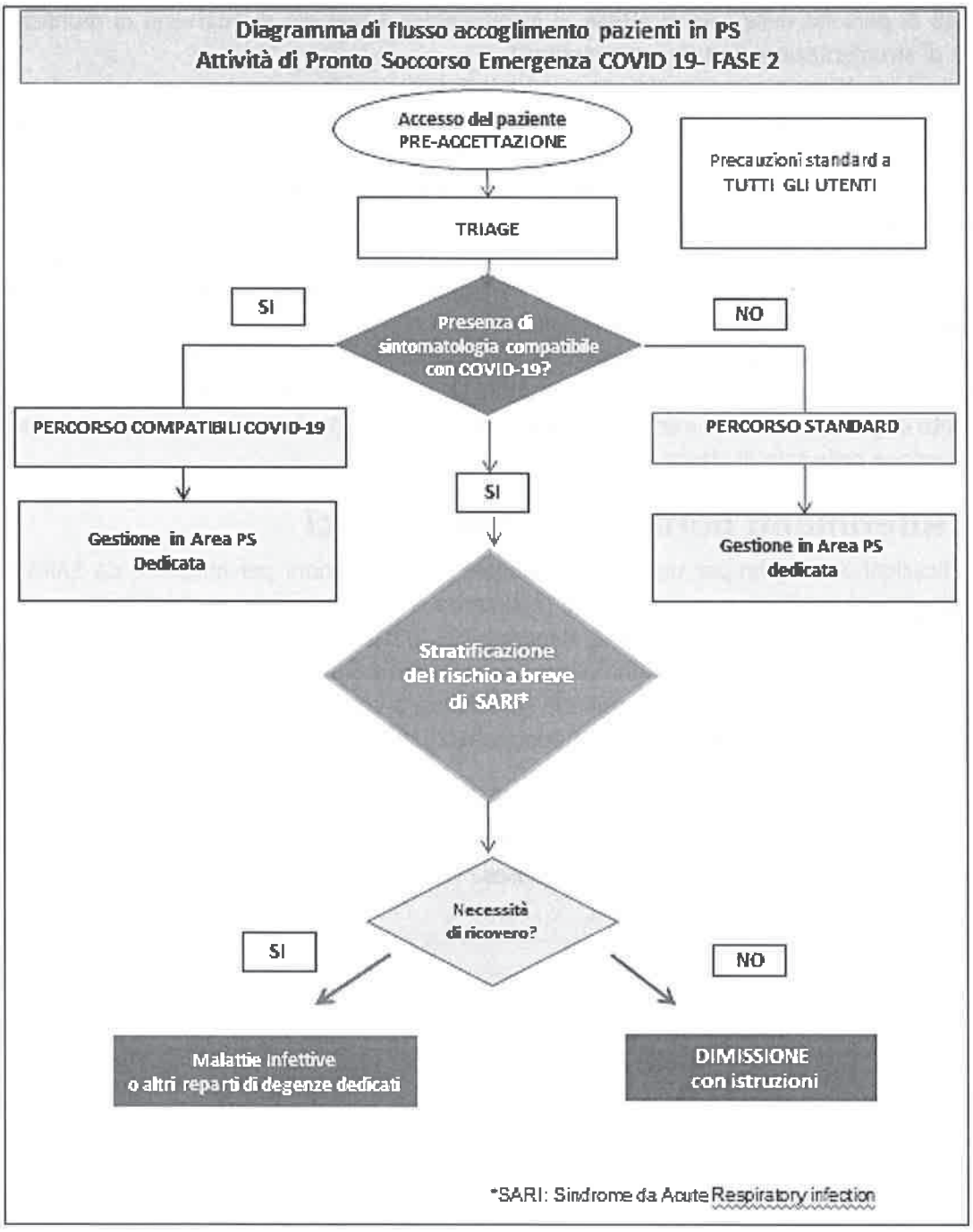


Diagramma di flusso accoglimento pazienti in PS
Attività di Pronto Soccorso Emergenza COVID 19- FASE 2
Accesso del paziente
PRE-ACCETTAZIONE
Precauzioni standard a
TUTTI GLI UTENTI
TRIAGE
SI
Presenza di
sintomatologia compatibile
con COVID-19?
NO
PERCORSO COMPATIBILI COVID-19
PERCORSO STANDARD
SI
Gestione in Area PS
Dedicata
Gestione in Area PS
dedicata
Stratificazione
del rischio a breve
di SARI*
Necessità
di ricovero?
SI
NO
Malattie infettive
o altri reparti di degenze dedicati
DIMISSIONE
con istruzioni
*SARI: Sindrome da Acute Respiratory infection

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2)

Istruzioni Operative per la Sorveglianza del Personale del Sistema Sanitario Regionale

Rev. 02 del 22.04.2020

Il presente documento ha lo scopo di definire una linea di indirizzo rispetto ai seguenti scenari:

1. personale socio-sanitario a contatto con un caso confermato di COVID-19 senza l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuali (DPI) raccomandati;
2. screening per SARS-CoV-2 del personale sanitario;
3. indicazioni sull'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuali.

CONTATTO CON UN CASO CONFERMATO COVID-19 SENZA DPI RACCOMANDATI

In accordo con quanto previsto dall'art. 7 Sorveglianza Sanitaria del DECRETO-LEGGE 9 marzo 2020, n. 14 "*Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*", si è provveduto alla redazione del presente documento.

Le seguenti indicazioni hanno lo scopo di definire una linea di indirizzo sulla gestione del personale socio-sanitario che ha avuto un contatto stretto con caso confermato di COVID-19 senza l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuali raccomandati dalla normativa nazionale. Tale situazione si può verificare per esempio per ritardata comunicazione del paziente di sintomi respiratori o di dati epidemiologici rilevanti o per contatti dell'operatore/personale esterni all'ospedale e/o all'ambiente lavorativo.

Applicazione

Si riportano qui di seguito le istruzioni operative per la corretta gestione del personale di tutti e quattro i ruoli (sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo) occupati presso le strutture del Servizio Sanitario e Socio-Sanitario Regionale, indipendentemente dall'inquadramento contrattuale (ivi compresi Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Medici Liberi Professionisti che operano in convenzione con il Sistema Sanitario Regionale, oltre che Farmacisti ed altri operatori delle farmacie pubbliche e private convenzionate), con storia di possibile contatto con un caso di COVID-19. Lo scopo è il mantenimento dei Servizi Essenziali finalizzati alla cura e all'assistenza della popolazione della Regione del Veneto garantendo nel contempo la sicurezza del personale in relazione alle condizioni di potenziale e/o possibile esposizione a COVID-19 .

Per i **dipendenti già collocati in isolamento domiciliare fiduciario**, prima del presente provvedimento e per i quali sia stata accertata la negatività al tampone per COVID-19, al fine del rientro in servizio, dovrà essere disposta la chiusura dell'infortunio della malattia (in base al giustificativo usato per l'assenza) con la previsione del loro rientro anticipato in servizio.

Indicazioni operative

E' compito della **Direzione Sanitaria** la verifica, a seguito della conferma di caso di COVID-19 in ambito ospedaliero o non ospedaliero, di quali operatori/personale sanitario siano venuti a contatto con il "caso" in ambito lavorativo senza l'utilizzo dei DPI raccomandati o con il "caso" in ambito extra lavorativo. Valutata l'effettiva esposizione, dispone la trasmissione dell'elenco degli operatori da sottoporre a sorveglianza al Medico Competente (o ad altro servizio in base all'organizzazione aziendale), attraverso l'invio dei seguenti dati: nome, cognome e data di nascita, residenza e/o domicilio, contatto telefonico e indirizzo e-mail.

Il **Medico Competente** (o altro servizio in base all'organizzazione aziendale) provvede a contattare gli operatori (di tutti e quattro i ruoli) per il primo accertamento anamnestico. Si procede come segue:

	PROVVEDIMENTO	SOGGETTO ATTUATORE
OPERATORE SINTOMATICO	**TAMPONE**	**DIREZIONE SANITARIA** con supporto del servizio del Medico Competente (o di altro servizio secondo l'organizzazione aziendale)
	Se **TAMPONE POSITIVO**: non ammissione al lavoro, isolamento fiduciario per 14 giorni, in auto sorveglianza.	
	Se **TAMPONE NEGATIVO**: non ammissione al lavoro, isolamento fiduciario in autosorveglianza. Rivalutazione alla risoluzione dei sintomi con esecuzione di un nuovo tampone.	
OPERATORE ASINTOMATICO	**TAMPONE**	**DIREZIONE SANITARIA** con supporto del servizio del Medico Competente (o di altro servizio secondo l'organizzazione aziendale)
	Se **TAMPONE POSITIVO**: non ammissione al lavoro, isolamento domiciliare fiduciario per 14 giorni, in auto sorveglianza.	
	Se **TAMPONE NEGATIVO**: **ammissione al lavoro** con utilizzo di DPI e mascherina chirurgica; automonitoraggio delle condizioni cliniche. **RIPETIZIONE DEL TAMPONE: al 5° giorno e, in caso di ulteriore negatività, al 10° e al 14° giorno** dal contatto stretto con il caso. Nel caso in cui insorgano sintomi o tampone positivo, l'operatore è sospeso dall'attività lavorativa e viene sottoposto ad isolamento fiduciario per 14 giorni in sorveglianza attiva con eventuale rivalutazione. Nel caso in cui compaiano sintomi seguire procedure per operatore sintomatico.	
OPERATORE ASINTOMATICO SENZA STORIA DI POSSIBILE CONTATTO STRETTO	**AMMISSIONE AL LAVORO**	**DIREZIONE SANITARIA** con supporto del servizio del Medico Competente (o di altro servizio secondo l'organizzazione aziendale)

In assenza di sintomi e in attesa dell'esecuzione e dell'esito del tampone non è prevista l'interruzione dal lavoro purché vengano correttamente utilizzati i Dispositivi di Protezione Individuali raccomandati.

L'indicazione e la frequenza di effettuazione del tampone sui dipendenti, contatti di caso COVID-19, potrà basarsi sulla valutazione del rischio effettuata o dall' U.O. Malattie Infettive o dalla Direzione Sanitaria con il supporto del servizio del Medico Competente o di altro servizio sulla base dell'organizzazione aziendale. Tale valutazione terrà conto del tipo di contatto e stabilirà la tempistica di effettuazione del test diagnostico.

Si ribadisce, inoltre, che nei Laboratori autorizzati per le analisi dei tamponi, la presentazione di campioni afferenti a personale sanitario dovrà ottenere **priorità assoluta** e la comunicazione del risultato dovrà avvenire in un arco di **tempo massimo di 36 ore**.

Sorveglianza degli operatori

La Direzione Sanitaria deve sensibilizzare tutti gli operatori affinché provvedano alla segnalazione nel più breve tempo possibile alla Direzione Medica dell'insorgenza di sintomatologia respiratoria (sia essa intervenuta in occasione di lavoro che non) per l'attuazione delle specifiche indicazioni regionali in relazione al quadro sintomatico e a potenziali/possibili esposizioni.

Ne deriva che gli operatori sanitari si auto monitorano e sospendono l'attività nel caso di sintomatologia respiratoria o esito positivo per COVID-19.

Si rende necessario precisare che:

- l'operatore sanitario o altra persona impiegata nell'assistenza di un caso sospetto o confermato di COVID-19 **NON è da considerarsi "CONTATTO" quando l'attività assistenziale viene condotta con l'utilizzo completo e corretto dei Dispositivi di Protezione Individuale.**
- se l'operatore sanitario ha svolto l'attività di assistenza senza gli adeguati DPI o il contatto con caso sospetto o confermato di COVID-19 è avvenuto in ambito extra lavorativo, si DEVE procedere all'esecuzione del tampone.

Per gli operatori risultati positivi al tampone, al termine del periodo di isolamento domiciliare fiduciario per definire "guarito" il soggetto, bisogna acquisire la negatività di due tamponi eseguiti a distanza di 24 ore.

SCREENING DEGLI OPERATORI SANITARI PER SARS-CoV-2

Si propone il seguente **protocollo pilota per lo screening** del personale del Sistema Sanitario Regionale e per le categorie previste dalla DGR 344/2020 impegnato in attività a potenziale rischio di esposizione a SARS-CoV-2. Il protocollo è delineato in base al livello di rischio espositivo valutato dalle Direzioni Sanitarie di ogni singola Azienda, in base alla propria organizzazione.

Target	Tampone nasofaringeo	Test sierologico
Operatori sanitari dei Reparti a rischio: Pronto Soccorso, Terapia Intensiva, Sub-Intensiva, Malattie Infettive, altro reparto considerato a rischio	Ogni 10 giorni	Sierologia secondo programma sperimentale
Operatori sanitari delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)	Ogni 10 giorni	
Operatori sanitari dei Reparti ospedalieri non a rischio	Ogni 20 giorni	Ogni 10 giorni
MMG/PLS	Ogni 20 giorni	Ogni 10 giorni
RSA: Ospiti Operatori sanitari **Centri diurni:** Operatori sanitari	Ogni 20 giorni	Ogni 10 giorni
Farmacisti	Ogni 20 giorni	Ogni 10 giorni
Personale amministrativo del SSR	Ogni 30 giorni	

Si precisa, considerato che i test sierologici risultano importanti nella ricerca e nella valutazione epidemiologica ma che il loro uso nell'attività diagnostica di infezione in atto necessita di ulteriori evidenze, che in caso di esito positivo, per confermare l'infezione o la presenza di immunità specifica, deve essere effettuato il tampone nasofaringeo che è l'unico test che attualmente viene riconosciuto come test diagnostico.

Per lo stesso motivo si raccomanda, inoltre, ai soggetti risultati negativi al test sierologico di continuare ad utilizzare comunque ogni misura sociale e idonei Dispositivi di Protezione Individuale.

INDICAZIONI PER UN UTILIZZO DELLE PROTEZIONI PER INFEZIONE DA SARS-COV-2 NELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE (ASSISTENZA A SOGGETTI AFFETTI DA COVID-19)

In premessa si richiama quanto indicato nel DPCM del 1 marzo 2020 – art. 3 comma 1 lettera a) e nel Decreto Legge n. 9 del 2 marzo 2020 – art. 34 comma 3.

È documentato che le persone maggiormente a rischio di infezione da SARS-CoV-2 sono coloro che sono stati a contatto stretto con paziente affetto da COVID-19 o coloro che si prendono cura di pazienti affetti da COVID-19, in primis gli operatori sanitari impegnati in assistenza diretta ai casi, e il personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni biologici di un caso di COVID-19, senza l'impiego e il corretto utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuali raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei.

Risulta, pertanto, di fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale siano opportunamente formati e aggiornati in merito alle modalità e ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19.

Le indicazioni fornite hanno fatto riferimento alle più consolidate evidenze scientifiche ad oggi disponibili a tutela della salute dei lavoratori e dei pazienti e agli orientamenti delle più autorevoli organizzazioni internazionali, tra cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità, sulle vie di trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 (attraverso droplet e per contatto, ad eccezione di specifiche manovre e procedure a rischio di generare aerosol), indispensabili per stabilire le priorità.

Le posizioni delle agenzie internazionali sulle raccomandazioni sono differenziate, ma al momento anche CDC (con un documento del 10 marzo 2020) ed ECDC (17 marzo 2020) che avevano adottato un atteggiamento precauzionale, non escludendo in via teorica e in assenza di consolidate evidenze una trasmissione per via aerea, si sono allineate sull'uso in sicurezza delle mascherine chirurgiche (dispositivi medici opportunamente certificati e preferibilmente del tipo IIR o equivalente) in assenza o scarsa disponibilità di filtranti facciali (FFP) ad eccezione delle attività che prevedano manovre e procedure a rischio di generare aerosol in cui risulta necessario l'uso dei FFP.

Lo scenario emergenziale COVID-19 è caratterizzato in questa fase da una grave carenza di disponibilità e possibilità di approvvigionamento di DPI nel mondo. I FFP devono dunque essere resi disponibili, secondo un criterio di priorità, agli operatori a più elevato rischio professionale che svolgano manovre e procedure in grado di generare aerosol o che operino in un contesto di elevata intensità assistenziale e prolungata esposizione al rischio (ad es. il contatto è di tipo

ripetuto o continuativo, tale da aumentare il tempo complessivo di esposizione sia in ospedale che in altri ambiti assistenziali territoriali, come per gli operatori del territorio coinvolti nella assistenza medica ripetuta e/o continuata di casi sospetti e confermati di COVID-19).

Si riporta di seguito la Tabella 1. tratta dal Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 del Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni *"Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2"* – aggiornato al 28 marzo 2020.

Tabella 1. DPI raccomandati per la prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 per contesto lavorativo e destinatari dell'indicazione. [In tutti gli scenari, in base alla valutazione del rischio, considerare l'uso di camici idrorepellenti. E' possibile usare un grembiule monouso in assenza di camice monouso].

Contesto di lavoro	**Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)**	**Attività**	**Tipologia di DPI o misure di protezione**
Aree di degenza			
Stanza di pazienti COVID-19[1]	Operatori sanitari (si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Assistenza diretta a pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica o FFP2 in specifici contesti assistenziali[2] Camice monouso/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Procedure o setting a rischio di generazione di aerosol[3]	FFP3 o FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esecuzione tampone oro e rinofaringeo (stessi DPI anche per tamponi effettuati in comunità)	FFP2 o mascherina chirurgica se non disponibile Camice/grembiule monouso Occhiali di protezione (occhiale a

			mascherina/visiera) Guanti
	Addetti alle pulizie (si raccomanda riduzione al minimo del numero di addetti esposti; formazione e addestramento specifici)	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse
	Visitatori (necessario limitare l'accesso)[4]	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19, qualora eccezionalmente permesso	Mascherina chirurgica Camice monouso Guanti
Altre aree di transito e trasporto interno dei pazienti (ad esempio reparti, corridoi)	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Nessuna attività che comporti contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI[5] Indossare mascherina chirurgica e guanti monouso solo in caso di trasporti prolungati (tempo superiore a 15 minuti)
Aree di degenza senza pazienti COVID accertati o sospetti, incluse unità di lungodegenza, Day Hospital, Day Services	Operatori sanitari	Contatto diretto con pazienti non sospetti COVID-19	DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria attività
Triage (in ambito ospedaliero per accettazione utenti)	Operatori sanitari (si raccomanda riduzione al minimo del numero di esposti; formazione e addestramento specifici)	Screening preliminare che non comporta contatto diretto	Vetrata Interfono citofono. In alternativa mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro se possibile o indossare mascherina chirurgica
		Screening con contatto diretto paziente COVID-19 positivo o sospetto	Mascherina chirurgica Camice monouso/grembiule monouso Guanti monouso Occhiali/visiera protettivi

	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere una distanza dall'operatore di almeno 1 metro (in assenza di vetrata e interfono) Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente Isolamento in stanza singola con porta chiusa e adeguata ventilazione se possibile; alternativamente, collocazione in area separata sempre a distanza di almeno 1 metro da terzi
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza dagli altri pazienti di almeno 1 metro
Laboratorio locale o di riferimento regionale e nazionale ISS	Tecnici di laboratorio (si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Manipolazione di campioni respiratori	Laboratorio BSL di classe 3 (coltura per isolamento del virus) con procedure e DPI conseguenti Laboratorio BSL di classe 2 (diagnostica con tecniche di biologia molecolare) con procedure e DPI conseguenti
Aree amministrative	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Attività amministrative che non comportano contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza dagli utenti di almeno 1 metro

[1]In UTI l'operatore che passa da un paziente ad un altro effettuando procedure differenziate dovrebbe indossare sempre FFP2/FFP3, per un minor consumo di dispositivi o FFP3 o Powered Air Purifyng Respirator (PAPR) o sistemi equivalenti

[2]In contesti assistenziali ove vengono concentrati numerosi pazienti COVID-19, se sottoposti a CPAP/NIV, è necessario il ricorso a FFP2. Anche laddove non sia praticata CPAP/NIV è comunque preferibile, ove disponibili, il ricorso a filtranti facciali in base a una appropriata valutazione del rischio che tenga conto anche del significativo incremento del tempo di esposizione, effettuata a livello della struttura dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente

[3]Ad esempio rianimazione cardiopolmonare, intubazione, estubazione, broncoscopia, induzione di espettorato, terapie in grado di generare nebulizzazione, NIV, BiPAP, CPAP, tampone nasofaringeo (anche effettuato in comunità)

[4]I visitatori al momento della redazione di questo documento non sono consentiti in base alla circolare del Ministero della Salute del 24/2/2020. Se i visitatori devono entrare nella stanza di un paziente con COVID-19, devono ricevere istruzioni

chiare su come indossare e rimuovere i DPI e sull'igiene delle mani da effettuare prima di indossare e dopo aver rimosso i DPI; questo dovrebbe essere supervisionato da un operatore sanitario

[5]In alcuni ambiti assistenziali sanitari, si valuti la possibilità di uso della mascherina chirurgica come presidio utilizzare all'interno dell'ospedale tout court per tutti i sanitari al fine di ridurre la trasmissione da eventuali operatori sanitari infetti

Ambulatori ospedalieri e del territorio nel contesto di COVID-19			
Ambulatori	Operatori sanitari	Esame obiettivo di pazienti con sintomi respiratori	Mascherina chirurgica (FFP2 in specifici contesti assistenziali)[6] Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esame obiettivo di pazienti senza sintomi respiratori	I DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria mansione con maggiore rischio
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI
	Addetti alle pulizie	Dopo l'attività di visita di pazienti con sintomi respiratori. Areare gli ambienti dopo l'uscita del paziente e prima di un nuovo ingresso.	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse
Sale d'attesa	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata Isolare immediatamente il paziente in area dedicata o comunque separata dagli altri; se tale soluzione non è adattabile assicurare la distanza di almeno 1 metro dagli altri pazienti
	Pazienti senza sintomi	Qualsiasi	Non sono necessari DPI

	respiratori		Distanza di almeno 1 metro
Aree amministrative	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Attività amministrative	Non sono necessari DPI
Triage (accettazione utenti)	Operatori sanitari	Screening preliminare che non comporta contatto diretto[7]	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro, altrimenti mascherina chirurgica
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere la distanza dal paziente di almeno 1 metro Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Non sono necessari DPI
	Accompagnatori	Accesso in stanza del paziente senza prestare cure o assistenza diretta	Mascherina chirurgica
Assistenza al domicilio	Caso sospetto con sintomi respiratori – paziente COVID-19	Assistenza diretta al domicilio di paziente COVID-19 o di pazienti con sintomi respiratori	Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente
	Caregiver	Accesso in stanza del paziente senza prestare cure o assistenza diretta	Mascherina chirurgica
	Caregiver	Assistenza diretta al paziente o contatto con urine, feci o rifiuti di un paziente COVID-19 assistito a domicilio	Mascherina chirurgica Guanti Camice monouso idrorepellente (se rischio di schizzi)
	Operatori sanitari	Assistenza diretta al domicilio di paziente COVID-19 o di casi sospetti con sintomi respiratori	Mascherina chirurgica[8] Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera

[6]In contesti assistenziali sul territorio ove vengono assistiti numerosi pazienti COVID-19, può essere preso in considerazione il ricorso a FFP2, in base a una appropriata valutazione del rischio che tenga anche conto del

significativo incremento del tempo di esposizione, effettuata a livello della struttura dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente

[7]Questa categoria include l'utilizzo di termometri senza contatto, termocamere e la limitazione del tempo di osservazione e di domande, il tutto mantenendo una distanza spaziale di almeno 1 metro

[8]In contesti assistenziali omologabili a quelli ospedalieri, quali strutture residenziali ad alta intensità assistenziale, hospice, ospedali di comunità, e altri contesti domiciliari ove siano concentrati pazienti con COVID-19, va preso in considerazione l'utilizzo di FFP2, ove disponibili, anche sulla base di una valutazione del rischio

Ambulanza o mezzi di trasporto			
Ambulanza o mezzi di trasporto	Operatori sanitari	Trasporto con permanenza con il sospetto caso COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento	Mascherina chirurgica, FFP2 se rischio aumentato per intensità e durata o autoambulanza con rianimatore, Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
	Addetti alla guida	Solo guida del mezzo con sospetto o confermato caso di COVID-19 a bordo e separazione del posto di guida da quello del paziente senza circuiti di ricircolo dell'aria tra i due compartimenti del mezzo	Mantenere la distanza di almeno 1 metro Non sono necessari DPI
		Assistenza nelle fasi di carico e scarico del paziente sospetto per COVID-19	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Nessun contatto diretto con paziente sospetto COVID-19 ma senza separazione del posto di guida da quello del paziente	Mascherina chirurgica
	Paziente con sospetta infezione da COVID-19	Trasporto alla struttura sanitaria di riferimento	Mascherina chirurgica se tollerata

	Addetti alle pulizie delle autoambulanze	Pulizie dopo e durante il trasporto dei pazienti con sospetta infezione da COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento (alla fine del trasporto del paziente, nel caso in cui sia possibile areare il mezzo, mascherina chirurgica)	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 23/04/2020 | Protocollo n. 3351 Class. | Allegati n. 2

Oggetto: Parere in merito ai progetti presentati al Comitato Scientifico dall'Unità Operativa Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali.

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente, in riferimento ai progetti presentati da parte dell'Unità Operativa Cure primarie e strutture socio-sanitarie territoriali, il primo redatto dai Prof. Calistri, Mucignat e Antonini e il secondo dai Dott. Battaggia, Scalisi e Cancian, che si allegano, si comunica che il Comitato Scientifico COVID-19, ex DGR n. 269 del 2.3.2020, ha espresso un giudizio favorevole in merito all'interesse allo svolgimento degli stessi, fermo restando l'approvazione da parte dei rispettivi Comitati Etici per la Sperimentazione Clinica.

L'unico appunto segnalato è relativo al primo progetto e riguarda la selezione del campione e la modalità di acquisizione dei nominativi per un contatto dei pazienti COVID-19 ai quali sottoporre il questionario.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

NEURO-COVID VENETO

Arianna Calistri, Carla Mucignat
Dipartimento di Medicina Molecolare - Università di Padova

Angelo Antonini
Dipartimento di Neuroscienze – Azienda Ospedale Università di Padova

Razionale:
L'esperienza clinica con il COVID-19 dimostra che se nella maggior parte dei soggetti si manifestano alterazioni a carico delle basse vie respiratorie, in un gruppo di soggetti affetti il virus determina alterazioni dell'olfatto che esordiscono in fase precoce e che possono persistere anche dopo alcune settimane dalla negativizzazione del tampone rinofaringeo. Alcuni di questi casi sono già stati riportati e discussi in letteratura (Giacomelli et al. 2020; Gane et al. 2020), mentre rilevazioni mediante questionari online indicano incidenze assolutamente rilevanti.
Nei casi evidenziati in Azienda Ospedaliera di Padova questi soggetti apparentemente sono persone di età relativamente giovane non sviluppano poi un significativo interessamento polmonare, e spesso il deficit olfattivo è associato ad una compromissione del senso del gusto. Tuttavia non c'è evidenza certa ed un campione più ampio di individui è necessario. Disturbi delle funzioni olfattive sono stati riportati in malattie neurodegenerative come la malattia di Parkinson e possono precedere di molti anni l'esordio motorio della malattia. L'ipotesi più accreditata nel Parkinson è che i deficit olfattivi siano la sede dell'iniziale processo di formazione di aggregati di sinucleina defosforilata con la formazione di frammenti che si diffondono per via trans-sinaptica raggiungendo le strutture del tronco encefalico e la sostanza nera attraverso la corteccia entorinale ed il sistema limbico.

In Cina sono state riportate altre evidenze di interessamento del sistema nervoso centrale in pazienti con COVID-19 quali cefalea intensa, nausea e vomito che però avevano luogo in quadro più generale di significativa compromissione della funzione respiratoria. L'infezione da SARS-CoV è stata segnalata nel cervello sia da pazienti che da animali da esperimento, in cui il tronco cerebrale era gravemente infetto. Inoltre, alcuni coronavirus si sono dimostrati in grado di diffondersi per via trans-sinaptica raggiungendo il centro cardiorespiratorio midollare dai meccanorecettori e dai chemorecettori nei polmoni e nelle vie respiratorie inferiori. Considerando che ci sono notevoli somiglianze tra SARS-CoV e SARS-CoV2, potrebbe essere plausibile che un interessamento centrale contribuisca anche almeno parzialmente all'instaurarsi di una grave insufficienza respiratoria acuta dei pazienti con COVID-19 (Li et al., 2020).
Riuscire a rilevare pazienti con sintomi lievi ma indicativi dell'interessamento del sistema nervoso centrale, come i sintomi a carico dei sistemi chemosensoriali, potrebbe quindi essere di importanza fondamentale per poter seguire nel tempo:

1. L'evoluzione della remissione dei sintomi sensoriali
2. La possibile comparsa di sintomi legati a neurodegenerazione.

Obiettivi di ricerca:
1) Indagare dal punto di vista epidemiologico la popolazione di soggetti positivi a SARS-CoV2 ed attualmente al domicilio nel Veneto.

Stabilire la prevalenza dei disturbi olfattivi e gustativi in un campione di 1000 soggetti e determinare le variabili epidemiologiche che potrebbero rappresentare elementi di vulnerabilità e potrebbero contribuire alla loro persistenza in alcuni soggetti (ad esempio genere maschile o femminile, età, patologie concomitanti, familiarità per malattie neurodegenerative).

L'interessamento delle funzioni gustative può essere rilevante dato che ACE2 è presente nelle cellule epiteliali della mucosa orale e della mucosa olfattiva (Xu et al. 2020).

Valutare prospettivamente coloro che hanno il disturbo olfattivo e/o gustativo 4-8 settimane e 3-6 m, con la possibile applicazione di test sensoriali, cognitivi e comportamentali diesi rapida esecuzione.

Rilevanza biologica:
Lo studio dovrebbe fornire informazioni rilevanti sui determinanti del tropismo virale e più in generale sui determinanti di patogenicità.

Rilevanza clinica:
I soggetti che dovessero mostrare deficit olfattivi e del gusto anche a distanza di mesi rappresentano una popolazione di notevole interesse scientifico per la possibilità che il virus determini alterazioni nel sistema nervoso centrale attraverso un interessamento precoce delle vie afferenti, in particolare chemosensoriali. L'esempio più noto al riguardo è rappresentato dal possibile legame tra virus ad RNA dell'influenza della Spagnola ed il parkinsonismo post-encefalitico dell'inizio del secolo scorso. Tale legame non è mai stato documentato con certezza ma ci sono elementi che supportano una possibile relazione. Molti altri virus negli anni hanno mostrato uno specifico neurotropismo per il sistema dopaminergico determinando a distanza un parkinsonismo anche se il numero di casi documentati rimane piuttosto limitato.

METODOLOGIA
E' stato creato un questionario di agile applicazione sia con carta e penna che (laddove possibile) tramite computer. Consta di una breve serie di elementi a risposta binaria, Sì/No, riguardanti l'esperienza olfattiva e gustativa.
I dati verranno analizzati in maniera anonima, calcolando le statistiche descrittive relative ad ogni item e riportando le percentuali.
Per ogni soggetto verrà creato un diagramma descrittivo delle risposte, che permetterà di seguirne l'evoluzione nel tempo.

BIBLIOGRAFIA

Giacomelli et al. 2020, Self-reported olfactory and taste disorders in SARS-CoV-2 patients: a cross-sectional study. Clinical Infectious Diseases, ciaa330, https://doi.org/10.1093/cid/ciaa330

Gane SB, et al. 2020, Isolated sudden onset anosmia in COVID-19 infection. A novel syndrome? **Rhinology 58: 0,** 0 - 0, 2020 https://doi.org/10.4193/Rhin20.114

Li Y.-C. et al. 2020, The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. J Med Virol. 2020;1–4.

Xu H. et al. 2020, High expression of ACE2 receptor of 2019-nCoV on the epithelial cells of oral mucosa. International Journal of Oral Science (2020)12:8

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

COVID-19 e disturbi dell'olfatto e del gusto

Buongiorno,
Siamo un gruppo di ricercatori dell'Università di Padova interessati a studiare le persone che hanno contratto il virus, ma hanno sviluppato pochi sintomi e a capire perché non sviluppano una malattia grave.
Chiediamo quindi la sua collaborazione, rispondendo ad un breve questionario che ci aiuti a capire quali possono essere i sintomi lievi legati a COVID-19. La compilazione richiederà pochi minuti.
Nel questionario le chiederemo di ricordare cosa è accaduto da quando ha ricevuto la diagnosi del tampone, relativamente a ciò che sente quando mangia o quando annusa qualcosa.
Tutte le informazioni che raccoglieremo verranno analizzate in forma anonima e verranno trattati secondo la normativa vigente in materia di privacy. Le verrà comunque offerta consulenza relativamente alle risposte che Lei fornirà, ed eventualmente l'accesso ad indagini più approfondite.
Potrà comunque chiedere chiarimenti a chi le consegnerà il questionario o ai seguenti nominativi:

Carla Mucignat: carla.mucignat@unipd.it 049-8275304; 347-5365994
Angelo Antonini: angelo.antonini@unipd.it

La ringraziamo per la partecipazione.

Luogo e Data:

NOME: COGNOME: DATA di NASCITA:

Accetto di partecipare: SI' ☐ NO ☐

Nell'ultimo periodo ha sofferto di raffreddore/rinite? SI' ☐ NO ☐
Ha/ha avuto dei parenti (genitori, fratelli, cugini) con malattie neurologiche (es. Parkinson, Alzheimer…)? SI' ☐ NO ☐

In generale, nell'ultimo periodo si è accorto/a di sentire:

Gusto	come sempre ☐	peggiorato ☐	non lo sento più ☐
Olfatto	come sempre ☐	peggiorato ☐	non lo sento più ☐

Se ha risposto "come sempre" ad entrambe le domande, restituisca il foglio, grazie!

Se nell'ultimo periodo la sua sensibilità gustativa o olfattiva è cambiata, ci dica se sente:

	come sempre	meno del solito	non lo sento più	non so/ non ci ho fatto caso
1. gli odori come fiori e frutta	☐	☐	☐	☐
2. gli odori come aglio e menta	☐	☐	☐	☐
3. i profumi (saponi, profumi…)	☐	☐	☐	☐
4. l'odore di acetone o ammoniaca	☐	☐	☐	☐
5. l'odore del gas	☐	☐	☐	☐
6. il sapore dolce (zucchero, dolcificanti…)	☐	☐	☐	☐
7. il sapore salato (sale da cucina)	☐	☐	☐	☐
8. il sapore amaro (caffè, radicchio…)	☐	☐	☐	☐
9. il sapore acido (limone, aceto…)	☐	☐	☐	☐
10. il piccante (peperoncino, pepe…)	☐	☐	☐	☐
11. il caldo e il freddo in bocca	☐	☐	☐	☐

	Sì	No
Sento sapori strani in bocca	☐	☐
Sento odori strani, diversi dal solito	☐	☐

	Sì	No
I disturbi riportati sono ancora presenti?	☐	☐

Indicativamente, per quanto tempo sono durati i disturbi riportati sopra?

……..

Grazie della collaborazione!

PROGETTO COVID 19

Alessandro Battaggia , Andrea Scalisi e Maurizio Cancian

Versione 5 - 29marzo 2020

1.INTRODUZIONE

L'attuale pandemia da Coronavirus si caratterizza per un esordio con quadri clinici in parte diversi dalle stagionali infezioni virali acute delle vie aeree. Il decorso, in una percentuale variabile dei soggetti colpiti, presenta complicanze di elevata gravità in particolare nelle persone anziane, fragili e con elevati livelli di multimorbidità.
L'infezione investe tutte le classi di età ma in misura molto minore l'età pediatrica e i maschi in misura maggiore rispetto alle femmine.
Sinora i dati italiani sono stati raccolti prevalentemente a partire da pazienti che accedono agli ospedali attraverso i Dipartimenti di emergenza e nei confronti dei relativi contatti mediante indagini epidemiologiche e di sanità pubblica.
Una recente disposizione regionale nel Veneto indica ai MMG/PLS di segnalare per l'esecuzione di test diagnostico tutti i pazienti che accedono telefonicamente o direttamente al medico lamentando sintomi coerenti con COVID 19.
È possibile pertanto, nel setting della Medicina Generale, raccogliere informazioni che consentano di stimare la prevalenza di COVID 19 in un campione di cittadini residenti nel Veneto e che abbiano consultato il medico per malattia respiratoria acuta. Inoltre l'identificazione dei soggetti positivi al test con clinica di lieve e media intensità può consentire la dettagliata raccolta di informazioni sui sintomi di esordio e, grazie alle informazioni raccolte dai MMG nella cartella digitale, sulle caratteristiche dei soggetti colpiti, relativamente e fragilità e multimorbidità.

2.PARTECIPANTI

Cittadini di ambo i sessi e di qualsiasi età iscritti in elenchi di medici di medicina generale attivi nella Regione del Veneto che nell' arco di 30 giorni (1° aprile 2020-30 aprile 2020) abbiano contattato il Curante perché affetti da malattia respiratoria acuta (SRA).
Per malattia respiratoria acuta si intende qualunque sindrome febbrile o non febbrile accompagnata da chiaro impegno delle vie aeree superiori e/o inferiori (rinorrea, senso di ostruzione nasale, sternuti, otalgia, tosse, dispnea) con sintomi isolati o in qualsiasi combinazione.
Saranno considerati contatti sia i contatti 'de visu' sia i contatti telefonici.
Saranno considerati sia pazienti in comunità che pazienti istituzionalizzati.

3.INTERVENTI

I dati necessari alla ricerca saranno raccolti dal singolo medico

a) Attraverso un questionario dedicato alla descrizione dettagliata del quadro respiratorio e alla valutazione del punteggio di fragilità [Rockwood score] (allegato). Saranno definiti 'fragili' i pazienti con Rockwood score superiore a 4. Lo strumento di raccolta dati sarà un foglio Excel opportunamente predisposto.

b) Attraverso estrazione SQL dal proprio database dei dati anagrafici pertinenti all' intera singola casistica e ai dati di comorbidità definiti dallo score di Charlson. Saranno definiti 'multi morbidi' i pazienti con Charlson Score uguale o superiore a 4

4.OUTCOME

Outcome primario
stima della prevalenza dell'infezione da Covid19 in pazienti affetti da malattia respiratoria acuta
Outcome secondari
-descrizione del fenotipo clinico più frequentemente associato all' infezione da Covid 19
-descrizione della tipologia dei pazienti affetti da infezione da Covid 19 in termini di fragilità e comorbidità
Outcome terziari
-valutare (pur con i limiti di un approccio cross) la forza dell'associazione esistente tra infezione da Covid 19 e parametri di fragilità e multi morbilità

5.DISEGNO

Studio osservazionale cross-sectional. Lo studio è a dimensione trasversale e la definizione di follow-up utilizzata in questa sede non si riferisce ovviamente ad un approccio prospettico ma semplicemente al tempo necessario per il reclutamento, che abbiamo fissato in 30 giorni per ragioni squisitamente logistiche.

6.SAMPLE SIZE TEORICO

Non avendo alcun riferimento di letteratura sulla prevalenza di infezione COVID 19 in pazienti affetti da malattia respiratoria acuta abbiamo ipotizzato la condizione più sfavorevole sotto il profilo del sample size, vale a dire una prevalenza del 50%. Usando per il calcolo il metodo di Wilson e accettando un livello di confidenza abituale (95%) abbiamo calcolato le dimensioni campionarie compatibili con diversi livelli di imprecisione. L' imprecisione viene qui definita dai valori assoluti, ossia espressa in punti percentuali di prevalenza.

La tabella 1 identifica cinque diversi scenari

Tabella 1 – calcolo delle dimensioni campionarie e del numero di medici da reclutare

(A) Margine di imprecisione atteso dalla stima espresso in termini assoluti	(B) Campione teorico =numero di pazienti affetti da malattia respiratoria acuta da reclutare in 30 giorni di follow-up	(C) Numero di medici da reclutare tenendo conto del declino del tasso di incidenza di SRA durante il follow-up e di un bacino di utenza di 1500 assistibili Numero previsto di pazienti reclutati in un mese per medico= 18.28782	(D) Correzione di C in base al ritardo nella risposta atteso (espresso dai giorni di ritardo attesi all' adesione dei medici alla ricerca) Ritardo mediano previsto per il 75% dei medici: 6 giorni: corrisponde a 14.369 reclutati	(E) Correzione di D in base al tasso di drop-out atteso (10%)
± 1.00%	9600	525	668	742
± 2.00%	2398	131	167	185
± 3.00%	1064	58	74	82
± 4.00%	594	33	42	46
± 5.00%	381	21	27	29

7.NUMERO DI MEDICI DA RECLUTARE

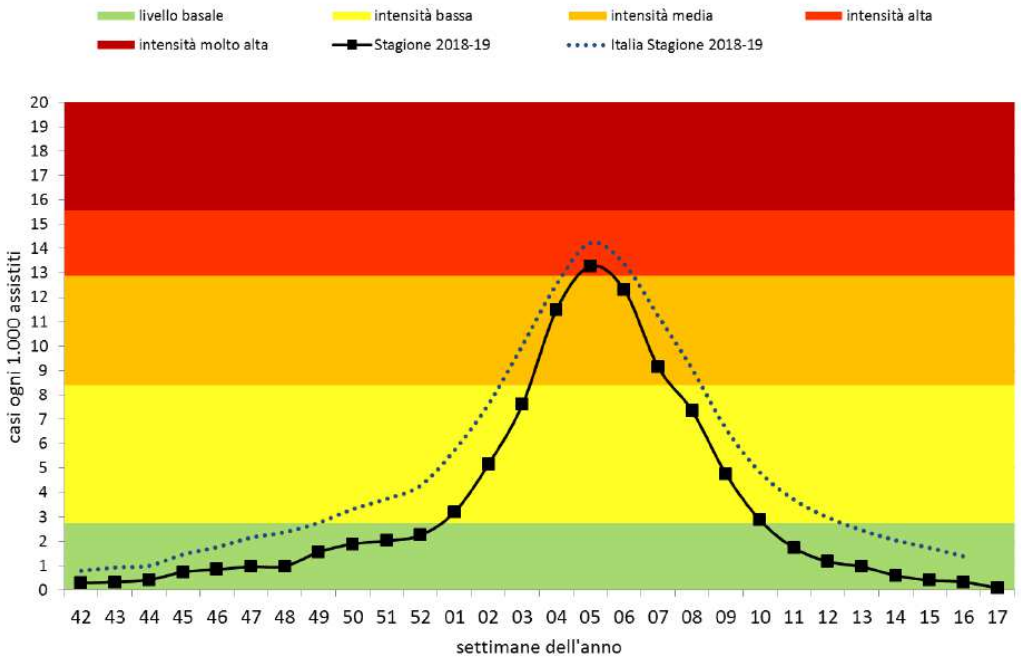
Il numero di medici da assegnare ad un follow-up di trenta giorni -necessario a reclutare l'intera casistica- dipende dalla incidenza attesa sul territorio di malattie respiratorie acute durante lo stesso periodo.
Non abbiamo dati di riferimento pertinenti a questa informazione.

Ci siamo pertanto riferiti ai dati di incidenza di sindromi influenzali pubblicati dal Servizio Epidemiologico Regionale Veneto per il periodo 2018/2019 [SER 2019] che rappresentano probabilmente una buona proxy – anche se sottostimata – di 'malattia respiratoria acuta'.
La definizione di 'sindrome influenzale' adottata dal SER è infatti questa

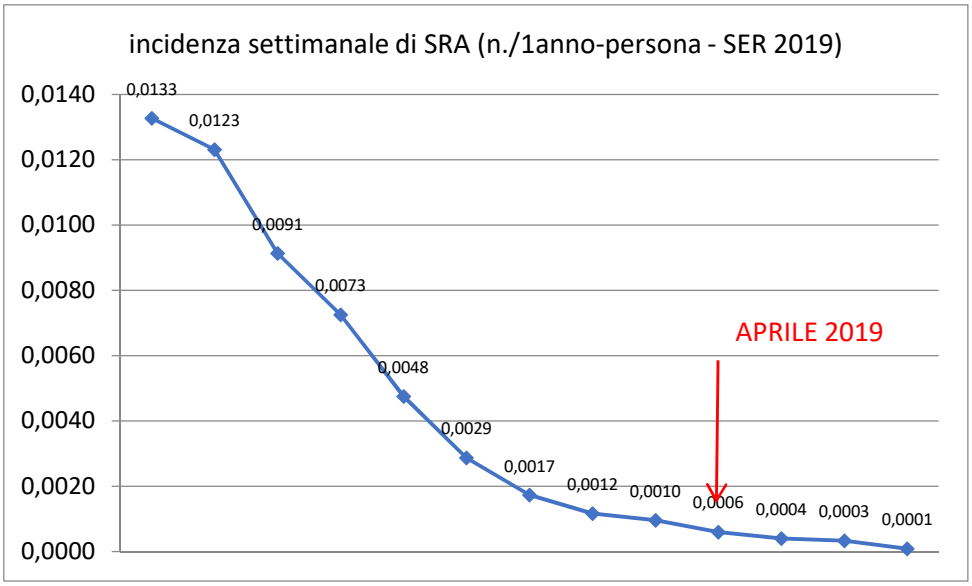
<qualsiasi soggetto che presenti improvviso e rapido insorgere di *almeno uno tra i seguenti sintomi generali*: febbre o febbricola, malessere/spossatezza, mal di testa, dolori muscolari *e almeno uno tra i seguenti sintomi respiratori*: tosse, mal di gola, respiro affannoso.>.

7.1.1 Variazioni attese del tasso di malattie respiratorie acute durante il follow-up

Il SER Veneto riporta per le sindromi influenzali 2018/2019 l'andamento indicato dalla figura 1



La figura 2 illustra Il tasso di sindromi influenzali riportati dal SER Veneto nella fase discendente della curva in figura 1 (elaborazione di chi scrive)



Il tasso non si dimostra- ovviamente- costante nel tempo: nel mese di aprile 2019 presentava, in particolare, un trend in discesa molto lento (grafico 1). I dati

7.1.2 Numero di medici da reclutare calcolato dal tasso settimanale di SRA atteso durante il follow-up

Abbiamo pertanto quantificato la relazione tasso di incidenza/tempo utilizzando un modello di regressione lineare. Il modello ha escluso dall' analisi quattro 'influential points' rappresentati (vedi figura 1) dai valori pertinenti alla 5 e 6 settimana dell'anno (picco delle sindromi influenzali 2018/2019) e alla 16 e 17 ma (fine dell'epidemia 2019) [Vedi appendice]

```
. regress rate c.n_week##c.n_week  if n_week!=5  & n_week!=6 & n_week!=16 & n_week!=17

      Source |       SS           df       MS      Number of obs   =        63
-------------+----------------------------------   F(2, 60)        =   3889.11
       Model |  .000556383         2  .000278191   Prob > F        =    0.0000
    Residual |  4.2919e-06        60  7.1531e-08   R-squared       =    0.9923
-------------+----------------------------------   Adj R-squared   =    0.9921
       Total |  .000560674        62  9.0431e-06   Root MSE        =    .00027

------------------------------------------------------------------------------
             rate |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf. Interval]
------------------+---------------------------------------------------------------
           n_week |  -.0051915   .0001274   -40.75   0.000    -.0054463   -.0049367
                  |
c.n_week#c.n_week |   .0001873   5.76e-06    32.53   0.000     .0001758    .0001989
                  |
            _cons |   .0363961   .0006749    53.93   0.000     .0350462    .0377461
------------------------------------------------------------------------------
```

La relazione tra tasso di incidenza di sindromi influenzali e calendar-time si è dimostrata quadratica

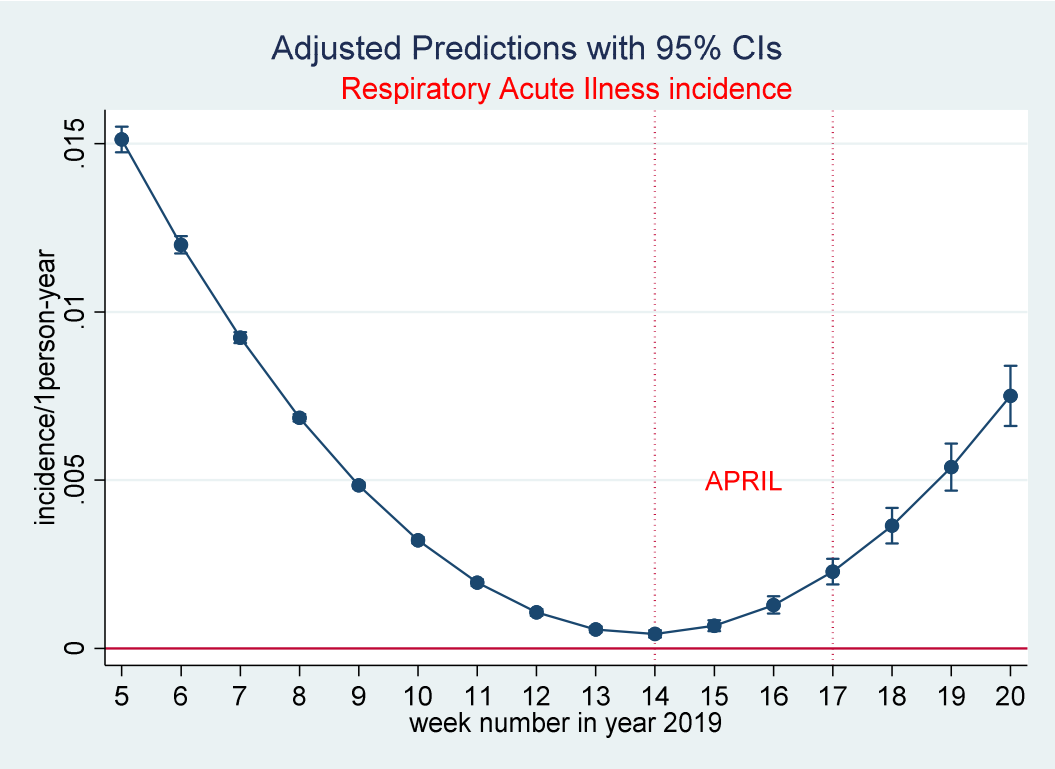
$y = b_0 + b_1X + b_1X^2$

dove:
y= tasso di incidenza per 1 person-year pertinente alla settimana X
b_0 = costante
b_1 = coefficiente del tempo

b_2 = coefficiente del quadrato del tempo
X= tempo in settimane (rango della settimana nell' anno in corso)

ed è identificata da

- Casi per1 anno-persona alla settimana X = 0.0363961 -0.0051915 *X + 0.0001873* X^2



Utilizzando l'equazione per calcolare l'incidenza settimanale attesa di sindromi respiratorie acute e assumendo che una volta raggiunto il valore minimo essa rimanga costante nel tempo

- **Il numero medio di casi intercettati da un medico con 1500 scelte dal 1° aprile 2020 al 30 aprile 2020 è stimato pari a 18.28782**

I calcoli presentati si basano su presupposti forti, e pertanto non possono che essere approssimativi.

- **PRESUPPOSTO 1**

  Il tasso di SRA (Respiratori Acute Illesa Incidente) è efficacemente approssimato dal tasso di sindromi influenzali riportato dal SER nel 2019.

  Commento: probabilmente è sottostimato ma ciò in termini di sample size coincide con l'adozione di un approccio conservativo

- **PRESUPPOSTO 2**

  Il tasso di SRA (Respiratory Acute Illness Incidence) osservato nel 2019 dal SER corrisponde a quello atteso per il 2020

Commento 1: i pazienti sono stressati dall' emergenza coronavirus in atto e probabilmente segnaleranno un numero di casi maggiori rispetto all'anno scorso. il numero di SRA registrato dai medici massimalisti che lavorano in una Medicina Integrata di Treviso si aggirava in data 24 marzo 2020 sui 5 casi al giorno per medico; questa osservazione empirica è a favore di una vivace diffusione di virosi respiratorie nella popolazione generale (probabilmente svelato da una maggior consapevolezza dei pazienti).

Commento 2: del resto le misure contenitive attualmente in essere potrebbero comportare una riduzione dell'incidenza di malattie respiratorie acute in misura non attualmente quantificabile

- **PRESUPPOSTO 3**

  Il tasso di incidenza nel mese di aprile, una volta raggiunto il valore minimo previsto dall' equazione, rimarrà costante. Questo assunto è giustificato dalla mancanza di informazioni 2019 pertinenti a periodi più lunghi

7.1.2 Correzione del numero dei medici in base a difficoltà logistiche del reclutamento

7.1.2.1 Tempi di risposta dei medici

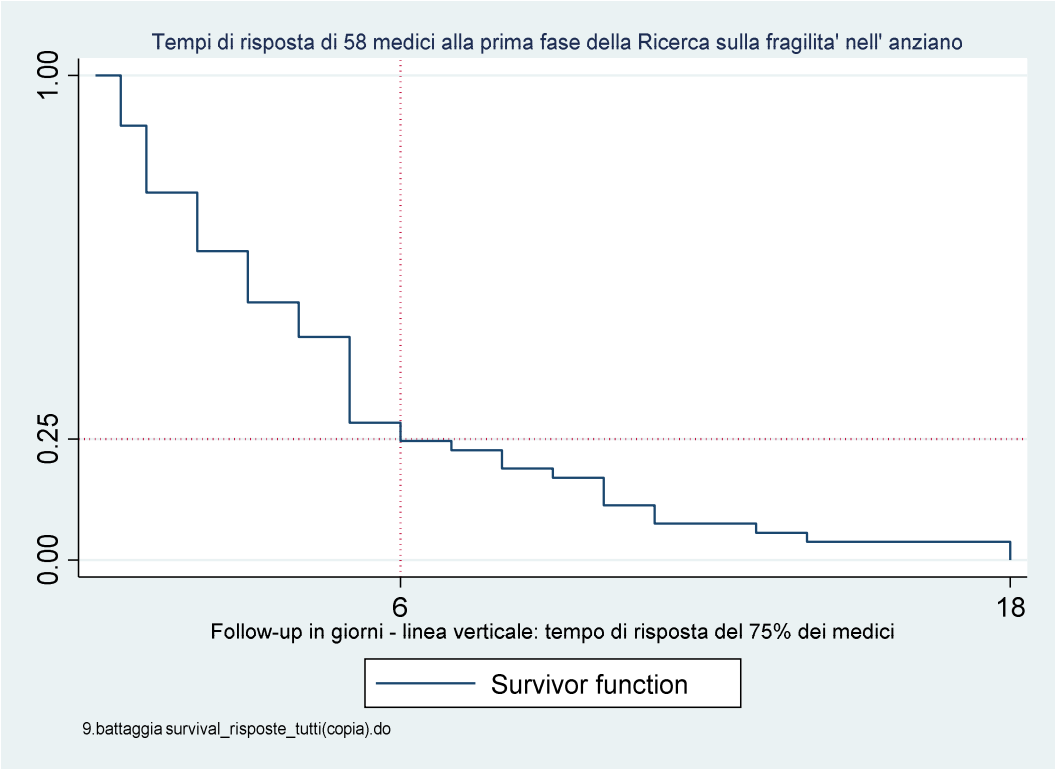
Il numero di medici da coinvolgere necessita di ulteriori correzioni in base al tempo di risposta atteso per singolo medico, che influenzando il calendari-time sarà in grado di influenzare anche il tasso di incidenza delle SRA e quindi tutti i calcoli già esposti.

In una recente ricerca rivolta a rilevare la prevalenza di fragilità nell' anziano (Grafico 2) il 75% dei medici veneti reclutati in soli 6 giorni aveva risposto all' iniziativa inviando i dati necessari al completamento della prima fase [Battaggia e col. 2019].

Questo dato rappresenta una attendibile stima del tasso di compliance atteso dai medici, che si presume comunque alto grazie alla criticità del momento vissuto dall' intera Nazione e al senso di responsabilità dei professionisti.

Considerando uno scenario in cui tutti i medici rispondano sincronicamente con ritardo di sei giorni (=ossia al 7 aprile 2020) rispetto alla data di inizio del trial (=che è il 1° aprile 2020) i casi intercettati da ciascun medico in 30 giorni di follow-up sarebbero **14.639.**

Coerentemente, il numero di medici da reclutare in base ai vari scenari di precisione richiesta della stima sarebbe quello della quarta colonna della tabella 1



7.1.2.2 Drop-out dei medici

Nell' esperienza di ricerca sulla prevalenza della fragilità [Battaggia 2019] il drop-out dei medici è stato del 10%. Questo tasso è stato applicato per correggere ulteriormente il numero di medici richiesto (tabella 1 quinta colonna) in base alla formula n. Reale= $\frac{n\ teorico}{(1-0.10)}$

8. ANALISI DEL FENOTIPO DEL PAZIENTE AFFETTO DA INFEZIONE COVID-19

La Facto Analysis (FA) e la Principale Component Analysis (PCA) rappresentano tecniche esplorative rivolte, genericamente, a semplificare le dimensioni di un dataset rappresentato da un insieme più o meno complesso di variabili. Se l'obiettivo del ricercatore è semplicemente quello di ridurre il pool iniziale di variabili ad un insieme più ristretto che ne condensi in modo congruo il potere informativo allora la scelta può cadere su un approccio PCA. Se invece lo scopo è indagare sull' esistenza di variabili latenti (non misurabili) in grado di influenzare i valori delle variabili osservate allora l'approccio preferibile è la FA.
Nel nostro caso per tipizzare il quadro clinico più idoneo ad esprimere il fenotipo di paziente affetto da sindrome respiratoria acuta associata a COVID-19 verrà adottato un approccio PCA

9. IDENTIFICAZIONE DEL RISCHIO DI SUBIRE INFEZIONE DA COVID-19

Tenendo conto dei limiti associati ad un approccio trasversale (cross-sectional) verrà valutata come *hypothesis generating* la forza dell'associazione esistente tra l'infezione da COVID-19 e situazioni di multimorbidità. A tal fine sarà sfruttato un modello logit di regressione multivariata.

10. CONCLUSIONI

Le elaborazioni descritte nei capitoli precedenti sono state eseguite in un momento di grande emergenza nazionale e nell' assoluta indisponibilità di stime attendibili su cui tarare il sample size. Abbiamo quindi forzosamente assunto presupposti forti, e rimane quindi un importante margine di incertezza nella validità delle nostre stime. In ogni caso abbiamo cercato per quanto possibile di attenerci ad un percorso logico razionale e affidato all' improvvisazione solo in minima misura. L' andamento della epidemia nei prossimi sessanta giorni permetterà solo ex post una verifica delle nostre conclusioni. Abbiamo calcolato il sample size e il numero di medici necessario negli scenari meno ottimistici: assumendo la prevalenza attesa peggiore in termini di sample size (50%), assumendo un drop-out del 10% e un ritardo mediano delle risposte dei medici pari a sei giorni (per le ragioni suddette può influenzare grandemente il sample size in presenza di tassi variabili e time-dependent). Abbiamo calcolato ad un livello di precisione ragionevole sotto il profilo clinico (± 2% in termini assoluti) che il numero di medici da reclutare corrisponda nella miglior delle ipotesi a **167** e nella peggior delle ipotesi a **185**.

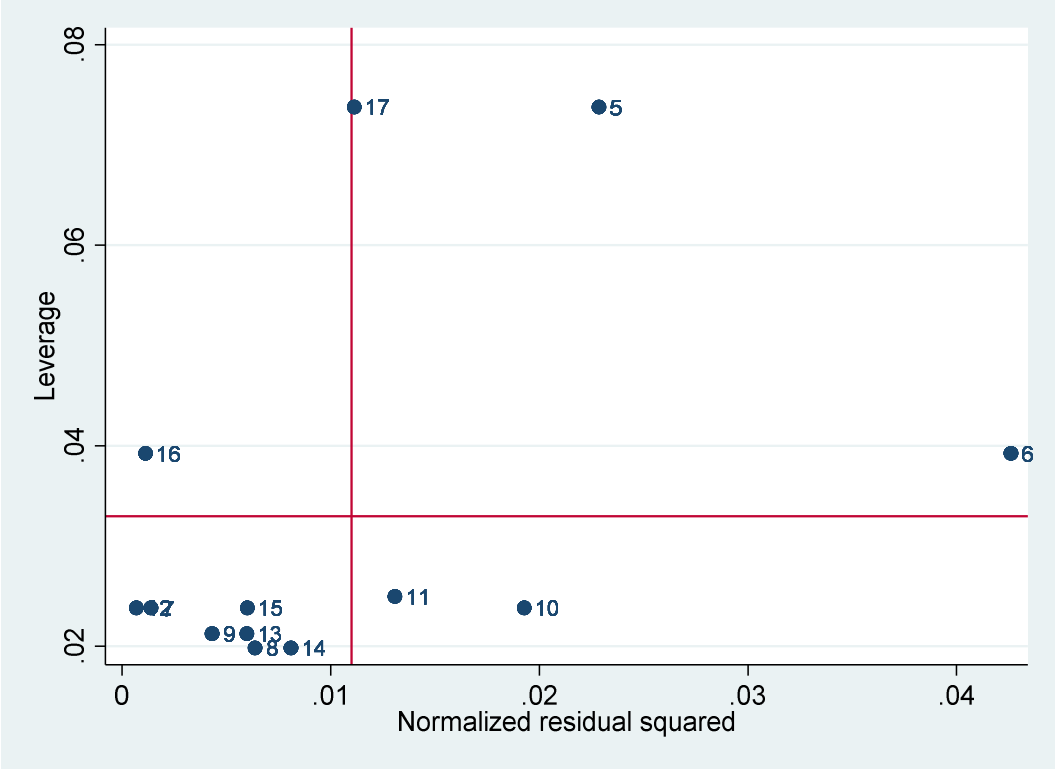
BIBLIOGRAFIA

Battaggia A, Scalisi A, Cancian M, Franco-Novelletto B, Michieli R, Fusello M
Prevalence of frailty in older people in Veneto (Italy)
J Drug Assess. 2019 Jan 3;8(1):1-12. doi: 10.1080/21556660.2018.1563549. eCollection 2019.

SER VENETO INFLUENZA: STAGIONE 2018-2019
Rapporto sull'andamento epidemiologico dell'influenza e sulla campagna vaccinale nella Regione del Veneto, stagione 2018-2019
https://rdv.app.box.com/s/3betxa7i4y2mkd10wij4k7jyp01qqmm4

APPENDICE METODOLOGICA

1.MODELLO QUADRATICO INIZIALE: LEVERAGE E INFUENTIAL POINTS



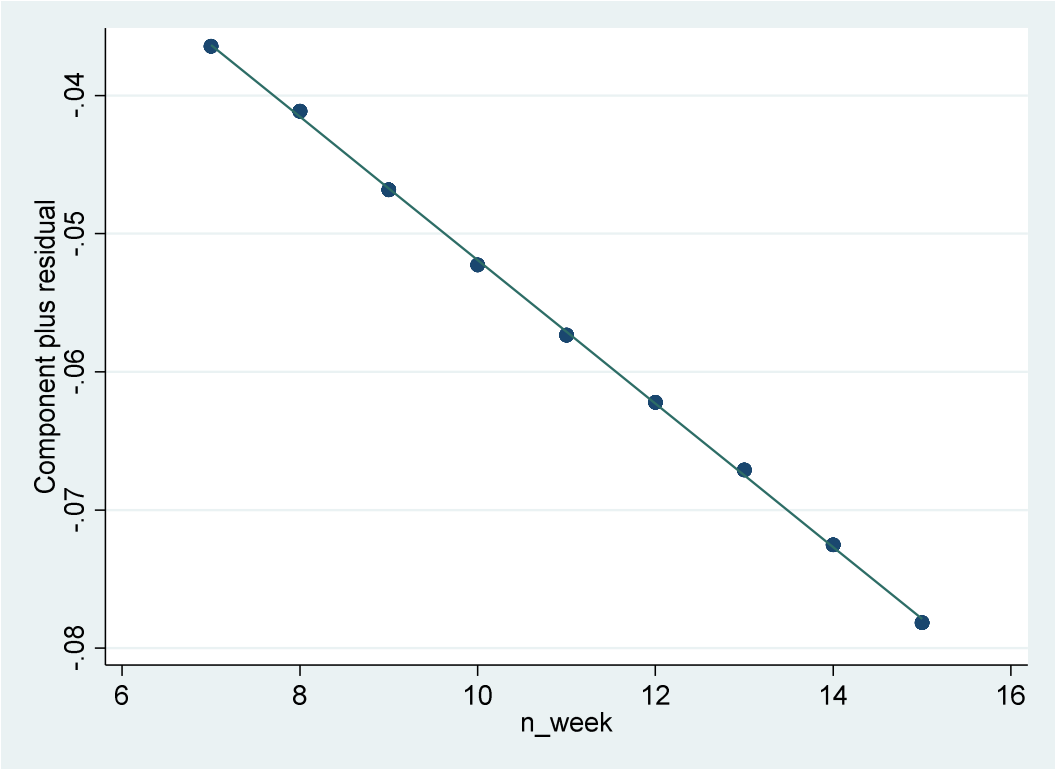
Le settimane 5 e 6 corrispondono all' apice di epidemia di sindromi parainfluenzali rilevate dal SER nel 2019; le settimane 16 e 17 corrispondono al limite estremo della curva discendente dei tassi (fare riferimento alla Figura1). Per migliorare la goodness of fit della regressione abbiamo eliminato queste osservazioni

2. MODELLO QUADRATICO (TOLTI GLI INFLUENTIAL POIUNTS): TEST DI OMOSCHEDASTICITA

Breusch-Pagan / Cook-Weisberg test for heteroskedasticity
Ho: Constant variance
Variables: fitted values of rate
chi2(1) = 0.13
Prob > chi2 = 0.7223
I valori della P al test indicano omoschedasticita'

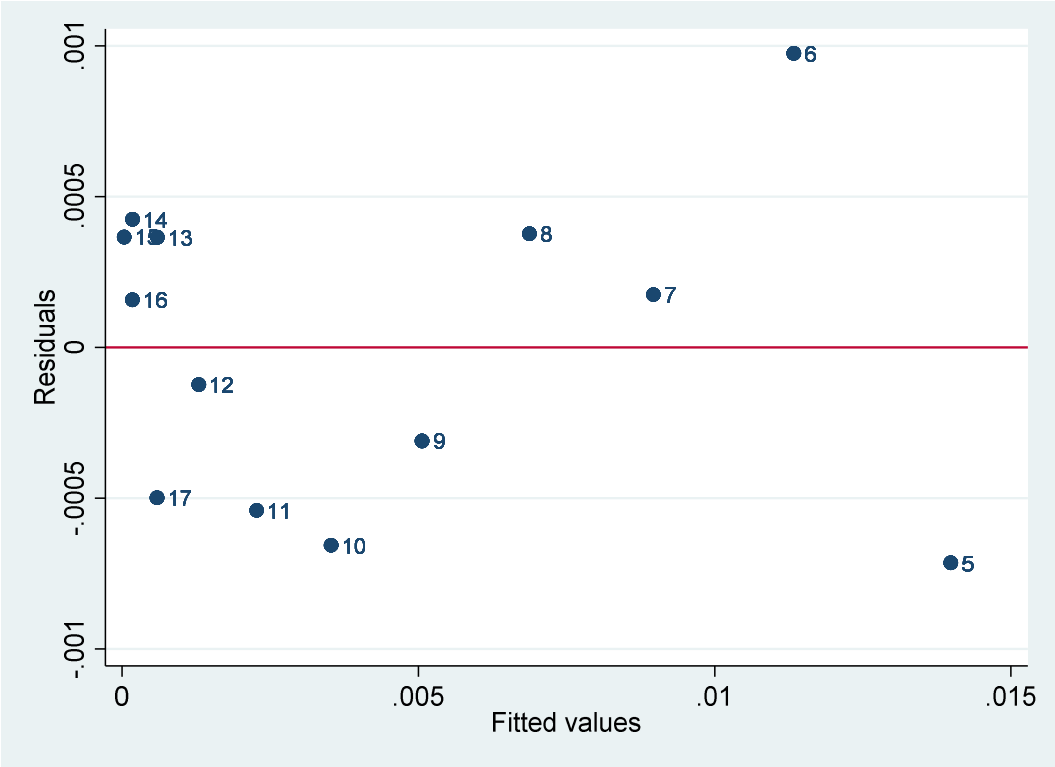
3. COMPONENT PLUS RESIDUALS PLOT

Il grafico sottostante rivela ottimo rispetto dell'assunto di un rapporto lineare tra perdittore e outcome



3. RESIDUALS

Tenendo conto dei limiti connessi con la bassa numerosità campionaria il grafico non rivela distribuzione dei residui caratterizzata da trend sistematici



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 17/03/2020 | Protocollo n. 8373 Class. | Allegati n.

Oggetto: Approvazione del protocollo prescrittivo per l'Ossigeno Terapia domiciliare

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il protocollo in oggetto approvato telematicamente dal Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 di cui alla DGR n. 269 del 2.3.2020 con n. 7 voti favorevoli e n. 1 astenuto.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

COVID 19 - PRESCRIZIONE DI OSSIGENO

In Regione Veneto, con Decreto del Direttore Generale Area e Sanità Sociale n.113 del 26.9.2013 è stato approvato il Percorso Diagnostico Terapeutico (PDT) per l'ossigenoterapia domiciliare a lungo termine (ODLT) nel paziente adulto, individuando in particolare lo Pneumologo come unico specialista abilitato alla prescrizione della ODLT attraverso un modulo di prescrizione definito.

Lo stesso PDT aveva tuttavia previsto che, nel caso non fosse possibile accedere tempestivamente alla consulenza pneumologica, lo specialista non Pneumologo, in fase di dimissione di un paziente ricoverato da un reparto non pneumologico, è autorizzato ad effettuare una "prescrizione temporanea" della durata massima di 90 giorni, secondo percorsi definiti a livello aziendale, purché venisse contattato contestualmente lo Pneumologo di riferimento per concordare la successiva presa in carico del paziente.

A riguardo, limitatamente alla fase emergenziale, si rende necessario attivare un percorso specifico di ossigenoterapia domiciliare per i pazienti affetti da Covid-19.

Pazienti affetti da Covid-19 in dimissione dopo ricovero ospedaliero

Fino al perdurare dell'emergenza sanitaria, gli specialisti pneumologo, infettivologo, internista e geriatra, operanti presso i reparti che dimettono pazienti affetti da COVID-19, possono rilasciare una prescrizione transitoria di ossigenoterapia domiciliare per i pazienti che ne necessitano, della durata massima di 60 giorni.

I suddetti specialisti devono compilare il modulo specifico, ed inviarlo al distretto dell'Azienda ULSS di residenza dell'assistito, qualora quest'ultima non coincida con la struttura da cui il paziente stesso viene dimesso, ai fini dell'attivazione del servizio di ossigenoterapia domiciliare, secondo i percorsi organizzativi già definiti da ciascuna Azienda sanitaria.

Pazienti con tampone positivo al Covid-19 a domicilio o residenti presso le Residenze Sanitarie Assistite (RSA)/Ospedali di comunità.

Per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, valutata la necessità, il medico prescrittore (MMG/PLS o medico di Unità Speciale di Continuità Assistenziale - USCA) in occasione delle visite, può rilasciare una prescrizione transitoria di ossigenoterapia domiciliare della durata massima di 60 giorni, compilando il modulo specifico.

Qualora la richiesta di attivazione dell'ossigenoterapia domiciliare sia effettuata dal medico dell'USCA, questa deve in ogni caso essere comunicata tempestivamente al MMG/PLS del paziente.

I suddetti moduli compilati dal medico delle USCA o dal MMG/PLS, saranno gestiti secondo i percorsi organizzativi già definiti da ciascuna Azienda sanitaria, per la successiva attivazione del servizio di ossigenoterapia domiciliare

Le sopraindicate disposizioni trovano applicazione anche per i pazienti ricoverati nelle RSA e negli Ospedali di Comunità, sulla base delle organizzazioni locali.

Limitatamente ai pazienti affetti da Covid-19 al proprio domicilio, solo nel caso in cui l'Azienda ULSS non sia in grado di attivare prontamente il servizio di ossigenoterapia domiciliare per nuovi pazienti, la stessa può stipulare a riguardo accordi specifici con le farmacie territoriali convenzionate per la durata dell'emergenza, previa analisi dei costi comparativi con i contratti in essere o indagini di mercato.

Per tutti i casi sopra descritti, posto che la validità massima della prescrizione transitoria è di 60 giorni, qualora sussista successivamente la necessità di proseguire la terapia con ossigeno, il paziente dovrà essere preso in carico dalla Pneumologia di riferimento dell'Azienda ULSS di residenza dell'assistito, nel rispetto del PDT regionale.

Per le situazioni di emergenza, rimane valida la possibilità di prescrizione dell'ossigeno gassoso da parte del MMG/PLS, medici delle USCA, secondo le disposizioni vigenti.

PROGRAMMA PER OSSIGENOTERAPIA DOMICILIARE IN PAZIENTI CON INFEZIONE DA COVID-19

da inviare al Centro di riferimento della AULSS di residenza del paziente per validazione e attivazione

Cognome	**Nome**	**Nato il**
CF	**Indirizzo** **(via, numero)**	**(città/CAP)**
Tel.	**Cell.**	**Esenzione**
Distretto Sanitario di appartenenza	**MMG**	**Recapito MMG**
Familiare o altro contatto	**Recapito telefonico**	
Prescrittore	**Centro Prescrittore (se pertinente)**	**Telefono**

INSUFFICIENZA RESPIRATORIA TRANSITORIA SECONDARIA A INFEZIONE DA COVID-19

Valutazione

SaO_2 a riposo da sveglio	
SaO_2 durante camminata	

Prescrizione

Flusso prescritto	**Litro / minuto**	**Ore / die**
A riposo da sveglio		
Durante camminata		
Durante il sonno		

Data _____

Nota bene

Indicazione all'ossigenoterapia: SaO_2 a riposo ≤ 94%

Scelta del flusso di O_2 supplementare:

PROTOCOLLO I.0004336.15-03-2023.REPERTORIO Proposta di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- A riposo da sveglio: SaO_2 tra 92 e 94%: 1L/min; SaO_2 <92%: 2L/min
- Durante camminata: aggiungere 2L/min rispetto al flusso a riposo da sveglio;
- Durante il sonno: aggiungere 1L/min rispetto al flusso a riposo da sveglio.

Modalità d'erogazione

Concentratore fisso/mobile (specificare)_____
Altro_____ per le seguenti motivazioni _____

Interfaccia

☐ Cannule Nasali ☐ Maschera facciale ☐ cannula tracheostomica

Data prossimo controllo: entro:

Il medico
Data_____ Timbro e firma

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Data 10/04/2020 | Protocollo n. 8436 Class. | Allegati n.

Oggetto: Verbale Comitato Tecnico Scientifico COVID_19 – 7ª riunione del 7.4.2020

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato il verbale dell'incontro del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 del 7.4.2020 e i documenti approvati, ovvero:

- Gestione ospedaliera del bambino/adolescente con sospetta o accertata infezione da SARS-Cov-2
- Scheda di valutazione Strutture Residenziali per anziani e Protocollo Operativo per l'utilizzo dei test sierologici per attività di screening COVID19 nelle RSA
- Progetto per la diagnostica sierologica di COVID 19 nel Veneto.
- Scheda Survey su burnout operatori

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.
Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

Verbale Comitato scientifico Coronavirus (ex DGR 269/2020) – 7ª riunione

7/4/2020 ore 15:00-16:00

Riunione tenutasi in modalità Videoconferenza

Presenti

Comitato Scientifico:

Dr. Mario Saia, Prof. Paolo Navalesi, Prof. Andrea Vianello, Prof. Vincenzo Baldo, Dr.ssa Annamaria Cattelan, Prof.ssa Evelina Tacconelli, Prof.ssa Liviana Da Dalt, Dr. Marco Baiocchi

Extra Comitato Scientifico:

Dr. Ugo Fedeli, Dr.ssa Giovanna Scroccaro, Dr. Stefano Kusstatscher

Documenti analizzati discussi e approvati dai presenti considerando come astenuti gli assenti in assenza di comunicazioni a mezzo mail.

1. **Gestione ospedaliera del bambino/adolescente con sospetta o accertata infezione da SARS-Cov-2**

Il Comitato Scientifico, sulla base dell'impatto in termini di risorse per compilazione della scheda di registro su *Red Cap*, composta da 47 pagine, nonché dei necessari passaggi formali per l'istituzione di un registro quale quello proposto a margine del documento organizzativo e denominato "Registro Pediatrico Regionale COVID-19", ritiene di approvare all'unanimità il documento proposto fino a pag. 20, ovvero senza alcun riferimento al registro.
Viene proposto altresì di considerare separatamente l'istituzione del suddetto registro a seguito della formalizzazione dell'avvenuta condivisione da parte degli organismi regionali con la contestuale nomina di un responsabile dello stesso.

2. **Scheda di valutazione Strutture Residenziali per anziani e Protocollo Operativo per l'utilizzo dei test sierologici per attività di screening COVID19 nelle RSA**

Dall'analisi del documento proposto al Comitato Scientifico da parte del presidente della Task Force Regionale 2019 – nCov, composto da una scheda di valutazione delle strutture Residenziali e da un protocollo operativo per l'utilizzo dei test sierologici è emerso quanto segue.
Per quanto concerne l'utilizzo dei test rapidi di laboratorio Ig G ed Ig M anti CoViD, quanto proposto non è in contrasto rispetto alla DGPRE 11715 del 03.04.2020 "Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità", che riporta come *"i test rapidi basati sull'identificazione di anticorpi IgM e IgG specifici per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, secondo il parere espresso dal CTS, non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei secondo i protocolli indicati dall'OMS. …"* in quanto il documento analizzato non è finalizzato a scopi diagnostici bensì esclusivamente di screening della popolazione asintomatica.
Per tale documento è pervenuta a mezzo mail la mancata approvazione del Prof. Crisanti, che si allega.

REGIONE DEL VENETO
AZIENDA ZERO

3. Progetto per la diagnostica sierologica di COVID 19 nel Veneto.

Si tratta di uno studio ben strutturato e caratterizzato da importanti ricadute dal punto di vista clinico, organizzativo ed epidemiologico; l'unica perplessità è relativa all'acquisizione di un importante numero di test (15.000 – 30.000) prima dell'avvenuta validazione, plausibilmente riconducibile a opportunità di mercato e di approvvigionamento.
Viene infine ravvisata la necessità di una valutazione di quanto previsto nella prima fase del progetto prima della passaggio alla seconda, caratterizzata dall'estensione dell'indagine a livello regionale.
Il Prof. Crisanti contattato telefonicamente si astiene dalla valutazione del progetto.

4. Effettuazione di una survey sul burnout degli operatori sanitari impegnati nell'emergenza COVID19

Viene presentata una scheda di survey prodotta dall'Istituto di Anestesia e Rianimazione dell'Università degli Studi di Padova (https://www.burnoutsurvey.it/index.php/353348?lang=it).
La scheda è costituita da 14 items per la cui compilazione è previsto un tempo inferiore a 5 minuti e si ritiene un utile strumento per una valutazione dello stato psicofisico dei soggetti altamente impegnati nell'area emergenza/urgenza in questo periodo storico.
Si ritiene utile una diffusione capillare della stessa attraverso le Direzioni strategiche delle Aziende sanitarie regionali.

Varie ed eventuali.

Si prende atto delle difficoltà nella formalizzazione definitiva da parte dell'Azienda Ospedale Università di Padova del progetto presentato dal Prof. Navalesi e finanziato da Azienda Zero, come da nota prot. n. 8032 del 3.4.2020, in quanto, come riferito dal proponente, dopo l'approvazione del Comitato Etico per la Sperimentazione Clinica della Provincia di Padova avvenuta il 2 aprile, il Nucleo per la Ricerca Clinica della stessa Azienda prevede non possa essere formalizzata prima del 17.4.2020.
Viene evidenziato come tale progetto, in considerazione del tempo di latenza, perda pertanto la funzione di consentire in tempo reale la puntuale conoscenza della situazione clinico organizzativa nelle Terapie Intensive del Veneto, per la quale era stato proposto, e si riduca a un preciso e valido studio retrospettivo.

Il Coordinatore
Dott. Mario Saia

Passaggio Luigi Gaudenzio, 1- 35131 Padova
UOC Governo Clinico Assistenziale
governo.clinico@azero.veneto.it
pec: protocollo.azero@pecveneto.it
tel. 0412791344

Cod. Fisc. 05018720283 *Codice Univoco Ufficio UF2ZJD* *P.IVA 05018720283*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Mario Saia <mario.saia@azero.veneto.it>

Comitato Scientifico - Incontro 7.4.2020

Andrea Crisanti <andrea.crisanti@unipd.it> 8 aprile 2020 10:36
A: Mario Saia <mario.saia@azero.veneto.it>
Cc: Andrea Vianello-Fisiopatologia-AOP <andrea.vianello@aopd.veneto.it>, Liviana Dadalt <liviana.dadalt@unipd.it>, Vincenzo Baldo <vbaldo67@gmail.com>, Paolo Navalesi <pnavalesi@gmail.com>, evelina tacconelli <evelina.tacconelli@univr.it>, Annamaria Cattelan-Malattie Infettive e Tropicali-AOP <annamaria.cattelan@aopd.veneto.it>, marco.baiocchi@aulss7.veneto.it, "ZAMBON, Francesco" <zambonf@who.int>, Giovanna Scroccaro <giovanna.scroccaro@regione.veneto.it>

Gentile Dott. Saia,

come accennato per vie brevi i primi risultati mi inducono a suggerire ulteriore prove comparative prima di approvare i test cromatografia come strumento diagnostico. Quindi esprimo pare contrario ad una loro precipitosa utilizzazione.

cordiali saluti

Andrea Crisanti

Quoting Mario Saia <mario.saia@azero.veneto.it>:

> [Testo tra virgolette nascosto]
> --
> Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio si precisa che le informazioni contenute nel messaggio e negli eventuali allegati sono riservate al/ai destinatario/i indicato/i. Si invita ad astenersi dall'effettuare: inoltri, copie, distribuzioni e divulgazioni non autorizzate del presente messaggio e degli eventuali allegati. Nel caso di erroneo recapito, si chiede cortesemente a chi legge di dare immediata comunicazione al mittente e di cancellare il presente messaggio e gli eventuali allegati. Informazioni aggiuntive nella sezione **Privacy** del sito internet:
> https://salute.regione.veneto.it/aziendazero
> <https://salute.regione.veneto.it/aziendazero>
>
> According to Regulation
> (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council information contained in this message and any attachment contained therein is addressed exclusively to the intended recipient. You are requested not to make copies, nor to forward the message and its attachments or disclose their content unless authorised. If you have received this message in error would you please inform immediately the sender and delete the message and its attachments. Additional news in the **Privacy** section, on the website:
> https://salute.regione.veneto.it/aziendazero
> <https://salute.regione.veneto.it/aziendazero>

--
Andrea Crisanti, MD
Professor of Microbiology and Virology
Director of the Department of Molecular Medicine - University of Padova,
Director of the Diagnostic Unit of Microbiology and Virology
Hospital – University Padova,
Via Giustiniani, 1 – 35128 Padova
tel. +39 (0)49 8213050
e-mail: andrea.crisanti@unipd.it, andrea.crisanti@aopd.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Gestione ospedaliera del bambino/adolescente con sospetta o accertata infezione da SARS-Cov-2

Versione 0.1 del 28/03/2020

Gruppo di lavoro

Prof.ssa Liviana Da Dalt

Dott. Daniele Donà

Dott.ssa Susanna Masiero

Dott.ssa Paola Costenaro

Prof. Carlo Giaquinto

Prof. Giorgio Perilongo

Dott.ssa Anna Maria Saieva*

Dipartimento per la Salute della Donna e del Bambino, Direzione Medica*,
Azienda Ospedaliera-Università' di Padova

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE 3

2. Background 3

3. Definizioni 4

3.1. Definizione di caso 4

3.1.1. CASO SOSPETTO 4

3.1.2. CASO PROBABILE 4

3.1.3. CASO CONFERMATO 4

3.2. Definizione di CONTATTO STRETTO 4

3.3. Definizione di bambino/adolescente guarito da COVID-19 e Paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2 5

3.3.1. Bambino/adolescente che dopo essere stato sintomatico può essere considerato guarito da COVID-19 5

4. Elementi organizzativi per la gestione del bambino/adolescente con sospetta o accertata infezione da SARS-CoV-2 6

4.1 Assistenza in Pronto Soccorso 6

4.1.1 Accesso spontaneo/paziente non critico 6

4.1.2 Accesso attraverso il Sistema di Emergenza Territoriale 118/paziente critico 7

4.2 Assistenza in regime di ricovero 7

5. Percorsi del bambino/adolescente con sospetta o accertata infezione da SARS-CoV-2 8

5.1. Percorso 1 – "CASO SOSPETTO/PROBABILE" di COVID-19 in paziente precedentemente sano 9

5.1.1 Indicazione alla dimissione a domicilio 10

5.1.2 Indicazione al RICOVERO OSPEDALIERO 11

5.2 Percorso 2- "CASO SOSPETTO/PROBABILE" di COVID-19 in paziente con patologia cronica/stato di immunodepressione 13

5.3. Percorso 3- CONTATTO STRETTO con accertato COVID-19, *asintomatico relativamente a sintomi COVID-19 (= presentazione per problemi clinici diversi)* 15

5.4 Percorso 4- CASO NON SOSPETTO 17

6. Gestione del paziente ricoverato 19

Bibliografia 21

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La presente procedura ha lo scopo di fornire le indicazioni e le responsabilità nel percorso di diagnosi e cura del bambino e adolescente (0-14 anni, esclusa l'assistenza perinatale) che giunge negli Ospedali della Regione Veneto per sospetta o accertata infezione da SARS-COV-2.

2. Background

Secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità, attualmente sono più di 160 000 le persone affette da COVID-19 a livello globale, di cui circa 23000 casi in Italia (1). L'ampia diffusione su scala globale della malattia da Coronavirus-2019 (COVID-19) ha fatto sì che l'Organizzazione Mondiale della Sanità dichiarasse la presenza di pandemia, essendo presente il criterio epidemiologico di più di 100000 persone infette in oltre 100 Paesi (2). Sebbene in Cina le misure di contenimento abbiano ridotto i nuovi casi di oltre il 90%, in molti Paesi tra cui l'Italia si sta attualmente assistendo ad una rapida diffusione del virus SARS-CoV-2, con esponenziale aumento dei casi ed elevata morbidità e mortalità (3). Nel nostro Paese è stato stimato che, nel periodo compreso tra 1-11 marzo, circa il 9-11% di pazienti affetti dal virus hanno necessitato di cure intensive (4).
Differentemente da quanto accade per la popolazione adulta, i bambini sembrano meno colpiti da SARS-CoV-2 (5-7), e in essi l'infezione sembra decorrere prevalentemente in maniera pauci-asintomatica, con sintomi quali febbre, flogosi delle alte vie (rinite, otite, faringite) e basse vie respiratorie (bronchite, bronchiolite, polmonite) (5-14); più comunemente che nell'adulto, vengono riportati sintomi gastrointestinali (6,11). A fronte di questo, anche per l'età pediatrica, sono descritti, seppur estremamente più rari rispetto all'adulto, quadri clinici di malattia grave con necessità di cure intensive e morte (5-7).
Uno studio retrospettivo effettuato in Cina descrive 2143 pazienti pediatrici di età mediana 7 anni (range 2-13 anni) con quadro clinico indicativo per COVID-19, di cui 731 (34,1%) confermati microbiologicamente (5). Dallo studio emerge che il 94,1% dei pazienti ha presentato un quadro clinico definito come asintomatico o con sintomi lievi; i restanti hanno manifestato un quadro moderato-severo definito come febbre, tosse con associato interessamento gastro-intestinale, con progressione a dispnea, cianosi e desaturazione (Sat O2<92%). La prevalenza di malattia grave/critica era del 10,6% nei bambini di età <1 un anno, 7,3% tra 1-5 anni, 4,2% tra 6-10 anni, 4,1% tra 11-15 anni e 3,0% tra 16-17 anni. Di questi, 13 pazienti (di cui 10/731 casi confermati COVID-19) hanno avuto un quadro critico con progressione ad insufficienza respiratoria e ARDS e/o shock, encefalopatia, insufficienza cardiaca, coagulopatia, IRA ed uno di essi, di età 14 anni, è andato incontro a decesso.
In un recente articolo, su 171 pazienti pediatrici, solo 3 hanno necessitato di supporto intensivo e ventilazione meccanica. Tutti e 3 avevano una condizione cronica/stato di immunodepressione concomitante (idronefrosi, leucemia ed invaginazione intestinale) (15).
Le caratteristiche cliniche di bambini con malattia severa sono state descritte in una casistica di otto pazienti in cui si evidenzia di come la gravita sia in tutti correlata all'nteressamento polmonare (16)
Ad oggi, né l'Organizzazione Mondiale della Sanità né CDC raccomandano alcun trattamento specifico nei bambini (17,18). Data la letteratura ancora giovane e controversa non vi sono prove definitive su cui basare l'uso di farmaci antivirali o antiinfiammatori/immunomodulanti nel paziente pediatrico infetto da SARS-CoV-2.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Va infine sottolineato che la letteratura è concorde nel dire che pur essendo l'età pediatrica poco colpito da malattia COVID-19, il bambino contribuisce in modo notevole alla diffusione dell'infezione alla sua diffusione. L'individuazione del bambino asintomatico o paucisintomatico è importante per il contenimento dei contagi, sia intraospedalieri che della comunità.

3. Definizioni

3.1. Definizione di caso

La definizione di caso viene ha come riferimento principale la procedura regionale Nuovo Coronavirus rev. 03 del 13.03.2020.
Per l'interesse di questo documento, relativo al bambino, considerate la peculiare presentazione clinica e l'evoluzione epidemiologica, la definizione è stata modificata come segue.

3.1.1. CASO SOSPETTO

Bambino/adolescente con:
febbre (TC >37,5 C ascellare)
e/o
sintomi respiratori (rinite, tosse e dispnea)
e/o
sintomi gastrointestinali (vomito, diarrea, inappetenza)
con o senza
contatto stretto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti

3.1.2. CASO PROBABILE

Un bambino/adolescente sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali.

3.1.3. CASO CONFERMATO

Un bambino/adolescente con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il laboratorio di riferimento nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) o a dai laboratori Regionali, indipendentemente dalla presenza di segni e sintomi clinici.

3.2. Definizione di CONTATTO STRETTO

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

- Un bambino/adolescente che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19;
- Un bambino/adolescente che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano, un abbraccio, un bacio);

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- Un bambino/adolescente che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- Un bambino/adolescente che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti;
- Un bambino/adolescente che si è trovata in un ambiente chiuso con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri;
- Un bambino/adolescente che abbia viaggiato seduto in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, i compagni di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetto alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).

Il collegamento epidemiologico può essere avvenuto **entro un periodo di 14 giorni** prima dell'insorgenza della malattia nel caso in esame.

3.3. Definizione di bambino/adolescente guarito da COVID-19 e Paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2

Alla data della redazione del presente documento si fa riferimento al parere del gruppo di lavoro del CSS espresso in data 28 febbraio 2020, a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti (Circolare prot. n. 6607 del 29 febbraio 2020). Tale parere qui di seguito riassunto dovrà essere aggiornato sulla base delle nuove evidenze che si renderanno disponibili.

3.3.1. Bambino/adolescente che dopo essere stato sintomatico può essere considerato guarito da COVID-19

Si definisce **CLINICAMENTE GUARITO** da COVID-19 un bambino/adolescente che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche (febbre, rinite, tosse, mal di gola, vomito e diarrea) associate all'infezione virologicamente documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata. Il bambino/adolescente clinicamente guarito può risultare ancora positivo al test per la ricerca di SARS-CoV-2.

Il paziente **GUARITO** è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione da COVID-19 e che risulta **NEGATIVO** in **due test consecutivi**, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2.
Pur non esistendo chiare evidenze a supporto, si ritiene opportuno suggerire di ritestare il bambino/adolescente risultato positivo, a risoluzione dei sintomi clinici e, in caso di persistenza della sintomatologia, non prima di 7 giorni dal riscontro della prima positività.
Attualmente non è ancora raccomandata nella pratica clinica l'utilizzo di sierologia per SARS-CoV-2

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

4. Elementi organizzativi per la gestione del bambino/adolescente con sospetta o accertata infezione da SARS-CoV-2

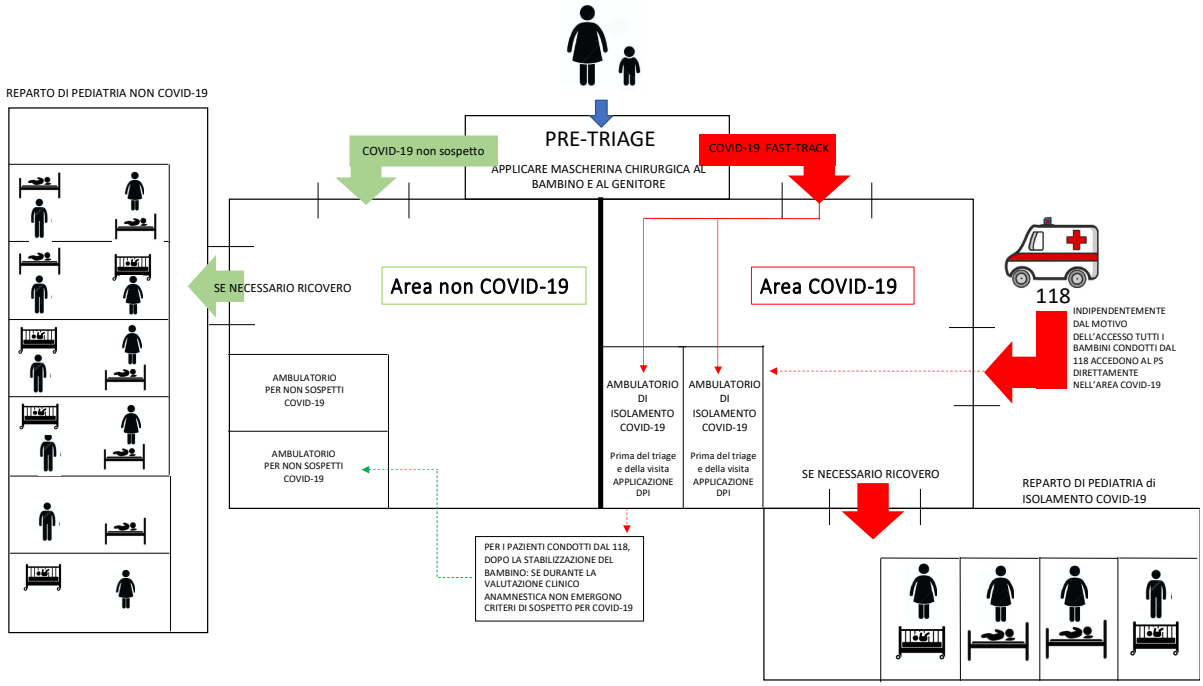


Figura 1 Flow chart organizzativa per la gestione del bambino/adolescente con sospetta o accertata infezione da SARS-CoV-2

4.1 Assistenza in Pronto Soccorso

4.1.1 Accesso spontaneo/paziente non critico

In ogni Pronto Soccorso sia Pediatrico che Generale deve essere allestita un'area di pre-triage, dedicata anche al bambino, che accolga tutti i pazienti pediatrici che giungono **autonomamente** in condizioni non critiche (codice giallo, verde e bianco). La valutazione in pre-triage, finalizzata all'individuazione tempestiva del paziente a rischio per malattia da COVID-19 prima dell'ingresso in ospedale, sarà effettuata da un operatore sanitario formato e adottando adeguati DPI (come previsto da procedura regionale Nuovo Coronavirus rev. 03 del 13.03.2020) e fornendo la mascherina chirurgica al bambino e al genitore.

Successivamente al pre-triage, devono essere organizzate due aree distinte, anche dedicate al bambino:

- **Area bambini/adolescenti sospetti COVID-19 (Area COVID-19),** dotata di almeno un ambulatorio di isolamento a pressione negativa.

- **Area bambini/adolescenti non sospetti (Area non COVID-19)**

Queste due aree devono essere separate fisicamente ed avere operatori dedicati per impedire l'aggregazione ed il contagio tra bambini/adolescenti sospetti/accertati e non.
All'interno **dell'Area COVID-19,** dopo la valutazione clinica ambulatoriale, se necessario monitoraggio, il bambino/adolescente ed il genitore/caregiver potranno essere inviati nella

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

sala d'attesa **AREA COVID-19** con mascherina chirurgica ad almeno un metro di distanza dagli altri pazienti. Se questa procedura non fosse possibile, il bambino/adolescente ed il genitore/caregiver deve rimanere in isolamento in ambulatorio.

4.1.2 Accesso attraverso il Sistema di Emergenza Territoriale 118/paziente critico

Se il paziente valutato dal **personale del Sistema di Emergenza Territoriale 118** viene trasportato presso il Pronto Soccorso (vedi procedura regionale Nuovo Coronavirus rev. 03 del 13.03.2020) dovrà essere condotto direttamente **nell'ambulatorio di isolamento** nell' **Area COVID-19** e, data l'impossibilità del pre-triage, verrà assistito da personale provvisto di DPI.
Una volta stabilizzato il bambino/adolescente, se non si ravvedono fattori clinico/anamnestici per sospetta infezione COVID-19 il paziente può essere trasferito per il monitoraggio nell' **Area non COVID-19.**

4.2 Assistenza in regime di ricovero

Idealmente, ogni Ospedale dotato di Pronto Soccorso, dovrà disporre di letti per accogliere *pazienti pediatrici COVID-19 sospetti e/o positivi accertati.*

i. Il bambino/adolescente andrà ricoverato in un in stanza a pressione negativa, o dove non disponibili, in stanza singola con bagno dedicato, in isolamento respiratorio (con messa in atto di dispositivi di protezione individuale previsti per agenti trasmessi tramite droplets + via aerea + contatto). Il personale sanitario che assiste il paziente deve essere dedicato. Il genitore/ caregiver deve indossare sempre la mascherina chirurgica e non deve uscire dalla stanza di degenza. Va attivato pasto con stoviglie monouso sia per il paziente che per il caregiver. Non sono consentite visite al paziente pediatrico con COVID-19.

ii. Nel caso venisse confermata sia ai genitori/caregivers che al bambino/adolescente la presenza di COVID-19, per mantenere l'unità familiare, il bambino/adolescente potrà essere ricoverato presso il reparto di Pediatria con uno dei genitori solo in caso che quest'ultimo sia asintomatico o presenti sintomi di infezione lieve in assenza di fattori di rischio non richiedenti un ricovero ospedaliero.

iii. Nel caso entrambi i genitori/caregivers presentassero sintomatologia tale da richiedere un ricovero ospedaliero, genitori/caregivers e bambino potranno essere ricoverati nella stessa stanza di degenza presso il Reparto di Malattie Infettive, garantendo al bambino consulenza da parte di equipe pediatrica dedicata.

iv. In caso di quadro **clinico grave in bambino/adolescente COVID-19 positivo** andrà previsto **immediato ricovero presso centri** dotati di letti di terapia intensiva pediatrica con possibilità di isolamento, che al momento sono: Azienda Ospedaliera di Padova, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona,

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ospedale San Bortolo dell'Azienda ULSS 8 Berica, e limitatamente ai primi sei mesi di vita, l'Ospedale di Treviso ULSS2.

v. Il trasferimento in tali centri va anche considerato i bambini **COVID-19 positivi** di **età inferiore all'anno, indipendentemente dalla gravità**, in considerazione del maggior rischio di evoluzione clinica negativa o comunque qualora l'Ospedale non fosse in grado di garantire una stanza di isolamento o il livello di cure richiesto.

5. Percorsi del bambino/adolescente con sospetta o accertata infezione da SARS-CoV-2

Successivamente al pre-triage, si delineeranno **4 possibili percorsi:**

Percorso 1 - CASO SOSPETTO/PROBABILE di COVID-19 in paziente precedentemente sano

- *Bambino/adolescente precedentemente sano*
- *Con febbre (TC >37,5C) e/o sintomatologia respiratoria e/o gastrointestinale*
- *Con o senza contatto stretto con accertato COVID19 nei 14 giorni precedenti*

Percorso 2 - CASO SOSPETTO/PROBABILE di COVID-19 in paziente con patologia cronica/stato di immunodepressione

- *Bambino/adolescente con patologia cronica/stato di immunodepressione**
- *Con febbre (TC >37,5C) e/o sintomatologia respiratoria e/o gastrointestinale*
- *Con o senza contatto stretto con accertato COVID19 nei 14 giorni precedenti*

Percorso 3 - CONTATTO STRETTO con accertato COVID-19, asintomatico relativamente a sintomi COVID-19

- *Bambino/adolescente che riferisce contatto stretto con accertato COVID-19 nei 14 giorni precedenti*
- *Senza febbre e/o sintomatologia respiratoria e/o gastrointestinale*
- *+/- sintomatologia clinica non correlata (es trauma cranico minore)*

Percorso 4 - CASO NON SOSPETTO

- *Bambino/adolescente che giunge all'osservazione per sintomatologia non COVID-19 correlata (in particolare febbre (TC >37,5C) e/o sintomatologia respiratoria e/o gastrointestinale.*
- *Senza contatti stretti con COVID-19 nei 14 giorni precedenti*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

5.1. Percorso 1 – "CASO SOSPETTO/PROBABILE" di COVID-19 in paziente precedentemente sano

Previa applicazione di mascherina chirurgica al bambino/adolescente e al genitore/caregiver, l'infermiere di pre-triage indirizza il paziente al triage e alla visita nell'ambulatorio dell'**Area COVID-19**, dove verranno effettuati:

a) <u>Anamnesi</u>

- Anamnesi familiare, patologica remota e prossima compresa storia epidemiologica come indicato da scheda SISP con particolare riferimento al livello di isolamento e contatto con genitori o altri soggetti positivi/sospetti per COVID-19.
- Stato vaccinale (*H. influentiae, S. pneumoniae, BCG, vaccinazione influenzale*)
- Eventuali terapie effettuate (anche croniche)
- Allergie
- Presenza di patologia cronica/stato di immunodepressione preesistenti -> il paziente passa al ***Percorso 2.***

b) <u>Esame obiettivo completo con particolare riferimento a:</u>

- Condizioni generali/stato di coscienza
- Parametri vitali: Temperatura corporea, SatO2, FR, FC, PA
- Segni di distress respiratorio e/o disidratazione

c) <u>Definizione del livello di gravità clinica</u>

Per la definizione di quadro clinico moderato/grave basta la presenza di **UNO SOLO** dei criteri elencati per categoria

Tabella I. Criteri clinici di gravità

Lieve	Moderata	Grave
- Età> 1 anno - Rinite, congestione nasale, tosse - Assenza di reperti patologici all'auscultazione toracica - SatO2 >95% in aria ambiente - Preservata capacità di assunzione di liquidi e/o segni di disidratazione lieve (perdita di peso <3-5%) pur in presenza di vomito, diarrea - Paziente emodinamicamente stabile/non segni di sepsi - Compliance genitoriale	- Età ≤ 1 anno, anche con segni clinici di gravità lieve - Dispnea lieve-moderata - SatO2 ≤ 95 % in aria ambiente - Disidratazione (perdita di peso > 5%) e/o incapacità di assumere farmaci e liquidi per OS	- Distress severo - Significativo aumento della frequenza respiratoria: FR≥60/min (≤1 anno), FR≥50/min (1-5 anni, FR ≥50/min >5 anni) - SatO2 ≤92% - EGA: PaO2 < 60 mmHg, PaCO2>50 mmHg - Segni di sepsi - Alterazione stato di coscienza

d) <u>TAMPONE NASOFARINGEO per COVID-19</u>

- Da eseguire in **tutti** i pazienti per l'individuazione del virus e la **conferma diagnostica, da inviare c/o Microbiologia.**
- Laddove possibile, anche tampone rettale <u>per COVID-19</u>
- E' consigliata l'esecuzione di tampone nasofaringeo per COVID-19 anche al genitore/caregiver, vista la molto probabile natura familiare del contagio.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

e) Accertamenti da eseguire in caso di quadro clinico moderato/grave:

i. Radiografia del torace

IMPORTANTE: per l'esecuzione di ulteriori accertamenti che potranno rendersi necessari a giudizio del clinico, durante la permanenza in Pronto Soccorso, si raccomanda l'utilizzo di strumentazioni diagnostica portatile (es. Raggi X) per evitare di spostare il paziente.

ii. **Esami ematochimici:** emocromo, ionemia, funzionalità renale, AST, ALT, GGT, glucosio, PCR, PCT, CPK, LDH, EGA, esame urine e se segni di sepsi enzimi miocardici, PT-PTT, fibrinogeno, FDP, lattato.

f) Allerta del Servizio igiene e sanità pubblica (SISP) con compilazione ed invio della scheda di segnalazione (fare riferimento al SISP della propria provincia)

IMPORTANTE: Per tutto il periodo di permanenza presso il PS, il genitore/caregiver rimane insieme al bambino nella stanza di isolamento e continua ad indossare la mascherina chirurgica.

Dopo l'effettuazione del tampone (in attesa del referto), sulla base del quadro clinico il pediatra valuterà se dimettere o ricoverare il bambino/adolescente secondo i **criteri clinici di gravità.**

5.1.1 Indicazione alla dimissione a domicilio

In caso di quadro clinico **lieve** sarà possibile la **dimissione** da Pronto Soccorso verso il domicilio di pazienti in attesa di esito del test per Sars-CoV-2. E' possibile dimettere il paziente a domicilio disponendo un ISOLAMENTO FIDUCIARIO in attesa dell'esito del tampone che verrà comunicato ai genitori e/o al Pediatra di Libera Scelta entro 24-48 ore, secondo l'organizzazione interna di ogni singola Azienda.

La gestione del bambino in base all'esito del tampone prevede:

a) In caso di **esito positivo** del tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2 verrà raccomandato ai genitori l'applicazione delle precauzioni per prevenire la trasmissione da contatto, droplet; il controllo della temperatura corporea 2 volta al giorno +/- insorgenza di altri sintomi, contatto telefonico con il Pediatra di Libera Scelta ed accesso immediato in Pronto Soccorso se peggioramento clinico significativo.
Tutti coloro che rientrano nella definizione di contatto stretto del bambino/adolescente devono essere posti in QUARANTENA CON SORVEGLIANZA ATTIVA per 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso. L'isolamento domiciliare con sorveglianza attiva prevede il contatto da parte dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione, per conoscere lo stato di salute ed avere conferma del mantenimento dello stato di isolamento. Per la definizione di guarigione del paziente di rimanda alle note iniziali tratte dalle direttive regionali.

b) In caso di **esito negativo** del tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2 se all'anamnesi fosse stato evidenziato un contatto stretto con accertato COVID19, raccomandare al

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

bambino/adolescente e ai familiari di completare la QUARANTENA di 14 giorni dal giorno dell'ultimo contatto. L'evoluzione clinica andrà monitorata attraverso contatto con il Pediatra di Libera Scelta.

5.1.2 Indicazione al RICOVERO OSPEDALIERO

In caso di quadro **clinico moderato** sarà necessario ***ricovero ospedaliero*** *nel Reparto ordinario predisposto ad accettare pazienti pediatrici COVID-19 sospetti e/o positivi accertati* indipendentemente dalla disponibilità dell'esito del tampone.

In caso di quadro **clinico grave in bambino/adolescente COVID-19 positivo** andrà previsto **immediato ricovero presso centri** dotati di letti di terapia intensiva pediatrica con possibilità di isolamento, che al momento sono: Azienda Ospedaliera di Padova, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, Ospedale San Bortolo dell'Azienda ULSS 8 Berica, e limitatamente ai primi sei mesi di vita, l'Ospedale di Treviso ULSS2.

Il trasferimento in tali centri va anche considerato i bambini **COVID-19 positivi** di **età inferiore all'anno, indipendentemente dalla gravità**, in considerazione del maggior rischio di evoluzione clinica negativa.

Si rimanda al punto ***6 – Gestione del paziente ricoverato COVID-19 positivo.***
La gestione del bambino in base all'esito del tampone prevede:

a) In caso di **esito positivo** del tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2 il paziente rimarrà ricoverato presso il *Reparto (ordinario/sub-intensivo/intensivo) predisposto ad accettare pazienti COVID-19 sospetti e/o positivi accertati.* Si rimanda al punto ***6 – Gestione del paziente ricoverato***. Tutti coloro che rientrano nella definizione di contatto stretto del bambino/adolescente devono essere posti in QUARANTENA CON SORVEGLIANZA ATTIVA per 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso. L'isolamento domiciliare con sorveglianza attiva prevede il contatto da parte dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione, per conoscere lo stato di salute ed avere conferma del mantenimento dello stato di isolamento.

b) In caso di **esito negativo** del tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2 il bambino/adolescente potrà essere trasferito e gestito presso un reparto pediatrico **non COVID-19** solo se all'anamnesi non fosse stato evidenziato un contatto stretto con accertato COVID-19. In caso di anamnesi positiva per contatto stretto, il bambino/adolescente deve essere mantenuto in quarantena presso il reparto (ordinario/sub-intensivo/intensivo) predisposto ad accettare pazienti COVID-19 sospetti e/o positivi accertati. Si rimanda al punto ***6 – Gestione del paziente ricoverato*** Nel caso in cui le condizioni cliniche del bambino/adolescente permettessero l'invio a domicilio, se all'anamnesi fosse stato evidenziato un contatto stretto con accertato COVID19, raccomandare al bambino/adolescente e ai familiari di completare la QUARANTENA di 14 giorni dal giorno dell'ultimo contatto. L'evoluzione clinica andrà monitorata attraverso contatto con il Pediatra di Libera Scelta.

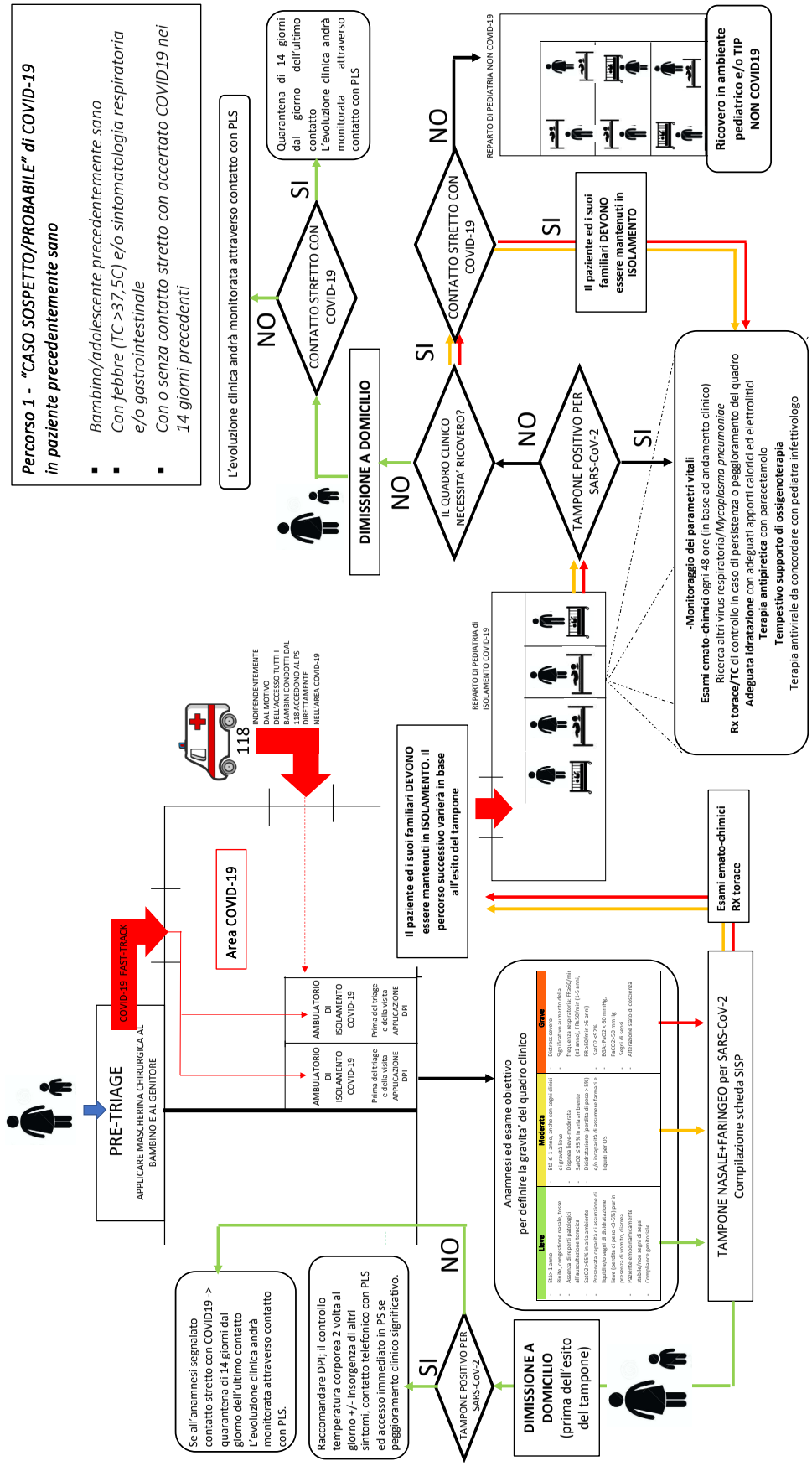


Figura 2 Flow chart per la gestione del bambino/adolescente precedentemente sano con "CASO SOSPETTO/PROBABILE" di COVID-19 (Percorso 1)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

5.2 Percorso 2- "CASO SOSPETTO/PROBABILE" di COVID-19 in paziente con patologia cronica/stato di immunodepressione

Previa applicazione di mascherina chirurgica al bambino/adolescente e al genitore/caregiver, l'infermiere di pre-triage indirizza il paziente al triage nell'ambulatorio dell'**Area COVID-19**, dove verranno effettuata la procedura già enunciata nel **Percorso 1.**

In caso di quadro **clinico grave in bambino/adolescente COVID-19 positivo** andrà previsto **immediato ricovero presso centri** dotati di letti di terapia intensiva pediatrica con possibilità di isolamento, che al momento sono: Azienda Ospedaliera di Padova, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona, Ospedale San Bortolo dell'Azienda ULSS 8 Berica, e limitatamente ai primi sei mesi di vita, l'Ospedale di Treviso ULSS2.

Il trasferimento in tali centri va anche considerato i bambini **COVID-19 positivi** di **età inferiore all'anno, indipendentemente dalla gravità**, in considerazione del maggior rischio di evoluzione clinica negativa.

Si rimanda al punto ***6 – Gestione del paziente ricoverato.***

La gestione del bambino in base all'esito del tampone prevede:

c) In caso di **esito positivo** del tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2 il paziente rimarrà ricoverato presso il *Reparto (ordinario/sub-intensivo/intensivo) predisposto ad accettare pazienti COVID-19 sospetti e/o positivi accertati.* Si rimanda al punto ***6 – Gestione del paziente ricoverato***. Tutti coloro che rientrano nella definizione di contatto stretto del bambino/adolescente devono essere posti in QUARANTENA CON SORVEGLIANZA ATTIVA per 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso. L'isolamento domiciliare con sorveglianza attiva prevede il contatto da parte dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione, per conoscere lo stato di salute ed avere conferma del mantenimento dello stato di isolamento.

d) In caso di **esito negativo** del tampone naso-faringeo per SARS-CoV-2 il bambino/adolescente potrà essere trasferito e gestito presso un reparto pediatrico **non COVID-19** solo se all'anamnesi non fosse stato evidenziato un contatto stretto con accertato COVID-19. In caso di anamnesi positiva per contatto stretto, il bambino/adolescente deve essere mantenuto in quarantena presso il reparto (ordinario/sub-intensivo/intensivo) predisposto ad accettare pazienti COVID-19 sospetti e/o positivi accertati. Si rimanda al punto ***6 – Gestione del paziente ricoverato*** Nel caso in cui le condizioni cliniche del bambino/adolescente permettessero l'invio a domicilio, se all'anamnesi fosse stato evidenziato un contatto stretto con accertato COVID19, raccomandare al bambino/adolescente e ai familiari di completare la QUARANTENA di 14 giorni dal giorno dell'ultimo contatto. L'evoluzione clinica andrà monitorata attraverso contatto con il Pediatra di Libera Scelta.

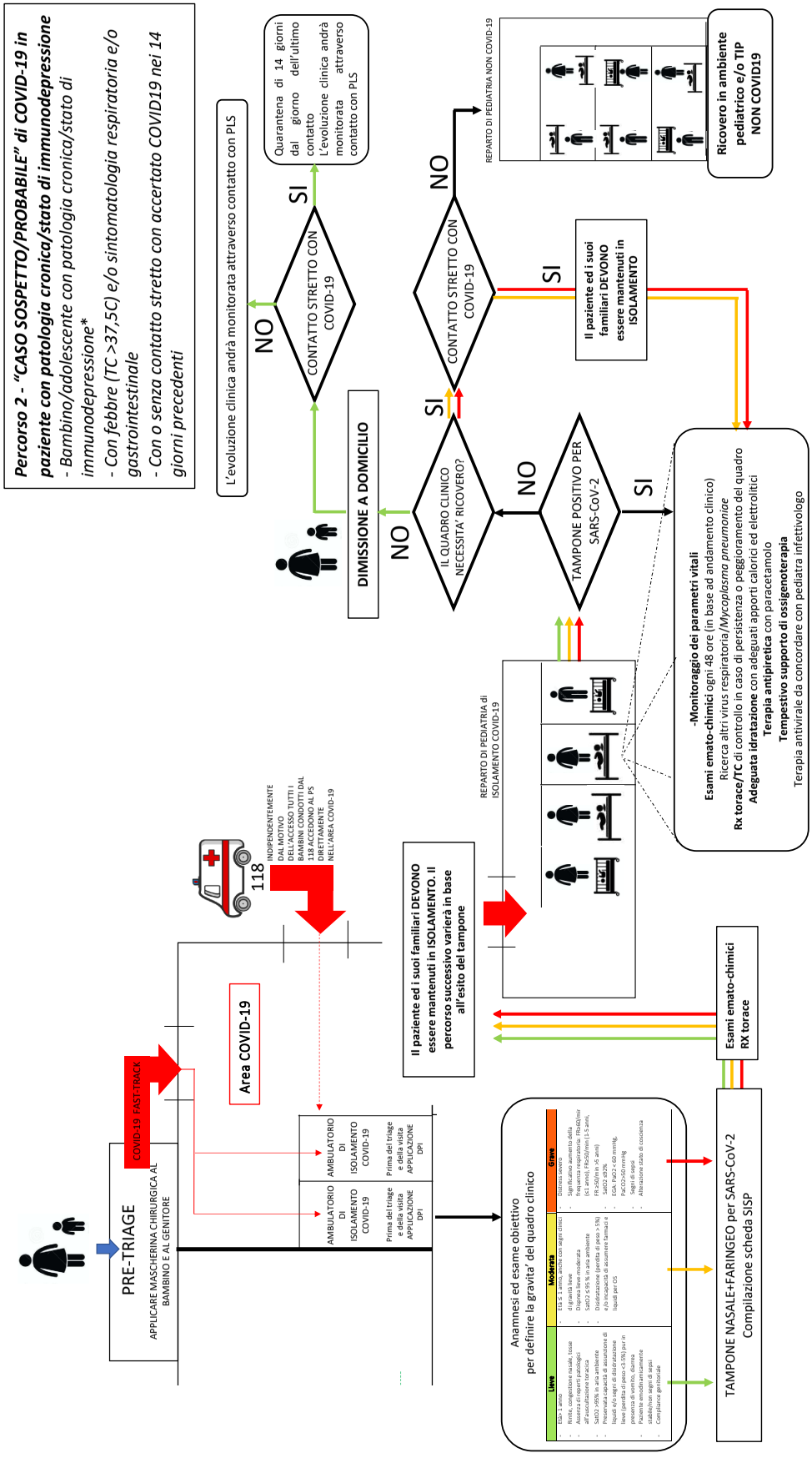


Figura 3 Flow chart per la gestione del bambino/adolescente con patologie cronica/stato di immunodepressione con "CASO SOSPETTO/PROBABILE" di COVID-19 (Percorso 2)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

5.3. Percorso 3- CONTATTO STRETTO con accertato COVID-19, *asintomatico relativamente a sintomi COVID-19 (= presentazione per problemi clinici diversi)*

Previa applicazione di mascherina chirurgica al paziente e genitore/caregiver, l'infermiere di pre-triage indirizza il paziente al triage nell'ambulatorio dell'Area COVID-19.
Qui verranno effettuati:

a) Anamnesi familiare, patologica remota e prossima compreso storia epidemiologica come indicato da scheda SISP
b) Esame obiettivo
c) Tampone nasofaringeo per COVID-19 a tutti i bambini/adolescenti per l'individuazione del virus e la conferma diagnostica, da inviare c/o Microbiologia. E' consigliata l'esecuzione di tampone nasofaringeo per COVID-19 anche al genitore/caregiver.
d) Esecuzione di ulteriori accertamenti o terapie in relazione al problema clinico (decisione da individualizzare). Si sottolinea che in tali casi devono essere utilizzati strumenti mono-uso e strumentazioni diagnostiche portatili (es. Raggi X) per evitare di spostare il paziente.
e) Allerta del Servizio igiene e sanità pubblica (SISP) con compilazione ed invio della scheda di segnalazione (fare riferimento al SISP della propria provincia

Dopo l'effettuazione del tampone (in attesa del referto), sulla base del quadro clinico il pediatra valuterà se dimettere o ricoverare il bambino/adolescente in base ai criteri clinici di gravità specifici per patologia.

In caso di stabilità clinica i bambini/adolescenti in attesa di esito del test per COVID-19 possono essere dimessi continuando l'ISOLAMENTO FIDUCIARIO DOMICILIARE in attesa dell'esito del tampone che verrà comunicato entro 24-48 ore dalla dimissione secondo l'organizzazione interna di ogni singola Azienda. Si rimanda alla sezione ***5.1.1- Indicazione alla DIMISSIONE CON ISOLAMENTO A DOMICILIO*** per le specifiche.

In caso di ricovero si rimanda al rimanda al punto ***6 – Gestione del paziente ricoverato***.

Indipendentemente dall'esito del tampone, data l'anamnesi positiva per contatto stretto, il paziente deve essere mantenuto in QUARANTENA.

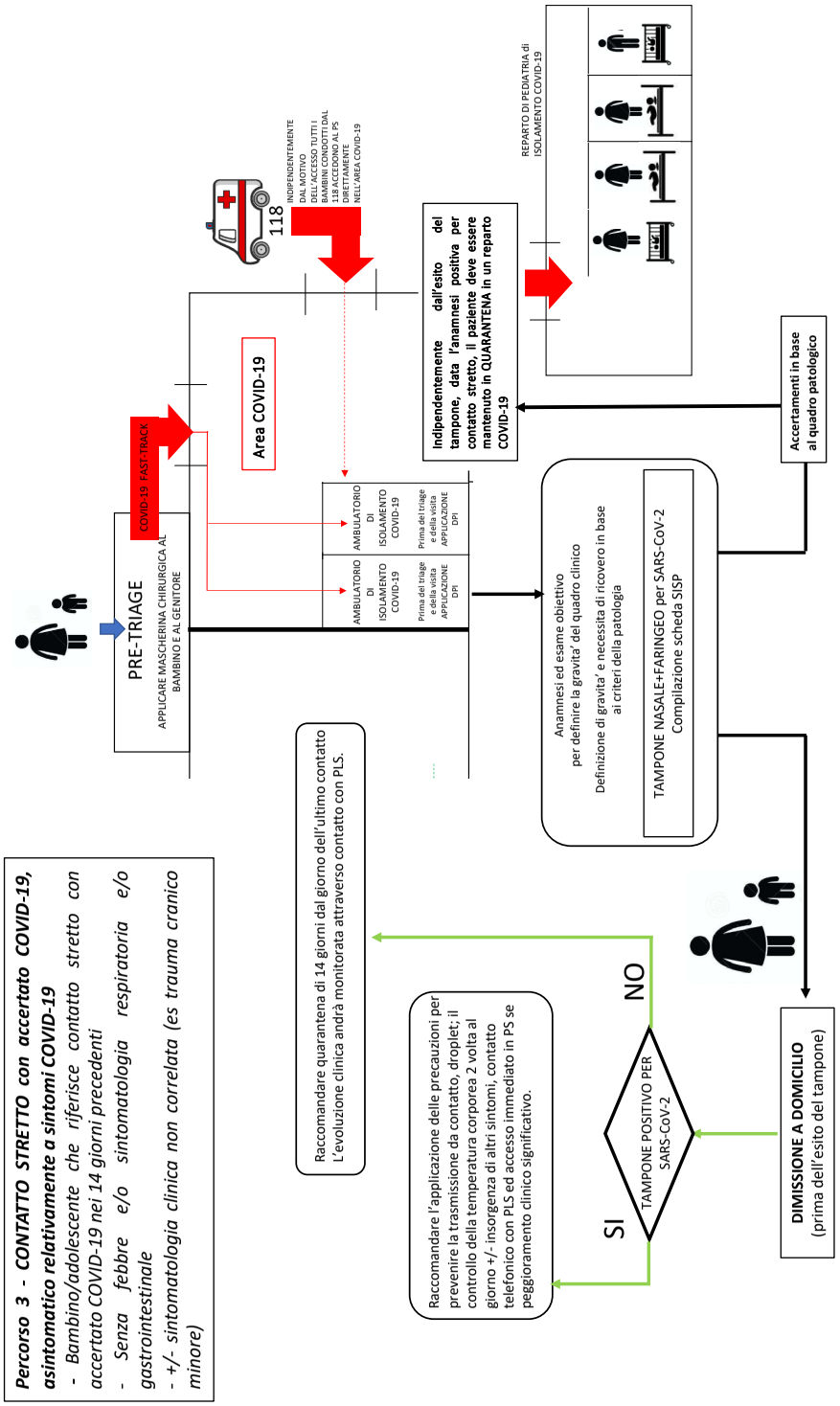


Figura 4 Flow chart per la gestione del bambino/adolescente asintomatico con "CONTATTO STRETTO" con accertato COVID-19 (Percorso 3)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

5.4 Percorso 4- CASO NON SOSPETTO

L'infermiere di pre-triage indirizza il paziente al triage dedicato all'Area non COVID-19.
Questi pazienti riceveranno le cure come previsto per le diverse patologie.

L'esecuzione di tampone nasofaringeo di screening al bambino e al caregiver è raccomandata solo nel caso fosse necessario il ricovero per la prevenzione di una eventuale diffusione intraospedaliera da paziente asintomatico

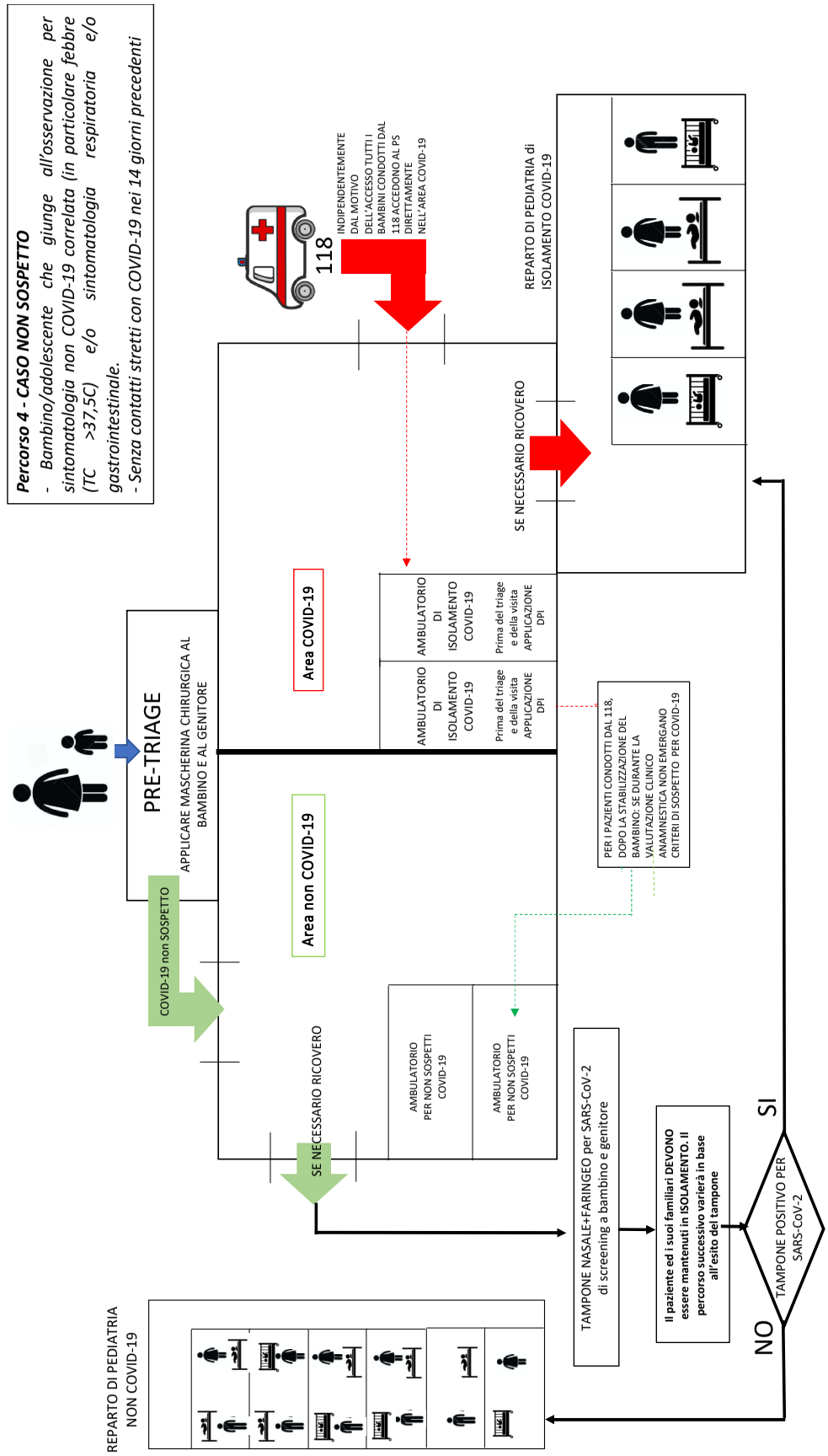


Figura 5 Flow chart per la gestione del bambino/adolescente con CASO NON SOSPETTO" di COVID-19 (Percorso 4)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

6. Gestione del paziente ricoverato

- Monitoraggio
- Parametri vitali (Tc, SatO2, FR, FC, PA) e andamento clinico
- Ripetizione esami ematochimici da valutare in base all'andamento clinico
  NB La conta leucocitaria è normale o ridotta con linfo/neutropenia, gli enzimi epatici e muscolari in alcuni casi sono aumentati, la PCR può risultare lievemente aumentata con PCT normale (salvo sovrainfezioni)
- Esecuzione di immunofenotipo
- Ricerca di altri virus respiratori/*Mycoplasma pneumoniae*
- Ripetizione Rx torace in caso di persistenza o TC torace in caso di peggioramento del quadro respiratorio.
  NB Reperti di imaging tipici infezione da infezione da COVID-19: addensamenti irregolari mono o bilaterali multipli, opacità a vetro smerigliato, ridotta trasparenza diffusa (white lung), effusione pleurica
  Riferirsi alle procedure specifiche Aziendali per l'invio del paziente in radiologia e/o per l'utilizzo strumentazione radiodiagnostica portatile.

- Terapia di supporto
- Idratazione (orale/parenterale) con adeguati apporti calorici ed elettrolitici.
- Terapia antipiretica:
  - prima scelta paracetamolo ai dosaggi usuali
  - seconda scelta ibuprofene ai dosaggi usuali

  Attualmente non vi sono prove scientifiche che stabiliscano una correlazione tra l'ibuprofene e il peggioramento del decorso della malattia da COVID-19. In accordo alle linee guida nazionali di trattamento, i pazienti possono continuare a utilizzare FANS (come l'ibuprofene) come riportato dall'EMA (19).
- Terapia steroidea:
  La terapia steroidea non e' abitualmente indicata nel trattamento dei bambini con COVID-19 data l'assenza di benefici ed i possibili danni in corso di infezioni virali. Tuttavia, i corticosteroidi possono essere garantiti per il trattamento di esacerbazioni di condizioni mediche coesistenti (es. asma) o insufficienza surrenalica in pazienti con sospetto o documentato COVID-19, in cui i benefici superano i rischi. Nei pazienti sottoposti a terapia steroidea cronica, qualsiasi modifica al regime steroideo basale in pazienti con sospetta o documentata infezione da COVID-19 deve essere guidata dal servizio che prescrive questa terapia (ad es. Oncologia, reumatologia, trapianto di midollo osseo) (17)
- Supporto respiratorio
  Pur in assenza di evidenze scientifiche si suggeriscono questi due livelli di assistenza:
  - Nelle forme **moderate** iniziare con ossigenoterapia convenzionale (in maschera, non cannule nasali) avendo come obiettivo il mantenimento di una SatO2 >95%.
  - Se tale obiettivo non viene raggiunto, iniziare ossigenoterapia ad alti flussi e allerta del **centro di riferimento** dotato di letti di terapia intensiva pediatrica con possibilità di isolamento.
  - Nelle forme **gravi**, i livelli di assistenza respiratoria si articoleranno in CPAP, NIV valutando precocemente l'intubazione e la ventilazione meccanica

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- Terapia specifica
- Data le scarse evidenze presenti in letteratura, l'eventuale terapia antivirale, andrà definita caso per caso con i consulenti infettivologi pediatri (indirizzo email: **covid.pediatrico@aopd.veneto.it**)

I casi confermati di COVID-19 devono rimanere in isolamento ospedaliero fino alla **GUARIGIONE CLINICA**, definita come **stabile apiressia per 48-72 ore e risoluzione della sintomatologia respiratoria/gastrointestinale presentata all'ingresso**. Successivamente, l'isolamento dovrà essere proseguito a domicilio fino a guarigione del paziente. Per la definizione di guarigione del paziente di rimanda alle note iniziali tratte dalle direttive regionali.

IMPORTANTE: Comunicare la dimissione al Servizio igiene e sanità pubblica (SISP) per attivare la sorveglianza attiva a domicilio.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Bibliografia

1- WHO. Coronavirus Disease (COVID-2019) Situation Report 61. 2020.

2- Callaway E. Time to use the p-word? Coronavirus enter dangerous new phase. Nature 2020; 579: 12).

3- The Economist. Tourism flows and death rates suggest covid-19 is being under-reported. 2020. https://www.economist.com/graphicdetail/ 2020/03/07/tourism-flows-and-death-rates-suggest-covid-19- is-being-under-reported (accessed March 11, 2020).

4- Remuzzi A et al, *COVID-19 and Italy: what next?* Lancet, Published Online March 12, 2020 https://doi.org/10.1016/ S0140-6736(20)30627-9

5- Yuanyuan Dong, Epidemiological Characteristics of 2143 Pediatric Patients With 2019 Coronavirus Disease in China, Pediatrics, 2020; doi: 10.1542/peds.2020-0702

6- Wu Z, McGoogan JM. Characteristics of and important lessons from the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak in China: summary of a report of 72 314 cases from the Chinese Center for Disease Control and Prevention. JAMA 2020 February 24

7- Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children show milder cases and a better prognosis than adults [published online ahead of print, 2020 Mar 23]. *Acta Paediatr*. 2020;10.1111/apa.15270. doi:10.1111/apa.15270

8- Chiu SS, Chan KH, Chu KW, et al. Human coronavirus NL63 infection and other coronavirus infections in children hospitalized with acute respiratory disease in Hong Kong, China. Clin Infect Dis. 2005;40:1721–1729.

9- Greenberg SB. Update on human rhinovirus and coronavirus infections. Semin Respir Crit Care Med. 2016;37:555–571.

10- McIntosh K, Kapikian AZ, Turner HC, et al. Seroepidemiologic studies of coronavirus infection in adults and children. Am J Epidemiol. 1970;91:585–592.

11- Esper F, Ou Z, Huang YT. Human coronaviruses are uncommon in patients with gastrointestinal illness. J Clin Virol. 2010;48:131–133.

12- Wang XF, Yuan J, Zheng YJ, et al. [Clinical and epidemiological characteristics of 34 children with 2019 novel coronavirus infection in Shenzhen].Zhonghua Er Ke Za Zhi. 2020;58:E008.

13- Wei Xia et al, Clinical and CT features in pediatric patients with COVID-19 infection: Different points from adults. Pediatric Pulmonology. 2020;1–6.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

14- Weiyong Liu et al, Detection of Covid-19 in Children in Early January 2020 in Wuhan, China

15- Lu X, Zhang L, Du H, Zhang J, Li YY, Qu J, Zhang W, Wang Y, Bao S, Li Y, Wu C, Liu H, Liu D, Shao J, Peng X, Yang Y, Liu Z, Xiang Y, Zhang F, Silva RM, Pinkerton KE, Shen K, Xiao H, Xu S, Wong GWK; Chinese Pediatric Novel Coronavirus Study Team. SARS-CoV-2 Infection in Children. N Engl J Med. 2020 Mar 18. doi: 10.1056/NEJMc2005073. [Epub ahead of print] PubMed PMID: 32187458.

16- Sun D, Li H, Lu XX, et al. Clinical features of severe pediatric patients with coronavirus disease 2019 in Wuhan: a single center's observational study [published online ahead of print, 2020 Mar 19]. *World J Pediatr*. 2020;10.1007/s12519-020-00354-4. doi:10.1007/s12519-020-00354-4

17- World Health Organization. WHO interim guidance on clinical management of severe acute respiratory infection when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected. 2020. Available at: https://apps.who.int/iris/handle/10665/330893. Accessed March 5, 2020.

18- Centers for Disease Control and Prevention CfDCaP. Interim clinical guidance for management of patients with confirmed 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infection. 2020. Available at: https://www.cdc.gov/ coronavirus/2019-ncov/hcp/clinical-guidance-management-patients.html. Accessed February 21, 2010.

19- EMA Comunicazione dell'Agenzia europea per i medicinali (Ema) sull'uso di anti-infiammatori per Covid-19 available at: http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4264

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Scheda di Valutazione

Strutture Residenziali Anziani

E

Protocollo Operativo

Utilizzo del test rapido sierologico

03.04.2020

Struttura	**ULSS**	
INDICATORI	**SI/NO**	**- NUMERO - TIPOLOGIE SPECIFICHE - DATA**
Configurazione struttura		
Numero stanze dedicate per isolamento sul tot. delle stanze presenti in struttura		
Numero stanze dedicate per quarantena sul tot. delle stanze presenti in struttura		
DPI		
Disponibilità DPI al 20 febbraio 2020 e quantitativo		
Disponibilità DPI attuale e quantitativo		
Valutazione degli acquisti (presenza fatture/presa visione delle scorte etc..)		
Sono disponibili DPI separati per utenti		
Sono disponibili DPI separati per utenti positivi		
Sanificazione		
Detergenti/Disinfettanti per la pulizia ambientale (ipoclorito di sodio, idroalcoliche, etc..)		
Disponibilità DPI per addetti pulizie area COVID		
Indicazioni organizzative speciali		
Da quando è operativo il blocco visitatori		
Da quando è operativo la telecomunicazione con i famigliari		
Vi è evidenza attuazione delle misure per distanziamento sociale		
Numero operatori dedicati COVID		
Eventuale turno di assitenza dedicata a COVID		
Prevalenza attuale operatori positivi COVID		
Numero tamponi effettuati agli operatori		
Numero test rapidi effettuati agli operatori		
Prevalenza attuale ospiti positivi COVID presenti in struttura		
Numero ospiti ricoverati per COVID		

Numero tamponi effettuati agli ospiti		
Numero test rapidi effettuati agli ospiti		
Numero di decessi		
Procedura per la gestione della salma da COVID		

Team costituito da

Firma Direttore Servizi Socio Sanitari

Indicazioni operative per l'utilizzo del TEST RAPIDO DI LABORATORIO PER LA RILEVAZIONE COVID19 IgM-IgG

Principio del test

Trattasi di test rapido immunocromatografico per la rilevazione qualitativa degli anticorpi IgG e IgM contro COVI19 in campioni di sangue intero, siero o plasma.

Il principio del test è il seguente:

il campione reagisce con particelle rivestite di COVID19. La miscela migra lungo la membrana per azione capillare e se il campione contiene anticorpi IgG anti COVI19, reagisce con le anti-uman IgG nella regione della linea di test IgG. In questo caso una linea colorata apparirà nella regione di test IgG.

Analogamente, le anti-uman IgM sono posizionate nella regione della linea di test IgM con cui reagisce il complesso coniugato specifico se il campione contiene anticorpi IgM contro il COVID19. Come risultato appare una linea colorata nella regione della linea IgM.

Come controllo procedurale, una linea colorata apparirà sempre nella regione della linea di controllo, indicando che è stato aggiunto un volume corretto di campione e che lo stesso è migrato lungo la regione.

Quindi se la linea di controllo non appare il test risulta invalido e va ripetuto, utilizzando il corretto volume di sangue.

Raccolta del campione e modalità di esecuzione del test

1. Disinfettare la mano del paziente con tampone imbevuto di alcool e lasciare asciugare
2. Massaggiare la mano senza toccare il punto di iniezione verso la punta del dito medio o anulare
3. Pungere la punta del polpastrello con lancetta sterile
4. Rimuovere la prima goccia di sangue
5. Massaggiare delicatamente la mano dal palmo fino alle dita per formare una goccia di sangue sul sito di iniezione
6. Aggiungere il campione di sangue intero al test utilizzando una pipetta di sangue capillare o far cadere direttamente la goccia nel pozzetto per il campione
7. Aggiungere 2gocce di diluente ed avviare il timer
8. Attendere che compaiono le linee colorate
9. Leggere i risultati a 10 minuti

Indicazioni operative

Per gli ospiti delle strutture residenziali, considerato il contesto comunitario in cui vivono e la scarsa possibilità che tali soggetti siano immuni, si considera di valutare come "positivo" il risultato di presenza di positività per IgG e IgM. Questa valutazione consente di operare sin da subito l'isolamento singolo o per coorte del paziente e di eventuale trattamento su indicazione e valutazione delle USCA o da parte team di medici specialisti.

Categoria di soggetti e tipologia di test	*Interpretazione del test sierologico*
Soggetto sintomatico **Ospite RSA** → **visita domiciliare con USCA o Team** → **test sierologico**	**-Negativo: no presenza IgM–IgG → Nessun contatto con il virus sino ai 7-10 gg precedenti** **-Positivo: presenza IgM e/o IgG** **↓** **Contatto con il virus** **Si attuano le procedure di isolamento in nuclei e le eventuali scelte terapeutiche come da protocollo.**
Soggetto Asintomatico **Ospite RSA** → **test sierologico**	**-Negativo: no presenza IgM–IgG → Nessun contatto con il virus sino ai 7-10 gg precedenti** **-Positivo: presenza IgM e/o IgG** **↓** **Contatto con il virus** **Si attuano le procedure di isolamento in nuclei e sorveglianza attiva.**

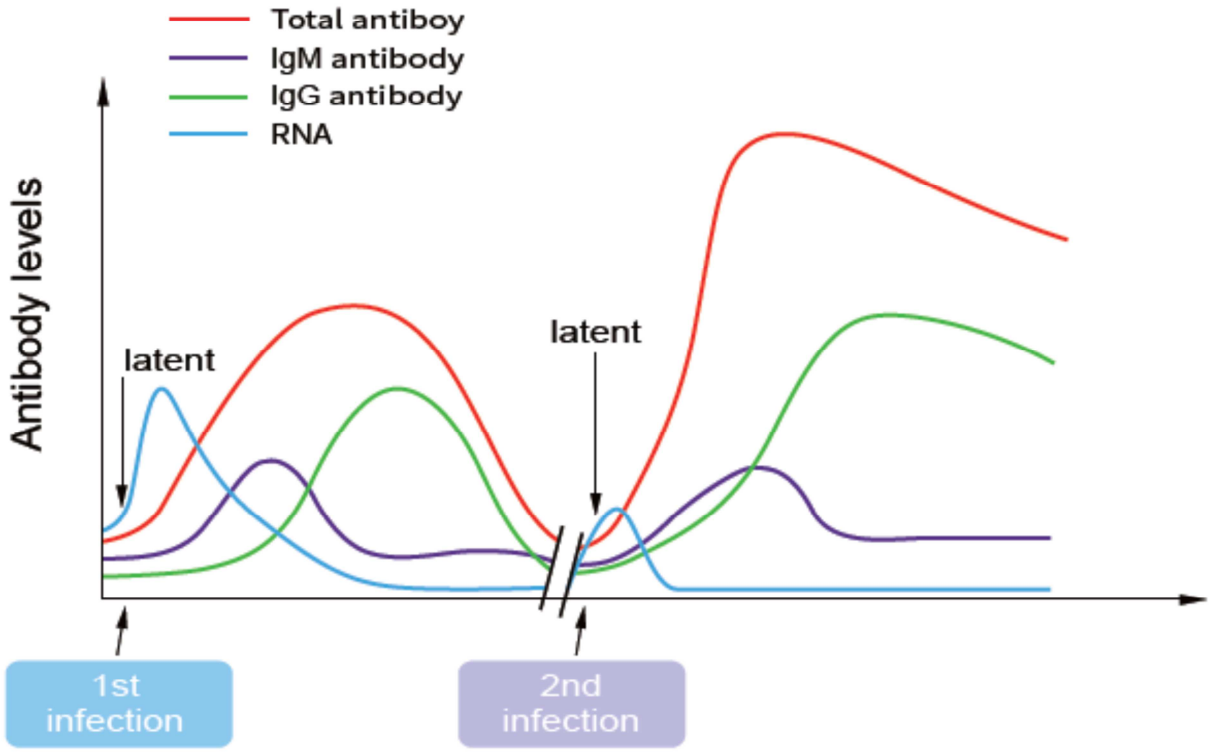
Screening
Dipendenti
Asintomatici → **test sierologico**

-<u>Negativo</u>: no presenza IgM–IgG → **Nessun contatto con il virus sino ai 7-10 gg precedenti.**

-<u>Positivo</u>: presenza IgM e/o IgG
↓
Contatto con il virus
↓
Esecuzione di tampone →
<u>Tampone negativo</u>:
Soggetto guarito
<u>Tampone positivo:</u>
Soggetto COVID positivo

CHIAVE DI LETTURA DEI TEST DI LABORATORIO PER COVID 19

La prossima distribuzione di test rapidi per la determinazione immunocromatografica degli anticorpi anti COVID-19 IgG ed IGM, esige uno schema di lettura dei dati che permetta il loro corretto inquadramento.
La considerazione che ogni singolo soggetto può presentare caratteristiche peculiari che vanno inquadrate clinicamente, relativizza lo schema interpretativo proposto che quindi assume la valenza di "Interpretazione più probabile" e non di interpretazione univoca.



Anticorpi anti COVID-19: marcatori di infezione e avvenuta esposizione

Ø >90% dei pazienti sviluppa anticorpi entro 12 giorni dall'esordio clinico
Ø Il 20-40% dall'esordio clinico

COVID-19 RNA

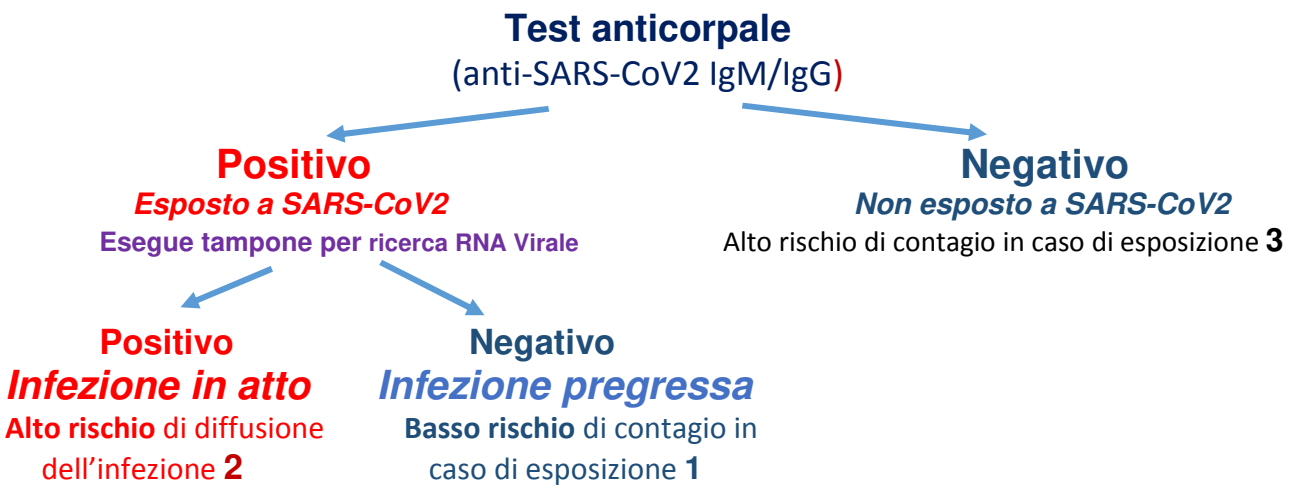
Ø 60-75% dei pazienti sono positivi dal giorno 0 al giorno 8
Ø Dal giorno 9 dopo l'esordio clinico solo il 40-50% dei pazienti rimane positivo
Dati prodotti dal «Third People's Hospital di Shenzhen, The First affiliated Hospital, Zhejian University

L'accuratezza diagnostica della determinazione di un acido nucleico virale (SARSCoV2) a mezzo di tampone naso-faringeo è inferiore a quella che si ha quando viene ricercata la viremia circolante (utilizzato ad esempio per cercare il genoma die virus epatitici), per possibili difetti di campionamento.

Gli anticorpi circolanti (prodotti precocemente durante l'infezione) sono l'espressione dell'attivazione del sistema immune dell'ospite, che cerca di contrastare l'infezione.

La procedura per la ricerca degli anticorpi è poco complessa effettuabile anche in laboratori che non dispongono delle tecnologie di biologia molecolare. La procedura non comporta alcun rischio per l'operatore che effettua il prelievo o il test.

ESEMPIO DI ALGORITMO OTTIMALE PER LO SCREENING DEL PERSONALE SANITARIO



1 in questo caso il sanitario potrà lavorare con maggiore tranquillità con i pazienti COVID-19

2 in questo caso il sanitario è un diffusore di infezione tra i colleghi o per i pazienti non COVID-19

3 In questo caso il sanitario sarà monitorizzato con test anticorpale (POC o ELISA) ogni 15gg o al momento di sintomi sospetti (disgeusia, cefalea, mal di gola, raffreddore, tosse, ma anche vomito e diarrea)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PROGETTO PER LA DIAGNOSTICA SIEROLOGICA DI COVID-19 NEL VENETO

L'importanza della diagnostica di laboratorio nel caso della pandemia da COVID-19 è emersa con maggior forza dal momento in cui si è avuta la certezza che soggetti **asintomatici o paucisintomatici, o con il virus ancora in fase di incubazione** possono essere **contagiosi**, giocando quindi un ruolo importante nella diffusione della malattia.

Numerosi esami di laboratorio, in ambito ematologico (conta leucocitaria differenziale), coagulativo (d-dimero, tempo di protrombina), enzimatico (LDH e transaminasi) e biomarcatori quali proteina C reattiva, procalcitonina e troponina cardiaca risultano strettamente correlati con la **severità** della malattia e rivestono un determinante valore prognostico; ma è l'ambito della **diagnostica precoce** e accurata che oggi desta maggior interesse clinico.

Vista l'impossibilità di stabilire una diagnosi certa e precoce su base sintomatologica e dei segni clinici, sono stati sviluppati metodi di laboratorio, in particolare test molecolare basati su real-time RT-PCR per rilevare il patogeno e sierologia per identificare il contatto con il virus espresso da risposta **anticorpale precoce** (IgM) e **ritardata** (IgG).

Il test molecolare è ormai ampiamente diffuso, esiste letteratura sulla sua accuratezza, sulle variabili anche extra-analitiche che possono determinare errori nei risultati (1).

Le prove di evidenza sulla sierologia sono, invece, tuttora molto limitate. Un recente articolo, che ha analizzato la "corrispondenza" fra i risultati del test molecolare e la sierologia, ha evidenziato l'incidenza di falsi negativi al test molecolare con prelievo dalle prime vie aeree e la positività in alcuni casi con tampone anale, concludendo che "*we found viral antibodies in near all patients, indicating serology should be considered for 2019 n-COV epidemiology*" (2).

Lo studio si basa su una casistica modesta (15 pazienti) e su una sierologia in ELISA sviluppata in casa ("in-house") dagli stessi autori, necessitando pertanto conferma su casistiche più ampie e rappresentative. Un secondo studio, su una casistica ancora più modesta (9 Casi), conclude "*specific IgM antibody screening for patients whose pharyngeal swab nucleic acid test is negative but with ground glass-like lung lesions is very important for early detection and early isolation* " (3).

Pertanto, benché l'importanza della sierologia risulti evidente dalle esperienze su altre patologie di natura virale, e sia di provata efficacia clinica, nel caso della pandemia da COVID-19 la validazione dei metodi, l'accuratezza diagnostica ed epidemiologica e la reale utilità nel migliorare gli esiti a livello dei singoli e della popolazione devono ancora essere provate.

Un passo avanti nella comprensione del valore della sierologia è la recente dimostrazione che gli anticorpi rilevabili con metodi immunometrici hanno proprietà neutralizzanti. Gli autori

sottolineano che "*the SARS-CoV-2 CPE-based MN test using live virus appeared to be very specific, while laborious to conduct requiring a BSL-3 laboratory. An increase of at least 4-fold in the neutralising antibodies indicating a positive response was detected at day 9–10 after the first symptoms and at day 20, the antibody levels were still increasing. Our findings indicate that the MN assay is specific for functional SARS-CoV-2 antibodies and could be applied in surveillance of population immunity for this virus*". Il test ELISA da loro sviluppato verso le proteine N ed S con il test MN, che si è già detto sopra è più laborioso, va eseguito in un laboratorio BSL-3 e quindi non è utilizzabile per la diagnostica clinica su vasta scala. Le conclusioni degli autori "*After understanding better the kinetics, specificity and sensitivity of the assays in development, the serological testing may help contact tracing of clusters and have a role in diagnosing acute and past SARS-CoV-2 infections*" sottolineano, ancora una volta l'importanza potenziale della sierologia per COVID-19, così come la necessità di studi ben disegnati per comprendere il reale ruolo della sierologia a livello di popolazione.

Si fa altresì notare che **alternative rapide alla diagnostica sierologica (test rapidi)** hanno rivelato **allarmanti carenze**. Ad esempio, un metodo rapido per rilevare l'antigene virale inizialmente utilizzato in Spagna, è stato immediatamente ritirato dal mercato allorquando "*the first 9,000 tests correctly identified positive cases **only 30% of the time**, when experts recommend a sensitivity of at least 80%*" (https://english.elpais.com/society/2020-03-27/unreliability-of-new-tests-delays-effort-to-slow-coronavirus-spread-in-spain.html). Ciò pone in grande risalto la necessità di procedere ad una **rigorosa validazione analitica**, presso strutture che abbiano comprovata esperienza in questo ambito, prima di utilizzare qualsiasi dispositivo di diagnostica rapida sulla popolazione.

Caratteristiche dei metodi sierologici per l'applicazione clinica

Le caratteristiche essenziali che i test sierologici devono possedere per dare un effettivo contributo alla diagnosi del COVID-19 sono, **in aggiunta** ai tradizionali e fondamentali criteri di **validata accuratezza analitica e diagnostica**:

a) Ampia cadenza analitica e possibilità di automazione, al fine di poter processare volumi significativi di campioni biologici
b) Disponibilità di strumentazione e reagenti, onde supportare il programma per un arco temporale di almeno alcuni mesi, allorché non è definibile con certezza la fine della pandemia

c) Possibilità di collegamento della strumentazione ai sistemi informatici di laboratorio (LIS), di ospedale (HIS) e successiva connettività e condivisione dei flussi informatici a livello regionale
d) Sostenibilità economica

Sulla base di queste caratteristiche, e visto l'acquisto da parte di Azienda Zero di kit per la sierologia del COVID-19 sviluppati da Snibe Diagnostics, commercializzati in Italia da Medical Systems e automatizzabili su uno strumento per analisi in chemiluminescenza (Maglumi) presente nei principali laboratori clinici (hub) della Regione Veneto, si ritiene di proporre un progetto per l'utilizzo della sierologia nella Regione Veneto modulato in due tempi, come successivamente dettagliato.

Razionale del progetto

Il **test sierologico**, in questo momento della pandemia, dovrebbe essere utilizzato in **affiancamento** al test molecolare per rilevare la presenza di anticorpi che accertino l'avvenuto contatto con il virus (**contagio**) ed la successiva risposta anticorpale contro lo stesso (**immunizzazione**), **tracciare cluster** di soggetti contagiosi, identificare **positività al di fuori della fascia temporale** di positività del test molecolare (diagnosi retrospettiva), **monitorare** pazienti in via di guarigione, accertare potenziali **ricadute** della malattia. Anche a fini epidemiologici, lo studio della cinetica di positivizzazione e successiva negativizzazione degli anticorpi di classe IgM potrebbe permettere di comprendere le motivazioni di test molecolari negativi pur in presenza di malattia e avere uno specchio più affidabile della sua diffusione a livello regionale (studio di popolazione). Un approccio di questo tipo **non ha precedenti,** quanto meno in un'area vasta come quella della Regione Veneto (4.9 milioni di abitanti). Appaiono poi ovvie le potenziali ricadute

(a) cliniche (minor invasività del prelievo ematico rispetto al tampone nasale e orofaringeo),

(b) organizzative (il prelievo ematico, su provetta chiusa e sottovuoto, non richiede il livello di biosicurezza necessario al prelievo di materiale respiratorio),

(c) economiche (è ragionevole supporre che strumentazione e materiali necessari ad espletare nel compresso la sierologia abbiano un costo inferiore rispetto alla "filiera" completa per l'analisi di materiale da tampone)

(d) epidemiologiche, estese alla possibile mappatura del contagio nelle categorie più a rischio e/o dei servizi essenziali (sanità, forze di polizia, filiera alimentare). In questo ambito, il test anticorpale potrebbe affiancare ed integrare le informazioni del test molecolare.

Basi laboratoristiche

Il test della Ditta Snibe nell'esperienza maturata presso il Dipartimento Medicina di Laboratorio dell'Azienda Ospedale-Università di Padova (UOC Microbiologia-Virologia e UOC Medicina di Laboratorio) ha dimostrato di rispettare le caratteristiche analitiche descritte da produttore in termini di utilizzo del campione di siero dopo inattivazione, ripetibilità nella serie e fra giorni, linearità e recupero.

Dal punto di vista della accuratezza diagnostica, nella Tabella si riportano i dati forniti dal produttore, e che derivano da due studi clinici eseguiti in diversi ospedali della Cina

Study 1	Specimen Category	2019-nCoV IgM (CLIA)			2019-nCoV IgM (CLIA)+2019-nCoV IgG (CLIA)		
Clinical Sensitivity	Clinically Confirmed Positive Samples	No.	Positive	%Sensitivity	No.	Positive	%Sensitivity
		89	70	78.65%	89	80	**89.89%**
Clinical Specificity	Negative Specimens	No.	Negative	%Specificity	No.	Negative	%Specificity
		200	195	97.50%	200	193	**96.5%**

Study 2	Specimen Category	2019-nCoV IgG (CLIA)			2019-nCoV IgM (CLIA)+2019-nCoV IgG (CLIA)		
Clinical Sensitivity	Clinically Confirmed Positive Samples	No.	Positive	%Sensitivity	No.	Positive	%Sensitivity
		91	83	91.21%	91	87	**95.6%**
Clinical Specificity	Negative Specimens	No.	Negative	%Specificity	No.	Negative	%Specificity
		750	730	97.33%	750	720	**96.0%**

I dati di specificità e sensibilità dichiarati e derivanti da questi studi appaiono molto soddisfacenti. Dati preliminari ottenuti presso il Dipartimento Medicina di Laboratorio dell'Azienda Ospedale-Università di Padova sembrano confermare, almeno in parte, questi risultati anche se sono necessarie ulteriori prove su casistica più rappresentativa. Uno studio recente ha anche evidenziato come la risposta immunologica al virus si accompagni alla comparsa in circolo di anticorpi neutralizzanti (bloccanti) e quindi potenzialmente idonei a prevenire la reinfezione (5).

Il progetto

Alla luce dei dati riportati in merito a qualità analitica e accuratezza diagnostica della sierologia con l'unico (per ora) test automatizzato e certificato, si ritiene di proporre un progetto di lavoro articolato in due fasi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

a) **Prima fase**: utilizzo della sierologia per lo studio degli operatori sanitari, a partire dai reparti di Malattie Infettive, Pronto Soccorso e Terapie Intensive e laboratori clinici dell'Azienda Ospedale-Università di Padova e Verona, per poi estendersi gradualmente a tutti gli altri Reparti delle stesse Aziende Ospedaliere.
b) **Seconda fase**: verificata la presenza dello strumento (Maglumi nelle due versioni 800 e 2000) nei laboratori della Regione Veneto e più dettagliatamente, oltre che AOUP Padova e Verona, Mestre, Treviso, Vicenza, Santorso, Legnago, Belluno, estendere lo studio a livello regionale sotto il coordinamento dei Direttori dei Laboratori Clinici e delle Microbiologie.

Necessità immediata è la richiesta alla Ditta Medical Systems, da parte di Azienda Zero, di assicurare la fornitura dei kit necessari per processare tutti i campioni previsti che sicuramente sono dell'ordine di circa 15.000-30.000 test.

Il Centro Regionale di Ricerca Biomedica per la Qualità in Medicina di Laboratorio, nel contempo, sta sviluppando un progetto per la valutazione di qualità del test sierologico e molecolare a livello non solo regionale, ma esteso a tutto l'ambito nazionale e con condivisione di metodologia, materiali e risultati a livello internazionale.

Bibliografia essenziale

1) Lippi G, Simundic AM, Plebani M. Potential preanalytical and analytical vulnerabilities in the laboratory diagnosis of coronavirus disease 2019 (COVID-19). Clin Chem Lab Med. 2020 Mar 16. pii:/j/cclm.ahead-of-print/cclm-2020-0285/cclm-2020-0285.xml. doi 10.1515/cclm-2020-0285. [Epub ahead of print]
2) Zhang W, Du RH, Li B, Zheng XS, Yang XL, Hu B, et al. Molecular and serological investigation of 2019-nCoV infected patients: implication of multiple shedding routes. Emerg Microbes Infect. 2020;9(1):386-9. https://doi.org/10.1080/22221751.202 0.1729071 PMID: 32065057
3) Bai SL, Wang JY, Zhou YQ, Yu DS, Gao XM, Li LL, Yang F. Analysis of the first cluster of cases in a family of novel coronavirus pneumonia in Gansu Province. Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi. 2020 Feb 17;54(0)
4) Haveri A, SmuraT, Kuivanen S et al. Serological and molecular findings during SARS-CoV-2 infection: the first case study in Finland, January to February 2020. Euro Surveill. 2020 Mar;25(11). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.11.2000266.
5) Haveri A, Smura T, Kuivanen S, et al. Serological and molecular findings during SARS-CoV-2 infection: the first case study in Finland, January to February 2020. Euro Surveill. 2020 Mar;25(11). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.11.2000266.

Prof. Mario Plebani
Dipartimento di Medicina di Laboratorio
AOP Padova

Prof. Giuseppe Lippi
UOC Laboratorio Analisi
AOUI Verona

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

O-COVID-DPTS

Il presente questionario è volto alla valutazione dello stress al quale il personale sanitario è sottoposto durante l'epidemia da COVID-19

Grazie di aver accettato il nostro invito a partecipare! Ti preghiamo di rispondere alle poche domande che seguono. Non impiegherai più di 5 minuti.

Ci sono 14 domande in questa indagine.

Dati partecipante

*Sesso

Scegliere solo una delle seguenti voci

- M
- F

*Età

Scegliere solo una delle seguenti voci

- <30
- 30-35
- 35-45
- 45-55
- >55

*Con chi vivi?

Scegliere solo una delle seguenti voci

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- ○ Da solo, sono single
- ○ Da solo, ma ho un compagno/a
- ○ Con i genitori
- ○ Con amici/colleghi
- ○ Con il coniuge/convivente , senza figli
- ○ Con il coniuge/convivente ed i figli

*Hai mai subito traumi psicologici in passato?

○ Sì ○ No

*Sei mai stato in psicoterapia in passato?

○ Sì ○ No

*Hai mai assunto psicofarmaci?

○ Sì ○ No

*Qual è la tua professione?

❗ Scegliere solo una delle seguenti voci

- ○ Infermiere
- ○ Medico specialista
- ○ Operatore Socio Sanitario

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Attività lavorativa

*Sei direttamente coinvolto nell'assistenza ai pazienti COVID?

- ○ Sì
- ○ No

*In quale ambito lavori?

❗ Scegliere una o più delle seguenti opzioni

- ☐ Sala operatoria
- ☐ Terapia intensiva
- ☐ Pronto Soccorso/118
- ☐ Altro

*Stai lavorando nel tuo abituale reparto o sei stato trasferito in seguito all'emergenza?

❗ Scegliere solo una delle seguenti voci

- ○ Sto lavorando nel mio reparto abituale
- ○ Sono stato trasferito in seguito all'emergenza

*Più sotto è riportato un elenco di difficoltà che le persone a volte incontrano dopo eventi stressanti. Per cortesia, leggi ogni voce e indica quanto ciascuna di queste difficoltà è stata per te fonte di disagio DURANTE GLI ULTIMI SETTE GIORNI con riferimento all'assistenza dei pazienti COVID.

Quanto eri afflitto o infastidito da queste difficoltà?

	Per nulla	**Un po'**	**Moderatamente**	**Abbastanza**	**Moltissimo**
Qualsiasi cosa che me lo ricordava mi riportava delle emozioni	○	○	○	○	○
Ho avuto problemi di sonno (continuavo a svegliarmi)	○	○	○	○	○

	Per nulla	Un po'	Moderatamente	Abbastanza	Moltissimo
Altre cose mi ci facevano pensare in continuazione	○	○	○	○	○
Mi sono sentito irritabile ed arrabbiato	○	○	○	○	○
Ho cercato di evitare di sentirmi a disagio quando ci pensavo o c'era qualcosa che me lo ricordava	○	○	○	○	○
Ci ho pensato anche quando non avrei voluto	○	○	○	○	○
Ho avuto la sensazione che non fosse successo o non fosse reale	○	○	○	○	○
Mi son tenuto alla larga da tutto ciò che me lo ricordava	○	○	○	○	○
Immagini di quanto vissuto mi balzavano improvvisamente in mente.	○	○	○	○	○
Sono stato nervoso e mi spaventavo facilmente	○	○	○	○	○
Ho cercato di non pensarci	○	○	○	○	○
Ero consapevole che avevo delle sensazioni a riguardo, ma non le ho affrontate	○	○	○	○	○
Le mie sensazioni a riguardo sono come intorpidite	○	○	○	○	○
Mi sono trovato ad agire o a sentirmi come se fossi tornato ai quei momenti	○	○	○	○	○
Ho avuto difficoltà ad addormentarmi	○	○	○	○	○
Ho avuto ondate di emozioni forti a riguardo	○	○	○	○	○
Ho cercato di togliermelo dalla memoria	○	○	○	○	○
Ho avuto problemi di concentrazione	○	○	○	○	○
Le cose che mi ricordavano il fatto mi hanno provocato reazioni fisiche, come sudorazione, difficoltà respiratorie, nausea o palpitazioni	○	○	○	○	○
L'ho sognato	○	○	○	○	○
Sono stato vigile e in allarme	○	○	○	○	○
Ho cercato di non parlare di questo	○	○	○	○	○

Invia

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale
X legislatura

Proposta n. 441 / 2020

PUNTO fs / 2 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 02/03/2020

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 269 / DGR del 02/03/2020

OGGETTO:
Emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. Costituzione Comitato scientifico COVID-2019 in Regione Veneto.

78f2c786

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Presente
Assessori	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Federico Caner	Presente
	Cristiano Corazzari	Presente
	Elisa De Berti	Assente
	Elena Donazzan	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
Segretario verbalizzante	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

LUCA ZAIA

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

78f2c786

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

X Legislatura

OGGETTO: Emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. Costituzione Comitato scientifico COVID-2019 in Regione Veneto.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente atto si provvede a costituire un Comitato scientifico che possa fornire indicazioni in relazione alla gestione dell'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili da COVID-2019, nel territorio regionale.

Il relatore riferisce quanto segue.

L'Organizzazione mondiale della sanità in data 30 gennaio 2020 ha dichiarato lo stato di emergenza internazionale di salute pubblica per il coronavirus (PHEIC). Successivamente il Consiglio dei Ministri, con Delibera del 31 gennaio 2020, ha provveduto a dichiarare per sei mesi lo stato di emergenza sull'intero territorio nazionale connesso al rischio sanitario da insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, disponendone la gestione in conformità a quanto stabilito dall'art. 25, co 2, lett. a) e b) del Decreto Legislativo 2 gennaio 2018, n. 1.

Preso atto, a far data dal 21 febbraio 2020, dell'evolversi della situazione epidemiologica e del carattere particolarmente diffusivo del fenomeno nel territorio regionale, con individuazione in particolare di un focolaio nel comune di Vo' in provincia di Padova, e constatato che l'intero sistema sanitario regionale ha saputo fornire, sin dall'inizio, una prima risposta all'emergenza, si rende ora necessario assicurare un ulteriore supporto di natura tecnico-scientifica all'Area Sanità e Sociale - comunque nel rispetto degli indirizzi emanati dal Ministero della Salute e dal Comitato tecnico-scientifico di cui all'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020 - in relazione alle scelte e alle azioni che dovranno essere adottate dal Presidente e dalla Giunta regionale al fine di fornire risposte per il superamento dell'emergenza di cui trattasi.

Richiamata inoltre la Task force regionale per la definizione di misure di prevenzione e controllo dell'epidemia di Coronavirus "2019 – nCov", nell'ambito del Gruppo Operativo Risposta Rapida Regionale (GORR) per l'emergenza in sanità pubblica istituita con Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30 gennaio 2020.

Si propone pertanto di costituire il Comitato scientifico COVID-2019, senza oneri per la finanza pubblica, avvalendosi della collaborazione di dirigenti delle Aziende del Servizio Sanitario regionale di comprovata esperienza e di esperti di fama, con la seguente composizione:

- dr. Mario Saia - Direttore Sanitario Azienda Zero, con funzioni di coordinamento;
- dr.ssa Anna Maria Cattelan - Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedale – Università di Padova;
- dr.ssa Evelina Tacconelli - Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona;
- prof. Andrea Crisanti - Direttore UOC Microbiologia e Virologia, Azienda Ospedale – Università di Padova
- prof. Andrea Vianello - Direttore UOC Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedale – Università di Padova;
- prof. Vincenzo Baldo - Università degli Studi di Padova, Dipartimento Scienze Cardio Toraco Vascolari;

- dr. Marco Baiocchi - Direttore UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Bassano- AULSS 7 Pedemontana, Presidente Associazione Direttori di Anestesia e Rianimazione della Regione Veneto;
- prof. Paolo Navalesi - UOC Istituto di Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedale – Università di Padova;
- dr.ssa Viviana Da Dalt – Direttore UOC Accettazione - Pronto Soccorso Pediatrico, Azienda Ospedale – Università di Padova;
- prof. Stefano Merler - Fondazione Bruno Kessler – Trento;
- Dr. Francesco Zambon, Coordinatore OMS per le Regioni per l'emergenza COVID-19;
- componente della Task force regionale di cui al Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30 gennaio 2020 individuato, di volta in volta, in relazione agli aspetti da trattare ed approfondire.

Il Comitato potrà avvalersi dell'apporto tecnico-scientifico di ulteriori figure professionali del sistema sanitario di comprovata esperienza e di altri esperti di fama nazionale o internazionale.

I componenti del Comitato e i soggetti da ultimo citati opereranno nell'ambito dei doveri d'ufficio e per la partecipazione al Comitato non sono dovuti ai componenti compensi, gettoni di presenza o altri emolumenti.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTI:
- lo Statuto regionale vigente;
- la L.R. 31 dicembre 2012, n. 54;
- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- il Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n. 112;
- il Decreto Legislativo 18 agosto 2000, n. 267;
- il Decreto Legislativo 2 gennaio 2018, n. 1;
- il Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30 gennaio 2020;
- la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020;
- l'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020 e s.m.i.;
- il Decreto del Presidente della Regione del Veneto n. 23 del 21 febbraio 2020;
- il Decreto del Presidente della Regione del Veneto n. 24 del 21 febbraio 2020;
- l'Ordinanza contingibile e urgente n. 1 del 23 febbraio 2020 del Ministro della Salute di intesa con il Presidente della Regione Veneto;
- il Decreto-Legge 23 febbraio 2020, n. 6;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 23 febbraio 2020;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 25 febbraio 2020;
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° marzo 2020;
- il Decreto-Legge 2 marzo 2020, n. 9;

DELIBERA

1. di approvare le premesse quali parti integranti del presente atto;

2. di costituire a supporto dell'Area Sanità e Sociale in relazione alle scelte e alle azioni che dovranno essere adottate dal Presidente e dalla Giunta regionale per il superamento dell'emergenza sanitaria in essere - comunque nel rispetto degli indirizzi emanati dal Ministero della Salute e dal Comitato tecnico-scientifico di cui all'Ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 630 del 3 febbraio 2020 - il Comitato scientifico COVID-2019, con la seguente composizione:

- dr. Mario Saia - Direttore Sanitario Azienda Zero, con funzioni di coordinamento;
- dr.ssa Anna Maria Cattelan - Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedale – Università di Padova;
- dr.ssa Evelina Tacconelli - Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona;
- prof. Andrea Crisanti - Direttore UOC Microbiologia e Virologia, Azienda Ospedale – Università di Padova;
- prof. Andrea Vianello - Direttore UOC Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedale – Università di Padova;
- prof. Vincenzo Baldo - Università degli Studi di Padova, Dipartimento Scienze Cardio Toraco Vascolari;
- dr. Marco Baiocchi - Direttore UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Bassano- AULSS 7 Pedemontana, Presidente Associazione Direttori di Anestesia e Rianimazione della Regione Veneto;
- prof. Paolo Navalesi - UOC Istituto di Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedale – Università di Padova;
- dr.ssa Viviana Da Dalt – Direttore UOC Accettazione - Pronto Soccorso Pediatrico, Azienda Ospedale – Università di Padova;
- prof. Stefano Merler - Fondazione Bruno Kessler – Trento;
- Dr. Francesco Zambon, Coordinatore OMS per le Regioni per l'emergenza COVID-19;
- componente della Task force regionale di cui al Decreto del Direttore della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria n. 3 del 30 gennaio 2020 individuato, di volta in volta, in relazione agli aspetti da trattare ed approfondire.

3. di stabilire che il Comitato di cui al punto 2 potrà avvalersi dell'apporto tecnico-scientifico di ulteriori figure professionali del sistema sanitario di comprovata esperienza e di altri esperti di fama nazionale o internazionale;

4. di dare atto che i componenti del Comitato e i soggetti di cui al punto 3 operano nell'ambito dei doveri d'ufficio e per la partecipazione al Comitato non sono dovuti ai componenti compensi, gettoni di presenza o altri emolumenti;

5. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

6. di incaricare la Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare e Veterinaria dell'esecuzione del presente atto;

7. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
f.to - Avv. Mario Caramel -

Allegato 7

Slide audizione Azienda Ulss n. 7 Pedemontana (24 febbraio 2022)

REGIONE DEL VENETO
ULSS7 PEDEMONTANA

Relazione alla Commissione speciale d'inchiesta

sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS COV2 durante la pandemia

Bassano del Grappa, 24.02.2022

Covid-19: Regione Veneto

COVID-19 in Veneto

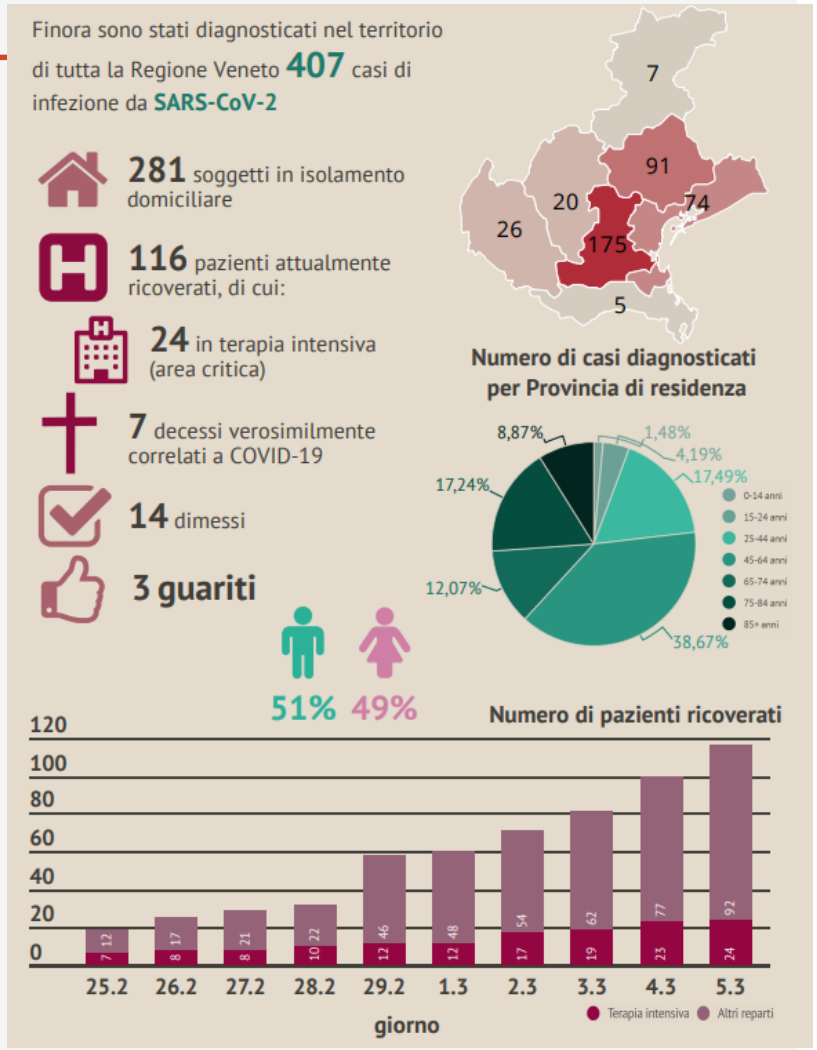
REGIONE DEL VENETO

REGIONE DEL VENETO AZIENDA ZERO

Dati aggiornati al 5/3/2020 ore 9:00

Fonte: Azienda Zero, 5 marzo 2020

21 feb 2020	1° caso covid-19 in Italia (Lombardia)
22 feb 2020	2 casi covid-19 in Veneto
03 mar 2020	2 casi covid-19 in ULSS7, in attesa di conferma da parte dell'ISS



Periodo di rilevazione	
1a ondata	Feb-mag 2020
2a ondata	Ott 2020 – feb 2021

1. Gestione della pandemia: direttive
2. Gestione protocolli nelle realtà ospedaliera e territoriale
3. Aspetti qualificanti e critici
4. Maggiori difficoltà nelle attività ordinarie
5. Azioni in materia di personale
6. Criticità tracciamento e tamponi
7. Dati ULSS 7

1 Gestione della pandemia: direttive

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

Livello nazionale

Regione del Veneto

- **Dichiarazione stato di emergenza nazionale** — Delibera del Consiglio dei Ministri del 31.01.2020
- **Piano regionale di emergenza Covid19** — Decreto del Presidente della Regione 23 del 21.02.20
- **Piano emergenziale ospedaliero regionale** — DGR 552 del 02.05.2020
- **Sospensione attività** / **Attivazione Covid Hospital a Santorso** — Nota RV 125414 del 18.03.2020
- **Decreto «Rilancio»** — Decreto Legge 34 del 19.05.2020
- **Misure urgenti in tema di salute. Attuazione DM 34/2020** — DGR 782 del 16.06.2020
- **Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020** — DGR 1103 del 06.08.2020

- Forte coordinamento quotidiano e gioco di squadra Regione- aziende sanitarie (inizialmente con le unità di crisi, successivamente tramite VCF via zoom)
- La seconda ondata, a differenza della prima ha beneficiato di:
  - esperienza maturata. Rispetto ad una strategia di decisioni importanti e fortemente impattanti, come quelle di chiusura della prima ondata (es. ospedale di Asiago per Ulss7) si è passati ad una strategia di lavoro costante con continue modifiche incrementali per garantire quanto più possibile l'apertura delle attività ordinarie
  - una maggiore disponibilità di risorse umane

Fonte: UOSD Innovazione e sviluppo organizzativo Ulss7

2 Gestione protocolli nelle realtà ospedaliera e territoriale

1a ondata

Dal 30.01.2020 al 07.02.2020

30.01.2020	Trasmissione agli operatori aziendali del materiale informativo (nota ministeriale con integrazione per le notifiche di casi da virus respiratori) – nota prot. 8772 del 30.01.2020 e nota prot. 9218 del 31.01.2020
31.01.2020	Costituito il Comitato per l'Emergenza di Sanità Pubblica (CESP) – DDG/ n. 148
	Costituito il Gruppo Operativo a Risposta Rapida (GORR) – DDG/ n. 148
03.02.2020	Piano aziendale per la preparazione e risposta ad emergenze di sanità pubblica con particolare riferimento alle emergenze infettive a «livello locale» nota prot. 9365 del 03.02.2020
Dal 05.02.2020	Incontri e formazione ai MMG, PLS e CA sul Coronavirus: Distretti 1-2

Fonte: Segreteria direzione amministrativa da prot. ulss7

2 Gestione protocolli nelle realtà ospedaliera e territoriale

1a ondata

Dal 20.01.2020 al 29.02.2020

Dal 20.02.2020	Corsi di formazione al personale sanitario sull'utilizzo dei dispositivi
Dal 20.02.2020	Informativa ai cittadini, alle ditte che a diverso titolo operano all'interno dell'azienda, ai centri servizi, alle associazioni di volontariato, alle strutture sanitarie convenzionate, alle associazioni datoriali e ai sindacati
24.02.2020	Attivazione 2 numeri verdi aziendali per medici convenzionati, centri servizi ed addetti ai lavori
28.02.2020	Allestimento 4 tende in prossimità dei pronti soccorsi per PMA
29.02.2020	Attivazione n. verde aziendale per i cittadini

Fonte: Segreteria direzione amministrativa da prot. ulss7

2 Gestione protocolli nelle realtà ospedaliera e territoriale

1a ondata

Marzo 2020

02.03.2020	Unità di crisi ULSS7
Dal 02.03.2020	Dipartimento di prevenzione: procedura coronavirus, analisi epidemiologica e sorveglianza attiva
Dal 03.03.2020	Rimodulazione delle attività ospedaliere per far fronte all'emergenza
03.03.2020	Direzione medica e Dipartimento di prevenzione: incontro con gli operatori sanitari
09.03.2020	Interventi di rimodulazione delle attività degli ospedali di Santorso e di Bassano, con aumento dei posti letto in isolamento, per far fronte all'emergenza
13.03.2020	Riorganizzazione ospedale di Asiago (sospesa attività ricovero eccetto urgenze)
18.03.2020	Nota regionale 125414 del 16/03: attivazione Covid Hospital presso H Santorso
27.03.2020	Prot. n. 25584/2020 Esclusione Pronto Soccorso di Santorso da rete provinciale di emergenza 118 a seguito individuazione Ospedale di Santorso

Fonte: Segreteria direzione amministrativa da prot. ulss7

2

Gestione protocolli nelle realtà OSPEDALIERA

Riorganizzazione ospedali 1a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

HA

HB

HS

ATTIVAZIONE AREE COVID 1° ONDATA marzo - maggio 2020				
OSPEDALE DI ASIAGO				
OSPEDALE	ASIAGO	AREA COVID ASIAGO	50 POSTI LETTO	DAL 14 MARZO AL 6 APRILE
OSPEDALE DI BASSANO				
OSPEDALE	BASSANO	ANESTESIA E RIANIMAZIONE	4 POSTI LETTO	DAL 14 MARZO al 23 aprile 2020
OSPEDALE	BASSANO	COVID 2°	24 POSTI LETTO	ATTIVATA DAL 6 MARZO AL 30 MARZO
OSPEDALE	BASSANO	COVID 4°	16 POSTI LETTO	ATTIVATA DAL 12 MARZO al 30 aprile 2020
OSPEDALE DI SANTORSO- OSPEDALE COVID DAL 18 MARZO 2020 NOTA DS 0023716				
OSPEDALE	SANTORSO	COVID SEMINTENSIVA	20 POSTI LETTO	ATTIVATA DAL 1° APRILE FINO AL 18.05
OSPEDALE	SANTORSO	ANESTESIA E RIAN	15 POSTI LETTO	DAL 16.03.20 al 31.05.2020
OSPEDALE	SANTORSO	COVID 1	11 POSTI LETTO	ATTIVATA DAL 6.03 FINO AL 31.03
OSPEDALE	SANTORSO	COVID 2	40 POSTI LETTO	ATTIVATA DAL 24.03 FINO AL 24.05
OSPEDALE	SANTORSO	COVID 3	44 POSTI LETTO	ATTIVATA DAL 13.03.20
OSPEDALE	SANTORSO	COVID 4	44 POSTI LETTO	ATTIVATA DAL 19.03 FINO AL 11.05.2020
OSPEDALE	SANTORSO	COVID 5	33 POSTI LETTO	ATTIVATA DAL 27.03.20 FINO AL 22.05.20
STRUTTURE INTERMEDIE - OSPEDALE DI COMUNITA'				
OSPEDALE DI COMUNITA'	MAROSTICA	ODC COVID	20 POSTI LETTO	ATTIVATO DAL 26.03 fino al 08 luglio 2020

Fonte: UOC Professioni sanitarie ulss7

2

Gestione protocolli nelle realtà OSPEDALIERA

Piano emergenza: direttive nazionali, regionali, aziendali – note Direttore Sanitario

1a ondata

- Prot.008772 del 30/01/20 Ds invio nota ministero materiale informativo nuovo Coronavirus
- Prot.009365 del 3/02/20 riscontro a Circ. Min. 2302 del 27/01/20 composizione CESP e GORR
- Prot 0012588 del 12/02/20 Ds risposta a regione Ricognizione Dispositivi di Protezione
- Prot.0016430 del 24/02/20 Ds riscontro nota Direzione Sicurezza Alimentare e veterinaria per accesso piattaforma esami microbiologici
- Prot 0018604 del 3/03/20 Ds trasmissione DPCM 1/03/20
- Prot.0020729 del 9/03/20 Ds Richiesta attrezzature ad Azienda Zero (ventilatori, miscelatori alti flussi, pome siringa)
- Prot.0021319 del 11/03/20 Ds sospensione tirocini professioni sanitarie
- Prot. 0021485 del 11/03/20 Ds Sorveglianza operatori Sanitari
- Prot. 0023716 del 19/03/20 recepimento NOTA Area sanità e sociale RV 125415 del 18/03/2020 su conversione Ospedale di Santorso in Ospedale Covid
- Prot. 0027129 del 1/04/20 Ds riassetto temporaneo attività dialisi per emerergenza Covid
- Prot. 0027286 del 2/04/20 Ds Proroga sospensione tirocini
- Prot. 0027411 del 2/04/20 Ds Implementazione delle misure si prevenzione e controllo delle infezioni da Covid 19 nelle strutture residenziali
- Prot. 0027731 del 3/04/20 Ds Protocollo competenze emergenze urgenza Ulss 7
- Prot. 0027948 del 6/04/20 Ds Protocollo percorso integrato ospedale territorio paziente pediatrico
- Prot. 0028240 del 7/04/20 Ds Percorso terapeutico per soggetti Covid positivi intercettati dal MMG o residenti presso le strutture sanitarie assitenziali
- Prot. 0028845 del 8/04/20 Ds riscontro nota a Comitati Scientifico Regione Veneto su Percorso assistenziale soggetti con infezione da Sars Cov 2
- Prot. 0029087 del 9/04/20 DS Procedura Sorveglianza Operatori Sanitari
- Prot.0030814 del 17/04/20 DS indirizzi aziendali riguardanti la gestione dei soggetti deceduti con infezione respiratoria da Covid 19
- Prot. 0034024 del 30/04/20 DS Trasmissione linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – fase 2
- Prot. 0035579 del 7/05/20 DS Piano operativo Unit Speciale di Continuità assistenziale aziendale
- Prot. 0038791 del 19,05,20 DS Sintesi stato riattivazione attività ospedaliere e territoriali ULSS 7

Fonte: DMO e UOC Professioni sanitarie ulss7

2

Gestione protocolli nelle realtà OSPEDALIERA

Piano emergenza: direttive nazionali, regionali, aziendali – note Direzione Medica Santorso

1a ondata

- Prot. 9221 del 31.01.20 DMOSA Trasmissione modalità operative di gestione pazienti Covid 19
- Prot. 17605 del 27.02.20 DMOSA Emergenza COVID-19-Ospedale Santorso, note CIGL e CISL
- Prot. 18892 del 03.03.20 DMOSA Individuazione aree degenza pazienti COVID-19 in caso di massiccio afflusso
- Prot. 20200 del 06.03.20 DMOSA Riorganizzazione attività gestione piano emergenza COVID-19 Ospedale Santorso
- Prot. 0020201 del 07.03.20 DMOSA Aggiornamento attività gestione piano emergenza COVID-19 Ospedale Santorso
- Prot. 0020753 del 09,03.20 DMOSA Aggiornamento attività gestione piano emergenza COVID-19 Ospedale Santorso
- Prot. 21019 del 10.03.20 DMOSA Indicazioni limitazione accesso ai reparti di degenza
- Prot. 22430 del 13.03.20 DMOSA Epidemia COVID-19: Piano delle attività chirurgiche e ambulatoriali
- Prot. 0022432 del 13.03.20 DMOSA Aggiornamento attività gestione paino emergenza COVID-19 Ospedale Santorso
- Prot. 23384 del 18.03.20 DMOSA Attività ai fini della sorveglianza dei lavoratori
- Prot. 23438 del 18.03.20 DMOSA Ospedale Santorso, Gestione COVID-19
- Prot. 24536 del 23.03.20 DMOSA Richiesta prestazione occasionale
- Prot. 24868 del 24.03.20 DMOSA Attivazione Aree degenze COVID-19
- Prot. 25008 del 24.03.20 DMOSA Equipe assistenza medica Aree degenze COVID -19
- Prot. 25185 del 25.03.20 DMOSA Equipe assistenza medica Aree degenze COVID-19, Ordine di servizio
- Prot. 25879 del 27.03.20 DMOSA Proposta acquisto prestazioni aggiuntive 1° semestre 2020, Ospedale Distretto 2, integrazione prot. 13452 del 4.02.20
- Prot. 25864 del 27.03.20 DMOSA Equipe assistenza medica Aree degenze COVID-19 , ordine servizio, Rettifica nominativi
- Prot. 27345 del 02.04.20 DMOSA Equipe assistenza medica Aree degenza Semintensiva COVID-19
- Prot. 27666 del 03.04.20 DMOSA Aggiornamento percorsi di accesso all'ospedale (pazienti COVID-19 in ambulanza, Area Materno Infantile, Dialisi)
- Prot. 27712 del 03.04.20 DMOSA Equipe assistenza medica Area degenza Semintensiva COVID-19
- Prot. 27757 del 03.04.20 DMOSA Assegnazione temporanea per assistenza intensiva COVID-19
- Prot. 28259 del 07.04.20 DMOSA Incremento concentrazione di ossigeno
- Prot. 28969 del 09.04.20 DMOSA Equipe assistenza medica Aree degenze COVID-19
- Prot. 29468 del 10.04.20 DMOSA Attivazione Aree degenze COVID-19

Fonte: DMO e UOC Professioni sanitarie ulss7

- Prot. 34048 del 30.04.20 DMOSA Trasmissione linee di indirizzo regionali riapertura attività sanitarie (Modalità di accesso alla struttura ospedaliera)
- Prot. 34072 del 30.04.20 DMOSA Trasmissione linee di indirizzo regionali per la riapertura attività sanitarie (programmazione attività chirurgica)

2

Gestione protocolli nelle realtà OSPEDALIERA

Piano emergenza: direttive nazionali, regionali, aziendali – note Direzione Medica Santorso

1a ondata

- Prot. 28969 del 09.04.20 DMOSA Equipe assistenza medica Aree degenze COVID-19
- Prot. 29468 del 10.04.20 DMOSA Attivazione Aree degenze COVID-19
- Prot. 34048 del 30.04.20 DMOSA Trasmissione linee di indirizzo regionali riapertura attività sanitarie (Modalità di accesso alla struttura ospedaliera)
- Prot. 34072 del 30.04.20 DMOSA Trasmissione linee di indirizzo regionali per la riapertura attività sanitarie (programmazione attività chirurgica)
- Prot. 34107 del 30.04.20 DMOSA Linee d indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie, accessi per prestazioni ambulatoriali
- Prot. 36059 del 08.05.20 DMOSA Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie, interventi chirurgici programmati e programmazione attività chirurgica
- Prot. 37875 del 15.05.20 DMOSA Area degenza Semintensiva COVID-19
- Prot. 38871 del 19.05.20 DMOSA Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie, Accessi in Pronto Soccorso e ricoveri urgenti
- Prot. 38879 del 19.05.20 DMOSA Prevenzione della trasmissione del Sars Cov -2
- Prot. 40175 del 23.05.20 DMOSA Posti letto PO Santorso
- Prot. 40101 del 25.05.20 DMOSA Aggiornamento dei percorsi di accesso all'ospedale (Dialisi, Ambulatorio Oncologia, Area Materno Infantile)
- Prot. 40260 del 25.05.20 DMOSA Riapertura attività di oncologia, medicina1 e medicina d'urgenza, a seguito di chiusura UO Covid 5 ,ripristino attività di endoscopia digestiva aziendale
- Prot. 40449 del 25.05.20 DMOSA Posti letto PO Santorso – indicazioni
- Prot. 40450 del 25.05.20 DMOSA posto letto Dip.to Chirurgico, indicazioni
- Prot. 41997 del 29.05.20 DMOSA Prevenzione Covid-19 – frequenza esecuzione tamponi nasofaringei e sierologia per sars-Cov2

Fonte: DMO e UOC Professioni sanitarie ulss7

2

Gestione protocolli nelle realtà ospedaliera e territoriale

Piano emergenza: direttive nazionali, regionali, aziendali – note Direzione Medica Bassano

1a ondata

- Prot.008772 del 30/01/20 DMOBA Materiale informativo polmonite COVID-19 Integrazione
- Prot. 0016749 del 25.02.20 DMOBA Aggiornamento epidemia COVID-19 e conseguenti misure attuative
- Prot. 018980 del 03.03.20 DMOBA Attivazione piano emergenza COVID-19 Ospedale Bassano del Grappa
- Prot. 0020127 del 6.03.20 DMOBA Attivazione piano emergenza COVID-19 Ospedale Bassano del Grappa, seconda comunicazione
- Prot. 0020940 del 10.03.20 DMOBA Sanificazione Straordinaria
- Prot. 0021051 del 10.03.20 DMOBA Precisazioni gestione pazienti ospiti del 2° piano (Area Covid-19)
- Prot. 0021200 del 10.03.20 DMOBA Gestione piano emergenza COVID-19 Ospedale nodo di rete di Asiago
- Prot. 0021208 del 11.03.20 DMOBA Indicazioni limitazione accesso reparti di degenza
- Prot. 0022442 del 14.03.20 DMOBA Aggiornamento attività piano emergenza COVID-19 Ospedale Bassano del Grappa
- Prot. 0022965 del 17.03.20 DMOBA Attivazione presenza medica h24 per supporto gestione pazienti degenti Area Covid 2° e 4° piano
- Prot. 0023505 del 18.03.20 DMOBA Epidemia COVID-19 Attività per la sorveglianza dei lavoratori
- Prot. 0024127 del 20.03.20 DMOBA Temporanea riorganizzazione Ospedale nodo di rete di Asiago
- Prot. 212-20 del 28.03.20 DMOBA Chiusura Area Covid 2° piano Ospedale Bassano
- Prot. 0026471 del 30.03.20 DMOBA Revisione modalità organizzativa Taglio Cesareo Codice rosso, a seguito emergenza COVID-19
- Prot. 0026479 del 30.03.20 DMOBA Attivazione unica Area Covid 4° piano e gestione dei pazienti Covid+ Chirurgici
- Prot. 0026821 del 31.03.20 DMOBA Attività sorveglianza dei lavoratori
- Prot. 217-20 del 31.03.20 DMOBA Trasferimento UOC Cardiologia dal 6° al 2° piano
- Prot. 0027236 del 01.04.20 DMOBA Precisazioni gestione pazienti ospiti del 4° paino (area Covid-19)
- Prot. 0027360 del 02.04.20 DMOBA Attivazione COVID Hospital Santorso, supporto dei medici anestesisti del Distretto 1
- Prot. 0027459 del 02.04.20 DMOBA Informativa per pazienti ricoverati
- Prot. 0027797 del 03.04.20 DMOBA Periodo Covid-19 protocollo emergenza urgenza ulss7 richiamo su misure di controllo delle infezioni
- Prot. 0028729 del 08.04.20 DMOBA Procedura straordinaria di sanificazione
- Prot. 0028714 del 08.04.20 DMOBA Ripresa attività di ricovero UOC Medicina e UOC Riabilitazione funzionale Asiago
- Prot. 0029151 del 9.04.20 DMOBA Gestione urgenze Covid-19
- Prot. 0029256 del 10.04.20 DMOBA Trasmissione IO gestione decessi Covid-19 e procedura sorveglianza operatori sanitari
- Prot. 0032152 del 23.04.20 DMOBA Ricoveri in area medica e chirurgica Ospedali Bassano e Asiago in periodo Covid indicazioni operative Pronto Soccorso e UU.OO.

Fonte: DMO e UOC Professioni sanitarie ulss7

2

Gestione protocolli nella realtà OSPEDALIERA

Piano emergenza: direttive nazionali, regionali, aziendali – note Direzione Medica Bassano

1a ondata

- Prot. 0027236 del 01.04.20 DMOBA Precisazioni gestione pazienti ospiti del 4° piano (area Covid-19)
- Prot. 0027360 del 02.04.20 DMOBA Attivazione COVID Hospital Santorso, supporto dei medici anestesisti del Distretto 1
- Prot. 0027459 del 02.04.20 DMOBA Informativa per pazienti ricoverati
- Prot. 0027797 del 03.04.20 DMOBA Periodo Covid-19 protocollo emergenza urgenza ulss7 richiamo su misure di controllo delle infezioni
- Prot. 0028729 del 08.04.20 DMOBA Procedura straordinaria di sanificazione
- Prot. 0028714 del 08.04.20 DMOBA Ripresa attività di ricovero UOC Medicina e UOC Riabilitazione funzionale Asiago
- Prot. 0029151 del 9.04.20 DMOBA Gestione urgenze Covid-19
- Prot. 0029256 del 10.04.20 DMOBA Trasmissione IO gestione decessi Covid-19 e procedura sorveglianza operatori sanitari
- Prot. 0032152 del 23.04.20 DMOBA Ricoveri in area medica e chirurgica Ospedali Bassano e Asiago in periodo Covid indicazioni operative Pronto Soccorso e UU.OO.
- Prot. 0033790 del 30.04.20 DMOBA Ripresa attività ambulatoriale dal 14 maggio e norme di comportamento igienico sanitario
- Prot. 0034137 del 30.04.20 DMOBA Indicazioni area di degenza, secondo le linee di indirizzo regionali, per la riapertura delle attività sanitarie Fase 2
- Prot. 0034141 del 30.04.20 DMOBA Riorganizzazione accessi ospedalieri e spazi comuni
- Prot. 0034170 del 02.05.20 DMOBA Riorganizzazione accessi ospedalieri e spazi comuni Ospedale Asiago
- Prot. 0035718 del 7.05.20 DMOBA Norme di comportamento igienico sanitario per le attività sanitarie in contesto ospedaliero
- Prot. 0038573 del 18.05.20 DMOBA Ripresa delle attività sanitarie presso l'ospedale di Asiago
- Prot. 0039581 del 21.05.20 DMOBA Emergenza Covid-19, riorganizzazione punto tamponi e percorso trasporti secondari
- Prot. 0039943 del 22.05.20 DMOBA Accesso in ospedale per far visita ad un congiunto

Fonte: DMO e UOC Professioni sanitarie ulss7

2 Gestione protocolli nella realtà OSPEDALIERA

Piano emergenza covid: riorganizzazione H Bassano

1a ondata

REGIONE DEL VENETO

ULSS7 PEDEMONTANA

DIREZIONE MEDICA BASSANO
Presidio ospedaliero di rete Bassano
Tel. 0424-888461/5214 fax 0424-888443
direzione.medica@aulss7.veneto.it
Titolo III.3

N. 018980 03 MAR. 2020

Ai Direttori di UU.OO.CC. /Responsabili UUOOSSDD
Agli infermieri coordinatori
Ospedali di Bassano ed Asiago

e, p.c. Al Direttore Amministrativo
Al Direttore Sanitario
Al Commissario ULSS 7

Oggetto: attivazione piano di emergenza per la gestione del COVID 19 – Ospedale di Bassano del Grappa

L'evoluzione dello scenario epidemiologico, il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia di COVID 19 e l'incremento del numero di casi nel territorio regionale, impongono l'attivazione di misure straordinarie presso l'Ospedale di Bassano, in ottemperanza alle recenti indicazioni Regionali/Ministeriali (al riguardo si trasmette nota RV prot. 100122 del 2 Marzo u.s.)
In data 2 Marzo u.s. si è riunita l'Unità di Crisi aziendale e sono state pianificate una serie di azioni che saranno attivate con la massima tempestività (dal 5 – 6 Marzo p.v.), pur comprendendo il possibile disagio legata ad una rapida ma necessaria riorganizzazione di alcune attività dell'Ospedale:

1) Individuazione ed utilizzo dell'area di ricovero del 2° piano (attuale degenza dell'UOC di Cardiologia) quale area dedicata alla sosta/degenza temporanea di pazienti sospetti, inviati dal Pronto Soccorso (con percorso dedicato) con sintomatologia respiratoria che richiedono la ricerca del coronavirus con tampone (secondo le indicazioni aggiornate dal Ministero);
2) Spostamento delle degenze dell'UOC di Cardiologia dal 2° al 6° piano, emilato nord ovest, con una dotazione temporanea di 14 p.l. I ricoveri programmati dell'UOC di Cardiologia saranno sospesi;
3) Limitazione a 12 p.l. per quanto riguarda le degenze dell'UOC di Neurologia, 6° piano, emilato sud ovest;
4) Le presenze infermieristiche al 6° piano prevederanno in ogni turno sia infermieri di neurologia che di cardiologia, così da garantire le competenze;
5) Il restante personale sarà individuato in modo da garantire le presenze necessarie al 2° piano. Sarà assicurata dal RSPP la continua formazione ed addestramento sull'utilizzo corretto dei DPI;
6) Il medico di Pronto Soccorso avrà in carico il paziente, presso il 2° piano, fino alla risposta del tampone. Se negativo, il paziente sarà ricoverato in area medica. Qualora il tampone risulti positivo, il paziente rimarrà presso il 2° piano. In tal caso la gestione sarà a carico di un medico afferente al Dipartimento Medico, supportato da un medico anestesista Coordinatore;
7) Analogo sarà il percorso per i pazienti pediatrici che, da 4 a 14 anni saranno indirizzati presso il 2° piano, in attesa del risultato del tampone e gestiti con la collaborazione del medico pediatra.

Per quanto riguarda l'Ospedale di Asiago, è prevista la centralizzazione a Bassano dei pazienti sospetti.
Sulla base dell'andamento e del riscontro di eventuali casi, si rivaluterà l'organizzazione con l'eventuale rimodulazione di altre attività ospedaliere.
Nell'incontro programmato domani con l'area medica per quanto riguarda la gestione del progetto TREND, approfondiremo ulteriori aspetti.
Ad ogni modo seguiranno comunicazioni costanti di aggiornamento.

Nel restare a disposizione per eventuali chiarimenti, si porgono distinti saluti.

IL DIRETTORE MEDICO
DIREZIONE MEDICA BASSANO
(dr. Antonio Di Carlo)

All.: c.s.

2

Gestione protocolli nella realtà OSPEDALIERA

Piano emergenza covid: riorganizzazione H Santorso

1a ondata

ULSS7

DIREZIONE MEDICA OSPEDALE ALTOVICENTINO
Tel. 0445 572026 -2024 Fax 0445 572020

Santorso, 31 GEN. 2020

Titolo III.4

Prot. n° 9224

OGGETTO: trasmissione modalità operative di gestione pazienti con sospetta infezione da Coronavirus nCoV

A seguito di recenti casi di polmoniti nuovo Coronavirus (nCoV) nella città di Wuhan (Cina) e in altri paesi tra cui l'Italia si trasmettono le indicazioni fornite dal Ministero della Salute e dalla Regione del Veneto.
Come riportato nella Circolare Ministeriale n. 1997 del 22/01/2020 "I sintomi più comuni consistono in febbre, tosse secca, mal di gola, difficoltà respiratorie: gli esami radiologici del torace evidenziano lesioni infiltrative bilaterali diffuse. Le informazioni attualmente disponibili suggeriscono che il virus possa causare sia una forma lieve, simil influenzale, che una forma più grave di malattia. Una forma inizialmente lieve può progredire in una forma grave, soprattutto in persone con condizioni croniche pre-esistenti, quali ipertensione, e altri problemi cardiovascolari, diabete, patologie epatiche e altre patologie respiratorie; anche le persone anziane potrebbero essere più suscettibili alle forme gravi".

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Tutti gli operatori che prestano assistenza dovranno indossare mascherina FFP2 e protezione facciale, camice impermeabile a maniche lunghe non sterile, guanti.

Soggetto che si presenta in Pronto Soccorso

Triage: individuato il sospetto (**Allegato 1 – Indicazioni emanate dal Ministero della Salute**), SENZA fare entrare il paziente in ambulatorio di triage gli si fa indossare una mascherina chirurgica, fa eseguire al paziente una frizione alcolica delle mani e lo si conferisce in OBI (ambulatorio) in una stanza fenestrata isolata funzionalmente da altri pazienti appositamente individuata.

SE IL PAZIENTE GIUNGE IN PRONTO SOCCORSO TRAMITE AMBULANZA VERRA' CONDOTTO IN OBI SECONDO IL PERCORSO E LE MODALITA' DESCRITTE NELLA SEZIONE DEDICATA.

L'infermiere di triage indossa i dispositivi di protezione individuale.

L'infermiere di triage contatta l'infermiere di OBI e il medico di PS che indossano a loro volta i dispositivi di protezione individuale e accompagnano il paziente dal triage all'OBI.

PER IL PERCORSO DEL PAZIENTE VEDI SEZIONE DEDICATA

OBI: si procederà al triage
"Il medico che prende in carico il paziente che risponde ai criteri di caso contatterà il medico di Malattie Infettive" del PO Alto Vicentino (tel 1281) quando in orario di servizio (dal lunedì al venerdì dalle ore 8 alle 16 e il sabato dalle 8 alle ore 12) "per la valutazione del paziente e per concordare il ricovero". Nel caso il paziente si presenti in Pronto Soccorso in orari diversi il medico del Pronto Soccorso del PO Alto Vicentino contatterà il medico di guardia del reparto di malattie infettive dell'Ospedale San Bortolo di Vicenza per condividerè la migliore gestione del caso.

IL DIRETTORE MEDICO
Dr.ssa Milvia Marchiori

Azienda U.L.SS. n. 7 "Pedemontana" – Via dei Lotti n. 40 – 36061 Bassano del Grappa (VI) – C.F. e P.I. 00913430242
Resp. del procedimento: Dr.ssa Milvia Marchiori
Resp. dell'istruttoria e/o referente per l'oggetto: Segreteria Direzione Medica
E-mail dsanssa@aulss7.veneto.it dm.santorso.aulss7@pecveneto.it

2

Gestione protocolli nella realtà OSPEDALIERA

Piano emergenza covid: riorganizzazione H Asiago

1a ondata

- Presidio Ospedaliero di Asiago : nota Dmo 0024127 dal 20/03/20 sospensione delle attività di ricovero dalla mezzanotte del 20/03 a causa scenario epidemiolgico tra pazienti e operatori
- Riduzione delle attività ordinarie su Ospedale Bassano
- Sospensione delle attività ordinarie su Covid H Santorso
- Riorganizzazione delle unità operative nei 3 Presidi Ospedalieri

Fonte: UOC Professioni sanitarie Ulss7

Attivazione aree COVID: individuazione percorsi clinico assistenziali

1a ondata

- PERCORSO OSTETRICO GINECOLOGICO di cura della donna in gravidanza e puerperio presso Covid Hospital
- PERCORSO UTENTE PEDIATRICO
- PERCORSO UTENTE PSICHIATRICO
- PERCORSO URGENZA CHIRURGICA
- PERCORSO UTENTE DIALIZZATO

Fonte: UOC Professioni sanitarie Ulss7

2

Gestione protocolli nella realtà OSPEDALIERA

DGRV 552 mag 2020

Piano emergenza: posti letto terapia intensiva e semintensiva

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

Piano aziendale ULSS 7 di riorganizzazione della rete ospedaliera in emergenza Covid19: totale posti letto in terapia intensiva e semintensiva

Cod	Funzione	Presidio ospedaliero	DGR 614/2019	DGR 552/2020		DGR 782/2020		TOT PL	
			PL	PL attivazione CREU	ulteriori PL da disattivare/attivare in fase di emergenza	PL attivazione CREU	PL attivazione - protezione civile	TOT PL	
49	TERAPIA INTENSIVA	H Bassano	10				4	**14**	+ 8 PL riconvertibili da terapia semi intensiva a terapia intensiva in caso di emergenza
		H Santorso	12	7	14		1	**34**	+ 6 PL riconvertibili da terapia semi intensiva a terapia intensiva in caso di emergenza
								48	**+ 14** PL riconvertibili da terapia semi intensiva a terapia intensiva in caso di emergenza
				PL da attivare (e/o da riconvertire da altre funzioni)		PL da attivare (riconversione di PL da altre funzioni)	PL da realizzare (e/o da riconvertire da altre funzioni) e da convertire in terapia intensiva in caso di emergenza		
68	TERAPIA SEMI INTENSIVA	H Bassano	0	12			8	**20**	- 8 PL riconvertibili da terapia semi intensiva a terapia intensiva in caso di emergenza
		H Santorso	0	26		8	6	**40**	- 6 PL riconvertibili da terapia semi intensiva a terapia intensiva in caso di emergenza
								60	**- 14** PL riconvertibili da terapia semi intensiva a terapia intensiva in caso di emergenza

Fonte: UOSD Innovazione e sviluppo organizzativo Ulss7

2

Gestione protocolli nella realtà OSPEDALIERA

Ricoveri 1a e 2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

Totale Ospedali Aulss7 Pedemontana	PRIMA ONDATA Feb 2020 – Mag 2020		SECONDA ONDATA Ott 2020 – Feb 2021		Totale da inizio pandemia al 31-12-2021	
numero ricoveri totali	9.709		12.421		65.330	
COVID	613	6,3%	1.620	13,0%	3.347	5,1%
NON COVID	9.096	93,7%	10.801	87,0%	61.983	94,9%
COVID: di cui con passaggio in TI	46	7,5%	122	7,5%	269	8,0%
COVID: di cui con passaggio in SEMINTENSIVA	107	17,5%	388	24,0%	1.016	30,4%
COVID: di cui deceduti in ospedale	120	19,6%	305	18,8%	554	16,6%

Totale Ospedali di Comunità Aulss7 Pedemontana	PRIMA ONDATA Feb 2020 – Mag 2020	SECONDA ONDATA Ott 2020 – Feb 2021	Totale da inizio pandemia al 31-12-2021
RICOVERI TOTALI	44	280	561
ODC MAROSTICA	44	189	408
ODC COVID RSA TULIPANO		16	54
LA DECIMA		75	75
ODC MUZAN			24

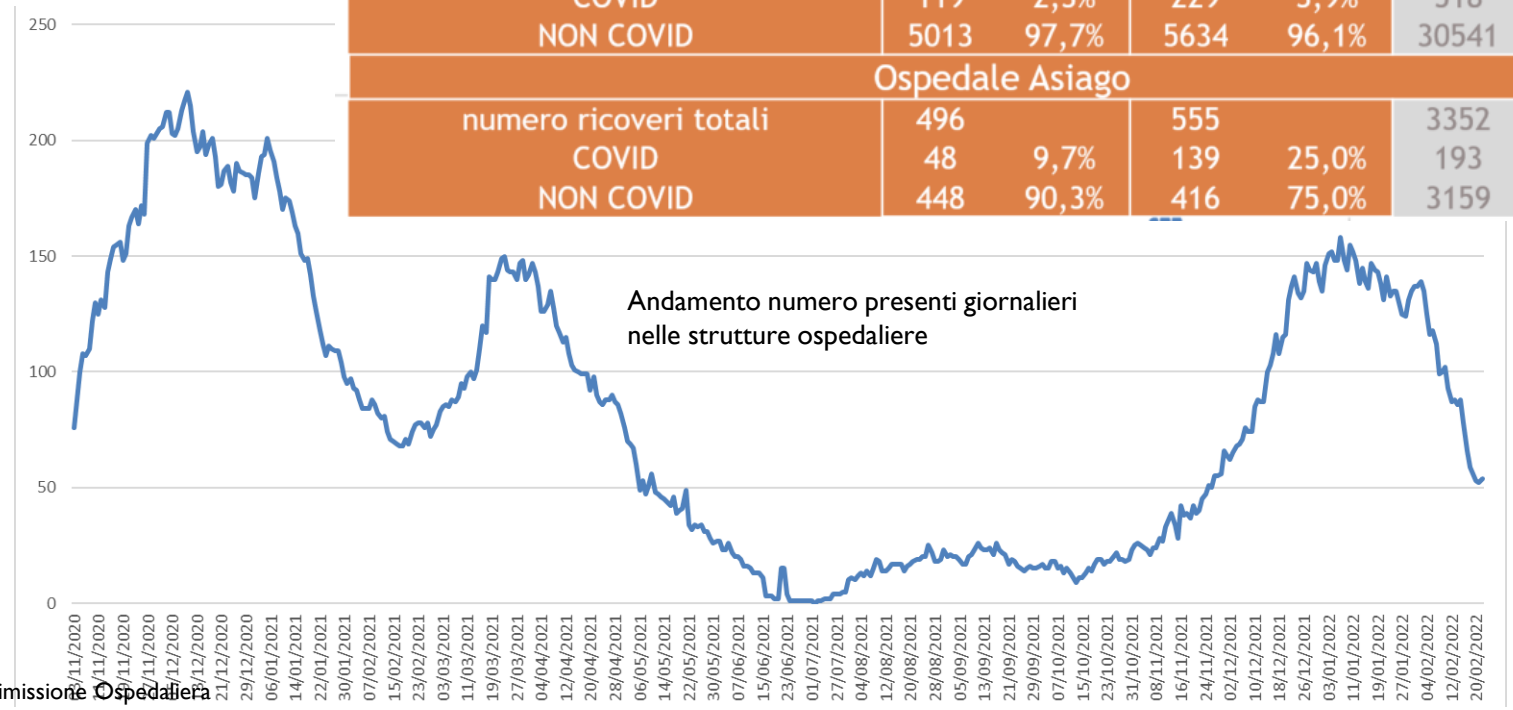
Fonte: Schede di Dimissione Ospedaliera - Flusso Odc 2020-21

Fonte: UOC Controllo di gestione Ulss7

2 Gestione protocolli nella realtà OSPEDALIERA

Covid 19 : ricoveri

	ondata 1		ondata 2		Totale da inizio pandemia al 31-12-2021	
Ospedale Santorso						
numero ricoveri totali	4081		6003		30919	
COVID	446	10,9%	1252	20,9%	2636	8,5%
NON COVID	3635	89,1%	4751	79,1%	28283	91,5%
Ospedale Bassano						
numero ricoveri totali	5132		5863		31059	
COVID	119	2,3%	229	3,9%	518	1,7%
NON COVID	5013	97,7%	5634	96,1%	30541	98,3%
Ospedale Asiago						
numero ricoveri totali	496		555		3352	
COVID	48	9,7%	139	25,0%	193	5,8%
NON COVID	448	90,3%	416	75,0%	3159	94,2%



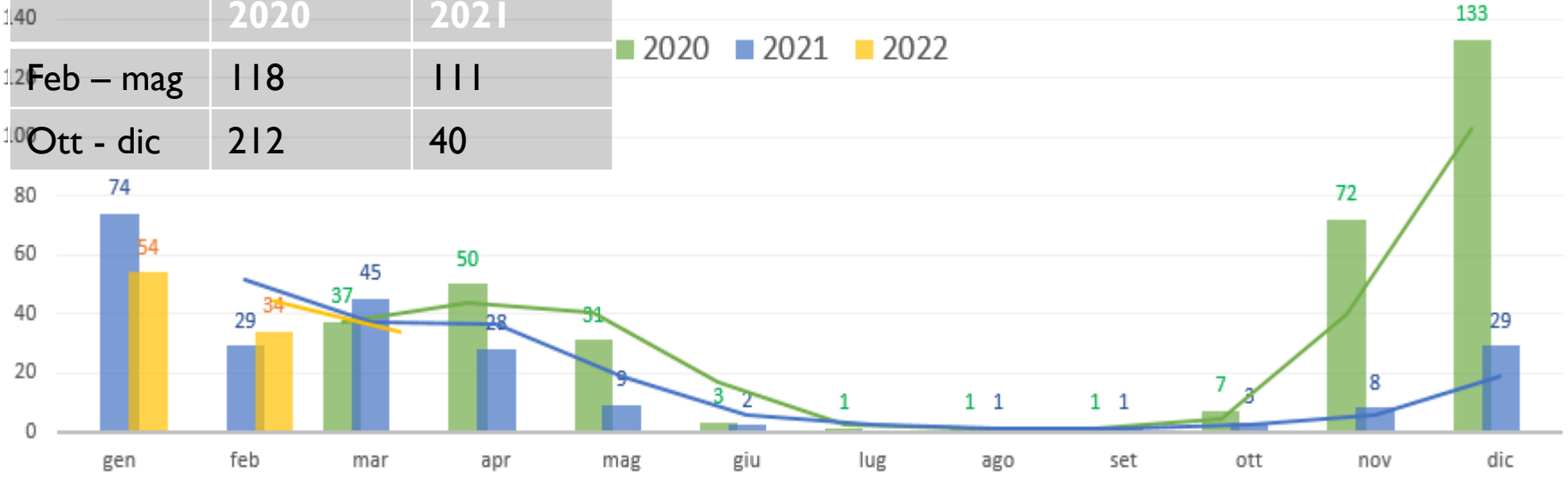
Fonte: Schede di Dimissione Ospedaliera

Fonte: UOC Controllo di gestione Ulss7

2 Gestione protocolli nella realtà OSPEDALIERA

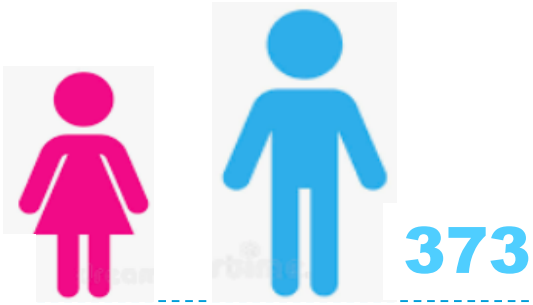
Decessi nelle strutture ospedaliere dell'Ulss7

	2020	2021
Feb – mag	118	111
Ott - dic	212	40



ULSS7	2020	2021	2022	Totale	%
♀	159	89	32	280	43%
♂	177	140	56	373	57%
Totale	**336**	**229**	**88**	**653**	**100%**

Età media	2020	2021	2022	Media
♀	85,3	83,0	83,5	84,4
♂	79,9	81,7	80,5	80,7
Media	**82,5**	**82,2**	**81,6**	**82,3**



280

373

Luoghi decesso	2020	2021	2022	Totale
HS	251	180	44	475
HB	45	27	32	104
HA	22	3		25
HCM	18	19	12	49
Totale	**336**	**229**	**88**	**653**

Fonte: UOSD Innovazione e sviluppo organizzativo da SDO

Centri Servizi

INCONTRI UNITA' CRISI:

Partecipanti:

DIRETTORE GENERALE
~~DIRETTORE SANITARIO~~
DIRETTORE SERVIZI SOCIO SANITARI
DIREZIONI MEDICHE
DIRETTORI DISTRETTO
DIPARTIMENTO PREVENZIONE
PROFESSIONI SANITARIE
UFFICIO TECNICO
LABORATORIO ANALISI

ANNO 2020

Di media n° 2/3 incontri a settimana da aprile a dicembre

ANNO 2021

Di media 2/ 3 incontri a settimana da gennaio a febbraio

INCONTRI CENTRI SERVIZI:

Partecipanti:

DIRETTORE SERVIZI SOCIO SANITARI
DIRETTORI DISTRETTO
DIPARTIMENTO PREVENZIONE
CONTROLLO GESTIONE
DIZIONE AMMNISTRATIVA TERRITORIALE
DISABILITA' E NON AUTOSUFFICENZA
PROFESSINI SANITARIE TERRITORIALI
DIRETTORI CENTRI SERVIZI

ANNO 2020

Da aprile a dicembre n° 9 incontri

ANNO 2021

Da gennaio a dicembre n° 11 incontri

Comunicazioni inviate:
- Delibere Regione del Veneto in merito organizzazione/tamponi/vaccini/personale
- Piano Sanità Pubblica (aggiornamenti)
- Richiesta posti letto
- Richiesta personale infermieristico

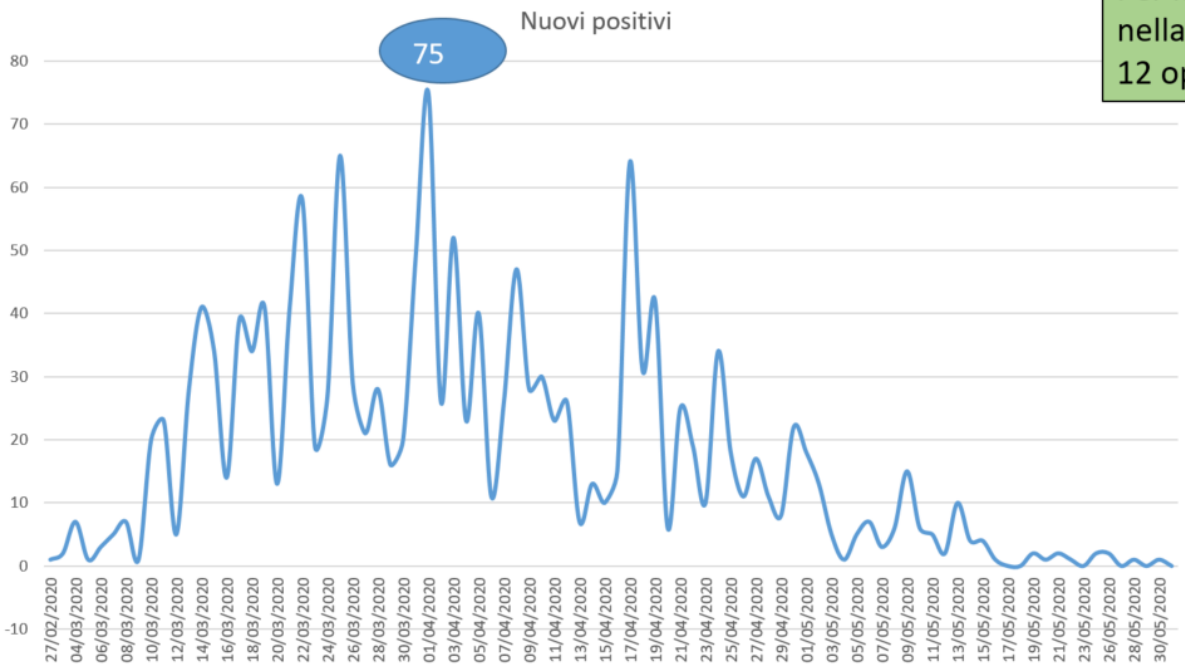
Fonte: DSS

Contact tracing

1a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

Andamento dei positivi nella 1^ Ondata (dal 27/02/2020 al 30/05/2020)



Per la gestione del Contact Tracing nella 1^ ondata sono stati coinvolti n. 12 operatori sanitari

 Fonte: Dipartimento di prevenzione Ulss7

2

Gestione protocolli nella realtà TERRITORIALE

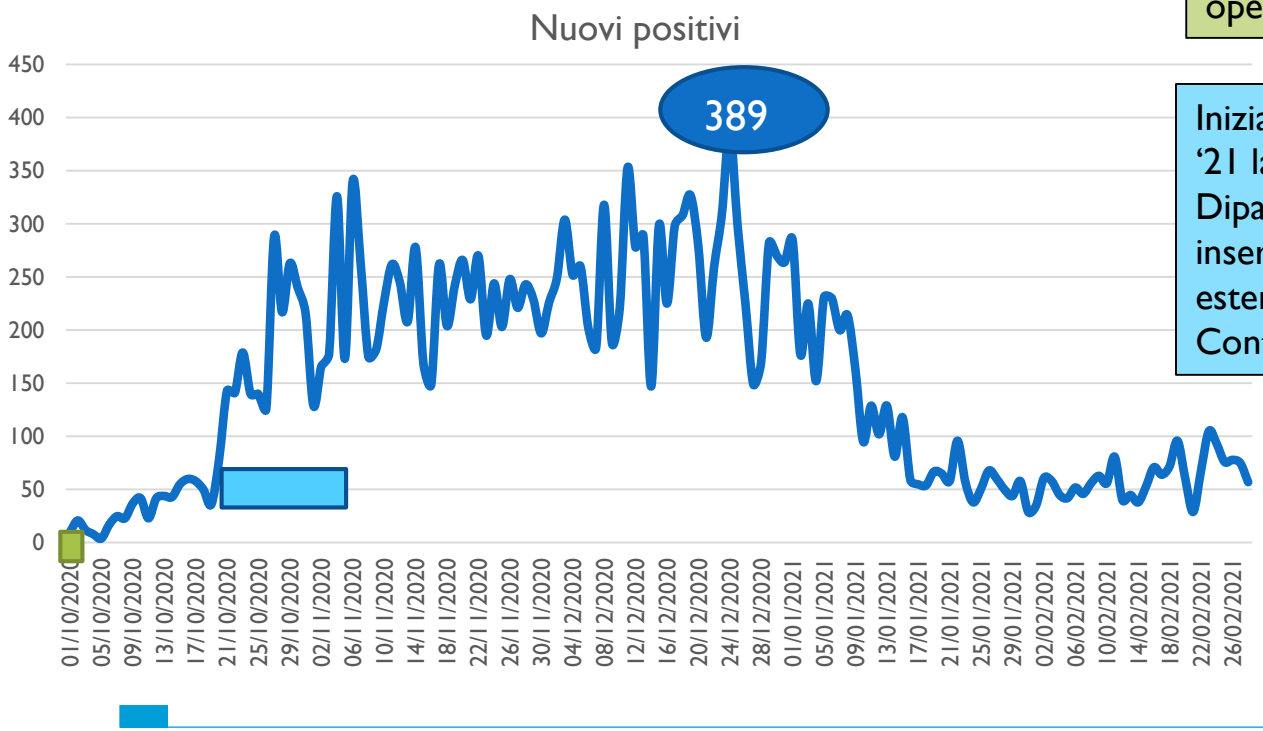
Contact tracing

1a - 2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

Contact tracing da febbraio 2020 a febbraio 2021 (1^ e 2^ Ondata): indagine epidemiologica + sorveglianza sintomi + fine isolamento con tampone negativo

Prima della 2^ ondata sono impegnati nel Contact Tracing n. 12 operatori sanitari



Inizia alla metà del mese di Ottobre '21 la riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione con inserimento anche di personale esterno: 40 gli operatori coinvolti nel Contact Tracing

	Nuovi positivi
PRIMA ONDATA Feb 2020 – Mag 2020	1.579
SECONDA ONDATA Ott 2020 – Feb 2021	22.676

Fonte: Dipartimento di prevenzione Ulss7

Centri Servizi

1a ondata

1^ Ondata : Focolai in case di riposo per non autosufficienti (dal 27/02/2020 al 30/05/2020)

33 Strutture e 3242 Ospiti

Nr. Focolai: 9

Positivi RSA 1^ Ondata

Complessivamente nel mese di marzo e aprile 2020 sono stati registrati nr. 412 ospiti positivi;

Complessivamente nel mese di maggio 2020 gli ospiti positivi sono stati nr 173.

 Fonte: Dipartimento di prevenzione Ulss7

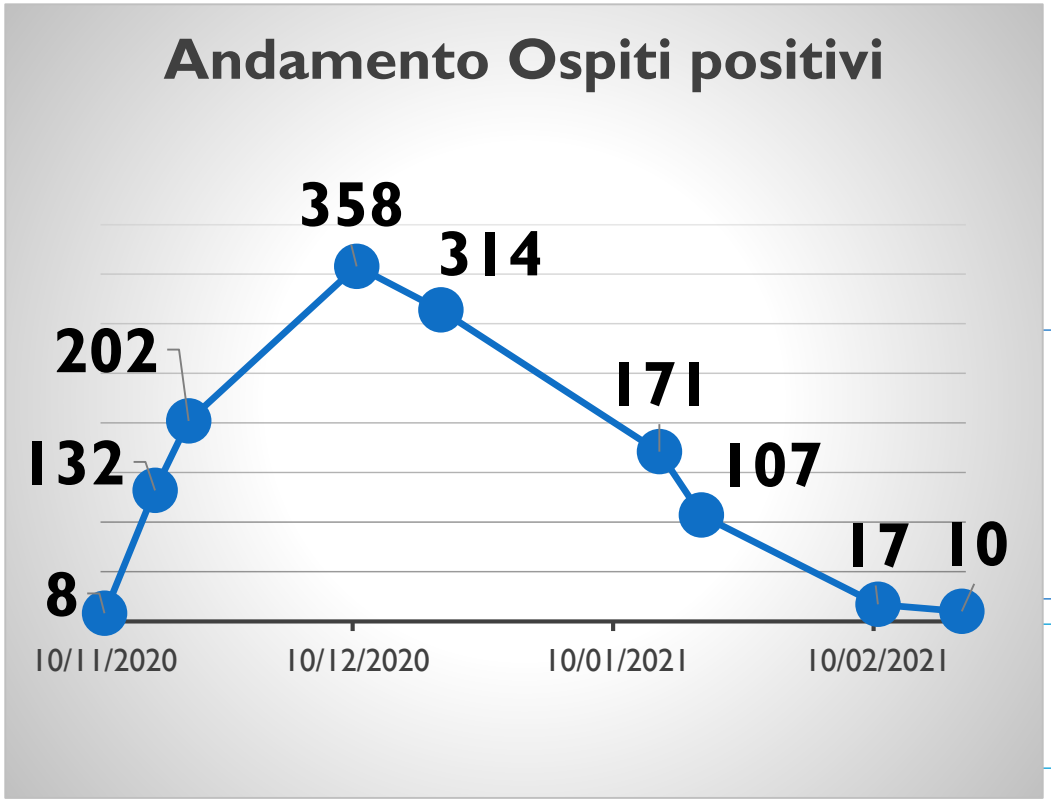
2 Gestione protocolli nella realtà TERRITORIALE

Centri Servizi

2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

Focolai in case di riposo per non autosufficienti



Focolai con ospiti positivi

novembre 2020	dicembre 2020	gennaio 2021	febbraio 2021
9	10	12	4

Dal mese di Aprile 2020 al mese di Febbraio 2021, tutte le Strutture sono state monitorate, con almeno 4 sopralluoghi per Struttura, a cura del del Dipartimento di Prevenzione e del Distretto S.S., con metodologia Audit con l'obiettivo di fornire costante supporto per garantire il contenimento del contagio.

I sopralluoghi complessivamente effettuati sono stati n. 132 nel periodo temporale considerato.

Fonte: Dipartimento di prevenzione Ulss7

2 Gestione protocolli nella realtà TERRITORIALE

Centri Servizi

2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

struttura	comune	novembre 2020	dicembre 2020	gennaio 2021	febbraio 2021	marzo 2021
CASA DI RIPOSO "A. ROSSI"	ARSIERO	NO	SI	SI	NO	NO
CASA DI RIPOSO DI ASIAGO	ASIAGO	NO	NO	NO	NO	NO
Centro residenziale Giovanna Maria BONOMO	ASIAGO	NO	SI	NO	NO	NO
CASA DI RIPOSO GAETANA BEATA STERNI	BASSANO DEL GRAPPA	NO	NO	NO	NO	NO
Residenza per Anziani LA MADONNINA	BASSANO DEL GRAPPA	NO	NO	SI	NO	NO
Centro Polifunzionale "CASA GEROSA"	BASSANO DEL GRAPPA	SI	SI	SI	NO	NO
ISACC -diventata RESIDENZA STURM e PAZZAGLIA	BASSANO DEL GRAPPA	SI	SI	SI	NO	NO
CASA BETANIA BASSANO	BASSANO DEL GRAPPA	SI	NO	NO	NO	NO
Villa SERENA	BASSANO DEL GRAPPA	NO	NO	SI	SI	NO
IPAB LA PIEVE	BREGANZE	NO	SI	SI	NO	NO
CASA DI RIPOSO VILLA SANT'ANGELA	BREGANZE	SI	SI	NO	NO	NO
Istituzionale Comunale Casa di Riposo Comunale di CALTRANO	CALTRANO	NO	NO	NO	NO	NO
CASA DI RIPOSO DI CARTIGLIANO	CARTIGLIANO	NO	NO	NO	NO	NO
CENTRO SERVIZI MUZAN	MALO	SI	NO	SI	SI	NO
CASA PER ANZIANI GIUSEPPE RUBBI	MAROSTICA	NO	NO	SI	NO	NO
Centro Sanitario Pospero Alpino di Marostica	MAROSTICA	NO	NO	NO	NO	NO
ISTISTUTO IL CARDO	MONTECCHIO P	SI	NO	NO	NO	NO
CASA DI RIPOSO SAN GIUSEPPE RSA	PEDEMONTE	NO	NO	NO	NO	NO
CASA RIPOSO SAN GIUSEPPE ROANA	ROANA	NO	NO	NO	NO	NO
Casa Riposo "SAN PIO X - Fatebenefratelli"	ROMANO D'EZZELINO	NO	NO	NO	NO	NO
Casa Riposo per anziani religiosi ISTITUTO MARIA AUSILIATRIC	ROSA'	SI	SI	NO	NO	NO
ISTITUTO PALAZZOLO PER ISTITUTI PII	ROSA'	NO	NO	NO	NO	NO
CENTRO ANZIANI VILLA ALDINA	ROSSANO VENETO	NO	NO	NO	NO	NO
VILLA MIARI	SANTORSO	NO	NO	NO	NO	NO
IPAB LA CASA DI SCHIO - Plesso di via Baratto	SCHIO	SI	SI	SI	SI	NO
CASA PANCIERA	SCHIO	NO	NO	SI	SI	NO
ISTITUTO CANOSSIANO CASA CHARITAS	SCHIO	NO	NO	NO	NO	NO
IPAB LA CASA DI SCHIO - Plesso di via Monte Valbella	SCHIO	NO	NO	NO	NO	NO
Centro di Servizio per Anziani VILLA SERENA	SOLAGNA	NO	SI	SI	NO	NO
Centro Polifunzionale Guido Negri - Thiene	THIENE	SI	SI	SI	NO	NO
Centri Servizi Casa per anziani SAN PIO X	VALBRENTA	NO	NO	NO	NO	NO
Cada di Riposo CASA NOSTRA VALDASTICO	VALDASTICO	NO	NO	NO	NO	NO
CASA RIPOSO A. PENASA	VALLI DEL PASUBIO	NO	NO	NO	NO	NO

Focolai in case di riposo per non autosufficienti

focolai su ospiti (33 strutture)

novembre 2020	dicembre 2020	gennaio 2021	febbraio 2021	marzo 2021
9	10	12	4	0

Fonte: UOC Controllo di gestione Ulss7

DPI consegnati a centri servizi per anziani non autosufficienti 2020-2021

			DPI ANNO 2020					DPI ANNO 2021				
Distretto	Casa di Riposo	Comune	n. mascherine chirurigche	n. mascherine FFP2	n. visiere	n. sovrascarpe	n. camici	n. mascherine chirurigche	n. mascherine FFP2	n. visiere	n. sovrascarpe	n. camici
D1	O.I.C. Bonomo di Asiago	Asiago	9.350	1.510	15	2.000	5.590	12.050	5.100	0	0	4.970
D1	Casa di riposo di Asiago	Asiago	7.750	2.000	0	0	2.800	9.800	2.800	0	0	2.500
D1	Casa Gerosa	Bassano	13.550	2.130	0	2.000	3.250	25.200	6.670	0	0	5.770
D1	Casa Betania	Bassano	6.450	820	0	0	890	10.200	1.360	0	0	1.310
D1	La Madonnina	Bassano	10.500	2.760	0	0	3.670	18.100	7.390	0	1.800	5.490
D1	Fondazione G. Sterni	Bassano	6.900	2.290	0	0	1.700	13.750	4.900	0	0	2.650
D1	ISACC – Villa Serena e Residenza Sturm	Bassano	33.600	8.440	0	2.900	7.150	44.800	13.310	0	500	10.560
D1	Casa di riposo di Cartigliano	Cartigliano	5.900	670	0	0	940	6.400	2.930	0	0	2.460
D1	Casa Rubbi	Marostica	6.300	710	0	0	940	7.900	2.510	0	0	3.480
D1	Casa di riposo San Giuseppe di Roana	Roana	5.900	710	0	0	940	10.150	2.690	0	0	1.790
D1	Casa di riposo S. Pio X di Romano	Romano	6.400	510	0	0	940	8.800	2.340	0	0	1.640
D1	Maria Ausiliatrice	Rosa'	6.800	810	15	1.600	2.140	8.800	1.930	0	500	1.380
D1	Casa di riposo Villa Aldina Rossano	Rossano	6.600	1.670	0	0	2.320	13.900	2.880	0	0	2.120
D1	Casa di riposo Villa Serena Solagna	Solagna	6.820	1.570	15	1.300	2.210	10.700	4.570	0	500	3.720
D1	Casa di riposo di San Pio X Valstagna	Valbrenta	7.310	550	0	0	1.040	14.250	2.510	0	0	1.740
D1	Istituto Palazzolo	Rosa'	14.500	1.330	0	0	1.700	32.200	5.560	0	0	4.430
			154.630	***28.480***	***45***	***9.800***	***38.220***	***247.000***	***69.450***	***0***	***3.300***	***56.010***

			DPI ANNO 2020					DPI ANNO 2021				
Distretto	Casa di Riposo	Comune	n. mascherine chirurigche	n. mascherine FFP2	n. visiere	n. sovrascarpe	n. camici	n. mascherine chirurigche	n. mascherine FFP2	n. visiere	n. sovrascarpe	n. camici
D2	Casa di Ricovero Muzan	Malo	26.340	1.895	36	1.310	10.860	13.800	5.660	20	0	13.700
D2	La C.A.S.A.	Schio	44.750	5.390	10	1.900	6.685	23.480	17.300	0	400	5.740
D2	Casa di Riposo Casa Panciera	Schio	7.170	525	4	400	1.460	3.000	2.700	0	200	1.500
D2	Istituto Canossiano Casa Charitas	Schio	4.560	540	4	450	1.015	3.000	530	0	100	930
D2	Villa Miari	Santorso	11.730	2.365	16	1.500	2.150	7.650	3.900	0	100	2.360
D2	A. Penasa	Valli del Pasubio	10.150	650	19	1.000	1.795	3.000	500	0	200	1.000
D2	OIC	Thiene	38.100	3.170	80	1.650	5.830	10.600	5.000	0	500	6.600
D2	Casa di Riposo La Pieve	Breganze	24.050	1.035	48	1.650	3.677	11.700	5.800	0	300	4.400
D2	Casa di Riposo Villa S. Angela	Breganze	11.770	1.365	16	850	3.015	7.000	2.100	0	200	3.000
D2	RSA S.Michele	Montecchio Precalcino	10.670	530	10	550	1.755	7.600	4.050	40	100	1.800
D2	Casa di Riposo A. Rossi	Arsiero	13.200	1.050	6	2.290	3.220	3.300	2.300	0	300	1.960
D2	Comunale Caltrano	Caltrano	4.860	505	10	450	1.150	2.200	560	0	100	1.200
D2	Centro Servizi Casa Nostra	Valdastico	10.120	540	19	550	1.785	2.800	1.300	0	100	1.560
D2	Casa di Riposo San Giuseppe RSA Onlus	Pedemonte	10.370	1.890	34	1.200	2.455	3.900	2.200	0	100	1.460
			227.840	***21.450***	***312***	***15.750***	***46.852***	***103.030***	***53.900***	***60***	***2.700***	***47.210***
	Totale A. ULSS 7		***382.470***	***49.930***	***357***	***25.550***	***85.072***	***350.030***	***123.350***	***60***	***6.000***	***103.220***

Fonte: DSS

Centri Diurni per persone con disabilità

1a ondata

A seguito di nota della Regione Veneto del 6 marzo 2020 che dispone la chiusura temporanea delle unità di offerta semi-residenziali socio sanitarie o sociali:

- Incontri di coordinamento fra UOS Disabilità e strutture per il costante monitoraggio delle azioni dirette e indirette intraprese nei confronti degli utenti e delle famiglie.
- Nota Ulss7 del 13.03.2020 inviata a tutti i centri diurni contenente indicazioni sulle modalità operative di riorganizzazione del servizio in conseguenza della chiusura di cui alla nota regionale.

A seguito della DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 445 del 07 aprile 2020 "Emergenza COVID-19. Indicazioni regionali per la definizione degli accordi di cui all'art. 48 del D.L. n. 18 del 17 marzo 2020" :

- Delibera Azienda Ulss7 n. 615 del 06/05/2020 Contenente l'acquisizione delle proposte di attività e gli Accordi di coprogettazione ai sensi dell`art. 48 del DL 17 marzo 2020 e della DGR 445 del 7 aprile 2020 con Enti del Terzo settore in regime di accreditamento, per la gestione di servizi alternativi alla frequenza dei centri diurni.

A seguito della DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 595 del 12 maggio 2020 "disposizioni attuative dell'art.8 del DPCM 6 aprile 2020 indicazioni operative per la graduale riattivazione delle Strutture Semiresidenziali per disabili":

- Sopralluoghi e compilazione liste di controllo, a cura del dipartimento di prevenzione Ulss7, di verifica della corretta applicazione delle disposizioni attuative DGR 595 del 12/05/2020 e della predisposizione dei piani organizzativi e delle attività in relazione agli spazi, al personale e agli utenti di ciascun centro.
- Conseguente graduale riapertura dei centri diurni avvenuta entro giugno 2020.
- Aggiornamento dei piani di attività in relazione alle disposizioni nazionali/regionali (e in seguito ad implementazione delle frequenze, costituzione cluster, ripristino del servizio mensa, trasporto…)

Fonte: DSS

2 Gestione protocolli nella realtà TERRITORIALE

Centri Diurni per persone con disabilità: modalità operative

1a ondata

- Monitoraggio di particolari situazione di fragilità familiare (in alcune situazioni è stato necessario procedere con inserimento in struttura residenziale)
- Chiusura dei centri diurni, con gli operatori che eseguivano accessi a domicilio per i casi più gravi
- Realizzazione modulistica per il triage telefonico prima dell'accesso al domicilio
- Fornitura DPI in relazione al numero di interventi individualizzati attivati
- Invio note periodiche di comunicazioni ai familiari dell'organizzazione delle attività
- Stesura nuovi progetti di frequenza condivisi con le famiglie per il riavvio delle attività in presenza
- Riorganizzazione del servizio mensa e trasporto
- Raccolta dati ed elenchi, sia del personale che degli utenti, per l'effettuazione dei tamponi
- Organizzazione ed effettuazione tamponi e vaccinazioni presso le sedi di centro diurno in collaborazione con il dipartimento di prevenzione

Fonte: DSS

2 Gestione protocolli nelle realtà ospedaliera e territoriale

2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

12/10
Riattivato Ospedale di Comunità di Marostica per pazienti covid+
Iniziata campagna vaccinale antinfluenzale 2020-2021

14/10
Trasferimento del punto tamponi di Bassano presso il piano -1

15/10
Riorganizzato informativa agli utenti nel sito aziendale

20/10
Trasferimento del punto tamponi di Asiago presso nuova struttura esterna appositamente adibita.

21/10
Ampliamento dell'orario di apertura del punto tamponi presso l'ospedale di Bassano dalle ore 6.00 alle ore 22.00

Piano aziendale di riorganizzazione della rete ospedaliera (autunno 2020): avviata la fase 2 di attivazione di un'area Covid anche presso l'H di Bassano per ricoveri ordinari e/o di area semintensiva

22/10
Record di tamponi eseguiti: 1491

23/10
Attrezzata area ricoveri covid-19 anche presso l'ospedale di Bassano.

Proseguono le attività di screening: fino ad oggi interessate 8 strutture residenziali per anziani, 32 istituti scolastici e 64 classi.

24/10
Ampliamento dell'orario di apertura del punto tamponi presso l'ospedale di Santorso dalle ore 6.00 alle ore 22.00
HS: attivazione A2 (40 pl)

26/10
Attivazione della Fase 2 del piano H con pl Covid+ presso l'H di Bassano

29/10
H Santorso torna ad essere Covid Hospital

29/10
H Bassano aumenta a 30 pl area Covid (10° piano)

30/10
HS riorganizzata attività operatoria (nota 82450)

Fonte: UOSD Innovazione e sviluppo organizzativo da prot. ulss7

2 Gestione protocolli nelle realtà ospedaliera e territoriale

Cronoprogramma sintetico 2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

02/11
I mmg partono a fare i tamponi rapidi ai propri assistiti

03/11
RV:
Linee di indirizzo gestione degli accessi ospedalieri ed extraospedalieri e attivazione Covid Hospital
Prot 83238

04/11
HS:
Incremento 8 pl aggiuntivi Area Covid 2
Prot 83822

06/11
HS:
Attivazione terza area covid (A4) per 15 PL
Prot. 84481

09/11
Applicazione sospensione attività chirurgica, di ricovero, specialistica ambulatoriale, libera professione intra-moenia, terapia con plasma
Prot 85184

10/11
HB: *Operazione IGEA*
1 squadra operativa 6-14 lun-sab
PAZIENTI COVID A DOMICILIO:
Consegnate bombole di O_2 e saturimetri a mmg e USCA

11/11
Odc Marostica:
Aumentato di 8 pl per un totale di 28 pl
Prot 97361

13/11
HS:
Incremento di 18 PL area Covid4
Prot. 86875

16/11
HB: trasferimento temporaneo delle chirurgie specialistiche dal 4° al 7° piano . In tal modo il 4° piano viene reso a disposizione per eventuale occupazione ricoveri Covid
Prot 87183

17/11
HA: Attivazione area covid presso 2 piano (12pl) per pz. residenti che non necessitano di supporto ventilatorio
Prot 87674

HS: Aumento PL di Terapia Intensiva fino a un max di 20 pl *Prot. 87917*

19/11
HB: ampliata area covid

HS: attivata area covid A5
Prot 88947

ULSS7: inizio campagna donazione plasma
Prot 888620

Fonte: UOSD Innovazione e sviluppo organizzativo da prot. ulss7

2 Gestione protocolli nelle realtà ospedaliera e territoriale

Cronoprogramma sintetico 2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

20/11
HS:
regolamentazione accesso ospedale da parte dei visiatori
Prot 89005

23/11
ULSS7:
- Rientra nella sperimentazione regionale dei test «fai da te» con 200 tamponi
- Rinnovato accordi per la distribuzione diretta di farmaci

HA: ampliata area covid a 16 pl

14/12
TERRITORIO:
Odc La Decima:
aumento di 2 PL per una capienza totale di 18 PL

ex RSA "Il Tulipano" di Marostica
Attivazione di 10 PL di OdC
Prot 97361

24/12
HS
Attivazione ulteriori 6 PL di Terapia Intensiva
Prot 100487

27/12
ULSS7
VACCINE DAY
Somministrate le prime 45 dosi al personale sanitario che ha aderito su base volontaria
Prot 1004422
Bollettino 243
Covid

Fonte: UOSD Innovazione e sviluppo organizzativo da prot. ulss7

2

Gestione protocolli nella realtà TERRITORIALE

Piano strutture residenziali territoriali COVID19

2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

			FASE 1	FASE	FASE 3	FASE 4	
				21-ott	10-nov	20-nov	
Marostica	OdC	28		20	+ 8		
Montecchio Precalcino La Decima	OdC	17			10	7	Dal 16 nov
Bassano Villa Zelosi	Hotel Covid+	25			13	12	Dal 10 nov

Fonte: UOSD Innovazione e sviluppo organizzativo Ulss7

1a ondata USCA

	Prima ONDATA Febbraio 2020 - Maggio 2020									
	Feb	Mar	Apr	Mag	Tot	Feb	Mar	Apr	Mag	Tot
Analisi	USCA * D1					USCA * D2				
N* Medici	0		9		9	0	3	5	8	16
N* pz COVID in carico	0		110	166	276	0	10	217	196	423
Tamponi Molecolari	0		0	46	46	0	0	42	184	226
Tamponi Antigenici	0				0	0	0	0	2	2
Visita domiciliare	0		100	163	263	0	3	175	179	357
Accesso Casa di Riposo	0				0	0	7	42	17	66
Consiglio Telefonico	0				0	0	0	172	370	542
Vaccini a domicilio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Analisi	MMG * D1					MMG * D2				
Vaccinazioni CVC / AMB / DOM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tamponi Studio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tamponi Altra sede	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Analisi	PLS * D1					PLS * D2				
Vaccinazioni CVC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vaccinazioni AMB / DOM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tamponi Studio	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tamponi Altra sede	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Fonte: DSS

2 Gestione protocolli nella realtà TERRITORIALE

2a ondata USCA

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

SECONDA ONDATA
Ottobre 2020 - Marzo 2021

	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Tot	Ott	Nov	Dic	Gen	Feb	Mar	Tot
Analisi	**USCA * D1**							**USCA * D2**						
N* Medici	5	18	19	25	21	21	109	6	21	24	28	18	22	119
N* pz COVID in carico	205	351	633	398	248	347	2.182	374	914	917	601	353	728	3.887
Tamponi Molecolari	563	578	2.283	1.472	334	223	5.453	1.394	1.073	861	535	328	526	4.717
Tamponi Antigenici	0	279	4.335	3.191	1.375	64	9.244	200	118	231	190	159	118	1.016
Visita domiciliare	291	927	1.102	605	379	489	3.793	586	1.350	1.381	812	535	859	5.523
Accesso Casa di Riposo	0	21	205	232	0	0	458	0	45	143	47	0	0	235
Consiglio Telefonico				699	646	1.638	2.983	158	294	603	358	117	260	1.790
Vaccini a domicilio	0	0	0	0	42	420	462	0	0	0	0	130	335	465
Analisi	**MMG * D1**							**MMG * D2 (vax cominciate dal 1 aprile)**						
Vaccinazioni CVC / AMB / DOM	0	0	0	0	0	1.219	1.219	0	0	0	0	0	0	0
Tamponi Studio	22	2.273	3.411	936	895	1.278	8.815	0	845	1.501	700	396	518	3.960
Tamponi Altra sede	1	653	1.132	303	86	69	2.244	31	967	1.678	649	39	19	3.383
Analisi	**PLS * D1**							**PLS * D2**						
Vaccinazioni CVC	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Vaccinazioni AMB / DOM	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tamponi Studio	0	390	833	486	517	462	2.688	0	1	294	173	100	188	756
Tamponi Altra sede	0	17	0	0	0	87	104	0	8	353	305	177	333	1.176

Fonte: DSS

Covid Hotel

2a ondata

VILLA ZELOSI
STRUTTURA COVID POSITIVI ASINTOMATICI
(attivata con finanziamenti privati)

Persone Covid Positive accolte dal 9 novembre 2020 al 2 gennaio 2021

- **Sono state accolte 18** persone delle quali 10 maschi e 8 femmine
- **Provenienza distrettuale**: 12 persone del D1 e 6 del D2
- **Tempo medio di permanenza**: 9 giorni
- **Età media:** 47 anni. Tra gli ospiti una signora 84enne e un ragazzo di 24 anni

Tutti gli ospiti hanno gradito il servizio offerto.

Fonte: DSS

3 Aspetti qualificanti e critici

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

✓ Aspetti qualificanti:

- Coordinamento regionale per la gestione dei posti letto di terapia intensiva
- Possibilità di reclutamento delle figure professionali mancanti con l'attivazione di contratti di lavoro autonomo, anche se insufficienti a coprire tutto il fabbisogno
- Introduzione di test antigenici nella seconda ondata che ha notevolmente facilitato e velocizzato la parte diagnostica

✓ Criticità riscontrate:

- Difficoltà nell'acquisizione di alcune figure professionali per mancanza di graduatorie, soprattutto per Ass. Sanitarie, Tecnici di Laboratorio e Tecnici della Prevenzione *(focus)*
- Necessità di sviluppo delle competenze necessarie a gestire pazienti covid per il personale proveniente da altri contesti operativi
- Tempistiche di esecuzioni dei cambiamenti sempre molto ristrette e pressanti

Fonte: UOC Gestione risorse umane Ulss7

Focus sulle risorse umane

- ✓ Criticità riscontrate:
  - CARENZA DELL'ORGANICO MEDICO DIPENDENTE IN SERVIZIO
  - alla data della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica (31 gennaio 2020) l'organico dipendente risultava carente per quanto riguarda:
    - medici delle aree dell'emergenza e urgenza (maggiore la carenza di organico nelle discipline della medicina e chirurgia d'accettazione e d'urgenza e dell'anestesia e rianimazione);
    - medici dell'area internistica (più sentita la carenza nelle discipline di medicina interna, malattie dell'apparato respiratorio, neurologia);
    - medici nella disciplina di igiene, epidemiologia e sanità pubblica (il cui organico "ordinario" conta comunque numeri assai più ridotti rispetto alla ordinaria consistenza degli organici ospedalieri).
    - Si rileva l'assenza di graduatorie di concorso ovvero l'incapienza delle graduatorie dei concorsi espletati per l'assunzione di medici nelle suddette discipline, che non ha consentito il regolare reclutamento per turn over del personale cessato negli ultimi anni (la carenza di medici specialisti è cronica già dall'1 gennaio 2017, data di entrata in vigore della riforma degli ambiti territoriali delle Aziende sanitarie del Veneto portata dalla legge regionale 25 ottobre 2016, n. 19).

Fonte: UOC Gestione risorse umane Ulss7

Focus sulle risorse umane

- ✓ Criticità riscontrate:
  - SOTTO DIMENSIONAMENTO DELL'ORGANICO INFERMIERISTICO E DEL PERSONALE TECNICO DI SUPPORTO ALL'ASSISTENZA SANITARIA (OPERATORI SOCIO SANITARI; AUTISTI DI AMBULANZA)
    - alla data della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica (31 gennaio 2020) l'organico infermieristico e degli operatori socio sanitari risultava sostanzialmente al completo (l'Azienda garantiva il regolare turn over del personale nei tempi ordinari);
    - ciò nonostante l'emergenza epidemiologica ha comportato un notevole incremento del fabbisogno infermieristico e degli operatori socio sanitari, che ha determinato necessità assunzionali (di lavoratori dipendenti e di collaboratori autonomi) ben oltre il limite dell'ordinario turn over;
  - INDISPONIBILITÀ DI ASSISTENTI SANITARI
    - Si rileva la mancanza di un numero sufficiente di assistenti sanitari a garantire l'ordinario fabbisogno di personale in tutta la Regione; la carenza di professionisti è stata acuita dalle necessità emergenziali.

Fonte: UOC Gestione risorse umane Ulss7

4 Maggiori difficoltà nelle attività ordinarie

2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

Covid Santorso

riorganizzazione posti letto

FASE 2 COVID

(aggiornamento al 30/11)

140 Posti letto garantiti per attività ordinaria

56 area medica
30 area chirurgica
42 area materno infantile
10 area terapia intensiva
2 area riabilitativa

Sono garantite le seguenti attività:
- Oncologia
- Dialisi
- Materno infantile
- Ostetricia ginecologia
- Salute mentale
- Laboratorio analisi

Nell'**area chirurgica** sono garantite le urgenze di ortopedia e chirurgia e le seguenti attività (oltre a ostetricia ginecologia):
- Urologia
- Oculistica
- Chirurgia senologica

Emergenza: garantita l'attività nella rete 118

Nell'**area critica** sono garantite la terapia intensiva cardiologica e la stroke

Area medica: patologie tempo dipendenti (ICTUS e infarto)

207 Posti letto per COVID Hospital

185 area medica e terapia semi intensiva
22 terapia intensiva

Fonte: DMO H Santorso con UOSD Innovazione e sviluppo organizzativo

Ospedale Santorso

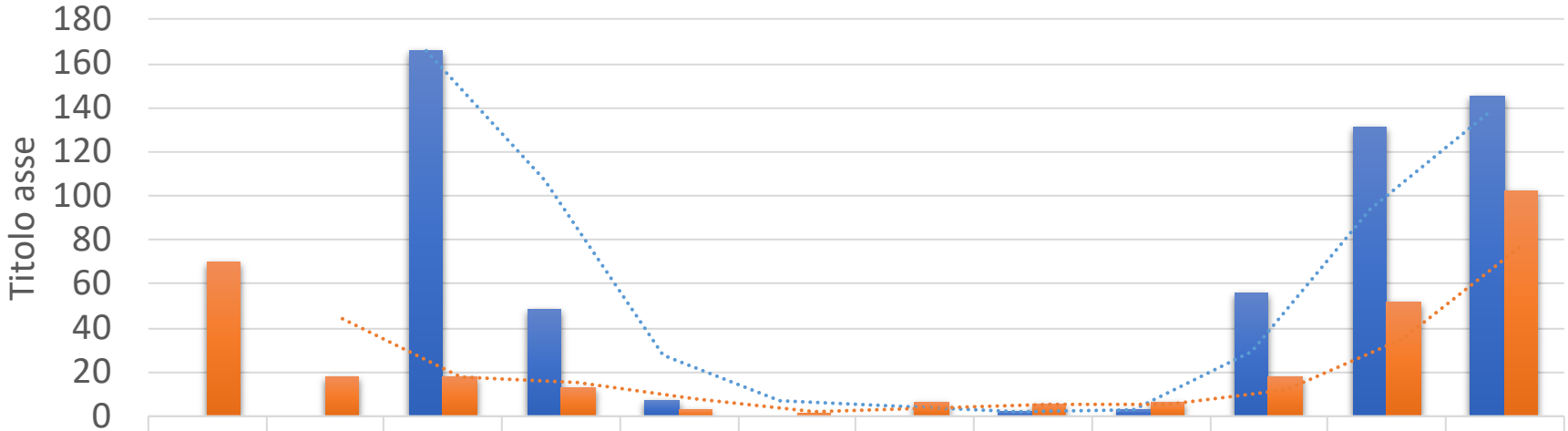
Andamento ricoveri covid e non covid per mese – Ospedale di Santorso Covid Hospital

A Santorso, dichiarato Ospedale COVID, sono stati sospesi da fine marzo a inizio aprile 2020 tutti i ricoveri per patologia non COVID ad eccezione dei ricoveri in Ostetricia, in Pediatria, in Psichiatria, in UCIC e Stroke e di ricoveri internistici nei residui posti letto attivi, riservati all'accoglienza delle emergenze internistiche non COVID giunte spontaneamente in Pronto Soccorso

L'attività ospedaliera per non COVID, riavviata pressoché normalmente nel periodo estivo 2020, è diminuita dal mese di ottobre, in coincidenza con il nuovo picco epidemico, che tuttavia è rimasta, seppur in misura ridotta, nel periodo autunnale del 2020 e primi mesi del 2021, nonostante la rilevante numerosità dei ricoveri COVID.

Fonte: UOC controllo di gestione ulss7

Personale positivo



	gen	feb	mar	apr	mag	giu	lug	ago	set	ott	nov	dic
2020			166	48	7			2	3	56	131	145
2021	70	18	18	13	3	1	6	5	6	18	52	102

Fonte: Internal auditing ulss7

Personale positivo

Per Profilo professionale	Casi Positivi			
Qualifica	**2020**	**2021**	**2022**	**Totale**
Dirigenza medica e veterinaria	55	23	52	**130**
Dirigenza sanitaria non medica	4	2	7	**13**
Dirigenza PTA	3		1	**4**
Personale Infermieristico	279	155	225	**659**
Personale tecnico sanitario	9	9	19	**37**
Personale di riabilitazione	18	15	16	**49**
Personale di vigilanza e ispezione	6	5	7	**18**
Op. socio sanitario	123	61	96	**280**
Personale tecnico	27	16	26	**69**
Amministrativo	30	25	42	**97**
co.co.co	4	1	3	**8**
Totale complessivo	**558**	**312**	**494**	**1364**

Fonte: Internal auditing ulss7

- **RECLUTAMENTO E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE**

Sono state poste in essere tutte le misure di reclutamento straordinario previste dalla normativa di emergenza:

- assunzioni in via di extra turn over a tempo indeterminato, secondo il fabbisogno indicato dall'Area Sanità e Sociale;
- assunzioni a tempo determinato in via di extra turn over ai sensi dell'articolo 2-ter del decreto-legge n. 18/2020;
- conferimento degli incarichi di collaborazione di lavoro autonomo previsti dall'articolo 2-bis del decreto-legge n. 18/2020;
- supporto all'assegnazione del personale reclutato dal Dipartimento della protezione civile sulla base di apposite ordinanze di emergenze (supporto di operatori socio sanitari alle case di riposo; attività di contact-tracing;
- supporto all'assegnazione di personale medico e di infermieri reclutati da "Etjca" – mandataria della struttura del Commissario straordinario del Governo all'emergenza covid – per la realizzazione della campagna vaccinale;
- conferimento di incarichi di collaborazione di lavoro autonomo a medici iscritti alle scuole di specializzazione ai sensi della delibera della giunta regionale del Veneto n. 304/DGR del 16 marzo 2021 e del decreto del Direttore generale dell'Area Sanità e Sociale n. 25 del 26 marzo 2021.

Fonte: UOC Risorse umane ulss7

Reclutamento risorse umane

1a ondata

Personale assunto con incarico COVID:

I) Periodo febbraio 2020 -> maggio 2020

	Personale dipendente		*Lavoratori autonomi*		*Medici USCA*
SEDE	**OSS**	**INFERMIERI**	**MEDICI**	**COMPARTO**	**MEDICI USCA**
DIP. PREVENZIONE	-	-	4	2	
OSPEDALE	-	16	23	12	
TERRITORIO	1	-	9	4	19
TOTALE	**1**	**16**	**36**	**18**	**19**

Struttura commissariale del Governo				
	MEDICI	**INFERMIERI**	**ALTRI SANITARI**	**ALTRO**
PROT. CIVILE – OSS A SUPP. CASE DI RIPOSO	-	-	-	1
PROT. CIVIILE – SANITARI PER CONTACT-TRACING	-	-	-	-
PROT. CIVILE – AMMIN. PER CONTACT-TRACING	-	-	-	-

Fonte: UOC Risorse umane ulss7

Reclutamento e gestione risorse umane

2a ondata

Personale assunto con incarico COVID:

2) Periodo ottobre 2020 -> febbraio 2021

	Personale dipendente				Lavoratori autonomi		Medici USCA
SEDE	MEDICI	OSS	INFERMIERI	ASS. SAN	MEDICI	COMPARTO	MEDICI USCA
DIP. PREVENZIONE	-	-	1	1	18	3	
OSPEDALE	1	12	81	-	47	19	
TERRITORIO	-	1	12	-	15	17	59
TOTALE	**1**	**13**	**94**	**1**	**80**	**39**	**59**

Struttura commissariale del Governo				
	MEDICI	INFERMIERI	ALTRI SANITARI	ALTRO
PROT. CIVILE – OSS A SUPP. CASE DI RIPOSO	-	-	-	-
PROT. CIVILE – SANITARI PER CONTACT-TRACING	-	-	14	-
PROT. CIVILE – AMMIN. PER CONTACT-TRACING	-	-	-	7
STRUTTURA COMMISSARIALE – MEDICI E INFERMIERI DI "ETJCA" PER CAMPAGNA VACCINALE	9	7	-	-

Fonte: UOC Risorse umane ulss7

5 Azioni in materia di personale

Comparto sanità: assunzioni extra turn over

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

TABELLA 1: ASSUNZIONI EXTRA TURN OVER AUTORIZZATI PER EMERGENZA COVID 1^ - 2^ ONDATA PANDEMICA

	INFERMIERE		OSS		ASSISTENTE SANITARIA		TSLB		TEC. PREVENZIONE	
	AUTORIZZAZIONI	ASSUNZIONI	AUTORIZZAZIONI	ASSUNZIONI	AUTORIZZAZIONI	ASSUNZIONI	AUTORIZZAZIONI	ASSUNZIONI	AUTORIZZAZIONI	ASSUNZIONI
1^ ONDATA	36	36	22	22	18	9	6	1	2	1
2^ ONDATA	118	114	12	12	16	1	4	4		
TOTALE	**154**	**150**	**34**	**34**	**34**	**10**	**10**	**5**	**2**	**1**

TABELLA 2: DISTRIBUZIONE ASSUNZIONI FRA OSPEDALE E TERRITORIO 1^- 2^ ONDATA PANDEMICA

	INFERMIERE		OSS		ASSISTENTE SANITARIA		TSLB		TEC. PREVENZIONE	
	OSPEDALE	TERRITORIO	OSPEDALE	TERRITORIO	OSPEDALE	TERRITORIO	OSPEDALE	TERRITORIO	OSPEDALE	TERRITORIO
1^ ONDATA	31	5	13	9		9	1			1
2^ ONDATA	89	25	12			1	4			
SUB TOTALE	**120**	**30**	**25**	**9**	**0**	**10**	**5**	**0**	**0**	**1**
TOTALE	**150**		**34**		**10**		**5**		**1**	

TABELLA 3: CONTRATTI LAVORO AUTONOMO DISTRIBUZIONE ASSUNZIONI FRA OSPEDALE E TERRITORIO 1^- 2^ ONDATA PANDEMICA

	INFERMIERE		AUTISTA AMBULANZA		ASSISTENTE SANITARIA		TSLB		TEC. PREVENZIONE	
	OSPEDALE	TERRITORIO	OSPEDALE	TERRITORIO	OSPEDALE	TERRITORIO	OSPEDALE	TERRITORIO	OSPEDALE	TERRITORIO
1^ ONDATA	6	6	2			1				2
2^ ONDATA	2	17	6			3	3			1
SUB TOTALE	**8**	**23**	**8**	**0**	**0**	**4**	**3**	**0**	**0**	**3**
TOTALE	**31**		**8**		**4**		**3**		**3**	

Fonte: UOC Professioni sanitarie Ulss7

5 Azioni in materia di personale

Comparto sanità: nuovo assunto / riassegnato

1a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

PERSONALE DEL COMPARTO NUOVO ASSUNTO / RIASSEGNATO DA MOBILITA' INTERNA IN U.O. COVID DA FEBBRAIO 2020 -MAGGIO 2020 - 1° ONDATA

Area Tecnico Funzionale1	Stabilimento - Reparto	Unità Operativa2	NUOVI ASSUNTI E RIASSEGNATO DA MOBILITA' INTERNA								
			INFERMIERI	OSTETRICHE	OSS + OP. TECNICI	TSRM	TSLB	AUTISTI	ASV	TECNICI PREV.	TOTALE
OSPEDALE	BASSANO		**118**		**44**	**6**	**9**	**6**			**183**
OSPEDALE	ASIAGO		**47**		**16**			**6**			**69**
DIP. DI PREV. NE	D1 / D2	COVID VACCINI SISP TAMPONI	**31**	**8**	**5**				**30**	**16**	**90**
D1	MAROSTICA	ODC COVID	**21**		**18**						**39**
OSPEDALE	SANTORSO		**248**		**115**	**25**	**9**	**6**			**403**
D2	MONTECCHIO P.	ODC LA DECIMA									**0**
TOTALE (COLONNA)			**465**	**8**	**198**	**31**	**18**	**18**	**30**	**16**	**784**

Fonte: UOC Professioni sanitarie ulss7

5 Azioni in materia di personale

Comparto sanità: nuovo assunto / riassegnato

2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

PERSONALE DEL COMPARTO NUOVO ASSUNTO / RIASSEGNATO DA MOBILITA' INTERNA IN U.O. COVID DA OTTOBRE 2020 -MARZO 2021 - 2° ONDATA											
Area Tecnico Funzionale1	Stabilimento - Reparto	Unità Operativa2	NUOVI ASSUNTI E RIASSEGNATO DA MOBILITA' INTERNA								
			INFERMIERI	OSTETRICHE	OSS + OP. TECNICI	TSRM	TSLB	AUTISTI	ASV	TECNICI PREV.	ALTRE FIGURE	TOTALE
OSPEDALE	BASSANO		108		33		9	12				162
OSPEDALE	ASIAGO		29		13			10				52
DIP. DI PREV. NE	D1 / D2	COVID VACCINI SISP TAMPONI	29		5				30	16	59	139
D1	MAROSTICA	ODC COVID	16		18							34
OSPEDALE	SANTORSO		224		87		9	12				332
D2	MONTECCHIO P.	ODC LA DECIMA	7		12							19
TOTALE (COLONNA)			413	0	168	0	18	34	30	75		738

Fonte: UOC Professioni sanitarie ulss7

5

Azioni in materia di personale

Formazione

Corsi di vestizione / svestizione

DESCRIZIONE	N° ed.	periodo di formazione	N° Formati	N° Ore
TOTALE DIPENDENTI I° ONDATA	73	Dal 26/02/2020 fino al 26/05/2020	2527	246
TOTALE ESTERNI I° ONDATA			119	
TOTALI FORMATI I° ONDATA			2646	
TOTALE II° ONDATA COVID	27	Dal 26/10/2020 fino al 30/12/2020	756	51
TOTALE 2020 FORMAZIONE VESTIZIONE /SVESTIZIONE CORRETTO USO DPI	100	ANNO 2020	3402	297
TOTALE III° ONDATA COVID	14	Dal 01/01/2021 fino al 31/03/2021	109	14

Fonte: UOC Professioni sanitarie ulss7

RSPP – Programma straordinario di formazione sull'uso dei DPI

CORSI ORGANIZZATI nel D1 e nel D2

- 24/02/2020
- 25/02/2020
- 26/02/2020
- 27/02/2020
- 28/02/2020
- 02/03/2020
- 03/03/2020
- 05/03/2020
- 06/03/2020
- 11/03/2020

OPERATORI SANITARI FORMATI

(ad eccezione di PLS, MMG e CA):

1043 operatori sanitari

556 operatori D1 (di cui 88 Ospedale di Asiago, 393 Ospedale di Bassano, 62 Territorio,13 Tirocinanti)

487 operatori D2 (di cui 388 Ospedale di Santorso, 99 Territorio)

Fonte: UOC Professioni sanitarie Ulss7

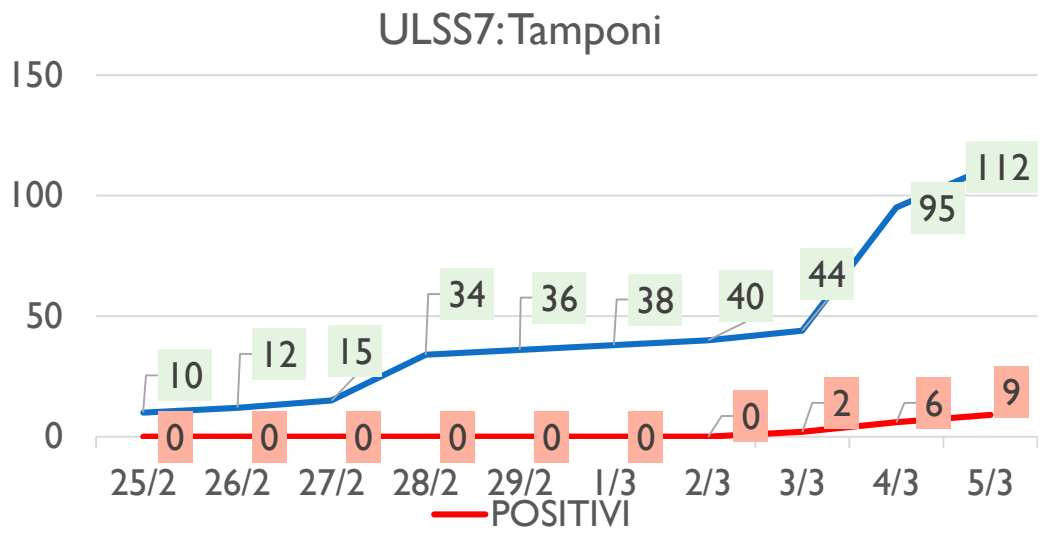
Formazione

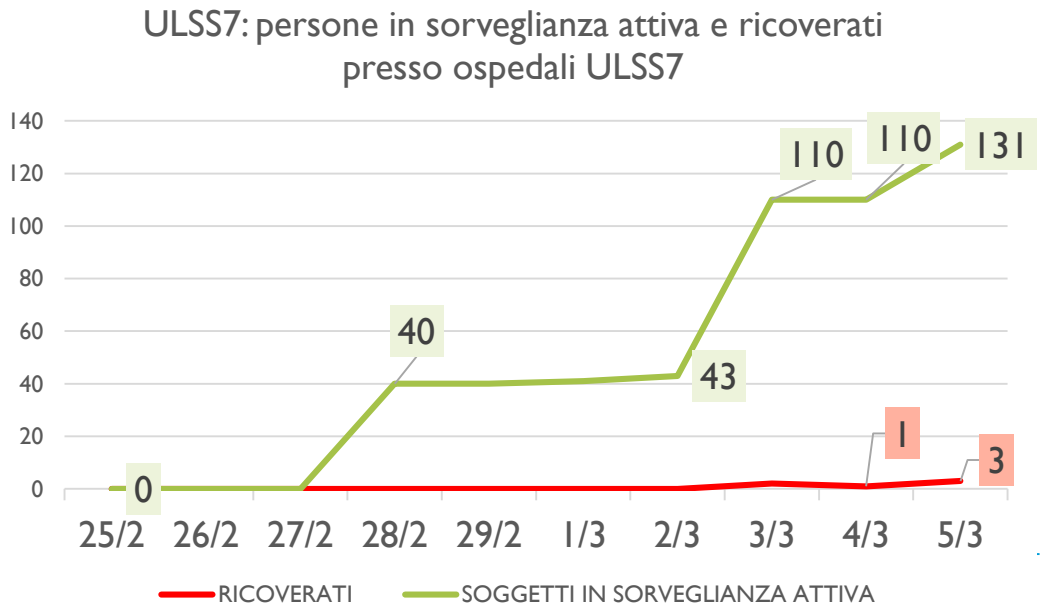
Corso «ventilazione meccanica non invasiva: dalla teoria alla pratica - per affrontare emergenza covid»

	N. FORMATI	PERIODO DI FORMAZIONE	N. EDIZIONI	N. ORE
INFERMIERI D1	63	dal 24/06/2020 al 09/10/2020	8	26,4
INFERMIERI D2	75			
MEDICI D1	2			
TOTALE PARTECIPANTI	140			

Fonte: UOC Professioni sanitarie ulss7

Inizio tamponi e tracciamento





Fonte: UOSD Innovazione e sviluppo organizzativo

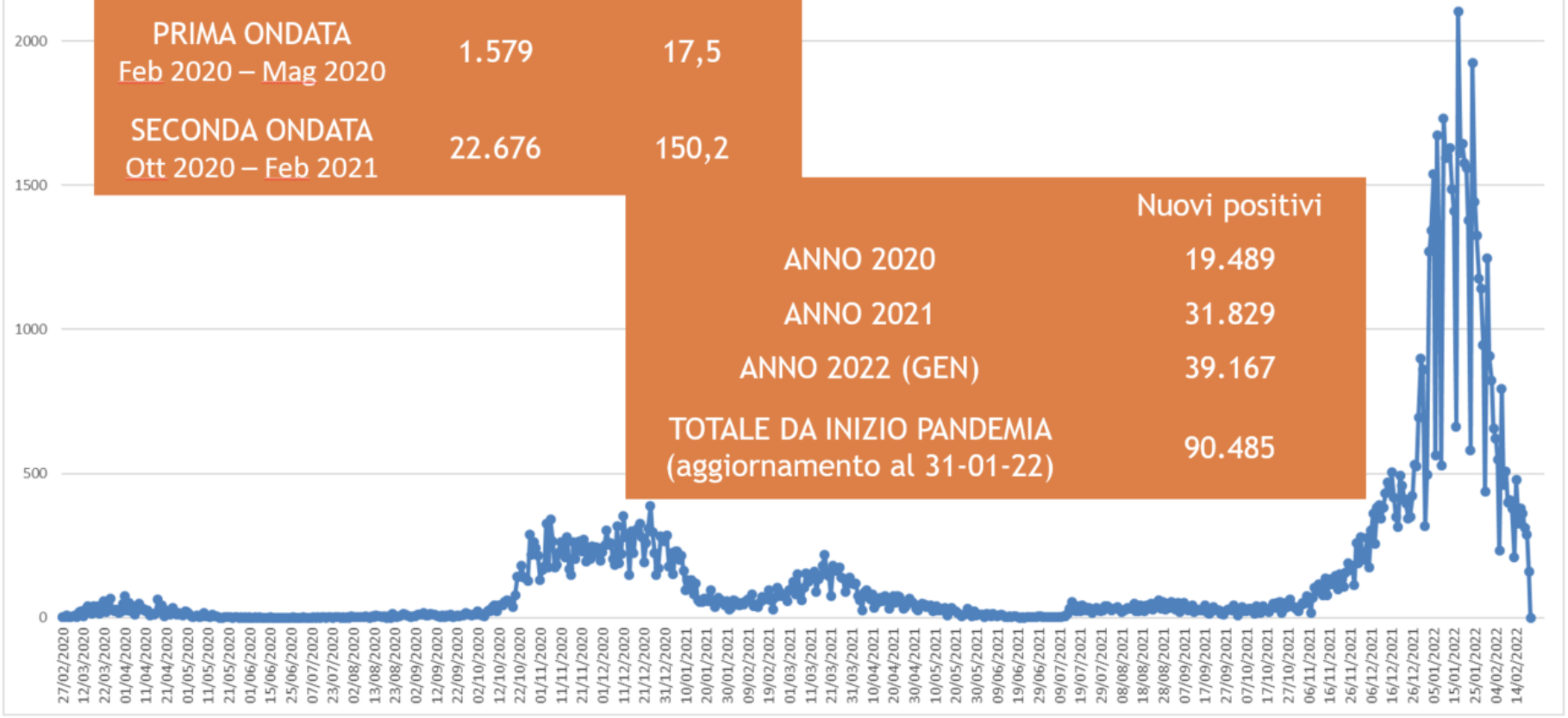
6 Criticità tracciamento e tamponi

Covid 19 : andamento nuovi positivi

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

	Nuovi positivi	Media di Nuovi positivi /giorno
PRIMA ONDATA Feb 2020 – Mag 2020	1.579	17,5
SECONDA ONDATA Ott 2020 – Feb 2021	22.676	150,2

	Nuovi positivi
ANNO 2020	19.489
ANNO 2021	31.829
ANNO 2022 (GEN)	39.167
TOTALE DA INIZIO PANDEMIA (aggiornamento al 31-01-22)	90.485

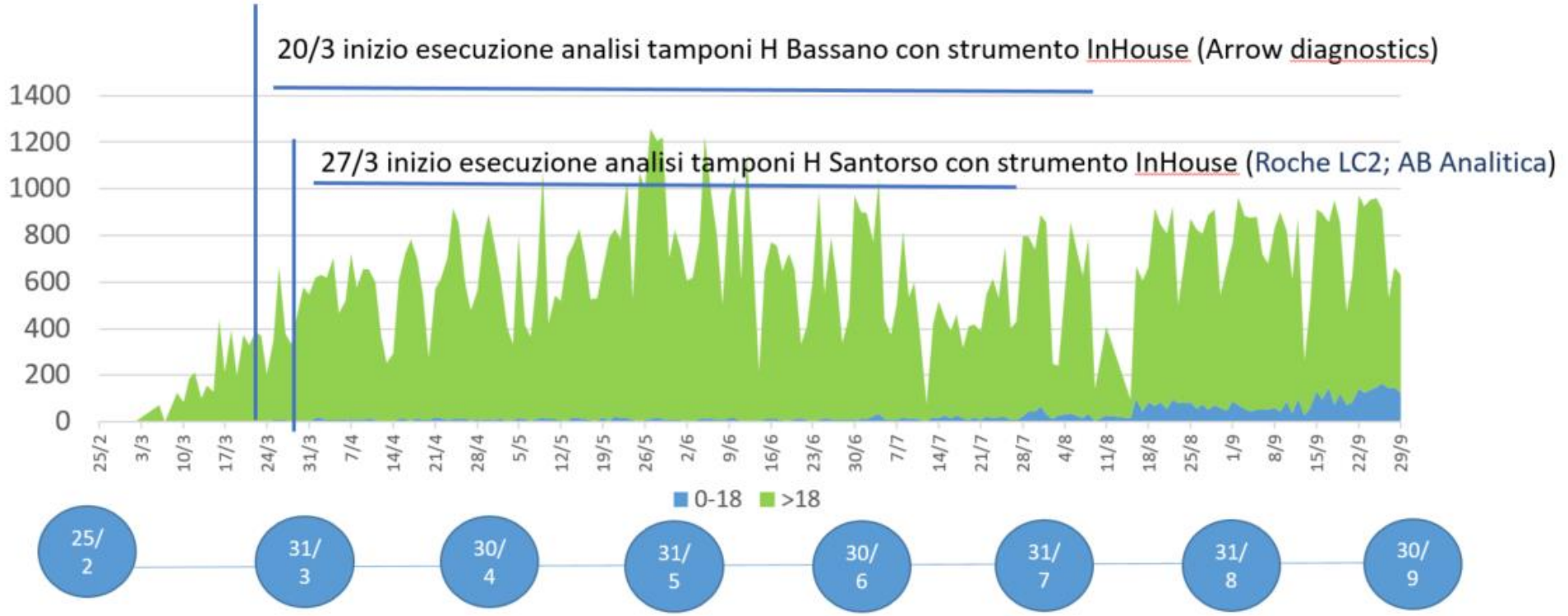


Fonte: UOC Controllo di gestione Ulss7

Fonte: Cruscotto Aziendale QlikSense 'Covid19'

6 Criticità tracciamento e tamponi

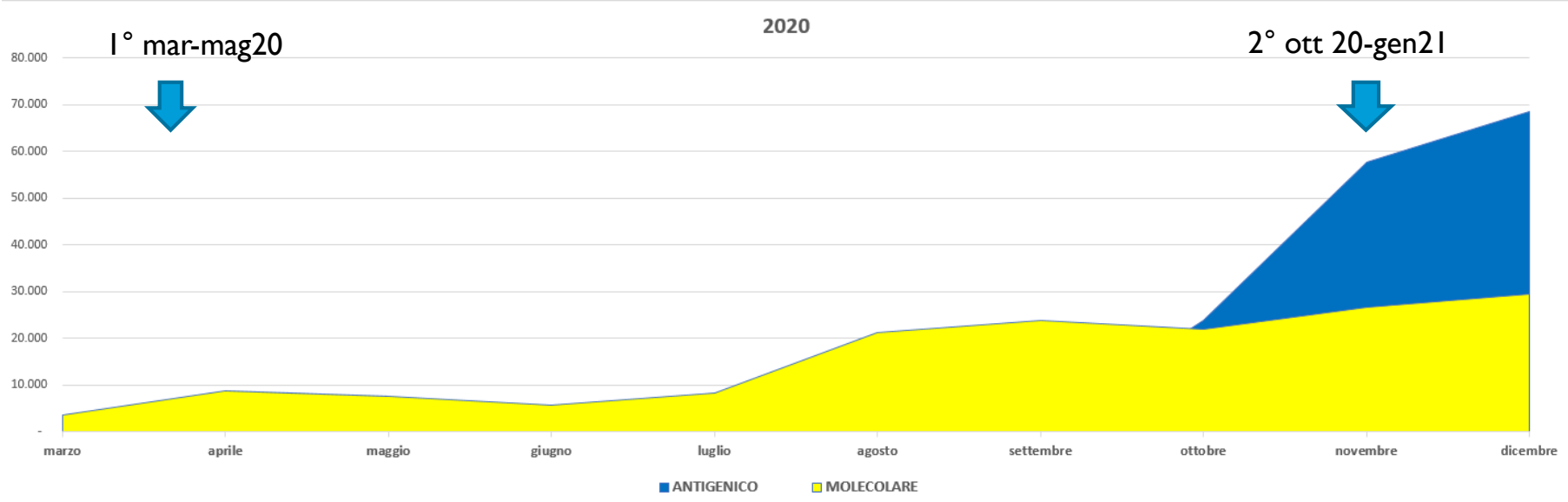
Tamponi: analisi attività ai residenti ULSS7 dal 25 feb al 30 set 2020



Fonte: UOC Laboratorio Analisi ULSS 7

6 Criticità tracciamento e tamponi

Tamponi

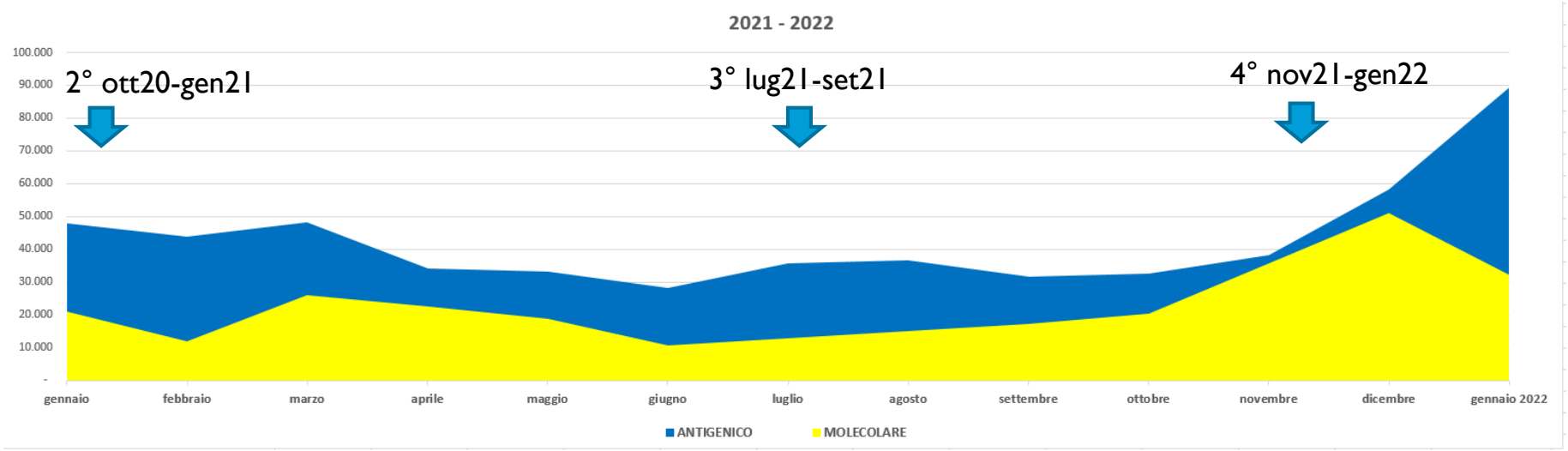


	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre
ANTIGENICO						1	1.245	23.899	57.772	68.531
MOLECOLARE	3.502	8.681	7.547	5.675	8.220	21.329	23.874	21.981	26.755	29.421
MOLECOLARE POCT PCR						17	179	626	406	289
TOT TAMPONI	3.502	8.681	7.547	5.675	8.220	21.347	25.298	46.506	84.933	98.241

Fonte: UOC Laboratorio Analisi ULSS 7

6 Criticità tracciamento e tamponi

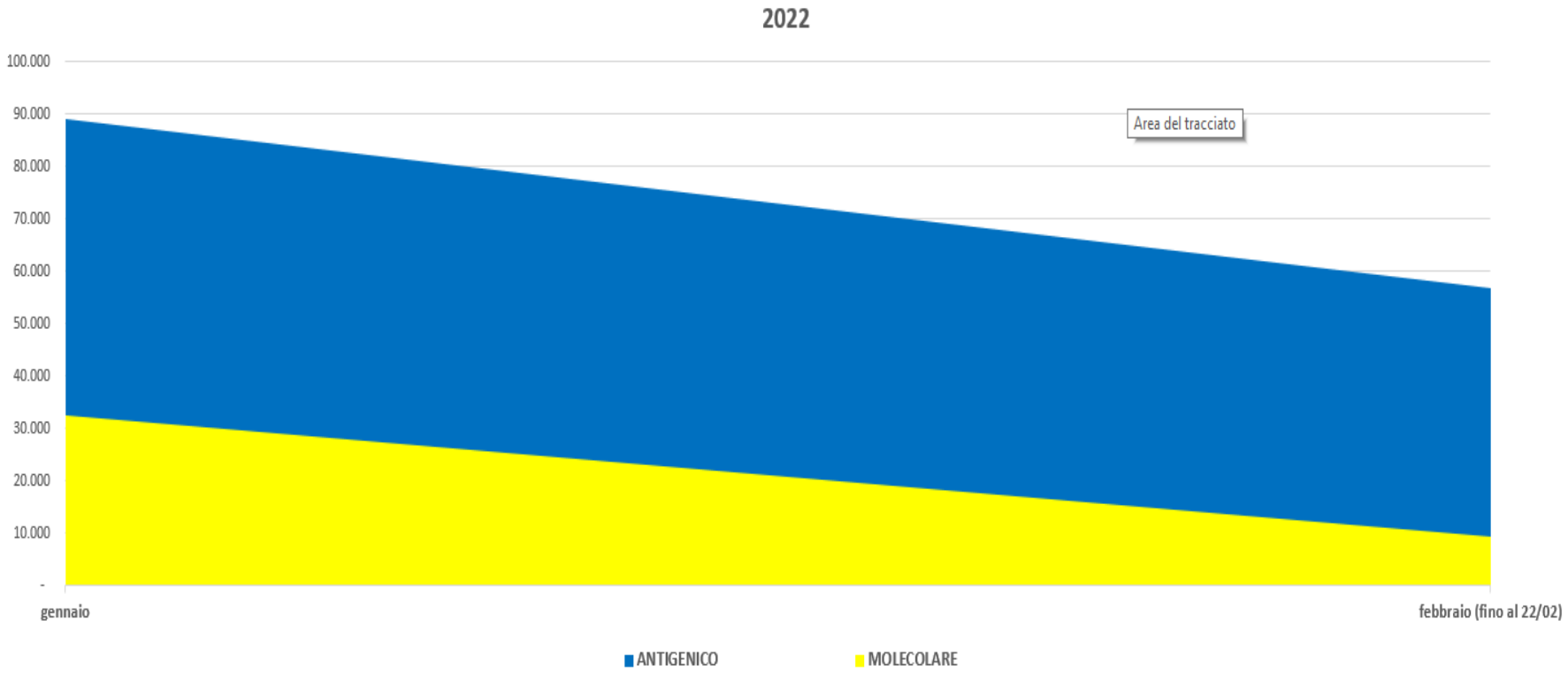
Tamponi



	gennaio	febbraio	marzo	aprile	maggio	giugno	luglio	agosto	settembre	ottobre	novembre	dicembre	gennaio 2022
ANTIGENICO	47.974	43.858	48.192	34.136	33.198	28.273	35.689	36.508	31.477	32.558	38.247	58.153	89.150
MOLECOLARE	21.061	11.918	25.861	22.477	18.889	10.785	12.720	14.930	17.337	20.444	35.853	50.902	32.410
MOLECOLARE POCT PCR	339	343	370	296	127	152	43	-	-	108	286	565	725
TOT TAMPONI	69.374	56.119	74.423	56.909	52.214	39.210	48.452	51.438	48.814	53.110	74.386	109.620	122.285

Fonte: UOC Laboratorio Analisi ULSS 7

Tamponi



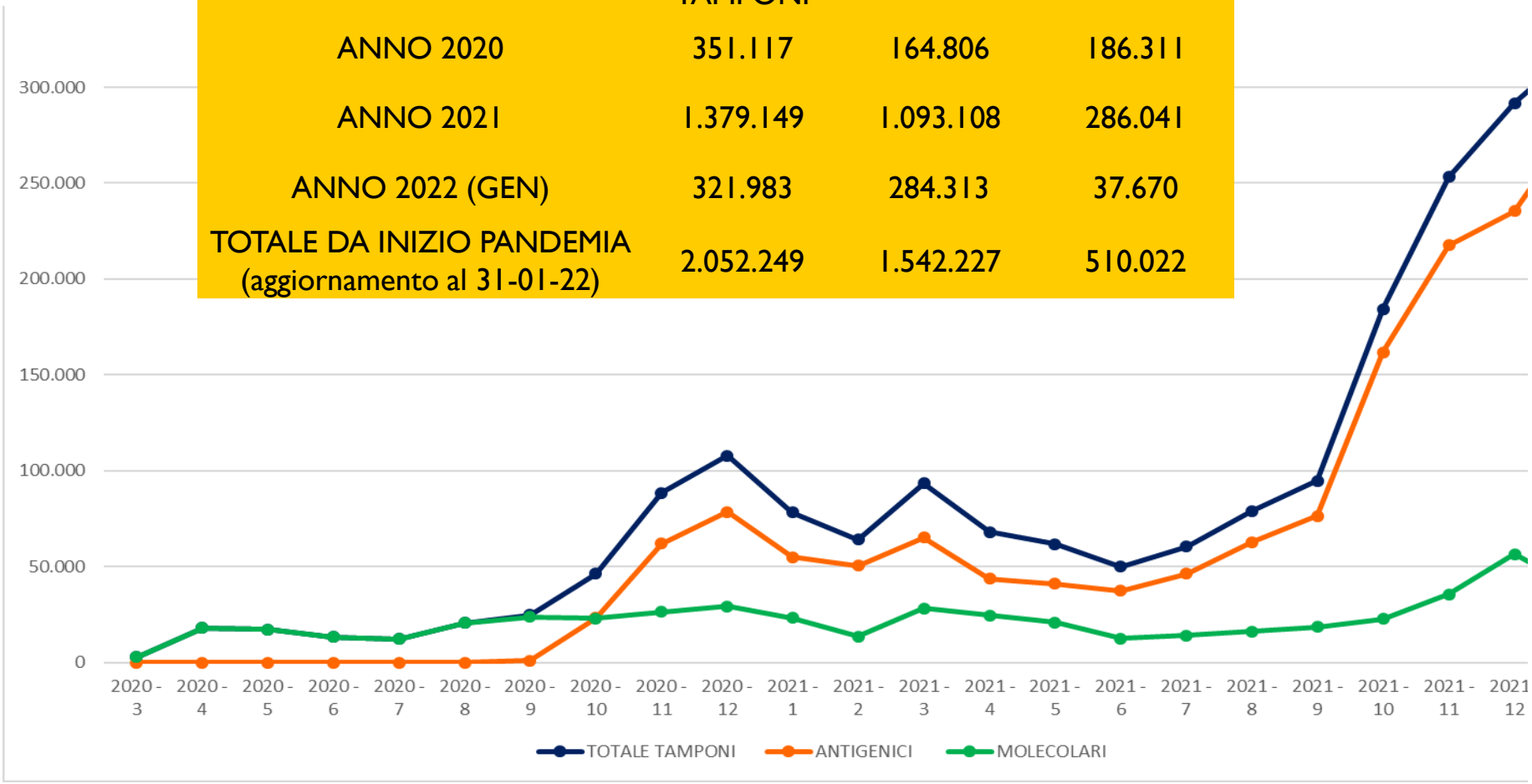
	gennaio	febbraio (fino al 22/02)
ANTIGENICO	89.150	56.702
MOLECOLARE	32.410	9.493
MOLECOLARE POCT PCR	725	402
TOT TAMPONI	122.285	66.597

 Fonte: UOC Laboratorio Analisi ULSS 7

6 Criticità tracciamento e tamponi

Tamponi

	TOTALE TAMPONI	ANTIGENICI	MOLECOLARI
ANNO 2020	351.117	164.806	186.311
ANNO 2021	1.379.149	1.093.108	286.041
ANNO 2022 (GEN)	321.983	284.313	37.670
TOTALE DA INIZIO PANDEMIA (aggiornamento al 31-01-22)	2.052.249	1.542.227	510.022



Fonte: UOC Controllo di gestione Ulss7

Fonte: Cruscotto Regionali Qlik 'Test-Sars-Covid19'

Organizzazione punti tampone

1a ondata

1. Ambulatori punti tampone attivati all'interno degli ospedali , e sedi territoriali Marostica e Schio;
2. Tamponi molecolari eseguiti ai soli dipendenti;
3. 14 agosto 2020 rientro estero (Croazia) ri-apertura Covid Point Marostica e Schio ;

Punto tamponi	Orario di apertura	Giorni di apertura	Linee attivate
Punto tamponi Asiago	7-13	Lun-ven	1
Punto tamponi Bassano	7-13	Lun-ven	2
Punto tamponi Marostica	7-13	Lun-ven chiuso a luglio 2020	2
Punto tamponi Schio	7-13	Lun- sab	2
Punto tamponi Santorso	7-13	Lun-ven	2

Fonte: UOC Professioni sanitarie Ulss7

Organizzazione punti tampone

2a ondata

1. Ampliato orario e giorni di apertura (7/7); test rapidi dal 15 ottobre 2020
2. Nuovi locali punti tamponi Ospedalieri da ottobre 2020
3. Supporto di personale esterno (Esercito, One Emergenza,personale amm.vo)
4. Aumentate linee attivate e implementata dotazione organica

Punto tamponi	Orario di apertura	Giorni di apertura	Linee attivate
Punto tamponi Asiago	7-13	7/7	1
Punto tamponi Bassano	6-22	7/7	3 (2 est + 1 dipendenti)
Punto tamponi Marostica	7-13	7/7 chiuso il 6/04/21	2
Punto tamponi Schio	7-13	7/7 chiuso il 10/05/21	2
Punto tamponi Santorso	6-22	7/7	3 (2 est + 1 dipendenti)

Fonte: UOC Professioni sanitarie Ulss7

6 Criticità tracciamento e tamponi

Monitoraggio regionale Covid point

2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

ELENCO COVID POINT

periodo dal ottobre 2020- marzo 2021

Azienda	Luogo	numero postazioni	Attivo	Accesso	Orari	Target	dotazione personale per turno
	Ospedale di Bassano (Piano -1, via dei Lotti, 40) orario di apertura dalle ore 6:00 alle 22:00	1	X	Diretto	lun-dom ore: 6.00-14.00	accesso diretto con impegnativa del MMG	5 infermieri mattino + 4 infermieri pomeriggio; Al punto tamponi sono presenti 2 amm.vi copperativa che coprono orario da lun a dom 7-13
		1	X	Diretto	lun- dom ore 14:00-22:00	accesso diretto con impegnativa del MMG	
		1	X	Su prenotazione	lun-dom 7.00-15.00 ;	dipendenti/day hospital/pre ricoveri/caregivers	
		1	X	Su prenotazione	**domenica** dalle 8:00 alle 14	Segnalati SISP/ altri soggetti programmati	
		1	X	Su prenotazione	lun-sab ore: 8.00-14.00	Segnalati SISP/ altri soggetti programmati	**LINEA GESTITA DALL'ESERCITO ITALIANO** CON 5 OPERATORI (1 medico + 2 inf+ 2 logistica)
	CSS Prospero Alpino di Marostica (via Panica, 17 Marostica) orario di	1	X	Diretto	lun-dom ore: 7.00-13.00	accesso diretto con impegnativa del MMG	3 infermieri ; al punto tamponi sono presenti di 2 amm.vi cooperativa che coprono orario da lun a dom 7-13
		1	X	Su prenotazione	lun-dom ore: 7.00-13.00; pediatrici 8:30-12:30	segnalati SISP/altri soggetti programmati	
	Ospedale di Santorso (piano terra adiacente all'ingresso)	1	X	Diretto	lun-dom ore: 6.00-22.00	accesso diretto con impegnativa del MMG	4 infermieri al mattino + 3 infermieri pomeriggio + (3 al pomeriggio dalle 13 alle 19 fornito da One Emergenza per linea programmati) Al punto tamponi sono presenti 2 amm.vi cooperativa che coprono orario da lun a dom 7-13
		1	X	Su prenotazione	lun-dom 7:00-19:00	segnalati SISP/altri soggetti programmati/day hospital/pre ricoveri/ programmati	
		1	X	Su prenotazione	lun-sab ore: 8.00-14.00	Segnalati SISP/ altri soggetti programmati	**LINEA GESTITA DALL'ESERCITO ITALIANO** CON 5 OPERATORI (1 medico + 2 inf+ 2 logistica)
		1	X	Diretto	lun-dom ore: 7.00-19.00	dipendenti	2 infermieri al poliambulatorio 2
	Casa della Salute di Schio (via De Lellis, 1, ingresso da via Caussa 53)	1	X	Diretto	lun-dom ore: 7.00-13.00	accesso diretto con impegnativa del MMG	3 infermieri + 1 inf. Supporto; al punto tamponi sono presenti di 2 amm.vi cooperativa che coprono orario da lun a dom 7-13
		1	X	Su prenotazione	lun-dom ore: 7.00-13.00; Pediatrici con impegnativa extra prenotazione lun-ven 8.30-12.30; sab - dom 9-12	segnalati SISP/altri soggetti programmati	
	Ospedale di Asiago, via Martiri di Granezza 42	1	X	Diretto	lun-sab ore: 7.00-13.00	accesso diretto con impegnativa del MMG	2 infermiere ; al punto tamponi è presente 1 amm.vo di cooperativa che copre orario da lun a dom 7-13
				Su prenotazione		dipendenti/segnalati SISp/pediatrici	

Fonte: UOC Professioni sanitarie Ulss7

6

Criticità tracciamento e tamponi

Integrazioni e supporto dotazione personale ai punti tampone

2a ondata

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

SUPPORTO CONTRATTO ONE EMERGENZA TAMPONI SCUOLE dal 13 ottobre 2020 al 30 giugno 2021	
H ASIAGO	nessuno
H SANTORSO	3 inf pomeriggio 13-19
SCHIO	2 inf 10-14
H BASSANO	nessuno
MAROSTICA	2 inf 10-14

SUPPORTO ESERCITO ITALIANO OPERAZIONE IGEA 10 NOV 2020 - 1° APRILE 2021	
H ASIAGO	nessuno
H SANTORSO	2 inf + 1 medico 8-14
SCHIO	1 oss da CRI 8-14
H BASSANO	2 inf + 1 medico 8-14
MAROSTICA	nessuno

SUPPORTO PERSONALE AMM.VO COOPERATIVA 100 ORIZZONTI		
H ASIAGO	1 AMM.VO 7-13	stop marzo 21
H SANTORSO	2 AMM.VI 12 ORE/ DIE su 3 turni	cambio orario il 10/ 05/ 2021 a 7-21
SCHIO	2 AMM.VI 6 ORE/ DIE	stop aprile 21
H BASSANO	2 AMM.VI 16 ORE/ DIE su 3 turni	cambio orario il 10/ 05/ 2021 a 7-21
MAROSTICA	2 AMM.VI 6 ORE/ DIE	stop aprile 21

Fonte: UOC Professioni sanitarie Ulss7

Reclutamento personale amministrativo
Contratti con Cooperative per attività di Data Entry

1a e 2a ondata

FORNITORE	IMPORTO IVATO	1a ondata FEBB-MAGG 2020	IMPORTO IVATO	2a ondata OTTOBRE 2020 MARZO 2021
CONSORZIO STABILE CENTO ORIZZONTI	13.082,14	aprile/maggio 700 ore totali 80,8 ore /sett 2 Operatori a 40 ore settimanali	32.705,35	giugno/ottobre 1.750 ore totali 80,8 ore /sett **2 Operatori** a 40 ore settimanali
CONSORZIO STABILE CENTO ORIZZONTI			436.819,50	da Novembre 2020 a Marzo 2021 23.359 ore totali 1.079 ore /sett **25 Operatori** a 40 ore settimanali

Fonte: UOC Direzione amministrativa ospedaliera

6 Criticità tracciamento e tamponi

DATI PUNTI TAMPONE
2° ondata Covid: tamponi effettuati ai punti tampone aziendali ottobre 2020 – febbraio 2021

REGIONE DEL VENETO ULSS7 PEDEMONTANA

TAMPONI EFFETTUATI PRESSO I 5 PUNTI TAMPONI AZ. ULSS N° 7 DAL 1° OTTOBRE 2020 AL 28 FEBBRAIO 2021

	2020			2021			
PUNTI TAMPONI SEDI AZIENDALI	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	GENNAIO	FEBBRAIO	TOTALI	
H ASIAGO	1.755	3.956	5.582	2.629	1.743	**15.665**	
H SANTORSO	2.598	17.521	21.742	15.102	9.920	**66.883**	
SCHIO	11.088	11.404	9.963	5.179	2.545	**40.179**	CHIUSO DAL 10/05/2021
H BASSANO	10.065	20.172	23.517	14.169	11.984	**79.907**	
MAROSTICA	5.265	6.254	5.118	2.817	1.828	**21.282**	CHIUSO DAL 6/04/2021
TOTALI (dato raccolto ai punti tampone)	**30.771**	**59.307**	**65.922**	**39.896**	**28.020**	**223.916**	

MEDIA tamponi giornalieri (tot tamponi/tot.giorni mese)

	2020			2021		
PUNTI TAMPONI SEDI AZIENDALI	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	GENNAIO	FEBBRAIO	
H ASIAGO	57	132	180	87	62	
H SANTORSO	84	584	701	487	354	
SCHIO	358	380	321	167	91	CHIUSO DAL 10/05/2021
H BASSANO	325	672	759	457	428	
MAROSTICA	170	208	165	91	65	CHIUSO DAL 6/04/2021

Fonte: UOC Professioni sanitarie Ulss7

Dispositivi di Protezione Individuale

- Azienda Zero ha provveduto agli acquisti ed alle consegne ai magazzini delle Aziende Sanitarie dei vari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, FFP2, visiere, camici, calzari, ecc..)
- La prima consegna è stata effettuata il 6 marzo 2020
- Azienda Zero ha attivato il monitoraggio quotidiano delle giacenze presso i magazzini delle Aziende Sanitarie
- Le Aziende Sanitarie hanno aggiornato periodicamente in un apposito file i propri fabbisogni
- Durante la prima ondata le consegne hanno risentito della carenza sul mercato mondiale di D.P.I. e pertanto le consegne non sono potute avvenire con regolarità

Fonte: UOC Provveditorato economato e gestione della logistica

Attrezzature Biomedicali

- Attrezzature acquisite con fondi del Commissario Straordinario dell'emergenza

DESCRIZIONE	TOTALE (IVA inclusa)
Umidificatori, apparecchi ossigenoterapia, frigoriferi per farmaci, sollevapazienti, massaggiatori cardiaci, fibrobroncoscopi, videolaringoscopi, defibrillatori, ecotomografi, letti elettrici, monitor multiparametrici, sistemi radiologici portatili	661.774,88 €
Tavolini servitore, carrelli emergenza, posizionatori pronazione	64.555,98 €
TAC	600.000,00 €
TOTALE	**1.326.330,86 €**

Fonte: UOC Provveditorato economato e gestione della logistica

Attrezzature Biomedicali

- Attrezzature oggetto di donazioni

DESCRIZIONE	TOTALE (IVA inclusa)
Ecografi, ventilatori, ecocardiografo, sistema automatizzato estrazione acidi nucleici per COVID, sistemi radiologici portatili	1.025.000,00

Fonte: UOC Provveditorato economato e gestione della logistica

Allegato 8

Slide audizione Azienda Ulss n. 8 Berica (24 febbraio 2022)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Servizio Sanitario Nazionale - Regione Veneto
AZIENDA ULSS N. 8 BERICA
Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA
COD. REGIONE 050–COD. U.L.SS.508 COD.FISC. E P.IVA 02441500242–Cod. iPA AUV
Tel. 0444 753111 - Fax 0444 753809 Mail protocollo@aulss8.veneto.it
PEC protocollo.centrale.aulss8@pecveneto.it
www.aulss8.veneto.it

Prot. 22618 28/02/2022

Direzione Generale
Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 Vicenza

Oggetto: **relazione.**

Al Presidente della "Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS-COV-2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda ondata"
Consiglio Regionale del Veneto
PEC xicscovid@consiglioveneto.it

Si trasmette la relazione utilizzata il 24 febbraio u.s. nel corso dell'audizione alla "Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS-COV-2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda ondata" del Consiglio Regionale del Veneto.

A disposizione per eventuali chiarimenti, si porgono distinti saluti.

Il Direttore Generale
Dott.ssa Maria Giuseppina Bonavina

IL DIRETTORE GENERALE
M. Giuseppina Bonavina

Allegati:
1) Relazione.

Responsabile del Procedimento: Direttore Generale
Tel. 0444-752522
e-mail: direzione.generale@aulss8.veneto.it

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO
Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS-COV-2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Audizione Direttori Generali Aziende ULSS

on line, giovedì 24 febbraio 2022 ore 14.15

RELAZIONE AZIENDA ULSS 8 BERICA

Direttore Generale

Dott.ssa Maria Giuseppina Bonavina

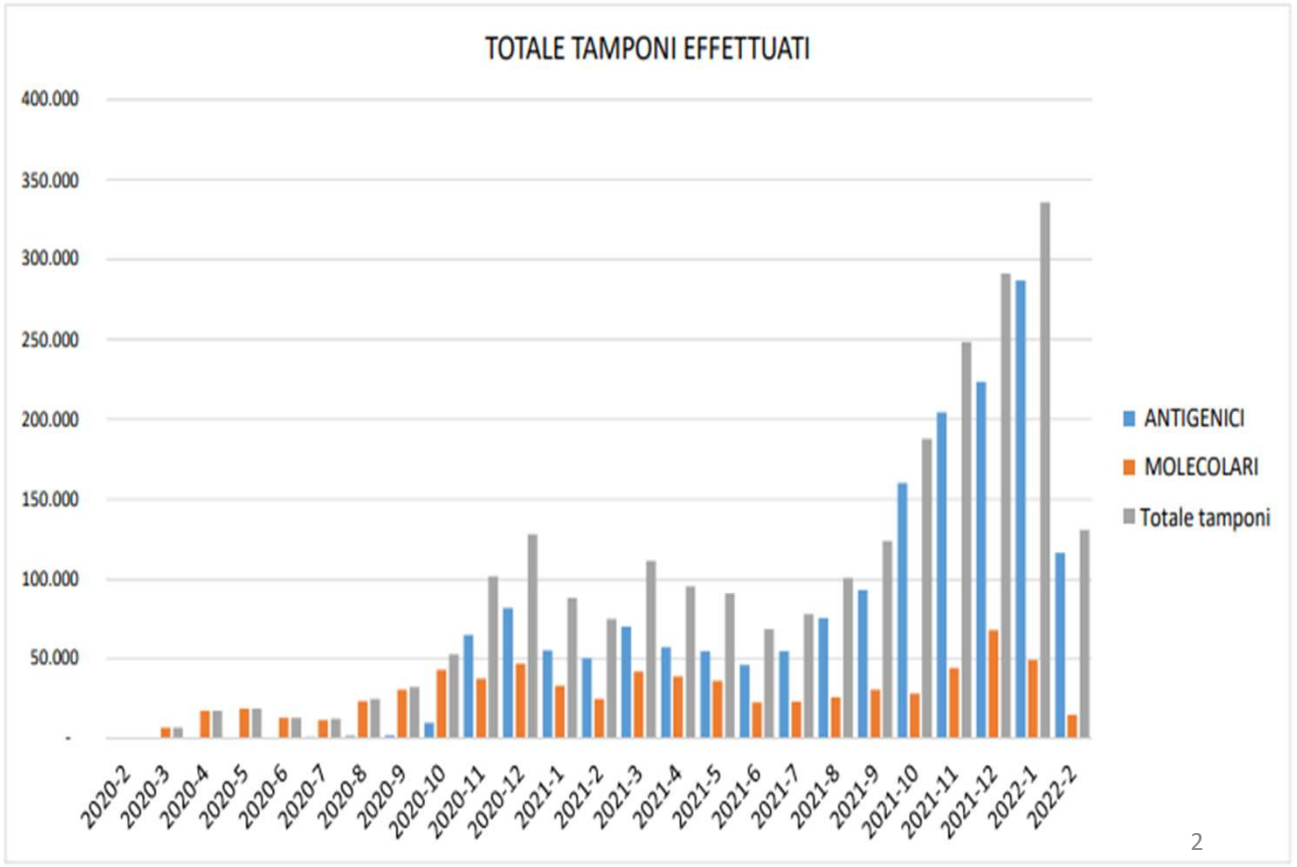
REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

VOLUME TAMPONI EFFETTUATI ALLA POPOLAZIONE RESIDENTE

MESE	ANTIGENICI	MOLECOLARI	Totale tamponi
2020-2	-	67	**67**
2020-3	-	6.635	**6.635**
2020-4	-	17.097	**17.097**
2020-5	-	18.594	**18.594**
2020-6	-	12.733	**12.733**
2020-7	781	11.435	**12.216**
2020-8	1.343	23.312	**24.655**
2020-9	1.530	30.529	**32.059**
2020-10	9.582	42.968	**52.550**
2020-11	64.675	37.404	**102.079**
2020-12	81.702	46.741	**128.443**
2021-1	55.085	32.810	**87.895**
2021-2	49.990	24.585	**74.575**
2021-3	69.909	41.861	**111.770**
2021-4	56.784	38.731	**95.515**
2021-5	54.626	36.102	**90.728**
2021-6	45.901	22.319	**68.220**
2021-7	54.614	22.943	**77.557**
2021-8	75.227	25.593	**100.820**
2021-9	93.487	30.466	**123.953**
2021-10	160.309	27.808	**188.117**
2021-11	204.407	44.039	**248.446**
2021-12	223.712	67.665	**291.377**
2022-1	286.755	49.124	**335.879**
2022-2	116.609	14.441	**131.050**
Totale complessivo	**1.707.028**	**726.002**	**2.433.030**

*Dato aggiornato al 18/02



REGIONE DEL VENETO

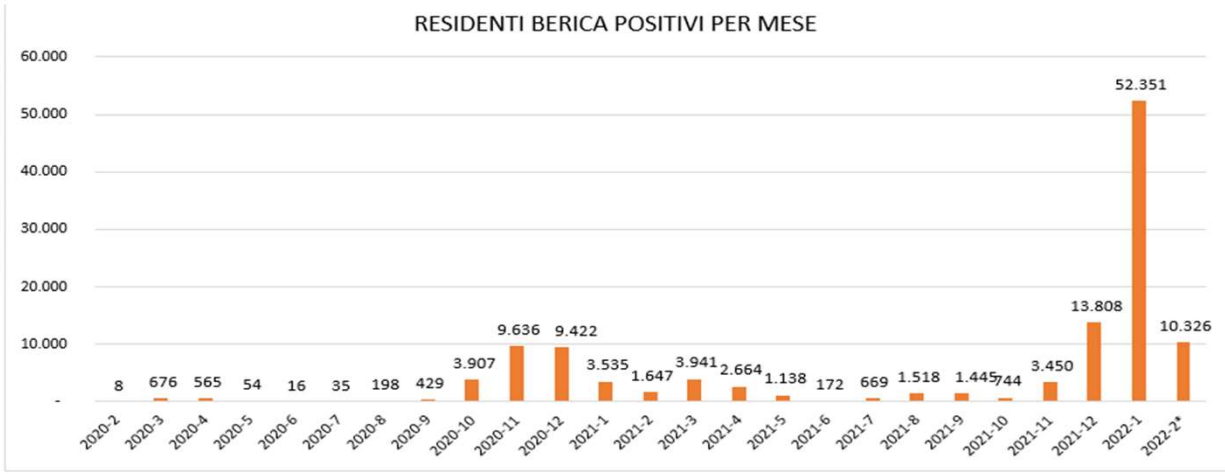
ULSS8 BERICA

CASI POSITIVI TRA LA POPOLAZIONE RESIDENTE

CASI POSITIVI RESIDENTI BERICA	N	Distribuzione % per fase	% residenti positivi sul totale tamponi per fase
Di cui prima fase (da Febbraio 2020 a Settembre 2020)	1.981	1,6%	1,6%
Di cui seconda fase (da Ottobre 2020 a Gennaio 2021)	26.500	21,6%	**7,1%**
Di cui terza fase (da Febbraio 2021 ad Settembre 2021)	13.195	10,8%	1,8%
Di cui quarta fase (Da Ottobre 2021 a Febbraio 2022)	80.979	**66,0%**	**6,8%**
TOTALE*	**122.655**	100,0%	5,0%

% Residenti con almeno una positività al covid da inizio pandemia	**25%**
Deceduti covid in ospedale ed extraospedale (Fonte BIOSORVEGLIANZA)*	**1.469**

*** Dati al 18/02**

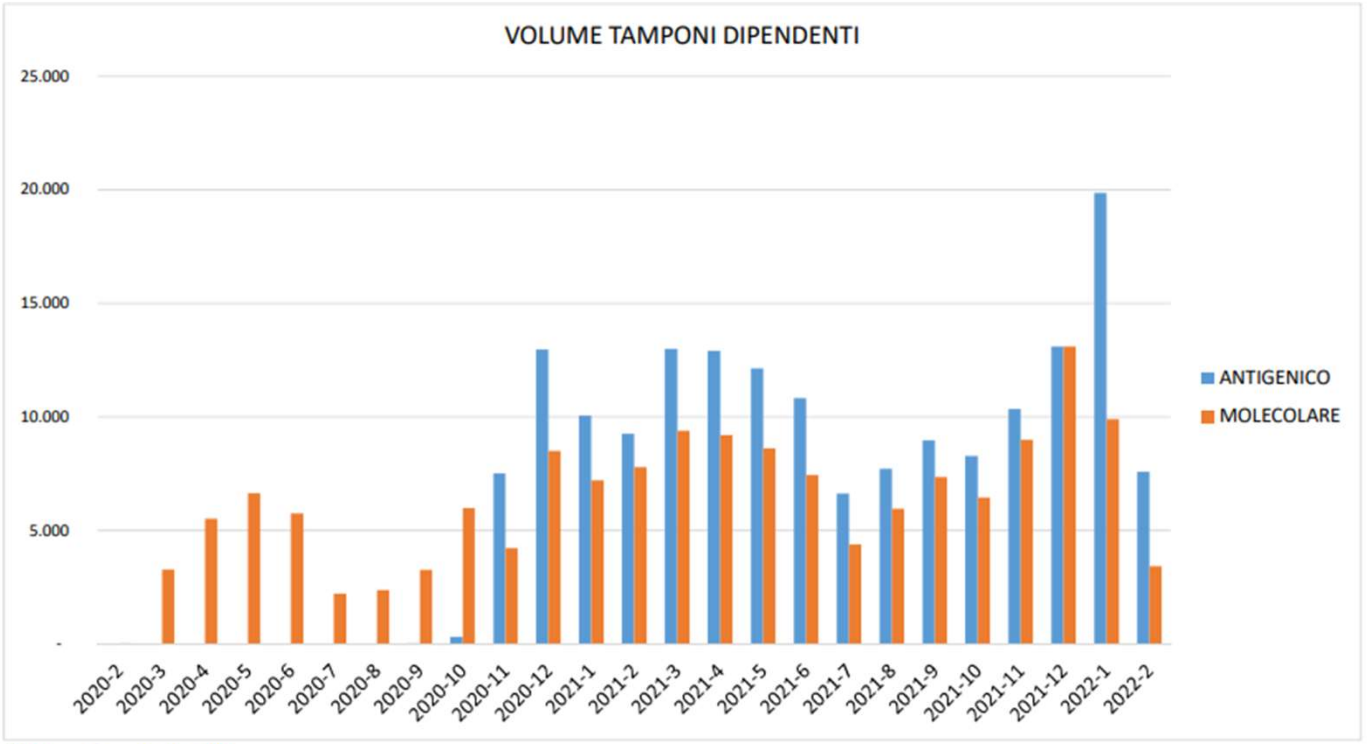


REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

VOLUME TAMPONI EFFETTUATI AL PERSONALE DIPENDENTE

MESE	ANTIGENICO	MOLECOLARE	TOTALE
2020-2		37	37
2020-3		3.275	3.275
2020-4		5.518	5.518
2020-5		6.645	6.645
2020-6		5.760	5.760
2020-7		2.213	2.213
2020-8		2.364	2.364
2020-9	30	3.251	3.281
2020-10	299	5.979	6.278
2020-11	7.514	4.226	11.740
2020-12	12.969	8.506	21.475
2021-1	10.058	7.204	17.262
2021-2	9.256	7.789	17.045
2021-3	13.001	9.383	22.384
2021-4	12.908	9.197	22.105
2021-5	12.138	8.623	20.761
2021-6	10.830	7.441	18.271
2021-7	6.626	4.385	11.011
2021-8	7.706	5.955	13.661
2021-9	8.963	7.345	16.308
2021-10	8.272	6.448	14.720
2021-11	10.343	8.985	19.328
2021-12	13.095	13.094	26.189
2022-1	19.858	9.898	29.756
2022-2	7.580	3.416	10.996
TOTALE	**171.446**	**156.937**	**328.383**



*Dato aggiornato al 18/02

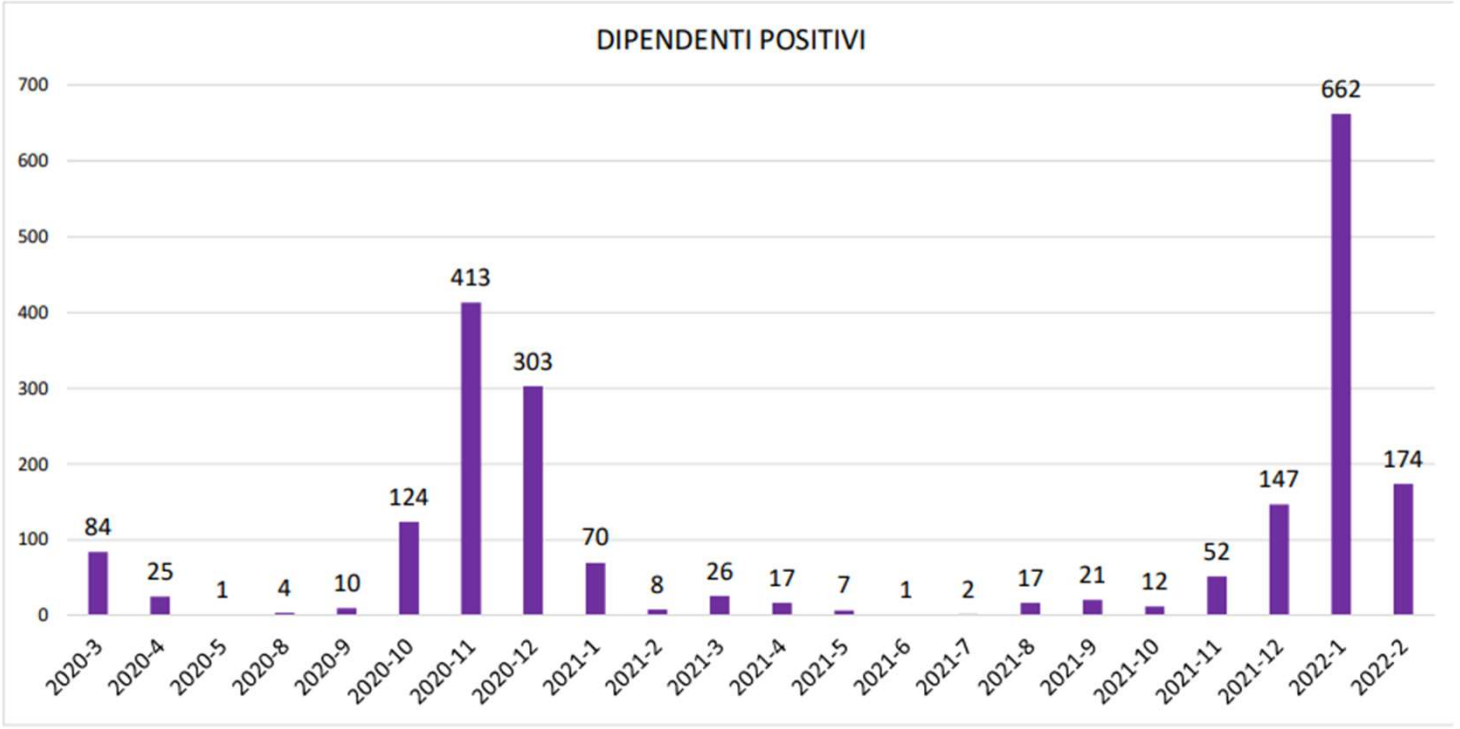
REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

CASI POSITIVI
TRA IL PERSONALE DIPENDENTE

RUOLO	Positivi
SANITARIO Comparto	1.178
TECNICO Comparto	568
SANITARIO Dirigenza Medica	284
AMMINISTRATIVO Comparto	114
SANITARIO Dirigenza non Medica	31
ALTRI DIRIGENTI	5
Totale complessivo	**2.180**

% DIPENDENTI POSITIVI (ALMENO 1 VOLTA)	***35%***



Dato aggiornato al 18/02

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

CONTACT TRACING

	TOTALE	Anno 2020									
		MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE
CALL CENTER	**24.021**	2.968	1.341	259	261	686	2.220	2.961	2.213	4.703	6.409
INDAGINI	**13.635**	573	386	63	20	40	178	404	1.097	4.580	6.294
TOTALE ISOLAMENTI	**28.199**	1.762	1.267	865	1.113	2.144	1.771	1.095	3.493	7.880	6.809
-CASO SOSPETTO	**2.165**	52	377	204	334	583	493	67	18	24	13
-CONTATTO STRETTO DI CASO SOSPETTO	**3.254**	29	345	186	577	1.335	703	69	6	3	1
-CONTATTO NON STRETTO	**1.290**	520	60	347	112	66	46	73	52	11	3
-CONTATTO SCOLASTICO	**66**	-	-	-	-	-	-	-	-	20	46
-CONTATTO STRETTO	**21.424**	1.161	485	128	90	160	529	886	3.417	7.822	6.746
MAIL totali	**34.779**										

	TOTALE	Anno 2021												Anno 2022	
		GENNAIO	FEBBRAIO	MARZO	APRILE	MAGGIO	GIUGNO	LUGLIO	AGOSTO	SETTEMBRE	OTTOBRE	NOVEMBRE	DICEMBRE	GENNAIO	FEBBRAIO
CALL CENTER	**159.907**	3.623	6.275	16.213	14.577	14.103	14.789	14.695	10.109	9.854	10.247	14.833	14.621	10.304	5.664
INDAGINI	**21.716**	4.116	1.030	1.917	2.255	900	155	251	738	830	715	1.906	5.192	1.454	257
TOTALE ISOLAMENTI	**79.855**	3.272	3.113	5.347	4.564	3.469	520	1.315	1.483	2.843	2.177	6.887	14.936	23.960	5.969
-CASO SOSPETTO	**1.293**	27	64	41	33	23	15	42	40	65	88	69	140	442	204
-CONTATTO STRETTO DI CASO SOSPE	**13**	-	8	-	-	-	-	-	-	3	1	1	-	-	-
-CONTATTO NON STRETTO	**328**	2	5	44	12	6	21	73	20	55	58	12	8	12	-
-CONTATTO SCOLASTICO	**51.145**	1.094	1.472	2.116	2.506	2.374	196	165	109	1.634	1.328	5.325	10.402	18.896	3.528
-CONTATTO STRETTO	**27.076**	2.149	1.564	3.146	2.013	1.066	288	1.035	1.314	1.086	702	1.480	4.386	4.610	2.237

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

AREA NON AUTOSUFFICIENZA - CENTRI DI SERVIZI RESIDENZIALI
Screening effettuati dal 20/02/2020 AL 04/10/2021

	OSPITI			OPERATORI				
Screening	Sierologico	Tampone molecolare	Tampone rapido	Sierologico	Tampone molecolare	Tampone rapido	TOTALE	
1°	3.245	3.670		3.123	4.129		14.167	DATI SCREENING DAL 20/02/2020 ALL'08/11/2020
2°	1.018	2.103		1.389	2.449		6.959	
3°		2.765			3.401		6.166	
4°		2.852			3.468		6.320	
5°		3.235			3.666		6.901	
6°		3.462			3.748		7.210	
7°		1.299	2.667		1.544	3.600	9.110	
Totale primo tracciato regionale	**4.263**	**19.386**	**2.667**	**4.512**	**22.405**	**3.600**	56.833	
8°		7.560	66.583		6.050	124.595	204.788	DATI SCREENING DAL 09/11 AL 04/10/2021
Totale	**4.263**	**26.946**	**69.250**	**4.512**	**28.455**	**128.195**	261.621	

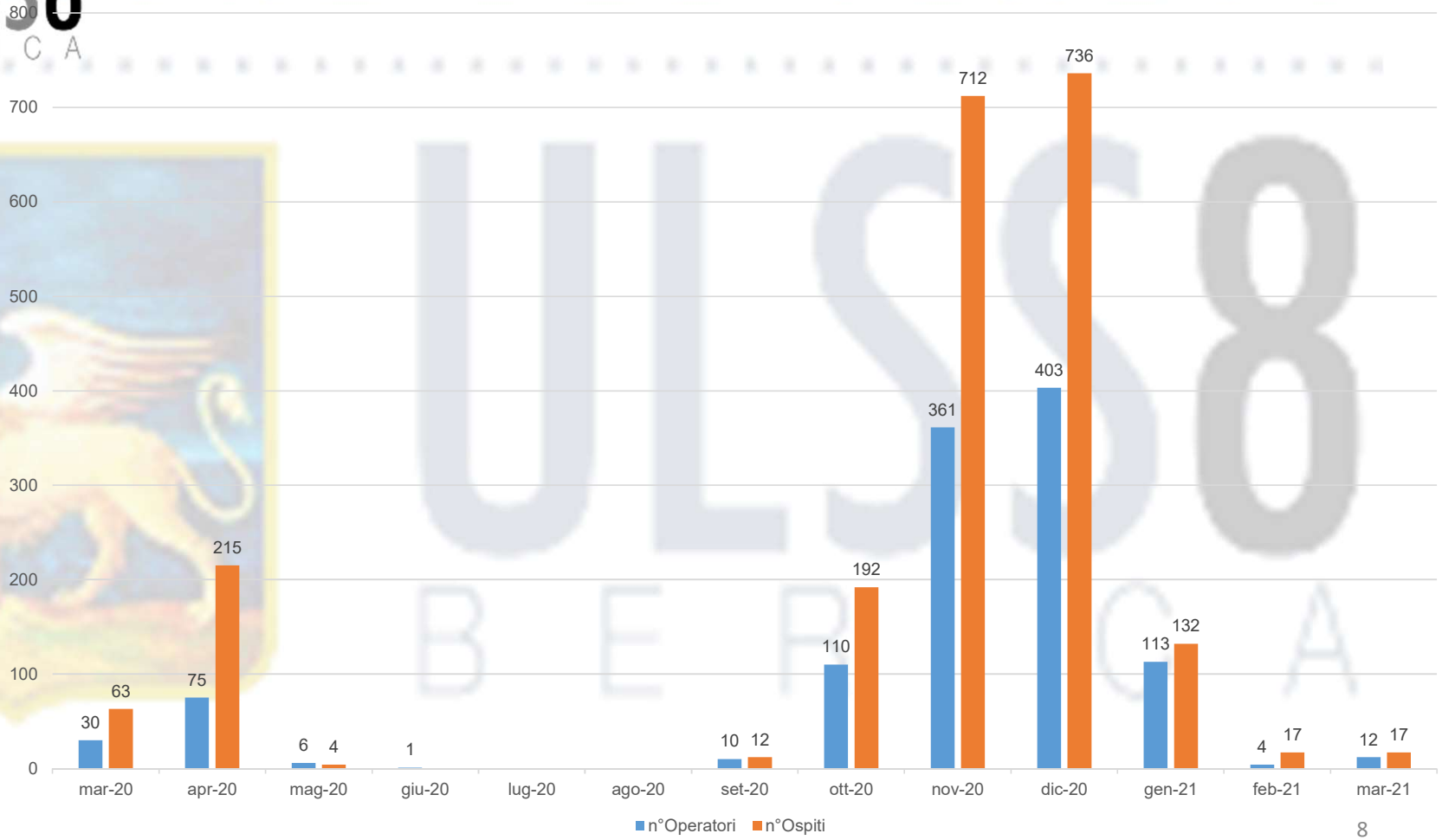
AREA DISABILITA' - SERVIZI SEMIRESIDENZIALI E RESIDENZIALI
Screening effettuati dal 09/11/2020 al 04/10/2021

	OSPITI			OPERATORI			
Tipologia servizio	N° ospiti	Tampone molecolare	Tampone rapido	n° operatori	Tampone molecolare	Tampone rapido	TOTALE tamponi eseguiti (molecolari+ rapidi)
Semiresidenziali	881	1.113	1.988	705	3.433	2.983	9.517
Residenziali	402	1.524	570	623	3.256	4.513	9.863
Totale	**1.283**	**2.637**	**2.558**	**1.328**	**6.689**	**7.496**	**19.380**

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

Frequenza mensile dei contagi in operatori e ospiti dei CdS ULSS 8 periodo 1/03/2020-31/03/2021



REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

POSTI LETTO COVID

ANNO 2020

	mar-20	apr-20	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20	nov-20	dic-20
TOTALE PL COVID	119	185	143	43	8	8	12	83	252	345

ANNO 2021

	gen-21	feb-21	mar-21	apr-21	mag-21	giu-21	lug-21	ago-21	set-21	ott-21	nov-21	dic-21
TOTALE PL COVID	293	159	141	173	117	29	8	17	29	32	50	171

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

POSTI LETTO COVID ANNO 2020

ISTITUTO	REPARTO	mar-20	apr-20	mag-20	giu-20	lug-20	ago-20	set-20	ott-20	nov-20	dic-20
01- VICENZA	CHIRURGIA GENERALE COVID VICENZA									12	15
	GERIATRIA COVID VICENZA	12	24	24	24				12	24	24
	MALATTIE INFETTIVE COVID VICENZA	30	37	29	2	2	2	2	21	39	39
	MEDICINA COVID VICENZA	6	12							31	42
	MEDICINA D'URGENZA COVID VICENZA									6	23
	NEUROLOGIA COVID VICENZA									1	9
	TERAPIA INTENSIVA COVID VICENZA	45	45	45	5	2	2	2	4	26	30
	PNEUMOLOGIA COVID VICENZA	4	24	24	12	4	4	4	12	19	20
TOTALE VICENZA		**97**	**142**	**122**	**43**	**8**	**8**	**8**	**49**	**158**	**202**
02- NOVENTA	MEDICINA COVID NOVENTA	22	43	21				4	22	36	43
TOTALE NOVENTA		**22**	**43**	**21**	**0**	**0**	**0**	**4**	**22**	**36**	**43**
06- VALDAGNO	GERIATRIA COVID VALDAGNO								12	30	48
	MEDICINA COVID VALDAGNO									28	52
TOTALE VALDAGNO		**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**12**	**58**	**100**
TOTALE PL COVID		**119**	**185**	**143**	**43**	**8**	**8**	**12**	**83**	**252**	**345**

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

POSTI LETTO COVID ANNO 2021

ISTITUTO	REPARTO	gen-21	feb-21	mar-21	apr-21	mag-21	giu-21	lug-21	ago-21	set-21	ott-21	nov-21	dic-21
01- VICENZA	CHIRURGIA GENERALE COVID VICENZA	6	2	0	0	0	0						
	GERIATRIA COVID VICENZA	24	24	24	24	10	0						16
	MALATTIE INFETTIVE COVID VICENZA	39	25	26	29	29	17	6	9	10	10	19	36
	MEDICINA COVID VICENZA	39	21	30	21	21	6			5	8	16	29
	MEDICINA D'URGENZA COVID VICENZA	18	5	0	0	0	0						
	NEUROLOGIA COVID VICENZA	2	0	0	0	0	0						
	TERAPIA INTENSIVA COVID VICENZA	29	14	13	30	20	2	2	2	2	2	3	10
	PNEUMOLOGIA COVID VICENZA	20	15	14	20	17	4		6	12	12	12	18
TOTALE VICENZA		**177**	**106**	**107**	**124**	**97**	**29**	**8**	**17**	**29**	**32**	**50**	**109**
02- NOVENTA	MEDICINA COVID NOVENTA	43	22	0									20
TOTALE NOVENTA		**43**	**22**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**20**
06- VALDAGNO	GERIATRIA COVID VALDAGNO	45	7	8	21	0	0						3
	MEDICINA COVID VALDAGNO	28	24	26	28	20	0						39
TOTALE VALDAGNO		**73**	**31**	**34**	**49**	**20**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**0**	**42**
TOTALE PL COVID		**293**	**159**	**141**	**173**	**117**	**29**	**8**	**17**	**29**	**32**	**50**	**171**

REGIONE DEL VENETO

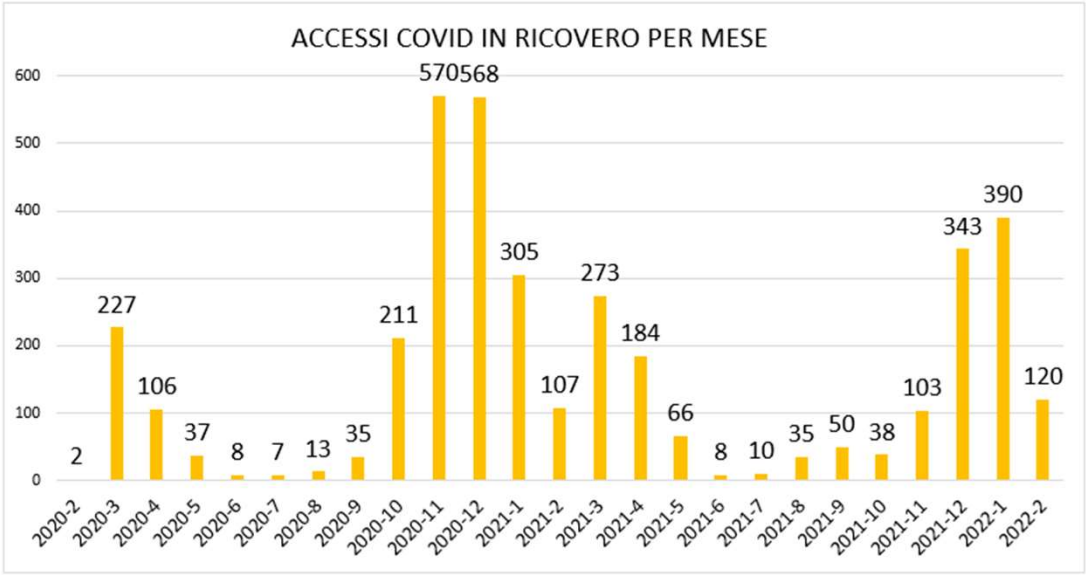
ULSS8 BERICA

INGRESSI COVID IN RICOVERO

MESE	INGRESSI COVID IN RICOVERO
2020-2	2
2020-3	227
2020-4	106
2020-5	37
2020-6	8
2020-7	7
2020-8	13
2020-9	35
2020-10	211
2020-11	570
2020-12	568
2021-1	305
2021-2	107
2021-3	273
2021-4	184
2021-5	66
2021-6	8
2021-7	10
2021-8	35
2021-9	50
2021-10	38
2021-11	103
2021-12	343
2022-1	390
2022-2	120
Totale complessivo	**3816**

DECESSI COVID IN OSPEDALE DA INIZIO PANDEMIA (Fonte SIAVR)	948

*Dato aggiornato al 18/02



*Ingressi aggiornati al 18/02

TOTALE RICOVERI COVID PER FASE	N	Distribuzione % per fase	% Ospedalizzati sul totale positivi
Di cui prima fase (da Febbraio 2020 a Settembre 2020)	435	11,4%	**22,0%**
Di cui seconda fase (da Ottobre 2020 a Gennaio 2021)	1.654	**43,3%**	6,2%
Di cui terza fase (da Febbraio 2021 ad Settembre 2021)	733	19,2%	5,6%
Di cui quarta fase (Da Ottobre 2021 a Febbraio 2022)	994	26,0%	1,2%
TOTALE	**3.816**	100,0%	3,1%

REGIONE DEL VENETO

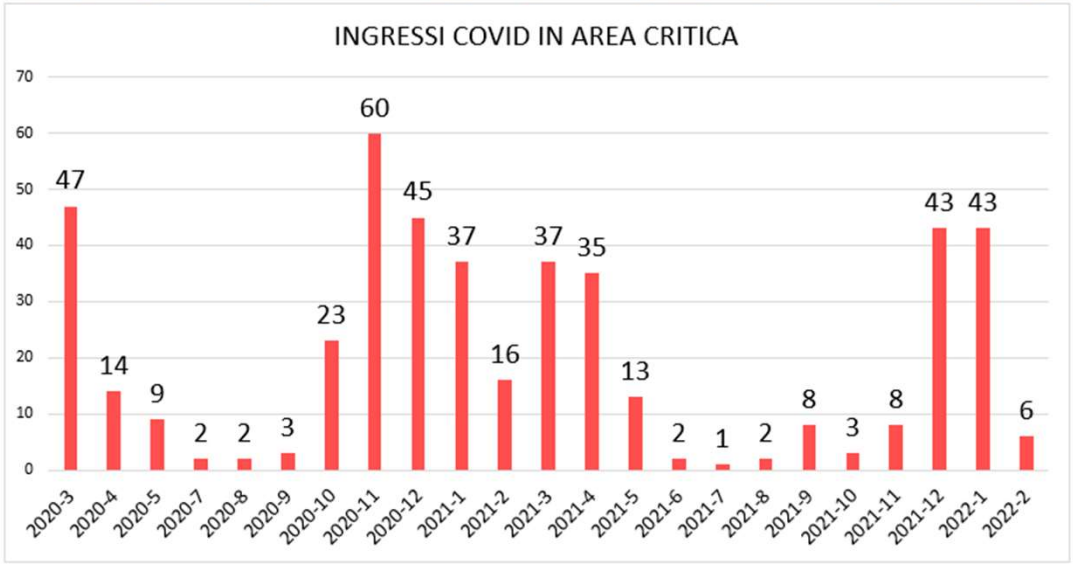
ULSS8 BERICA

RICOVERI COVID IN AREA CRITICA

MESE	RICOVERI IN AREA CRITICA - TERAPIA INTENSIVA
2020-3	47
2020-4	14
2020-5	9
2020-7	2
2020-8	2
2020-9	3
2020-10	23
2020-11	60
2020-12	45
2021-1	37
2021-2	16
2021-3	37
2021-4	35
2021-5	13
2021-6	2
2021-7	1
2021-8	2
2021-9	8
2021-10	3
2021-11	8
2021-12	43
2022-1	43
2022-2	6
Totale complessivo	**459**

% RICOVERI TRANSITATI IN AREA CRITICA SUL TOTALE INGRESSI COVID	**12%**

*Dato aggiornato al 18/02



*Ingressi aggiornati al 18/02

TOTALE RICOVERI COVID PER FASE	N	Distribuzione % per fase	% ospedalizzati in area critica sul totale positivi
Di cui prima fase (da Febbraio 2020 a Settembre 2020)	77	16,8%	**3,9%**
Di cui seconda fase (da Ottobre 2020 a Gennaio 2021)	165	**35,9%**	0,6%
Di cui terza fase (da Febbraio 2021 ad Settembre 2021)	114	24,8%	0,9%
Di cui quarta fase (Da Ottobre 2021 a Febbraio 2022)	103	22,4%	0,1%
TOTALE	**459**	100,0%	0,4%

SINTESI AMBITI PIANO DI SANITA' PUBBLICA

con riferimento ai quali le aziende ULSS hanno sviluppato iniziative di supporto, monitoraggio e controllo a favore dei Centri di Servizi

Coordinamento	- **Trasmissione ai Centri di Servizi delle indicazioni e raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità e delle disposizioni ministeriali e regionali**
Team e USCA	- Istituzione di *team* multidisciplinari (medici coordinatori delle strutture, medici igienisti del SISP, medici infettivologi, medici delle cure primarie, Servizi socio-sanitari) - Istituzione **delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)**
Logistica	- Compartimentazioni interne, anche con operatori dedicati ovvero con DPI
Gestione DPI	- Supporto nella definizione dei fabbisogni e delle soglie di sicurezza/scorte di DPI (mascherine chirurgiche/FFP2, occhiali di protezione/visiere, camici idrorepellenti monouso, guanti, gel idroalcolico), **integrando le forniture su richiesta**
Personale	- **Interventi delle aziende ULSS a supporto alle strutture residenziali con maggiori carenze di organico conseguenti alla diffusione dei contagi tra gli operatori, mediante messa a disposizione di infermieri e OSS**

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

ATTIVITÀ TERRITORIALI: USCA

2 basi logistiche per le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA):

- Vicenza per Distretto Est
- Arzignano per Distretto Ovest

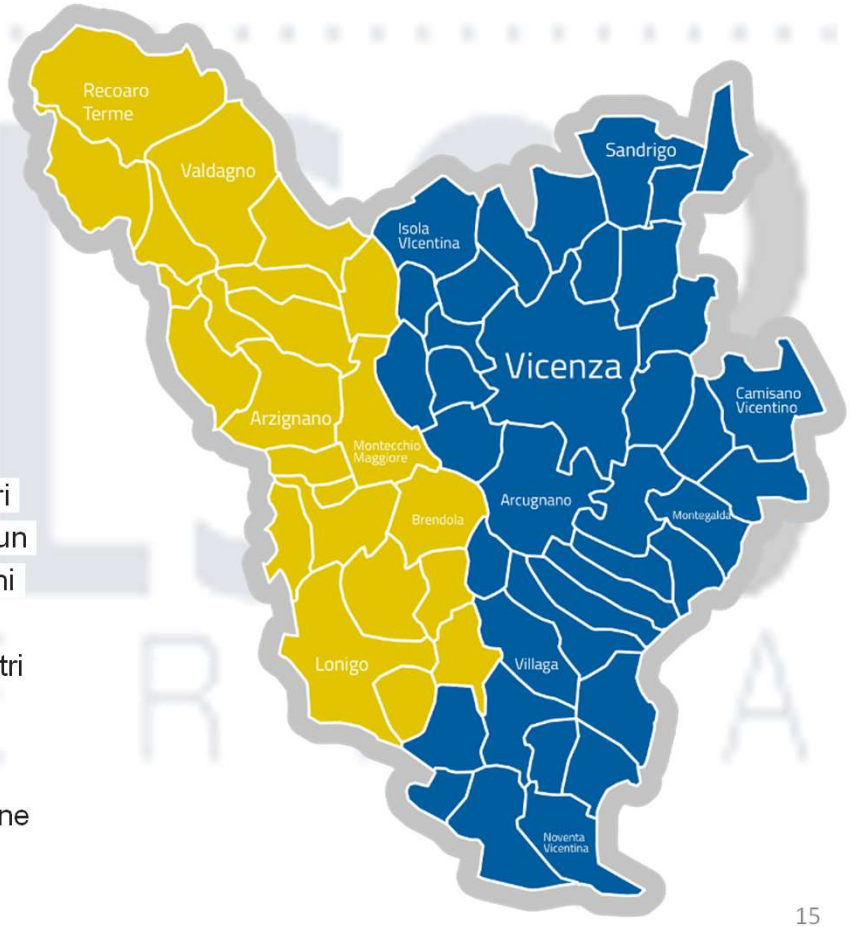
Attivazione 19 Medici USCA dal 1° aprile 2020,

poi gradualmente aumentati fino a 45 il 1° aprile 2021.

Peculiarità USCA della nostra regione:

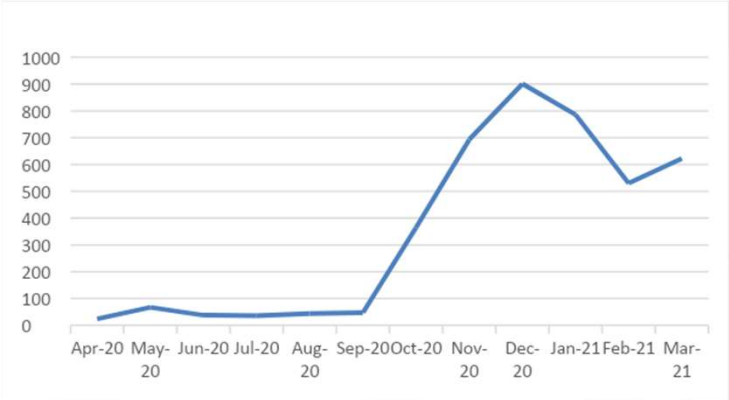
- il medico USCA usciva in coppia con l'infermiere delle cure domiciliari e questo ha garantito qualità della presa in carico (ha rappresentato un esempio di formazione sul campo trattandosi spesso di medici giovani e infermieri esperti);
- l'USCA era attiva non solo a domicilio dei pazienti ma anche nei Centri di Servizio.

E' nota inoltre la peculiarità di questa ULSS (rispetto alle altre) in merito alla scelta dei MMG di vaccinare nei loro studi garantendo una maggiore diffusione dei punti di erogazione vaccinale e comportando impegni organizzativi dell'azienda ben precisi.

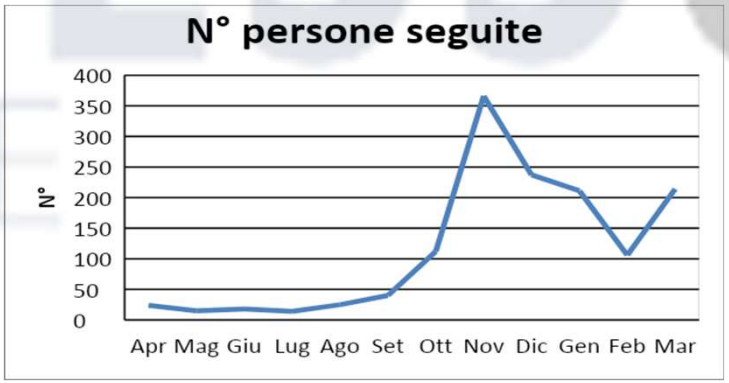


Attività territoriali: pazienti seguiti dalle USCA

N. pazienti seguiti
da USCA Distretto Est

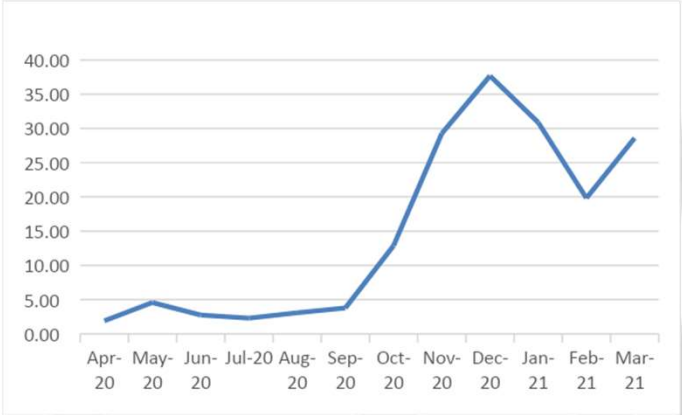


N. pazienti seguiti
da USCA Distretto Ovest

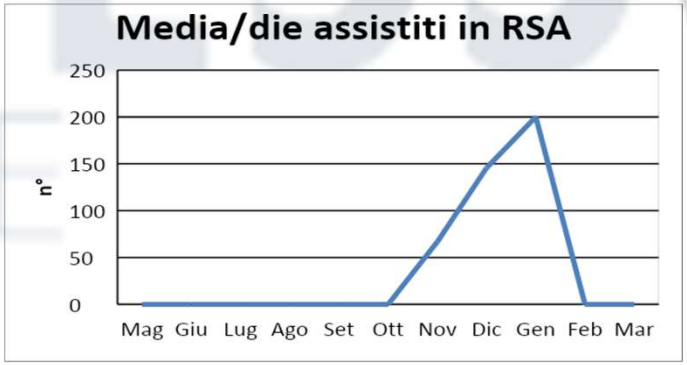


Attività territoriali: ospiti CdS seguiti dalle USCA

N. Ospiti di Centri di Servizi seguiti da USCA Distretto Est



N. Ospiti di Centri di Servizi seguiti da USCA Distretto Ovest



REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

ASSUNZIONI COVID

Personale assunto per emergenza COVID-19 - Anno 2020 e 1° semestre 2021

		2020	2021
Dirigenza medica	TD	7	2
	TI	1	4
	specializzandi	10	15
	Totale dipendenti	*18*	*21*
	LP	12	29
	COCOCO	16	61
	Protezione civile	11	12
Dirigenza non medica	TD	0	0
	TI	1	1
	specializzandi	0	0
	Totale dipendenti	*1*	*1*
	LP	0	0
	COCOCO	1	1
Comparto sanitario (infermiei, tecnici)	TD	125	103
	TI	55	306
	Totale dipendenti	*180*	*409*
	LP	0	1
	COCOCO	25	70
	Protezione civile	3	3
Comparto tecnico (OSS)	TD	29	49
	TI	21	18
	Totale dipendenti	*50*	*67*
	LP	0	0
	COCOCO	8	6
Comparto amministrativo	Protezione civile	5	5
	TOTALE DIPENDENTI	*249*	*498*
	TOTALE LP/ALTRO	*81*	*188*
	TOTALE COMPLEsSIVO	330	686

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

ASSUNZIONI COMPARTO

FABBISOGNO PERSONALE INFERMIERISTICO PER COVID-19	
Incremento PL Terapie intensive e sub-intensive	60
incremento PL reparti Covid e PS	151
Infermiere di famiglia	49
Vaccinazioni Covid-19	80
TOTALE	340

AUTORIZZAZIONI ASSUNZIONI INFERMIERI	PER COVID	PER ALTRE MOTIVAZIONI
1 TRIMESTRE 2020	36	40
2 TRIMESTRE 2020	86	0
3 TRIMESTRE 2020	138	49
1 TRIMESTRE 2021	80	21
TOTALE	340	110

- **Trasferimenti di personale:** l'attivazione/riconversione di UUOO per garantire l'assistenza ai pazienti Covid-19, ha comportato un elevato numero di trasferimenti di personale (vedasi tabella dettagliata) sintetizzati nella tabella di seguito:

PERSONALE DEL COMPARTO TRASFERITO DALLA PROPRIA U.O. PER ATTIVITA' CONNESSE ALL'EMERGENZA CODIV-19 (n° teste)									
PERIODO	1 MARZO 2020 - 31 AGOSTO 2020			1 SETTEMBRE 2020 - 30 APRILE 2021			1 MAGGIO 2021 - OGGI		
FIGURE PROFESSIONALI	Infermieri	Oss/OT	Altri profili	Infermieri	Oss	Altri profili	Infermieri	Oss	Altri profili
N.TRASFERITI	198	53	20	452	149	20	251	86	9
TOTALI	271			621			342		

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

PERSONALE DISTACCATO NEI CdS

08/10/2020- 01/02/2021	Convenzioni con n. 12 Case di Riposo	21 infermieri 14 OSS	Personale distaccato
01/06/2021- 31/12/2021	Convenzione con n. 13 Case di Riposo	30 infermieri	

01/11/2020- 31/12/2021		95 infermieri in 30 case di riposo	Attività aggiuntiva
		7 OSS in 15 case di riposo	

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE

Categoria	Q.tà Arrivata 2020	Q.tà Arrivata 2021
Calzari	320.510	
Camici	525.895	492.229
Copriscarpe	202.000	13.800
Cuffie - Copricapo	723.932	280.030
Gambali TNT	3.566	
Giubbino TNT	3.080	1.304
Guanti	21.996.900	27.891.850
Mascherine chirurgiche	3.014.495	1.646.878
Mascherine FFP2	16.874	417.760
MASCHERINE FFP2 / KN95	522.204	68.000
Mascherine FFP3	166.194	124.360
Mascherine FFP4	1.080	
Occhiali di Protezione	12.587	5.200
Tuta monouso sterile	52.905	
Tuta Protezione	17.556	31.581
Visiera	94.518	5.800
Totale complessivo	**27.674.296**	**30.978.792**

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

OSPEDALE : PRIME INDICAZIONI OPERATIVE ad interim - PRIMA ONDATA

28/01/2020	Aggiornamento polmonite da nuovo Coronavirus (2019-nCoV) in Cina - MINISTERO SALUTE E REGIONE
31/01/2020	Linee guida operative gestione nuovo Coronavirus (2019-nCOV) - PRIMO PROTOCOLLO ULSS 8
04/02/2020	Scheda TRIAGE n CoV-2019 - SCHEDA AZIENDALE CONDIVISA CON PS E DOTT. MANFRIN - MALATTIE INFETTIVE PER RIENTRI DA CINA (E SUCCESSIVAMENTE DA COMUNI IN "ZONA ROSSA")
04/02/2020	polmonite da nuovo Coronavirus (nCoV) in Cina- formazione operatori PS/SUEM - Utilizzo DPI - ULSS 8
04/02/2020	Istruzione operativa Campioni Coronavirus Agg. 4.2.2020 ULSS 8 – COME ESEGUIRE TAMPONE NASALE
07/02/2020	Flusso di Restituzione dei referti di nCoV-2019 – CAMPIONI A AO PADOVA E MODALITA' RESTITUZ.ESITI
13/02/2020	linee guida operative gestione nuovo Coronavirus (2019-nCOV) indicazioni del 13.2.2020 - MS/REGIONE
25/02/2020	Indicazioni operative in riferimento a Coronavirus - MS/REGIONE
28/02/2020	linee guida operative gestione nuovo Coronavirus (COVID-19) indicazioni del 28.2.2020 - MS/REGIONE
28/02/2020	COVID-19 (coronavirus) indicazioni per ditte appaltatrici - REGIONE
29/02/2020 13/03/2020 17/03/2020	Indicazioni per la sanificazione di scuole e ambienti pubblici - REGIONE Nuove disposizioni urgenti per Medicina, Geriatria, Pneumologia, Anestesia, Rianimazione, Malattie Infettive – ULSS 8 Trasmissione **Piano di Sanità Pubblica (DGR n. 344 del 17 marzo 2020) - REGIONE**

REGIONE DEL VENETO
ULSS8 BERICA

OSPEDALE: INDICAZIONI OPERATIVE ad interim - SECONDA ONDATA

- 22/10/2020 sospese visite degenti ad eccezione pediatria e terapia intensiva Ped. (max 1 accomp. per pazienti amb.)
- 27/10/2020 sospensione presenza volontari ospedalieri
- 25/01/2021 ammissione partner sala parto
- 24/02/2021 ripresa visite ai degenti con criteri specifici
- 11/02/2021 ripresa attività ricovero e Lp ricovero
- 29/03/2021 sospensione attività ambulatoriale
- 29/04/2021 ripresa attività ricovero non urgente, specialistica ambulatoriale e LP imtramoenia
- 30/04/2021 riprese visite ai degenti con criteri specifici (1 visitatore/paziente, con tampone negativo, asintomatico)
- 15/07/2021 visite ai degenti con certificato vaccinale o tampone entro 24h (gratuito)
- 19/08/2021 visite ai degenti con ciclo vaccinale completo o certificato di guarigione o tampone negativo entro 48h (gratuito)
- 25/08/2021 controlli Green Pass ai visitatori Ospedale

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

FOCUS DIREZIONE MEDICA

Le 5 aree tematiche su cui abbiamo lavorato

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

AREA GESTIONALE ORGANIZZATIVA

- Risorse umane
  - Assunzione di personale
  - Delocalizzazione di personale
  - Formazione
- DPI
  - Gestione magazzino acquisti e donazioni per Ospedale e territorio
- Trasporti
  - Trasporti esterni:
    - Attivazione mezzo Covid
    - Collaborazione con associazioni di volontariato
  - Trasporti interni
    - Corridoi, sotterranei, ascensori dedicati
    - Squadra di trasporto
- Accesso Ospedale
  - Presidio dei varchi

IGIENE STRUTTURALE

Logistica e Percorsi dedicati

- PS
- Area critica
- Area semintensiva
- Area di degenza
- Sale operatorie
- Filtri

Igiene ambientale

- Gestione rifiuti
- Disinfezione

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

LOGISTICA

- Interventi per creare:
- **Zone filtro** per garantire un adeguato spazio per la vestizione o la rimozione dei DPI;
- Aree di rimozione dei DPI in zona sporca;
- **Zone COVID** in cui coortare più pazienti positivi al virus SARS2-CoV-19

La divisione tra zone COVID e zone pulite ha consentito al personale anche la possibilità di turnarsi durante la presenza in servizio suddividendo i carichi di lavoro e lo stress correlato.

GESTIONE SICUREZZA IN OSPEDALE

- Varchi
- Telecamere
- gestione ospedaliera. Filtri, controllo accessi in ospedale con i varchi e braccialetti, telecamere e telefoni nelle stanze di degenza

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

GESTIONE DIPENDENTI

- Prevenzione
  - Fornitura DPI
  - Formazione
  - Controllo
  - Gestione donazioni
- Informazione, formazione e addestramento
- Screening ordinario
- Positivi
  - Gestione sintomatologia
  - Indagine epidemiologica intraospedaliera
  - Controlli
  - Rientro post infezione
  - Infortunio
  - Follow up
- Contatti/ Conviventi di caso: screening straordinario
- Vaccinazione

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

GESTIONE PAZIENTI

- Screening in ingresso dei pazienti in Pronto soccorso e per i ricoveri programmati
- Gestione dei cluster
- Gestione Quarantena
- Follow up
- Visite ai degenti
- Vaccinazione

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

INTEGRAZIONE AZIENDALE

- Creazione procedure
- Gestione flusso dati
- **Collaborazione con SISP**
- **Collaborazione con MMG-PLS-CA-USCA**
- **Collaborazione con Centri di Servizi Anziani e Strutture Disabilità**
- Gestione comunicazione
- Vaccinazione dipendenti e popolazione

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

RIORGANIZZAZIONE DEI REPARTI INTENSIVI

- TERAPIA INTENSIVA: incremento posti letto
- TIPO CCH
- UCIC: utilizzata come rianimazione
- GRUPPO OPERATORIO : convertite alcune sale in posti letto di rianimazione

OSPEDALE DI VICENZA	01-gen-20	20-mar-20	30-nov-20
Rianimazione	16	20	20
Terapia intensiva CCH	9	9	9
TIPO	5	standby	in ucic
UCIC Convertita in rianimazione)	0	10	10
TIPED	4	4	4
SALE OPERATORIE	0	9	8
OSPEDALE DI ARZIGNANO	8	8	8
PULITA	42	21	29
COVID	0	39	30
	42	**60**	**59**

RIORGANIZZAZIONE AREE SEMI-INTENSIVE

- **Malattie Infettive**
  - 19 posti letto semintensiva al 2 piano con supporto degli anestesisti
  - 21 posti letto a media intensità al 1 piano

- **Pneumologia**
  - Ulteriori modifiche ai percorsi e ai filtri e creazione di 20 pl di terapia semintensiva covid

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

RIORGANIZZAZIONE DEI REPARTI NON INTENSIVI

- Aumento numero **posti letto**
- Creazione **zone filtro** vestizione e svestizione in ogni stanza
- Installazione di **telecamere e telefoni** in ogni stanza
- Potenziamento e dotazione di nuove apparecchiature elettromedicali

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

POSTI LETTO COVID ATTIVATI NELLA SECONDA «ONDATA»

		OTTOBRE				NOVEMBRE				DICEMBRE				GENNAIO			
		1° SETT	2° SETT	3° SETT	4° SETT	1° SETT	2° SETT	3° SETT	4° SETT	1° SETT	2° SETT	3° SETT	4° SETT	1° SETT	2° SETT	3° SETT	4° SETT
VICENZA	MALATTIE INFETTIVE	21	21	21	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40	40
	GERIATRIA			19	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
	PNEUMOLOGIA	12	12	12	12	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20	20
	MEDICINA 1 LOTTO					21	21	42	42	42	42	42	42	42	42	42	21
	MEDICINA BI COVID										12	12	12	12	12	12	12
	RIANIMAZIONE	5	5	5	10	20	20	30	30	30	30	30	30	30	30	30	20
	MEDICINA D'URGENZA								24	24	24	24	18	18	12	12	12
	CHIRURGIA COVID							24	24	24	24	12	6	6	6	6	6
NOVENTA	MEDICINA				21	21	21	40	40	40	40	40	40	40	40	21	21
VALDAGNO	GERIATRIA			20	20	28	28	28	28	28	28	28	28	28	28	14	14
	MEDICINA						28	28	28	28	28	28	28	28	28	14	14
	GERITARIA BI								20	20	20	20	20	20	20	20	
	MEDICINA BI							24	24	24	24	24	24	24	24	24	24
		38	**38**	**77**	**127**	**174**	**202**	**300**	**344**	**344**	**356**	**344**	**332**	**332**	**326**	**279**	**228**

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

COME ABBIAMO FATTO

- Conversione di aree di degenza ordinarie in reparti Covid
- Chiusura temporanea aree riabilitative e post acuti dell'Ospedale di Lonigo
- Trasferimento aree chirurgiche di Noventa, Arzignano, Valdagno e Montecchio per definire aree omogenee e trasferire personale in aree Covid
- Accorpamento di reparti in ospedale a Vicenza per recuperare risorse per aree covid

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

PERCORSI E PROTOCOLLI SPECIFICI NELLE UNITÀ' OPERATIVE OSPEDALIERE

- PEDIATRIA
- OSTETRICIA E GINECOLOGIA
- DEGENZE PRIVATE
- PSICHIATRIA
- NEUROLOGIA
- PRONTO SOCCORSO
- GRUPPO OPERATORIO
- STERILIZZAZIONE
- RIANIMAZIONE
- MALATTIE INFETTIVE ED EX HOSPICE
- PNEUMOLOGIA
- MEDICINA
- RADIOLOGIA

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

Territorio - Disabilità e Non Autosufficienza
INDICAZIONI OPERATIVE PRIMA ONDATA

22/02/2020	Invio mail **prime indicazioni in merito a emergenza Covid-19: utilizzo strutture ospedaliere**
26/02/2020	Invito mail indirizzato ai Responsabili dei CdS per partecipazione **incontro per prevenzione infezione COVID-19**
06/03/2020	Invio nota regionale di chiusura dei Centri Diurni Anziani e Disabili a partire dal 9 marzo 2020
16/03/2020	Nota prot. 28378 - **Fornitura DPI ai CdS (mascherine)**
17/03/2020	Nota prot. 28653 - Trasmissione **Piano di Sanità Pubblica DGR 344/2020**: Misure organizzative ed igieniche di prevenzione del contagio nei CdS
19/03/2020	Nota prot. 29407 - **Piano attivazione nuclei di isolamento nei CdS**
20/03/2020	Nota prot. 29955 - **Informativa ai Sindaci circa sospensione attività aziendale**
25/03/2020	Nota prot. 31590 - **Piano formazione degli infermieri dei CdS**
25/03/2020	Nota prot. 31599 - Sospensione ingressi programmati nei CdS, trasferimenti fra CdS fino al 08/04/2020
01/04/2020	Trasmissione ai CdS del **protocollo di gestione casi sospetti o accertati di Covid-19 nonché sull'utilizzo dei DPI, redatto al gruppo aziendale**
02/04/2020	Nota prot. 34085 - **Formalizzazione Task Force per gestione emergenza CdS-RSA**
03/04/2020	Mail ai CdS per **piano formazione infermieri CdS**
07/04/2020	Nota prot. 35320 - **Consegna ai CdS dotazione tamponi per urgenze**
07/04/2020	Nota prot. 35563 - **Avvio piano test rapido sierologico**

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

Territorio - Disabilità e Non Autosufficienza
INDICAZIONI OPERATIVE SECONDA ONDATA

14/09/2020	Mail ai CdS per **visite task force - 2° ciclo**
14/10/2020	Mail ai CdS per invito **videoconferenza 15-10-2020: Test rapido per visitatori**
14/10/2020	Mail ai CdS per inoltro nota prot. 96767 **gestione isolamenti e quarantene nei CdS**
02/11/2020	Mail ai CdS per **consegna tamponi antigenici rapidi**
06/11/2020	Mail ai CdS per invio nota prot 106975 per **impiego medici USCA nei CdS**
09/11/2020	Mail ai CdS per **procedura gestione decessi COVID**
10/11/2020	Mail ai CdS per **ricognizione fabbisogno DPI al 10/11/2021**
16/11/2020	Mail ai CdS per invio nota prot. 110128 per **rientro da ospedale di ospiti SARS-CoV-2 negativizzati**
27/11/2020	Mail ai CdS Est e Ovest per **gestione screening e nuovi ingressi**
01/12/2020	Mail ai CdS Ovest per **ossigenoterapia ospiti**
02/12/2020	Mail ai CdS per **rimodulazione screening periodico operatori sanitari strutture residenziali**
28/12/2020	Mail ai CdS invito **videoconferenza** del 29-12-2020 per comunicare avvio campagna vaccinale
29/12/2020	Mail ai CdS per **avvio campagna vaccinale anti Covid-19**
20/01/2021	Mail ai CdS per **somministrazione 2^ dose vaccino anti COVID19**

REGIONE DEL VENETO
ULSS8 BERICA

TERRITORIO: PROCEDURE PER AREE ANZIANI E DISABILITA'

- procedura per la vaccinazione nei Centri di Servizi residenziali
- scheda ridefinizione dei compiti dei Medici Coordinatori
- check list sulle azioni della Task Force
- procedure/indicazioni per la gestione dell'epidemia Covid 19
- modulo segnalazione caso "indice" Covid 19 – ospite
- modulo segnalazione caso "indice" Covid 19 – operatore
- scheda di rilevazione e analisi sulla capacità gestione emergenze Covid 19 da parte dei CdS
- procedura organizzativa assistenziale per la presa in carico degli utenti con disabilità in RSA
- modelli organizzativi e assistenziali adottati nei Centri Diurni per persone con disabilità
- protocollo visite dei familiari presso le comunità alloggio per persone con disabilità

DATI ATTIVITA'

Nel 2021 l'attività aziendale ambulatoriale e di ricovero è risalita ai livelli del 2019.

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

ATTIVAZIONE CENTRI DI VACCINAZIONE E PUNTI TAMPONI

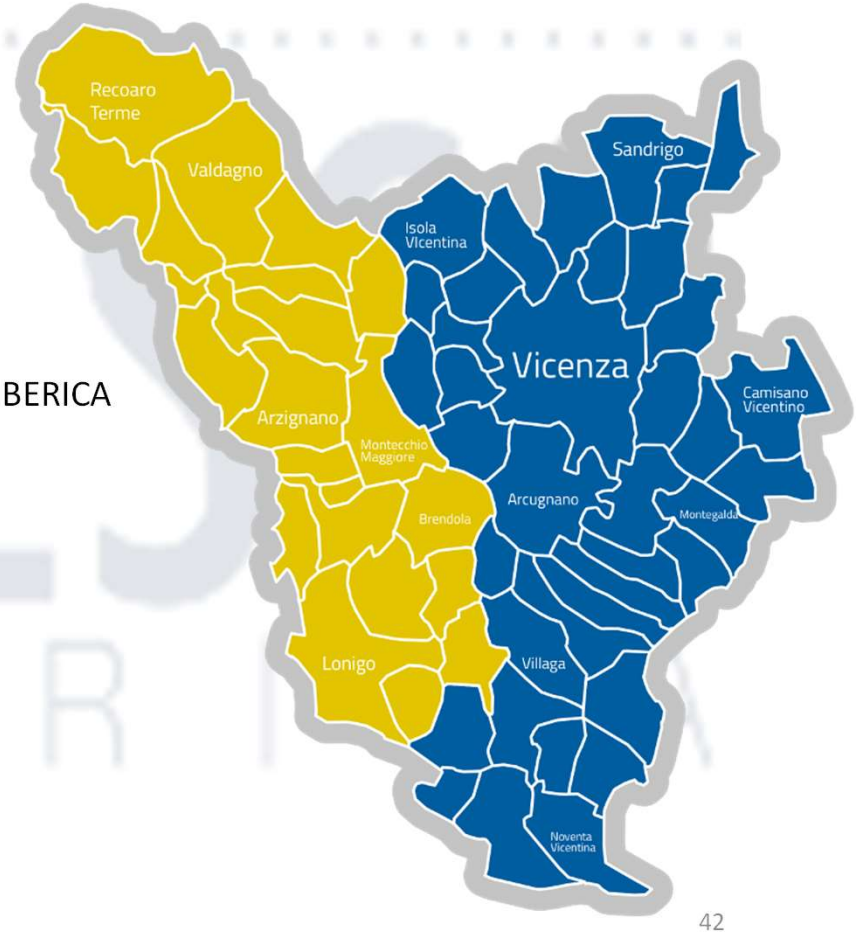
CENTRI DI VACCINAZIONE PER LA POPOLAZIONE (CVP):

- VICENZA - FIERA
- TORRI DI QUARTESOLO
- MONTECCHIO MAGGIORE
- NOVENTA VICENTINA
- VALDAGNO
- LONIGO
- VICENZA - CASE DI CURA PRIVATE ACCREDITATE ERETENIA E VILLA BERICA

AMBULATORIO DIPENDENTI ULSS OSPEDALE VICENZA
AMBULATORIO DIPENDENTI ULSS OSPEDALE ARZIGNANO

PUNTI TAMPONI

- VICENZA - FIERA
- TORRI DI QUARTESOLO
- MONTECCHIO MAGGIORE
- NOVENTA VICENTINA
- VALDAGNO



REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

VACCINAZIONI

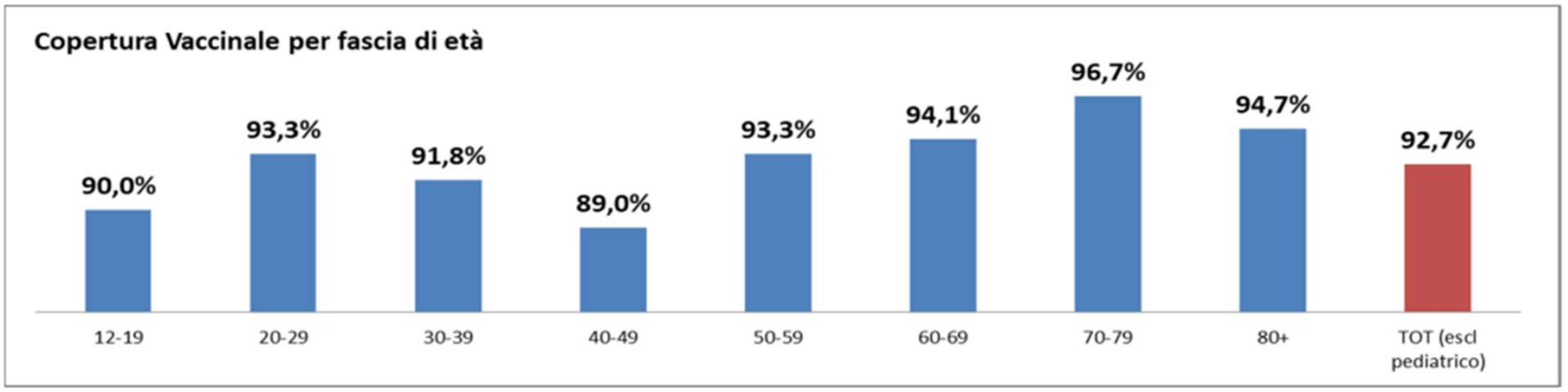
Dato aggiornato al 18/02

TOTALE PERSONE VACCINATE	N	COPERTURA VACCINALE
ETA' PEDIATRICA	11.656	37,3%
ADULTI PRIMO CICLO VACCINALE	406.627	92,7%
ADULTI DOSE BOOSTER*	279.580	77,1%

** COPERTURA VACCINALE BOOSTER CALCOLATA SULLA POPOLAZIONE ELEGGIBILE PER LA TERZA DOSE*

Dato aggiornato al 18/02

Tipo vaccinatore	1.093.463
Centri vaccinali pubblici o strutture private accreditate	87,5%
Medici di medicina generale	11,1%
Farmacia	0,6%
Pediatri di libera scelta	0,3%
Altro	0,5%



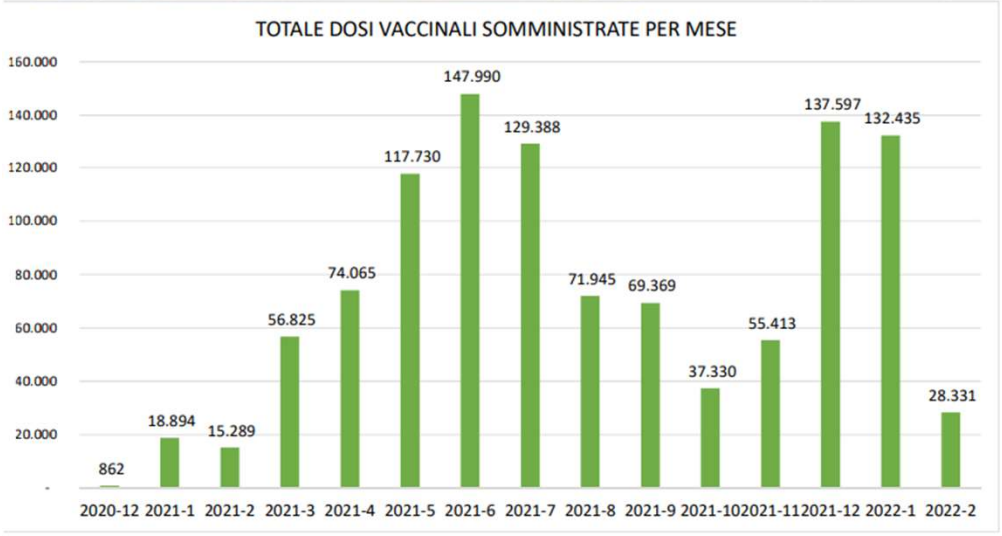
REGIONE DEL VENETO

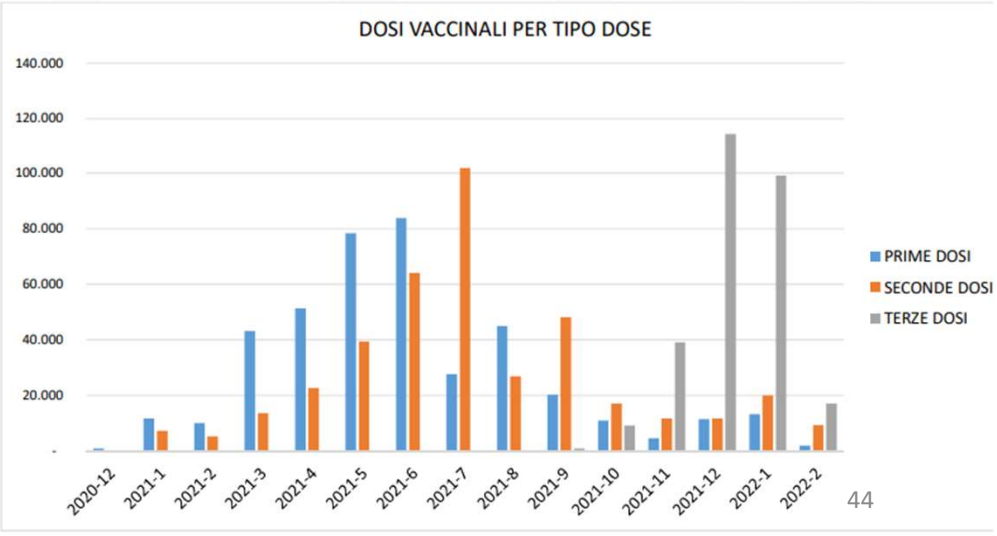
ULSS8 BERICA

VACCINAZIONI

MESE	PRIME DOSI	SECONDE DOSI	TERZE DOSI	TOTALE
2020-12	862			862
2021-1	11.689	7.205		18.894
2021-2	10.093	5.196		15.289
2021-3	43.198	13.627		56.825
2021-4	51.338	22.727		74.065
2021-5	78.388	39.342		117.730
2021-6	83.898	64.092		147.990
2021-7	27.607	101.781		129.388
2021-8	45.039	26.906		71.945
2021-9	20.295	48.161	913	69.369
2021-10	11.016	17.137	9.177	37.330
2021-11	4.549	11.772	39.092	55.413
2021-12	11.421	11.712	114.464	137.597
2022-1	13.366	19.975	99.094	132.435
2022-2	1.925	9.307	17.099	28.331
TOTALE	**414.684**	**398.940**	**279.839**	**1.093.463**

*Dato aggiornato al 18/02

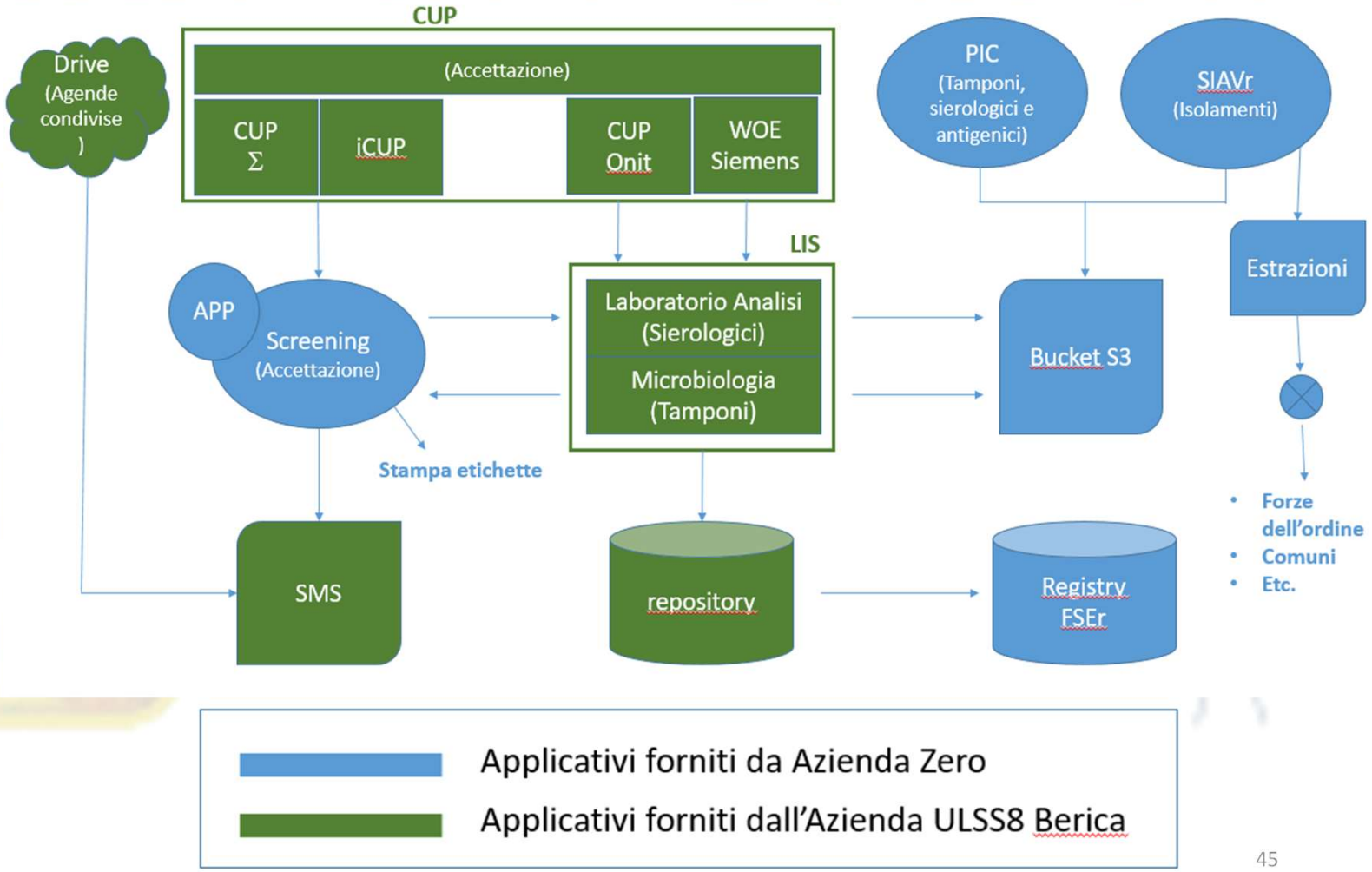




REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

APPLICATIVI INFORMATICI



REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

APPLICATIVI INFORMATICI

ATTIVAZIONE PROGRAMMA DELLO SCREENING REGIONALE

Configurazione e attivazione del programma di Azienda Zero dello Screening (incluse le Case di Riposo), necessario per la gestione delle Accettazioni delle prenotazioni relative alle seguenti prestazioni COVID:

- tamponi;
- tamponi antigenici;
- sierologici qualitativi;
- sierologici quantitativi.

INVIO DEGLI ESITI ESAMI RELATIVI AI TAMPONI E AI TEST SIEROLOGICI AD AZIENDA ZERO

E' stato attivato inoltre un processo di invio degli esiti prodotti a partire dagli applicativi di Laboratorio Analisi e Microbiologia all'interno del bucket S3 (strumento di archiviazione e condivisione dei dati) messo a disposizione per ciascuna Azienda da parte di Azienda Zero, secondo tracciato regionale.

Come da richieste specifiche da parte dei Azienda Zero, tale invio è stato previsto ogni ora.

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

APPLICATIVI INFORMATICI

INTEGRAZIONE DEL PROGRAMMA DELLO SCREENING CON I PROGRAMMI DI LABORATORIO E MICROBIOLOGIA

Con l'obiettivo di limitare i doppi caricamenti delle accettazioni degli esami COVID, sono state sviluppate due nuove integrazioni a partire dall'applicativo di Screening regionale:

1. Screening – Laboratorio Analisi (per i test sierologici);
2. Screening – Microbiologia (per i tamponi).

Tali integrazioni sono "bidirezionali", prevedono cioè:

- il caricamento delle accettazioni caricate sul programma dello Screening rispettivamente sugli applicativi del Laboratorio Analisi e della Microbiologia, in modo che i Dipartimentali debbano gestire solo le fasi di check-in, esecuzione dell'esame e produzione del referto;
- il ritorno dell'esito e del referto in formato PDF all'interno dell'applicativo dello Screening.

REGIONE DEL VENETO

ULSS8 BERICA

APPLICATIVI INFORMATICI

INDICIZZAZIONE DEL REFERTO FIRMATO DIGITALMENTE AL REGISTRY DEL FASCICOLO SANITARIO ELETTRONICO REGIONALE

Tutti i referti prodotti per i sierologici e i tamponi venivano già inviati ai due repository aziendali, contenitori dei documenti clinici prodotti e firmati digitalmente rispettivamente nel Distretto Est (Archivio dei Documenti Clinici di GPI) e nel Distretto Ovest (eRepository di Exprivia).

Al fine di permettere ai Cittadini di scaricare in maniera autonoma copia conforme all'originale del referto, è stata attivata l'indicizzazione di tali documenti al Fascicolo Sanitario Elettronico regionale (FSEr).

Questa attività ha richiesto preventivamente una sostanziale modifica delle regole regionali del FSEr, in quanto la Regione fino a quel momento non accettava referti prodotti in regime di screening, ma solo ambulatoriale, di ricovero o di emergenza/urgenza.

Allegato 9

Documentazione audizione Coordinamento Veneto per la Sanità Pubblica (CoVeSaP)

Roberto Buzzetti

Casi, decessi, presenti in T.I / 100.000 abitanti – aggiornati al 7 marzo 2021

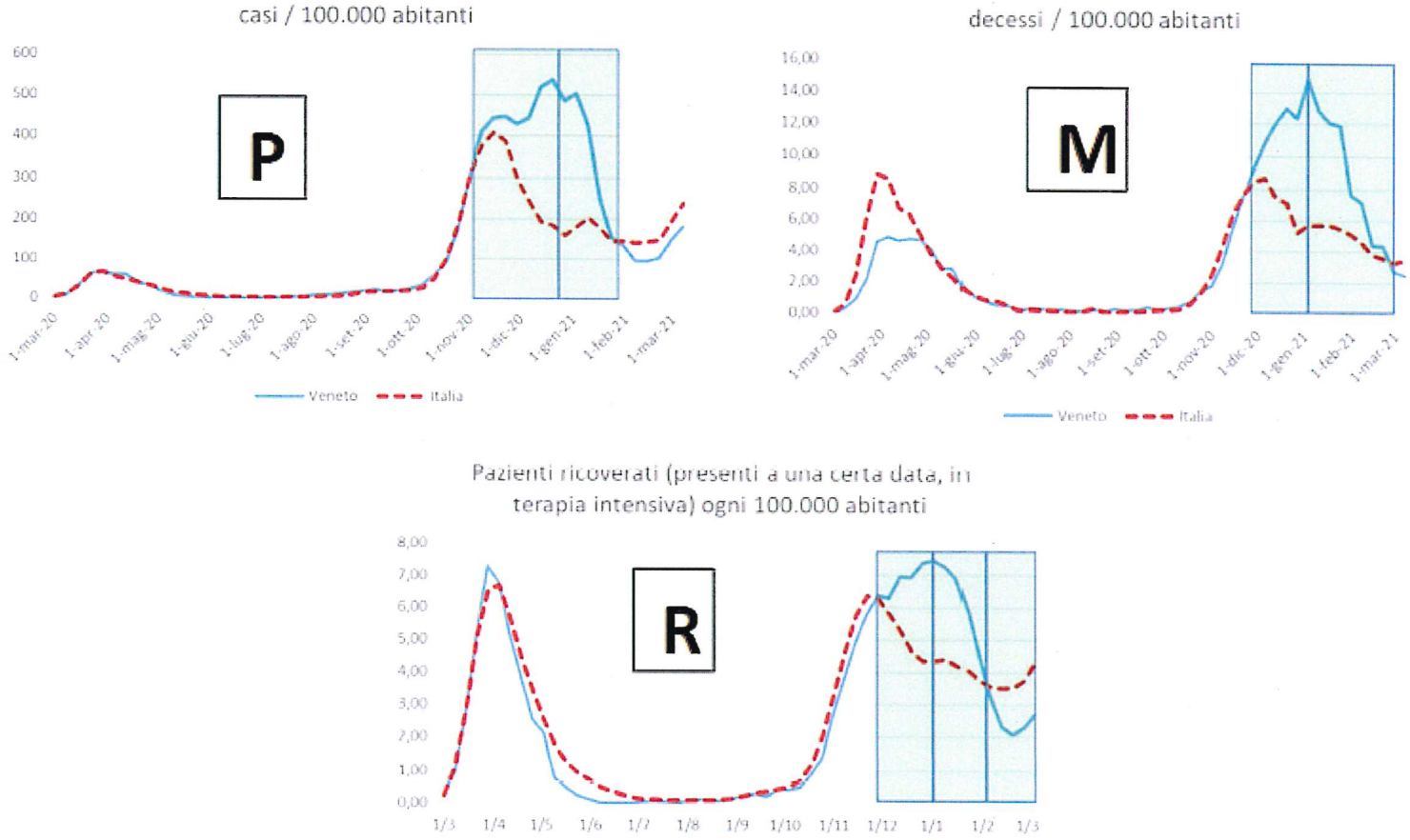


Fig. 1: Confronto di incidenza di nuovi positivi (**P**), indice di mortalità (**M**) e indice di ricovero in Terapia Intensiva (**R**) fra Regione Veneto (---) e media nazionale (__) nell'arco dei 12 mesi 1.3.20-1.3.21 (Buzzetti R. presentazione del 10.3.2021 su Zoom)

Allegato 3

Coordinamento Veneto per la Sanità Pubblica (CoVeSaP)

Comunicato ai giornali per Conferenza Stampa CoVeSap 22 novembre 2020

Si è ritenuto di convocare l Conferenza Stampa per segnalare ed evidenziare i dubbi e le preoccupazioni e le domande di molti cittadini , organizzati in Comitati nati nel territorio regionale a difesa del SSR pubblico , circa la attuale situazione sanitaria nella Regione Veneto .

I dati riportati sono quelli presenti nel sito dell' Azienda Zero e Sole 24 ore (Protezione Civile) Abbiamo cercato fonti autorevoli , per cercare di avere un quadro il più possibile aderente alla realtà , consapevoli comunque che i numeri riflettono solo parzialmente quello che accade.

Partiamo dai dati riportati nel sito dell' Azienda Zero che riteniamo più chiari perché calcolati per settimana anche se purtroppo i dati sono aggiornati alla settimana del 9-16 novembre.

Partiamo dai dati relativi al contagio non tanto sui numeri assoluti perché ormai è noto che dipendono dal numero dei tamponi , quanto la percentuale di positivi sui soggetti testati e un dato incontrovertibile il numero dei deceduti .
Abbiamo messo a confronto i due picchi, quello della settimana del 16 marzo e quella della settimana del 9 novembre ' , è stata inserita anche una colonna relativa al 2 novembre per rilevare la velocità di incremento della diffusione del contagio . come si vede a marzo la % di positività era del 18,8% a novembre del 28.8% e i deceduti sono decisamente di più, con l'incremento in una settimana di oltre la metà

	16 marzo	2novembre	9 novembre
positivi	3629	21046	20782
tamponi	35400	112458	102908
% positii	11,80%	25,30%	28,80%
deceduti	158	168	272

azienda zero 22-11-20

Relativamente ai contagi è noto che esisto indici più sofisticati per verificane l'andamento , quali il famoso RT che a quanto risulta dal sito del Sole 24 che ricava i dati dalla Protezione civile in data 22 novembre era per il Veneto 1,29 contro l'1.0 dell' Italia , abbiamo cercato dati di più facile comprensione :
i dati relativi ai ricoveri in area non critica e terapia intensiva perché più esemplificativi :
Come si può vedere nel grafico dopo la "pausa estiva" a partire dai primi giorni del mese di ottobre la curva dei ricoveri subisce una brusca impennata :

la settimana del 2 ottobre ci sono 241 ricoverati in aria non critica e 29 in Terapia Intensiva
la settimana del 17 novembre ci sono 2091 ricoverati in area non critica e 280 in Terapia intensiva , nell'arco di un mese e mezzo il numero si è quasi duplicato per entrambe le tipologie di ricovero . Al 22 novembre i nuovi dati sul sito dell' Azienda Zero sono :
Ricoverati Covid + 2211 in area medica 281 in T.I , con i negativizzati 2625 area medica 297 in T.I

Tuttavia al di là dell'innegabile incremento del contagio nella nostra regione , ci sono altre due punti cruciali a nostro giudizio :

1) la capacità di tenuta della nostra. Rete assistenziale Ospedaliera
2) La ricaduta negativa della ritardata assistenza su tutte le altre patologie

Relativamente alla capacità di tenuta dei nostri Ospedali segnaliamo un primo dubbio:
Nella Tabella riportata dal sito Sole 24 ore in data 22 novembre '20 sull'indice di saturazione dei PL di terapia Intensiva il Veneto risulta avere 825 disponibili , mentre nel Documento Regionale "aggiornamento del Piano di Emergenza Autunno " ne risultano 1000.

Al di là di questo che può essere frutto di una nostra incomprensione , considerando l'estremo sforzo già attualmente richiesto agli operatori sanitari ci chiediamo visto che siamo alla fase 4 prevista dal Documento Regionale "Aggiornamento del Piano di emergenza Autunno" , che è una fase già molto critica , se il personale in servizio è in grado di sopportare questo carico di lavoro .

Riportiamo solo alcuni esempi del profondo disagio pubblicamente manifestato dagli operatori :
L' allarme lanciato dai Medici dell'ospedale d Montebelluna apparso sulla stampa il 20/11/20
Denuncia dei Medici sulla mancanza di PL sempre apparsa sulla stampa del 22/11/20

Lettera a firma ANAOO-ASSOMED del 19.11.20 all' Ulss 6 in cui si rimarca che
in particolare in Veneto, durante la prima ondata pandemica, essa è stata 4 volte superiore per il personale sanitario rispetto alla popolazione residente , e come il personale medico e sanitario in generale si senta poco tutelato .

Denuncia Medici Provincia di Venezia sempre stampa del 12 novembre. 2020

Questi sono solo alcuni esempi .

Per ultima ma non meno importante è la questione delle cure ritardate , a tutti coloro che pur non presentando urgenze sono affetti da patologie croniche che rimangono privi dei controlli nella periodicità prevista , con evidenti ripercussioni sul loro stato di salute .

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Coordinamento Veneto per la Sanità Pubblica

Lettera aperta di CoVeSaP al Ministro della Salute Roberto Speranza e al Presidente del Veneto Luca Zaia

(9 dicembre, 2020)

In contrasto con la situazione nazionale, l'emergenza nella Regione Veneto non accenna a stabilizzarsi. Anzi. In base ai dati forniti da Azienda Zero, i morti per Coronavirus lunedì 7 dicembre sono stati 113. Mai così alti. Per il terzo giorno consecutivo, il Veneto è stata la prima regione in Italia per numero di contagi, 1000 più della Lombardia, con un rapporto tra nuovi positivi e tamponi effettuati stabilmente molto superiore alla media nazionale. Ciò significa che tra due o tre settimane, proprio sotto Natale e Capodanno, vedremo un picco di ricoveri e di morti conseguenti agli attuali nuovi casi. Nel frattempo i reparti si stanno riempiendo di pazienti Covid. Questa è la situazione attuale, in contrasto con la classificazione della nostra regione, a dispetto di ogni evidenza epidemiologica, in zona gialla e, forse, anche a causa della classificazione stessa.

L'assegnazione del Veneto alla fascia a minor rischio di contagi si basa, com'è noto, anche sui 1000 posti-letto di Terapia Intensiva dichiarati disponibili in regione. Consultando la documentazione regionale (DGR 552/20) risulta tuttavia che a maggio 2020 i posti letto di Terapia Intensiva pienamente attrezzati, compresi 44 privati, erano 559. Dovrebbero poi esserci, di nuova attivazione, 191 posti letto aggiuntivi attrezzati, ovvero forniti di almeno un respiratore, ma non è chiaro se siano forniti anche di tutti gli altri presidi tecnologici e organizzativi necessari, ovvero prese per vuoto e aria compressa, allarme ottico e acustico, impianti di aspirazione con ricambio e filtraggio dell'aria, pompe d'infusione, monitor, carrelli con defibrillatore e *pacemaker* esterno, oltre alla presenza H24 di personale medico e infermieristico qualificato, ovvero un dirigente medico anestesista rianimatore e due infermieri ogni 4 posti letto*. Nel conteggio ci sono poi 176 posti letto di terapia semintensiva riconvertibili in Terapia Intensiva, previsti dal Piano Emergenziale per l'Autunno 2020, presumibilmente dotati quantomeno di CPAP (*Continuous Positive Airway Pressure*), ma di cui non è chiara la restante dotazione. Infine, nella citata DGR si prevedono 90 posti letto derivati dalle sale operatorie, riconvertibili entro 36 ore. La somma porta ad un totale di 1016 posti letto. Questi numeri sono stati sostanzialmente confermati dai media anche di recente. E' evidente, da quanto descritto sopra, che una parte cospicua dei posti letto di terapia intensiva della Regione Veneto sono più virtuali che reali e, oltretutto, affidati

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

a personale sanitario non specializzato. Mancano infatti all'appello molti medici e infermieri rianimatori che dovrebbero gestirli.

Il Coordinamento Veneto per la Sanità Pubblica (CoVeSaP) conferma il rispetto delle istituzioni e il senso di responsabilità a cui si è attenuto in questi mesi e, proprio per questo, a fronte dell'attuale situazione epidemiologica, dell'incertezza sulla reale disponibilità dei posti letto di terapia intensiva e del numero e tipo di personale sanitario specializzato effettivamente presente negli ospedali, sente il forte dovere morale di chiedere:

- al Ministro della Salute, On. Roberto Speranza, di rivalutare con urgenza l'attuale classificazione di rischio del Veneto
- alla Presidenza della Regione, Dott. Luca Zaia, l'adozione immediata di misure urgenti di contenimento del contagio più efficaci e stringenti, che possano contenere l'allarmante diffusione dell'epidemia nella nostra regione

*"*Autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale*", LR 22/2002, Regione Veneto, e "*Autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e sociali*", DPR 14 gennaio 1997

Per informazioni:

Angelo Giacomazzi, angelogiacomazzi@virgilio.it, 3338855455
Marina Mancin, mrnmancin@gmail.com, 3498500788
Maurizio Manno, maurizio.manno@unina.it, 3356572849
Mariapina Rizzo, rizzomariapina@gmail.com, 3499424726

CoVeSaP è un organismo apartitico, indipendente e senza fini di lucro che riunisce i seguenti comitati veneti sorti spontaneamente a difesa della Sanità Pubblica:

Associazione Tutela salute del cittadino e salvaguardia Ospedali di Pieve di Cadore ed Agordo (BL)
Comitato valli Agordino, Cadore e Comelico per la Sanità Pubblica" (BL)
Comitato per l'art.32 (RO)
Comitato per la difesa dell'ospedale di Adria e dei servizi socio-sanitari (RO)
Comitato Altopolesano dei cittadini per il San Luca, di Trecenta (RO)
Associazione dei Pazienti della Riabilitazione Integrata (PD)
Comitato Alta Padovana, Camposampiero (PD)
Comitato SOS Ospedale Sant'Antonio (PD)
Movimento Lasciateci respirare, Bassa Padovana (PD)
Comitato per la difesa della Sanità Pubblica Alta Marca (TV)
Movimento per la difesa della Sanità Pubblica Veneziana (VE)
Comitato Sanità Pubblica Alto Vicentino (VI)
Comitato per la difesa dell'ospedale Fracastoro di San Bonifacio (VR)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Coordinamento Veneto per la Sanità Pubblica
CoVeSaP

Padova, 17 dicembre 2020

All'Ill.mo Sig. Procuratore della Repubblica di Padova

Oggetto: esposto su presunte inosservanze nella gestione della lotta alla pandemia nel Veneto

Premesso che:

- la tutela della salute dei cittadini veneti è primariamente di competenza della Regione Veneto, di concerto con l'Amministrazione Centrale dello Stato e con le Amministrazioni Locali
- nella Regione Veneto sono stati effettuati quasi 3 milioni di tamponi molecolari (oltre a circa 1.200.000 tamponi antigenici, cosiddetti "rapidi"), 52.641 solo nelle ultime 24 ore, e tra questi tamponi molecolari sono stati riscontrati 196.790 positivi, +3.320 solo nelle ultime 24 ore

Sottolineato che:

- confrontando i dati settimanali, pubblicati nel sito dell'Azienda Zero della Regione Veneto e consolidati al 15 dicembre 2020, relativi ai mesi di novembre dicembre si riscontra un notevole incremento della crescita dei contagi e dei decessi, come di seguito indicato:
  - al 13 dicembre u.s. 24.915 nuovi positivi nell'arco della settimana precedente, rispetto ai 21.019 della settimana fino al 2 novembre
  - al 13 dicembre u.s. 503 nuovi deceduti nell'arco della settimana precedente, rispetto ai 219 della settimana fino al 2 novembre

- esaminando i dati relativi al singolo giorno 15.12.2020, forniti dal bollettino giornaliero di Azienda Zero, risulta che i numeri continuano a crescere, ovvero:
  - i nuovi positivi nelle precedenti 24 ore erano 3.320 e gli 'attualmente positivi' 92.690 (il dato più alto d'Italia), su un totale dall'inizio dell'epidemia di 196.790
  - la percentuale di positivi sul totale dei tamponi molecolari effettuati oscilla costantemente attorno al 20%, il doppio della media nazionale e ben oltre le percentuali dichiarate dal Presidente della Regione nel corso delle conferenze stampa giornaliere
  - i ricoverati Covid in area non critica erano 2.694 e in terapia intensiva 346 (rispettivamente +48 e +1 nelle precedenti 24 ore)
  - i deceduti totali erano 4.992 con 165 nuovi decessi nelle precedenti 24 ore, il dato più alto in assoluto mai registrato nel Veneto (all'incirca 100 decessi in media al giorno nell'ultima settimana)

- dal 21 febbraio c.a. ci sono stati 1.968 decessi tra gli ospiti delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA). Praticamente 2 decessi su 5 sono stati di ospiti delle RSA;

Considerato che da tutto ciò appare evidente che la situazione epidemiologica nella Regione Veneto è estremamente grave e si sta aggravando ulteriormente, in controtendenza rispetto a quanto avvenuto nello stesso periodo nella maggior parte delle altre regioni dove i numeri stanno calando già da alcune settimane;

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Stanti:

- la necessità etica e sanitaria di applicare il principio di precauzione allo scopo di evitare il contagio e la diffusione del Coronavirus Covid-19
- l'insufficienza e la difficoltà dei controlli da parte delle forze dell'ordine sugli assembramenti
- la larga e, in taluni casi, quasi totale attuale occupazione dei posti letto disponibili nelle terapie intensive e nei reparti Covid in quasi tutti gli ospedali del Veneto
- la sospensione o riduzione delle normali attività di assistenza ospedaliera non Covid-19 (interventi chirurgici programmati, visite specialistiche, ecc.)
- l'elevatissimo numero di decessi tra gli ospiti delle RSA del Veneto
- le delibere della Giunta Regionale Veneto:
  - DGR 552 del 05 maggio 2020, "Approvazione del "*Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici*" con contestuale potenziamento della disponibilità dei posti letto e definizione di indirizzi organizzativi."
  - DGR 782 del 16/06/2020, "Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*. Attuazione delle misure in materia sanitaria."

che sono state largamente disattese e inapplicate dalla Regione Veneto, in particolare nell'erogazione dei fondi destinati al reclutamento del personale sanitario da impegnare nella lotta al Covid-19;

i sottoscritti:

- Angelo Giacomazzi, nato a Cortina D'Ampezzo il 4 febbraio 1950, residente a Camposampiero (PD), via Bonora 55
- Marina Mancin, nata a Villanova Marchesana (RO) l'11 maggio 1948, residente a Padova, Via P.P. Vergerio 17
- Maurizio Manno, nato a Ravenna (RA) il 15 febbraio 1950, residente a Padova, Via S. Osvaldo 3
- Romualdo Zoccali, nato a Padova il 12 aprile 1947, residente a Padova, Via A. Caro 15

componenti del Coordinamento Veneto per la Sanità Pubblica (Covesap),

chiedono all'Ill.mo Sig. Procuratore della Repubblica di Padova di verificare se la Regione del Veneto:

- abbia posto in essere tutte le misure più idonee alla tutela della salute pubblica al fine di contenere il diffondersi dell'epidemia da Covid-19;
- abbia ottemperato alle leggi vigenti in materia di tutela della salute dei cittadini veneti in riferimento alla prevenzione e al contenimento dell'epidemia da Covid-19, nonché in riferimento all'assistenza sanitaria effettivamente erogata ai pazienti Covid e non Covid, ai sensi dell'art. 3 co. 2, del d.l. n. 6/2020 e dell'art. 32 della legge 23 dicembre 1978, n. 833;
- chiedono inoltre se nella adozione, o mancata adozione di tali misure, siano ravvisabili elementi di rilevanza penale.

Si rappresenta che, nelle more della presentazione del presente esposto, è giunta notizia della conferenza stampa odierna in cui il Presidente Zaia ha anticipato l'emanazione di un'ordinanza regionale attesa per la serata di oggi o nella giornata di domani, contenente misure restrittive volte a contenere il pericolo di contagio nel Veneto.
Non si conoscono al momento i dettagli del provvedimento ma tanto si comunica per correttezza e completezza di informazione e per tutte le valutazioni di competenza di codesta A.G.

Padova, 17 dicembre 2020

In fede

Angelo Giacomazzi Marina Mancin Maurizio Manno Romualdo Zoccali

/I CASI SETTIMANA- INCIDENZA/100.000 /14GG dal 26.10.2020 al 03.01.2021
ɔina di Regia ai sensi del DM 30aprile 2020 Monitoraggio Fase 2 Report Settimanale

		INCIDENZA /100000	NUOVI CASI
	VENETO	533,37	16505
?0	LOMBARDIA	877,77	58824
?0	VENETO	752,57	20046
	LOMBARDIA	1094,97	57667
?0	VENETO	835,07	20207
	LOMBARDIA	1131,49	54579
?0	VENETO	848,1	20743
	LOMBARDIA	1005,01	45972
?0	VENETO	831,28	19703
	LOMBARDIA	741,73	28709
?0	VENETO	861,32	19703
	LOMBARDIA	741,73	28709
?0	VENETO	992,26	25676
	LOMBARDIA	342,48	14771
?0	VENETO	1028,85	24362
	LOMBARDIA	291,21	13837
?0	VENETO	968,64	21802
	LOMBARDIA	291,21	13837
21	VENETO	927,36	22296
	LOMBARDIA	241,77	13508

Coordinamento Veneto per la Sanità Pubblica (CoVeSaP)

Relazione CoVeSaP

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS - COV - 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Nel corso dei mesi di novembre e dicembre 2020, mentre la diffusione del contagio si attenuava sensibilmente in tutte le altre regioni, il Veneto, che bene aveva risposto alla prima ondata, subiva invece un picco di contagi e di ricoveri e in seguito decessi assolutamente abnorme. I decessi da Covid-19 hanno toccato cifre elevatissime. La Regione è rimasta per settimane nei primi posti per tutti i principali parametri: ***nuovi contagi giornalieri*** (in assoluto e in rapporto al numero di tamponi eseguiti), ***incidenza*** (numero di nuovi contagiati in rapporto alla popolazione), ***prevalenza*** (numero di contagiati in assoluto in un dato momento), **ricoveri** in area non critica e quelli in terapia intensiva e, soprattutto, numero di **decessi giornalieri** con positività a Covid-19

Tali informazioni sono contenute in tutte le fonti di informazione accreditate:

Ministero della Salute, Cabina di Regia ai sensi del DM Salute 30 aprile 2020 Monitoraggio Fase 2 Report settimanale- Report dal 26.10.2020 allo 03.01.2021
https://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/archivioMonitoraggiNuovoCoronavirus.jsp
Particolarmente interessante appare il confronto con la Regione Lombardia che all'inizio del periodo (26.10-01.11) ha dati sia di incidenza /100.000 che in numero assoluto ben più elevati del Veneto ma che a partire dalla fine di novembre (23-29 novembre) migliora decisamente mentre il Veneto peggiora rapidamente fino ad arrivare al picco negativo della settimana dal 14 al 20 dicembre in cui è la Regione con l'incidenza/100.000 più elevata di casi ma anche in numeri assoluti. **Si segnala che con Ordinanza del Ministro della salute del 4 novembre 2020 la Lombardia è stata individuata come "Zona rossa" dal 06.11.2020 e sottoposta alle relative restrizioni**
Allegato 1

Bollettini Regionali RAI 3 del 3 novembre, 3 dicembre, 23 dicembre 2020
https://www.google.com/search?q=rai+3+bollettino+covid+veneto+2020&oq=&aqs=chrome.1.69i59i450l8.176250028j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8

Azienda Zero Regione Veneto

(*Rapporto COVID-19 in Veneto al 28/01/2021*) dove è documentato l'eccesso di mortalità che arriva a +64% nella settimana dal 18-31 dicembre 2020 rispetto alla media dei soggetti deceduti nei tre anni precedenti

	marzo 2020	novembre2020	dicembre 2020	gennaio 2021
N° deceduti	572	1612	2898	1898

Allegato 1 bis

Il rapporto mostra una persistente, pressochè completa occupazione dei posti letto, per più settimane (come da dichiarazioni del dottor Flor alle conferenze stampa del 23 dicembre 2020* e 4 gennaio 2021**)

https://youtu.be/gfG6PKmo8Dk;

Report dell'Epidemiologo Roberto Buzzetti
- **L'andamento dell'epidemia COVID-19 in ITALIA**
https://www.sifoweb.it/images/pdf/rete-nazionale-covid-19/dati_epidemiologici/2019_n-COVID_30_apr_2021.pdf

L'Epidemiologo Buzzetti utilizzando i dati forniti dal Ministero della Salute /Protezione Civile Monitoraggio SARS Covid 19 – dal 01.03.2020 al 01.03.2021 ha confrontato il numero di decessi avvenuti in Veneto rispetto a quelli attesi (ovvero che ci si sarebbe dovuti aspettare, se la curva di mortalità avesse avuto nel Veneto lo stesso andamento della media nazionale in quel periodo) che rivelano un eccesso di contagi dal 01.11.2020, di mortalità e ricoveri dal 01.12.2020 al 01.02.2021, in Veneto rispetto alla media italiana nel periodo.
Questo fenomeno di "slivellamento in alto"è chiaramente visibile nelle curve ricavate dai dati relativi alla diffusione del contagio, ai ricoveri in T.I. e ai decessi

Allegato 2

CoVeSaP, così come molte altre organizzazioni , seriamente preoccupato della situazione ha denunciato, invano, la gravità della situazione con interventi pubblici presso la Protezione Civile di Marghera, interviste e conferenze-stampa, comunicati, lettere aperte e appelli alle principali istituzioni (Presidente della Regione, Ministro della Salute, Presidente della Repubblica) e finanche con esposti alle Procure della Repubblica delle province venete **(*Allegati 3-4-5)* chiedendo espressamente che fossero introdotte misure di salvaguardia maggiori per la popolazione , prime fra tutte l'inclusione nella zona rossa**.
Tutto questo non è avvenuto. Il Veneto che è rimasto in zona gialla fino a quando non sono state introdotte le misure restrittive valide per tutto il territorio nazionale da un nuovo DPCM per il periodo delle festività prorogato poi fino alla fine di gennaio 2021.

CoVeSaP ha denunciato quelle che riteneva, e tuttora ritiene, essere stata le contingenze che ha portato alla gravissima situazione del Veneto negli ultimi mesi del 2020 e gennaio 2021**:**
La permanenza della " zona gialla" nei mesi di novembre - dicembre 2020, quindi
la carenza di misure restrittive nella circolazione delle persone. La mancanza di severe restrizioni ha portato ad una circolazione elevatissima del virus ha inoltre indotto nella

popolazione **una sottovalutazione del rischio pandemico** e le relative conseguenze: molti ricordano le strade affollate per lo "shopping prenatalizio"

La ritardata e incompleta attuazione delle misure addizionali previste dalle varie normative regionali (DGR 782 /2020- Allegato A DGR n. 1103 del 06 agosto 2020 "Piano Emergenziale Autunno 2020" et alii)

CoVeSaP segnala inoltre insieme a molte altre Associazioni /Sindacati etc.. come i fattori che hanno permesso la permanenza in "zona gialla" si siano rivelati controversi. Infatti ricordiamo che la collocazione nelle zone ad alto, medio o basso rischio dipendeva da vari indicatori , esaminiamo alcuni di questi :

- Percentuale di occupazione dei posti letto in Terapia Intensiva per pazienti Covid < 30%
il **numero di posti letto di terapia intensiva, dichiatati disponibili o convertibil**i,in Veneto : 1000, (vedi Piano Emergenza) era però incusivo di letti delle sale operatorie o di terapia subintensiva o adattabili, ma non attivati nè adeguati agli standard della terapia intensiva e comunque non coperti dal personale specialistico, medico e paramedico, necessario.
Tale situazione è stata **denunciata dalla Società degli Anestesisti AAROI-EMAC del Veneto** e riportata dai giornali dell'epoca.

- Percentuale dei tamponi risultati positivi rispetto al numero dei tamponi eseguiti
In Veneto più che in altre regioni si è ricorsi all'uso estensivo e in alcuni casi improprio di tamponi antigenici di prima e seconda generazione, cosiddetti **"rapidi**" ma di sensibilità decisamente inferiore ai Tamponi Molecolari, anche in categorie a rischio, quali gli ospiti delle RSA e il personale sanitario, **più volte denunciato dai Sindacati ANAAO – CIMO.** Tale impiego ha comportato il misconoscimento di circa il 30% dei soggetti positivi e ha portato ad un "picco " della pandemia tra il personale sanitario . Vedi Fig. 6.1- 6.2 pag 27 Rapporto COVID 19 in Veneto 28/01/2021 che registrava 1730 Operatori Sanitari positivi in quella data

-Quantificazione dei soggetti "asintomatici" tra i soggetti affetti da Covid 19
una falla nel sistema informatico usato per la registrazione e il monitoraggio dei casi Covid, come riconosciuto dalla stessa Responsabile Regionale Dott.ssa Russo, per un periodo di incerta durata (non ci risulta essere stato quantificato) ha di "default" attribuito la qualifica di "asintomatico" a tutti i casi, andando ad influenzare questo indicatore

Pertanto

Il Coordinamento Veneto Sanità Pubblica (CoVeSaP) si fa portavoce dell' angoscia con cui i cittadini e delle cittadine del Veneto hanno vissuto quel periodo (Novembre 2020- Gennaio 2021) e chiede con forza che sia esaminato in modo oggettivo quanto accaduto e che siano comunicate con trasparenza le ragioni che lo hanno determinato.

Roberto Burgetti (report periodici sui dati Protezione Civile)

L'andamento dell'epidemia COVID-19 in ITALIA

30 aprile 2021

Questo report presenta le elaborazioni effettuate a partire dai dati comunicati (dal 24 febbraio 2020 in poi) dalla Protezione Civile.
E' stato da me prodotto per la prima volta il 14 marzo 2020, da allora ho continuato con cadenza dapprima quotidiana, successivamente bi o tri-settimanale, passando attraverso numerose modifiche, introdotte grazie anche ai preziosi consigli
da parte di varie persone, che ringrazio.

Nel report si dà particolare importanza all'utilizzo dei colori:

- **Blu: nuovi casi registrati nel periodo (settimana) = casi incidenti**
- **Nero: casi presenti a una certa data = casi prevalenti**
- **Rossi: casi totali dall'inizio dell'epidemia = casi cumulati**

INDICE DEI CONTENUTI

Pag 2
Situazione nazionale
- nuovi casi (positivi, dimessi, deceduti, tamponi)
- casi alla data odierna (ricoverati, TI, domiciliari)
- casi cumulati (positivi, dimessi, deceduti, tamponi)

Pag 3
Situazione nazionale
La metafora della vasca: rubinetto (nuovi casi in entrata) e scarico (casi cessati, distinti in dimessi / guariti e deceduti)
Grafici – andamenti **giornalieri (dal 14 febbraio ad oggi)**

Pag 4
Per ogni regione:
Tabelle e grafici

Pag 5
Per ogni regione:
Confronti tra settimana corrente e settimana precedente

Pag 6 e 7
Dati regionali (solo ultime 8 settimane) e ranking

Pag 8
Le prime 25 province italiane, graduatoria per casi
Indicatori regionali

Pag 9
andamento dell'incidenza di nuovi casi (somma mobile ultimi 7 giorni/ 100.000 abitanti) nelle diverse regioni

Pag da 10 a 13
DIAGRAMMI "RADAR" REGIONALI (ULTIMA SETTIMANA) - scostamento % rispetto ai valori nazionali

Pag 14
Note della Protezione Civile (solo le più recenti)

Pag 15-23 **Appendice, con tutti i dati storici (dall'inizio dell'epidemia, per settimana):**

Pag 24 **Indice e spiegazioni**

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Roberto Burgetti - report periodico sui dati Protezione Civile

settimana dal
24 aprile 2021
al
30 aprile 2021

La tabella mostra i dati nazionali (disponibili dal 24 febbraio 2020)

In blu: casi incidenti (nuovi)
In nero casi prevalenti (presenti a una certa data)
In rosso: casi cumulati (totale dall'inizio dell'epidemia)

Note della Protezione Civile a pag. 14

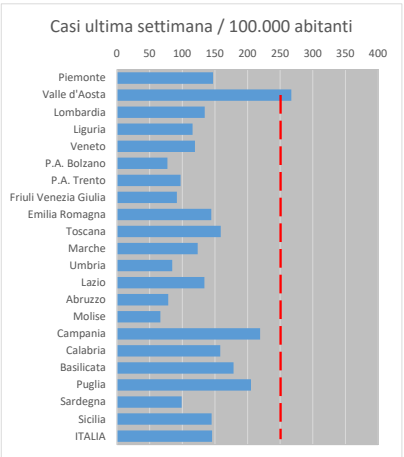
	Settimana dal	al	In blu: casi incidenti (nuovi) nuovi positivi sett	nuovi dimessi /guariti sett	nuovi deceduti sett	nuovi tamponi sett	nuove persone con tampone sett	In nero casi prevalenti (presenti a una certa data) ricoverati con sintomi	terapia intensiva	totale ospedalizzati	isolamento domiciliare	totale casi attivi	In rosso: casi cumulati (totale dall'inizio dell'epidemia) dimessi / guariti	deceduti	CASI TOTALI	tamponi	pers con tampone
sett 61	24-apr	30-apr	86.950	114.115	2.108	2.013.997	684.763	18.940	2.583	21.523	414.747	436.270	3.465.576	120.807	4.022.653	58.579.752	25.689.062
sett 60	17-apr	23-apr	93.624	132.486	2.333	2.033.161	641.865	21.440	2.979	24.419	441.124	465.543	3.351.461	118.699	3.935.703	56.565.755	25.004.299
sett 59	10-apr	16-apr	105.553	132.389	2.787	2.051.720	629.572	24.743	3.366	28.109	478.629	506.738	3.218.975	116.366	3.842.079	54.532.594	24.362.434
sett 58	3-apr	9-apr	107.526	133.209	3.251	1.890.978	563.398	28.146	3.603	31.749	504.612	536.361	3.086.586	113.579	3.736.526	52.480.874	23.732.862
sett 57	27-mar	2-apr	140.381	138.725	3.072	2.126.387	652.318	28.704	3.704	32.408	532.887	565.295	2.953.377	110.328	3.629.000	50.589.896	23.169.464
sett 56	20-mar	26-mar	156.201	143.014	3.015	2.204.172	854.964	28.472	3.628	32.100	534.611	566.711	2.814.652	107.256	3.488.619	48.463.509	22.517.146
sett 55	13-mar	19-mar	156.611	106.712	2.677	2.282.943	750.936	26.858	3.364	30.222	526.317	556.539	2.671.638	104.241	3.332.418	46.259.337	21.662.182
sett 54	6-mar	12-mar	152.678	97.538	2.293	2.259.909	764.325	23.656	2.914	26.570	482.747	509.317	2.564.926	101.564	3.175.807	43.976.394	20.911.246
sett 53	27-feb	5-mar	134.206	80.356	2.044	2.163.669	743.242	20.374	2.525	22.899	433.571	456.470	2.467.388	99.271	3.023.129	41.716.485	20.146.921
sett 52	20-feb	26-feb	108.041	83.833	1.992	2.050.941	662.959	18.292	2.194	20.486	384.178	404.664	2.387.032	97.227	2.888.923	39.552.816	19.403.679
sett 51	13-feb	19-feb	83.586	101.122	2.190	1.829.470	606.720	17.831	2.059	19.890	362.558	382.448	2.303.199	95.235	2.780.882	37.501.875	18.740.720
sett 50	6-feb	12-feb	85.637	110.154	2.427	1.798.875	722.254	18.736	2.095	20.831	381.343	402.174	2.202.077	93.045	2.697.296	35.672.405	18.134.000
sett 49	30-gen	5-feb	82.589	118.535	2.760	1.718.178	577.589	19.575	2.142	21.717	407.401	429.118	2.091.923	90.618	2.611.659	33.873.530	17.411.746
sett 48	23-gen	29-gen	87.216	118.261	3.184	1.723.859	554.569	20.397	2.270	22.667	445.157	467.824	1.973.388	87.858	2.529.070	32.155.352	16.834.157
sett 47	16-gen	22-gen	89.431	142.097	3.349	1.697.283	542.129	21.691	2.390	24.081	477.972	502.053	1.855.127	84.674	2.441.854	30.431.493	16.279.588
sett 46	9-gen	15-gen	114.533	123.440	3.414	1.154.694	444.793	22.841	2.522	25.363	532.705	558.068	1.713.030	81.325	2.352.423	28.734.210	15.737.459
sett 45	2-gen	8-gen	108.514	109.602	3.290	823.385	350.690	23.313	2.587	25.900	544.489	570.389	1.589.590	77.911	2.237.890	27.579.516	15.292.666
sett 44	26-dic	1-gen	101.022	102.879	3.262	851.437	344.563	22.822	2.553	25.375	549.392	574.767	1.479.988	74.621	2.129.376	26.756.131	14.941.976
sett 43	19-dic	25-dic	106.576	151.023	3.465	1.089.174	447.325	23.402	2.584	25.986	553.900	579.886	1.377.109	71.359	2.028.354	25.904.694	14.597.413
sett 42	12-dic	18-dic	115.905	173.923	4.507	948.930	327.075	25.769	2.819	28.588	599.210	627.798	1.226.086	67.894	1.921.778	24.815.520	14.150.088
sett 41	5-dic	11-dic	116.934	179.778	4.535	1.099.460	474.585	28.562	3.265	31.827	658.496	690.323	1.052.163	63.387	1.805.873	23.866.590	13.823.013
sett 40	28-nov	4-dic	150.722	175.738	5.175	1.355.429	619.017	31.200	3.567	34.767	722.935	757.702	872.385	58.852	1.688.939	22.767.130	13.348.428
sett 39	21-nov	27-nov	192.450	176.625	5.108	1.449.097	729.737	33.684	3.782	37.466	750.427	787.893	696.647	53.677	1.538.217	21.411.701	12.729.411
sett 38	14-nov	20-nov	238.464	120.784	4.430	1.507.188	829.350	33.957	3.748	37.705	739.471	777.176	520.022	48.569	1.345.767	19.962.604	11.999.674
sett 37	7-nov	13-nov	244.622	76.313	3.501	1.503.520	880.173	30.914	3.230	34.144	629.782	663.926	399.238	44.139	1.107.303	18.455.416	11.170.324
sett 36	31-ott	6-nov	215.007	39.358	2.317	1.383.321	843.968	24.005	2.515	26.520	472.598	499.118	322.925	40.638	862.681	16.951.896	10.290.151
sett 35	24-ott	30-ott	162.805	21.759	1.262	1.254.122	767.076	16.994	1.746	18.740	307.046	325.786	283.567	38.321	647.674	15.568.575	9.446.183
sett 34	17-ott	23-ott	93.258	13.936	632	1.086.249	678.243	10.549	1.049	11.598	174.404	186.002	261.808	37.059	484.869	14.314.453	8.679.107
sett 33	10-ott	16-ott	47.841	10.323	316	12.884.434	557.271	6.178	638	6.816	100.496	107.312	247.872	36.427	391.611	13.228.204	8.000.864
sett 32	3-ott	9-ott	23.862	7.579	170	12.007.063	455.276	4.086	387	4.473	65.637	70.110	237.549	36.111	343.770	12.326.971	7.443.593
sett 31	26-set	2-ott	13.673	7.254	140	11.266.224	403.647	3.142	294	3.436	50.561	53.997	229.970	35.941	319.908	11.572.459	6.988.317
sett 30	19-set	25-set	11.303	5.909	133	10.600.031	397.412	2.737	244	2.981	44.737	47.718	222.716	35.801	306.235	10.894.963	6.584.670
sett 29	12-set	18-set	10.136	4.375	71	9.961.367	368.348	2.387	208	2.595	39.862	42.457	216.807	35.668	294.932	10.246.163	6.187.258
sett 28	5-set	11-set	10.152	3.405	79	9.378.625	404.202	1.849	175	2.024	34.743	36.767	212.432	35.597	284.796	9.653.269	5.818.910
sett 27	29-ago	4-set	9.235	2.125	46	8.769.334	414.755	1.607	121	1.728	28.371	30.099	209.027	35.518	274.644	9.034.743	5.414.708
sett 26	22-ago	28-ago	8.344	1.942	45	8.153.445	354.061	1.178	74	1.252	21.783	23.035	206.902	35.472	265.409	8.410.510	4.999.953
sett 25	15-ago	21-ago	4.256	1.634	39	7.609.783	238.368	919	69	988	15.690	16.678	204.960	35.427	257.065	7.862.592	4.645.892
sett 24	8-ago	14-ago	3.053	1.684	44	7.217.731	160.198	771	56	827	13.422	14.249	203.326	35.388	252.809	7.467.487	4.407.524
sett 23	1-ago	7-ago	2.219	1.668	49	6.911.372	185.659	779	42	821	12.103	12.924	201.642	35.344	249.756	7.158.909	4.247.326
sett 22	25-lug	31-lug	1.947	1.782	44	6.567.523	191.908	716	41	757	11.665	12.422	199.974	35.295	247.537	6.813.113	4.061.667
sett 21	18-lug	24-lug	1.623	1.709	69	6.224.408	177.502	713	46	759	11.542	12.301	198.192	35.251	245.590	6.468.375	3.869.759
sett 20	11-lug	17-lug	1.328	2.210	90	5.911.620	171.880	771	50	821	11.635	12.456	196.483	35.182	243.967	6.154.259	3.692.257
sett 19	4-lug	10-lug	1.455	2.806	105	5.613.437	172.250	844	65	909	12.519	13.428	194.273	35.092	242.639	5.854.621	3.520.377
sett 18	27-giu	3-lug	1.223	3.852	125	5.308.854	179.011	956	79	1.035	13.849	14.884	191.467	34.987	241.184	5.548.815	3.348.127
sett 17	20-giu	26-giu	1.950	5.708	147	4.977.911	181.822	1.356	105	1.461	16.177	17.638	187.615	34.862	239.961	5.215.922	3.169.116
sett 16	13-giu	19-giu	1.706	8.822	338	4.652.798	203.098	2.632	161	2.793	18.750	21.543	181.907	34.715	238.011	4.889.103	2.987.294
sett 15	6-giu	12-giu	1.774	9.304	449	4.279.910	218.938	3.893	227	4.120	24.877	28.997	173.085	34.377	236.305	4.514.441	2.784.196
sett 14	30-mag	5-giu	2.283	10.937	546	3.882.324	196.636	5.301	316	5.617	31.359	36.976	163.781	33.928	234.531	4.114.572	2.565.258
sett 13	23-mag	29-mag	3.590	16.124	613	3.526.621	246.775	7.094	475	7.569	38.606	46.175	152.844	33.382	232.248	3.755.279	2.368.622
sett 12	16-mag	22-mag	4.773	16.515	1.009	3.094.893	262.737	8.957	595	9.552	49.770	59.322	136.720	32.769	228.658	3.318.778	2.121.847
sett 11	9-mag	15-mag	6.700	21.182	1.415	2.658.495	250.125	10.792	808	11.600	60.470	72.070	120.205	31.760	223.885	2.875.680	1.859.110
sett 10	2-mag	8-mag	9.757	20.774	1.972	2.237.635	210.352	14.636	1.168	15.804	72.157	87.961	99.023	30.345	217.185	2.445.063	1.608.985
sett 9	25-apr	1-mag	14.434	17.751	2.278	1.860.431		17.569	1.578	19.147	81.796	100.943	78.249	28.373	207.428	2.053.425	1.398.633
sett 8	18-apr	24-apr	20.560	17.771	3.239	1.469.922		22.068	2.173	24.241	82.286	106.527	60.498	26.095	192.994	1.642.356	1.147.850
sett 7	11-apr	17-apr	24.857	12.272	3.914	1.096.531		25.786	2.812	28.598	78.364	106.962	42.727	22.856	172.434	1.244.108	
sett 6	4-apr	10-apr	27.750	10.697	4.188	787.037		28.242	3.497	31.739	66.534	98.273	30.455	18.942	147.577	906.864	
sett 5	28-mar	3-apr	33.329	8.808	5.572	533.351		28.741	4.068	32.809	52.579	85.388	19.758	14.754	119.827	619.849	
sett 4	21-mar	27-mar	39.477	5.821	5.126	347.058		26.029	3.732	29.761	36.653	66.414	10.950	9.182	86.498	394.079	
sett 3	14-mar	20-mar	29.361	3.690	2.782	189.226		16.020	2.655	18.675	19.185	37.860	5.129	4.056	47.021	206.886	
sett 2	7-mar	13-mar	13.024	916	1.076	92.852		7.426	1.328	8.754	6.201	14.955	1.439	1.274	17.660	97.488	
sett 1	29-feb	6-mar	4.636	523	198	36.359		2.394	462	2.856	1.060	3.916	523	198	4.636	36.359	

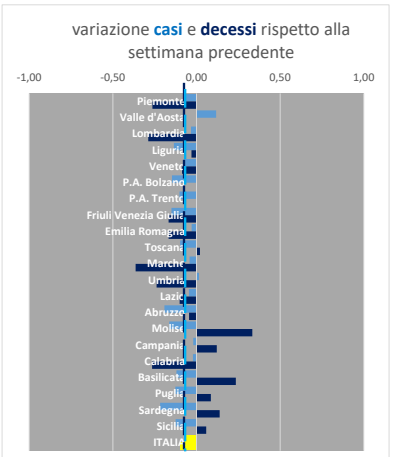
indice

indice

	variazione rispetto alla settimana precedente	media giornaliera ultima settimana	(OGGI)
nuovi positivi della settimana	-7,1%	12.421	13.446
nuovi dimessi /guariti della settimana	-13,9%	16.302	15.621
nuovi deceduti della settimana	-9,6%	301	263
nuovi tamponi della settimana	-0,9%	287.714	338.771
nuove persone con tampone settimana	6,7%	97.823	105.585

ricoverati con sintomi	-11,7%
terapia intensiva	-13,3%
totale ospedalizzati	-11,9%
isolamento domiciliare	-6,0%
totale casi attivi	-6,3%





Roberto Bussetti (report periodico su dati Protezione Civile)

In blu: casi incidenti (nuovi)
In nero casi prevalenti (presenti a una certa data)
In rosso: casi cumulati (totale dall'inizio dell'epidemia)

settimana dal

24 aprile 2021
al
30 aprile 2021

(tra parentesi le variazioni rispetto alla settimana precedente)

CASI INCIDENTI: "nuovi casi della settimana"

86.950 nuovi positivi
-(7,1%)

(2.013.997 nuovi tamponi)

casi attivi
436.270
-(6,3%)

CASI PREVALENTI ("oggi sono presenti")

a domicilio
414.747
-(6,0%)

in ospedale
21.523
-(11,9%)

di cui ter intensiva
2.583
-(13,3%)

CASI TOTALI (CUMULATI)
dall'inizio dell'epidemia
= casi attivi + casi conclusi (guariti + deceduti)
4.022.653

indice

CASI INCIDENTI: "nuovi casi della settimana"

114.115 guariti
-(13,9%)

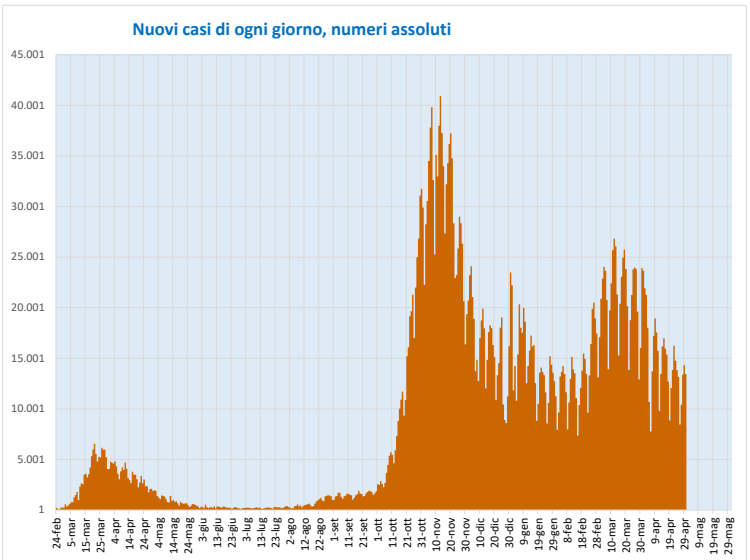
e

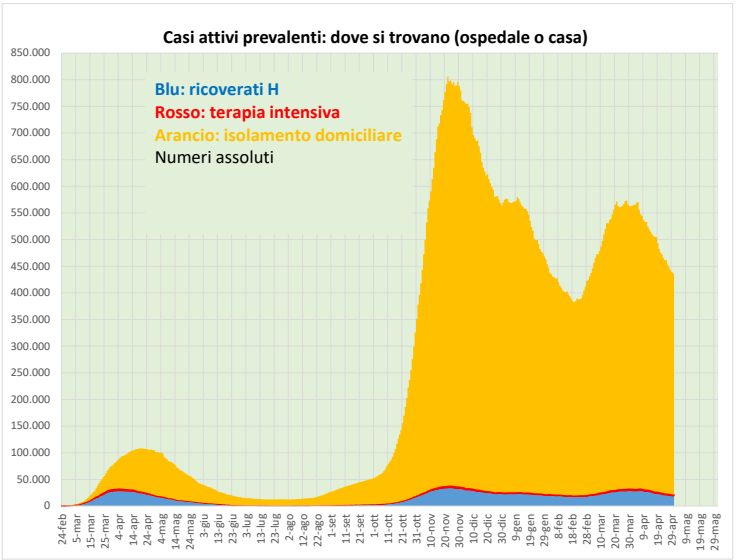
2.108 deceduti
-(9,6%)

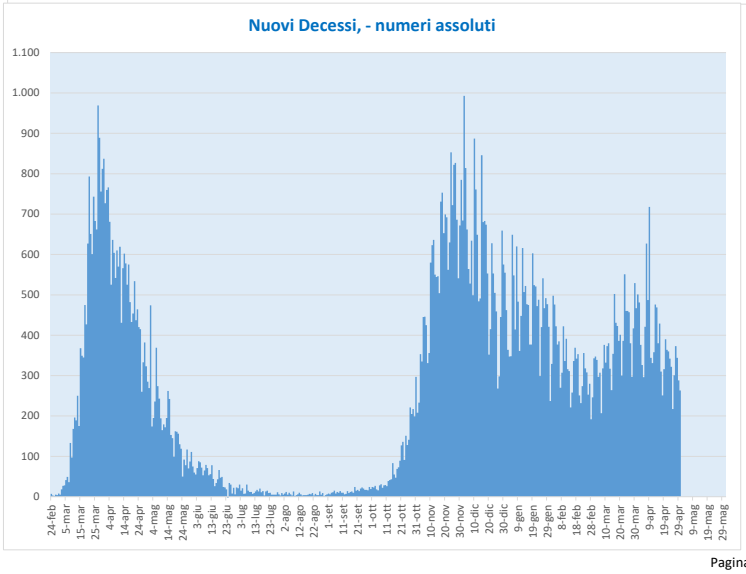
3.465.576
guariti totali

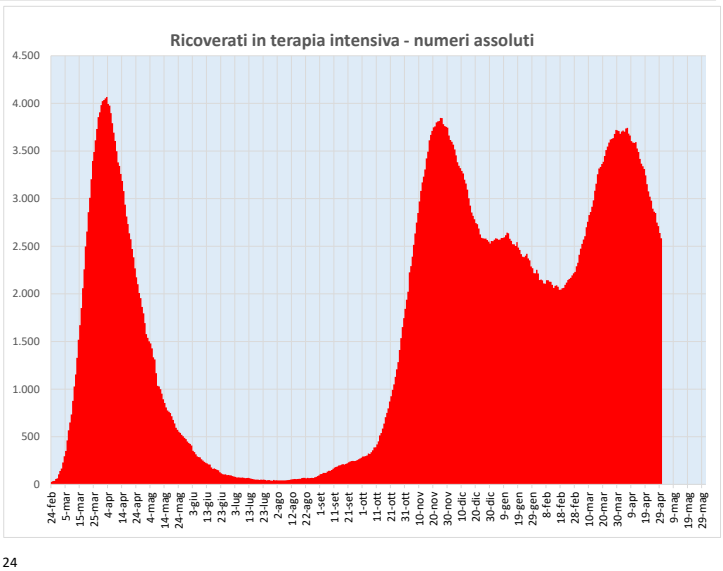
120.807
deceduti totali

CASI CUMULATI di guarigione + decesso (dall'inizio dell'epidemia)







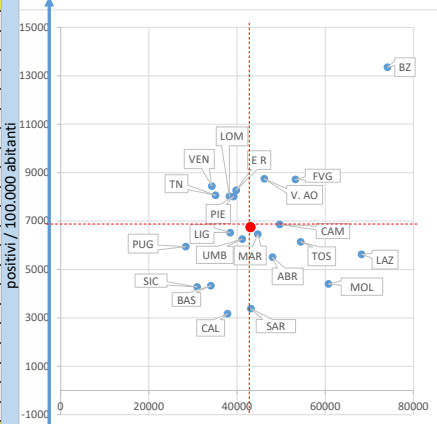


Roberto Bazzetti - report periodico su dati Protezione Civile

indice

Dall'inizio dell'epidemia
In ascissa n. soggetti con tampone / 100.000 abitanti
In ordinata positivi / 100.000 abitanti

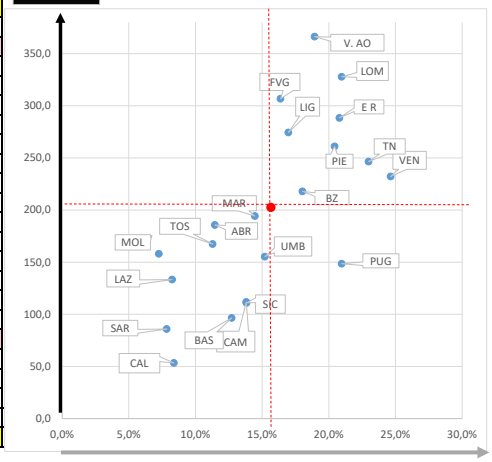
OGNI 100.000 abitanti	C - positivi totali	T - sogg con tamp	C / T
Piemonte	8.011	39.220	20,4%
Valle d'Aosta	8.743	46.187	18,9%
Lombardia	8.024	38.274	21,0%
Liguria	6.520	38.440	17,0%
Veneto	8.442	34.271	24,6%
P.A. Bolzano	13.356	74.114	18,0%
P.A. Trento	8.067	35.105	23,0%
Friuli Venezia Giulia	8.718	53.226	16,4%
Emilia Romagna	8.272	39.791	20,8%
Toscana	6.143	54.418	11,3%
Marche	6.459	44.689	14,5%
Umbria	6.257	41.152	15,2%
Lazio	5.625	68.220	8,2%
Abruzzo	5.504	48.044	11,5%
Molise	4.402	60.753	7,2%
Campania	6.859	49.672	13,8%
Calabria	3.172	37.841	8,4%
Basilicata	4.330	34.066	12,7%
Puglia	5.940	28.340	21,0%
Sardegna	3.382	43.133	7,8%
Sicilia	4.276	30.916	13,8%
ITALIA	**6.745**	**43.072**	**15,7%**
min	3.172	28.340	7,2%
max	13.356	74.114	24,6%



OGNI 100.000 abitanti	C / T	decessi / 100.000 ab
Piemonte	20,4%	261,1
Valle d'Aosta	18,9%	366,3
Lombardia	21,0%	327,8
Liguria	17,0%	274,3
Veneto	24,6%	232,2
P.A. Bolzano	18,0%	218,0
P.A. Trento	23,0%	246,4
Friuli Venezia Giulia	16,4%	306,7
Emilia Romagna	20,8%	288,4
Toscana	11,3%	167,5
Marche	14,5%	194,2
Umbria	15,2%	155,4
Lazio	8,2%	133,3
Abruzzo	11,5%	185,7
Molise	7,2%	158,1
Campania	13,8%	111,9
Calabria	8,4%	53,4
Basilicata	12,7%	96,5
Puglia	21,0%	148,6
Sardegna	7,8%	85,9
Sicilia	13,8%	111,0
ITALIA	15,7%	202,6
min	7,2%	53,4
max	24,6%	366,3

morti /100.000 abitanti

positività e mortalità (dall'inizio dell'epidemia)
In ascissa casi pos / persone con tampone
In ordinata **morti** / 100.000 abitanti



persone con tampone /100.000 abit

X =

casi positivi /100.000 abitanti

persone con tampone /100.000 abit

indice

nuovi positivi dell'ultima settimana /100.000 abitanti

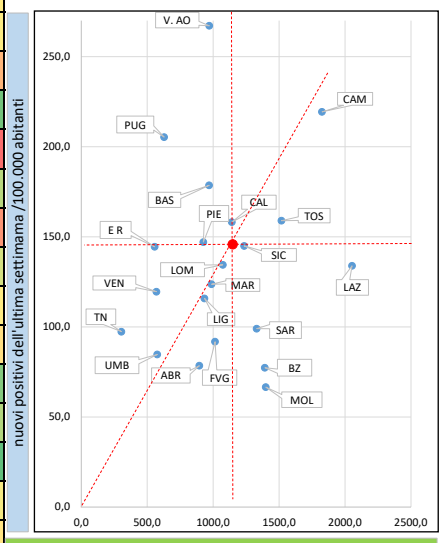
nuove persone con tampone dell'ultima settimana/100.000 abit

rapporto %

	23-feb 19-mar		5-mar 26-mar		15-mar 2-apr		25-mar 9-apr		4-apr 16-apr		14-apr 23-apr		24-apr 30-apr	
Piemonte	353	24,6%	334	25,8%	333	26,0%	235	23,6%	191	19,4%	160	19,1%	147	15,9%
	1.436		1.298		1.282		997		985		838		926	
Valle d'Aosta	219	16,6%	287	17,6%	473	22,7%	376	26,4%	291	31,2%	239	26,5%	267	27,5%
	1.320		1.633		2.086		1.426		934		904		971	
Lombardia	321	33,7%	289	33,3%	258	35,6%	177	33,0%	155	27,8%	139	16,4%	134	12,5%
	952		868		723		535		559		848		1.073	
Liguria	150	13,4%	190	16,6%	217	19,1%	176	16,0%	159	14,2%	134	13,5%	116	12,4%
	1.118		1.143		1.138		1.100		1.115		993		935	
Veneto	264	33,5%	258	28,3%	216	31,8%	148	26,8%	133	23,6%	129	27,2%	120	21,0%
	787		911		678		553		561		476		570	
P.A. Bolzano	171	53,8%	2.155	7,5%	141	8,0%	124	8,2%	72	4,8%	91	6,5%	77	5,6%
	318		28.589		1.759		1.522		1.498		1.389		1.392	
P.A. Trento	303	57,5%	267	55,0%	201	47,6%	135	38,4%	120	40,8%	108	36,5%	97	31,9%
	527		485		423		351		295		297		305	
Friuli Venezia Giulia	463	22,2%	399	21,1%	310	18,4%	173	14,1%	161	13,4%	108	9,7%	92	9,0%
	2.086		1.888		1.686		1.225		1.200		1.114		1.015	
Emilia Romagna	416	43,3%	331	45,6%	284	47,6%	199	42,8%	176	37,4%	149	29,2%	144	25,9%
	962		726		596		464		471		510		557	
Toscana	247	12,8%	252	13,6%	267	14,6%	221	15,4%	207	13,9%	176	12,3%	159	10,5%
	1.933		1.856		1.822		1.433		1.491		1.428		1.518	
Marche	334	21,4%	275	21,1%	232	18,7%	157	15,3%	147	14,2%	129	13,9%	124	12,5%
	1.564		1.298		1.245		1.028		1.033		929		988	
Umbria	157	25,1%	144	23,5%	131	23,6%	102	20,4%	94	18,5%	83	15,3%	85	14,7%
	624		612		558		500		510		545		577	
Lazio	221	9,1%	213	9,5%	212	9,9%	163	8,3%	163	7,7%	140	7,1%	134	6,5%
	2.436		2.241		2.133		1.968		2.127		1.973		2.053	
Abruzzo	182	15,9%	165	17,4%	154	18,4%	122	16,2%	111	14,0%	97	12,2%	78	8,8%
	1.148		946		840		750		796		793		895	
Molise	130	8,9%	89	6,6%	78	7,3%	54	5,2%	89	7,5%	80	5,7%	67	4,8%
	1.457		1.346		1.065		1.037		1.181		1.404		1.400	
Campania	293	17,4%	232	15,5%	234	15,7%	202	14,6%	234	15,1%	224	12,9%	219	12,0%
	1.684		1.496		1.493		1.381		1.545		1.731		1.826	
Calabria	111	12,2%	134	13,2%	143	14,0%	141	15,0%	180	16,8%	162	13,6%	158	13,8%
	905		1.015		1.019		940		1.071		1.185		1.142	
Basilicata	162	18,9%	138	20,2%	170	23,2%	137	21,9%	232	26,1%	203	21,5%	179	18,4%
	857		684		729		626		888		945		970	
Puglia	270	29,5%	302	34,1%	316	38,3%	251	39,7%	254	42,8%	235	39,3%	205	32,7%
	917		886		824		633		595		598		629	
Sardegna	45	5,4%	71	7,2%	137	10,9%	123	8,9%	159	10,0%	127	9,6%	99	7,4%
	825		978		1.262		1.388		1.580		1.320		1.330	
Sicilia	99	13,3%	112	13,7%	140	28,9%	154	25,7%	189	13,8%	166	12,4%	145	11,7%
	743		818		483		600		1.367		1.332		1.236	
ITALIA	**263**	**20,9%**	**262**	**18,3%**	**235**	**21,5%**	**180**	**19,1%**	**177**	**16,8%**	**157**	**14,6%**	**146**	**12,7%**
	1.259		**1.434**		**1.094**		**945**		**1.056**		**1.076**		**1.148**	
min	66,6	4,8%												
	304,9													
max	267,1	32,7%												
	2053													

indice

Casi e persone con tampone dell'ultima settimana
In ascissa n. persone con tampone / 100.000 abitanti
In ordinata n. casi positivi / 100.000 abitanti



Roberto Bazzetti - report periodico sui dati Protezione Civile

Indici ultima settimana | **Blu: casi incidenti (o variazioni)** | **Nero: casi prevalenti (presenti nel giorno)** | **Rosso: casi cumulati dall'inizio dell'epidemia**

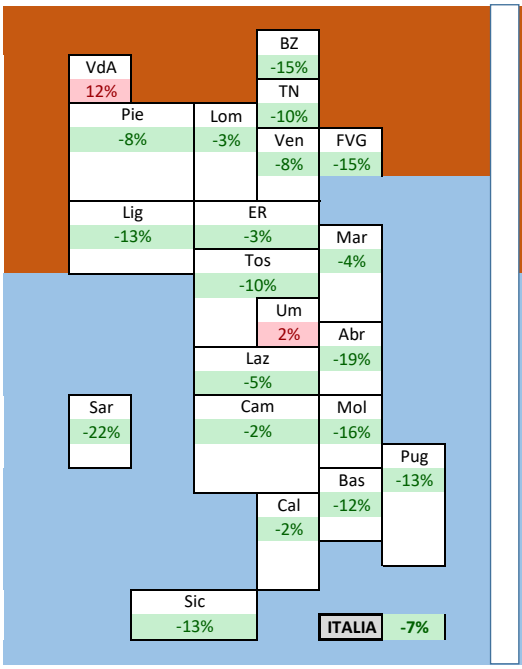
	nuovi positivi	variaz rispetto alla settimana prec	nuovi dimessi / guariti	variaz rispetto alla settimana prec	nuovi decedut i	variaz rispetto alla settimana prec	ricoverati con sintomi OGGI	variaz rispetto a 7 gg fa	presenti in terapia intensiva - OGGI	variaz rispetto a 7 gg fa	totale ospedaliz zati - OGGI	variaz rispetto a 7 gg fa	isolamento domiciliare - OGGI	variaz rispetto a 7 gg fa	totale casi attivi	variaz rispetto a 7 gg fa	tamponi	nuovi tamponi	soggetti con tampone	nuovi sogg con tampone
Piemonte	6.341	-8%	8.936	-23%	151	-26%	2.111	-14%	210	-24%	2.321	-15%	13.378	-15%	15.699	-15%	3.951.835	4%	1.690.857	2%
Valle d'Aosta	334	12%	414	-16%	12	33%	36	-22%	8	-33%	44	-24%	705	-10%	749	-11%	113.967	4%	57.750	2%
Lombardia	13.483	-3%	17.146	-30%	301	-29%	3.495	-16%	550	-15%	4.045	-16%	48.440	-6%	52.485	-7%	9.475.296	3%	3.838.002	3%
Liguria	1.766	-13%	2.497	-8%	64	-3%	470	-13%	65	-7%	535	-13%	4.936	-13%	5.471	-13%	1.442.243	3%	586.141	2%
Veneto	5.833	-8%	7.121	-31%	127	-9%	964	-12%	161	-17%	1.125	-13%	20.767	-6%	21.892	-6%	7.132.870	3%	1.672.121	2%
P.A. Bolzano	412	-15%	42	-44%	3	0%	63	5%	2	-78%	65	-6%	974	62%	1.039	55%	1.372.085	4%	394.762	2%
P.A. Trento	531	-10%	683	-13%	11	0%	69	-24%	20	-23%	89	-24%	987	-12%	1.076	-13%	765.959	2%	191.471	1%
Friuli Venezia Giulia	1.107	-15%	2.105	-15%	55	-17%	239	-25%	30	-25%	269	-25%	7.309	-12%	7.578	-12%	1.844.082	3%	642.020	2%
Emilia Romagna	6.449	-3%	16.497	3%	145	-17%	1.732	-11%	226	-18%	1.958	-12%	42.398	-19%	44.356	-19%	5.585.982	3%	1.776.316	1%
Toscana	5.869	-10%	8.515	-9%	192	2%	1.332	-11%	253	-1%	1.585	-10%	19.084	-12%	20.669	-12%	4.120.489	4%	2.009.414	3%
Marche	1.871	-4%	2.513	-7%	42	-36%	408	-19%	67	-4%	475	-17%	5.727	-9%	6.202	-10%	1.130.042	3%	675.999	2%
Umbria	737	2%	911	-21%	16	-24%	169	-10%	34	-6%	203	-9%	2.730	-6%	2.933	-6%	1.165.024	4%	358.093	1%
Lazio	7.707	-5%	9.608	-20%	205	-10%	2.182	-13%	284	-14%	2.466	-13%	42.230	-4%	44.696	-4%	6.122.534	4%	3.926.563	3%
Abruzzo	1.015	-19%	1.825	-2%	43	-4%	374	-19%	36	-20%	410	-19%	7.973	-9%	8.383	-9%	1.424.564	3%	621.666	2%
Molise	200	-16%	183	-30%	8	33%	40	3%	8	-38%	48	-8%	581	2%	629	1%	214.609	2%	182.573	2%
Campania	12.530	-2%	12.919	3%	249	12%	1.452	-4%	137	-6%	1.589	-4%	89.799	-1%	91.388	-1%	4.303.823	4%	2.837.361	4%
Calabria	2.996	-2%	2.319	18%	36	-27%	467	1%	46	7%	513	2%	14.701	4%	15.214	4%	772.432	4%	716.746	3%
Basilicata	988	-12%	835	28%	21	24%	164	2%	8	-27%	172	0%	6.058	2%	6.230	2%	337.824	4%	188.473	3%
Puglia	8.118	-13%	9.482	-17%	241	9%	1.631	-8%	224	-11%	1.855	-9%	45.737	-3%	47.592	-3%	2.224.403	4%	1.120.349	2%
Sardegna	1.596	-22%	2.254	15%	41	14%	370	1%	49	-6%	419	0%	16.674	-4%	17.093	-4%	1.186.276	2%	695.144	3%
Sicilia	7.067	-13%	7.310	-3%	145	6%	1.172	-5%	165	-7%	1.337	-5%	23.559	-1%	24.896	-2%	3.893.413	5%	1.507.241	4%
ITALIA	86.950	-7%	114.115	-14%	2.108	-10%	18.940	-12%	2.583	-13%	21.523	-12%	414.747	-6%	436.270	-6%	58.579.752	4%	25.689.062	3%

indice

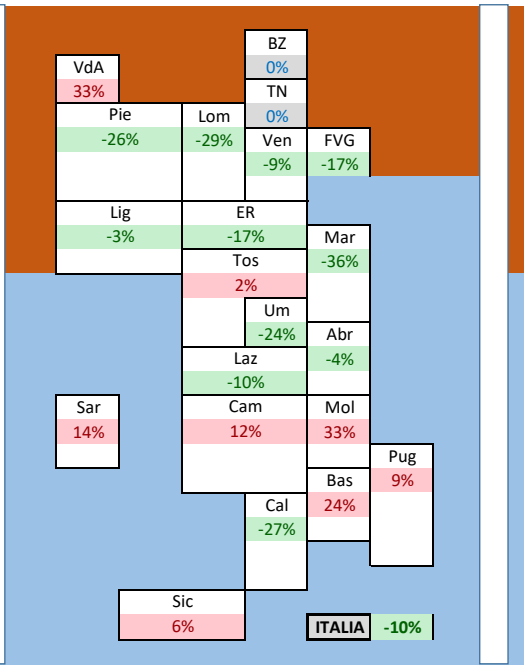
Principali differenze tra i dati dell'ultima settimana e quelli della settimana precedente

indice

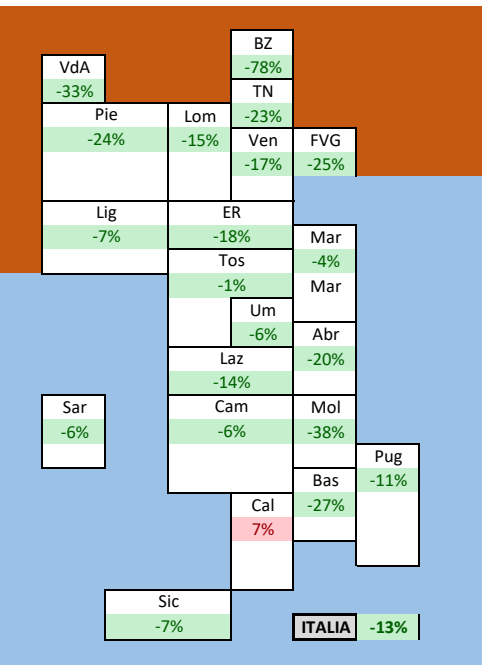
nuovi positivi della settimana



nuovi deceduti della settimana



presenti oggi in terapia intensiva vs 7 gg fa



indice

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023
Roberto Burgetti - report periodici su dati Protezione Civile

NUOVI casi della settimana per ogni regione (ultime 8 settimane, per i dati completi vedi da pag 15 in poi) indice

Periodo dal	al	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
variazione (rapp)		0,92	1,12	0,97	0,87	0,92	0,85	0,90	0,85	0,97	0,90	0,96	1,02	0,95	0,81	0,84	0,98	0,98	0,88	0,87	0,78	0,87	0,93
24-apr	30-apr	6.341	334	13.483	1.766	5.833	412	531	1.107	6.449	5.869	1.871	737	7.707	1.015	200	12.530	2.996	988	8.118	1.596	7.067	86.950
17-apr	23-apr	6.880	299	13.946	2.041	6.317	483	591	1.302	6.642	6.503	1.952	726	8.074	1.255	239	12.779	3.061	1.123	9.295	2.039	8.077	93.624
10-apr	16-apr	8.235	364	15.554	2.422	6.467	383	656	1.938	7.854	7.661	2.220	822	9.393	1.442	266	13.366	3.406	1.281	10.061	2.557	9.205	105.553
3-apr	9-apr	10.131	470	17.729	2.681	7.244	663	736	2.086	8.865	8.164	2.378	886	9.377	1.575	162	11.513	2.666	759	9.942	1.988	7.511	107.526
27-mar	2-apr	14.368	592	25.835	3.312	10.538	749	1.098	3.743	12.664	9.845	3.514	1.144	12.213	1.998	233	13.377	2.709	938	12.484	2.208	6.819	140.381
20-mar	26-mar	14.415	359	28.966	2.893	12.575	11.478	1.456	4.809	14.788	9.312	4.153	1.251	12.282	2.130	267	13.241	2.531	764	11.941	1.140	5.450	156.201
13-mar	19-mar	15.233	274	32.212	2.285	12.880	912	1.653	5.581	18.588	9.137	5.058	1.365	12.722	2.357	390	16.753	2.095	897	10.684	721	4.814	156.611
6-mar	12-mar	13.905	142	32.943	2.272	10.303	1.138	1.951	4.968	20.024	8.548	5.136	1.597	10.779	2.943	412	18.415	1.761	939	9.497	681	4.324	152.678

NUOVI decessi della settimana per ogni regione (ultime 8 settimane, per i dati completi vedi da pag 15 in poi) indice

Periodo dal	al	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
variazione		0,74	1,33	0,71	0,97	0,91	1,00	1,00	0,83	0,83	1,02	0,64	0,76	0,90	0,96	1,33	1,12	0,73	1,24	1,09	1,14	1,06	0,90
24-apr	30-apr	151	12	301	64	127	3	11	55	145	192	42	16	205	43	8	249	36	21	241	41	145	2.108
17-apr	23-apr	205	9	423	66	139	3	11	66	174	188	66	21	228	45	6	222	49	17	222	36	137	2.333
10-apr	16-apr	274	1	551	103	165	6	13	97	250	200	78	25	261	88	6	188	36	17	267	48	113	2.787
3-apr	9-apr	226	10	636	53	217	16	20	144	267	198	97	30	259	76	15	259	55	31	270	19	353	3.251
27-mar	2-apr	268	6	674	64	182	23	16	111	367	186	89	23	220	79	12	317	46	17	226	19	127	3.072
20-mar	26-mar	287	1	654	48	182	11	21	130	330	179	93	44	184	100	13	315	31	25	226	18	123	3.015
13-mar	19-mar	212	2	538	65	244	22	18	112	349	139	89	56	162	89	20	211	39	21	184	11	94	2.677
6-mar	12-mar	171	1	455	46	138	25	18	97	273	141	77	55	138	117	25	205	19	9	165	13	105	2.293

Totale casi per regione (numero casi cumulati dall'inizio dell'epidemia) (ultime 8 settimane, per i dati completi vedi da pag 15 in poi) indice

dati al	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
30-apr	345.393	10.932	804.620	99.416	411.899	71.142	43.999	105.156	369.250	226.842	97.705	54.442	323.754	71.218	13.228	391.792	60.074	23.956	234.841	54.507	208.487	**4.022.653**
23-apr	339.052	10.598	791.137	97.650	406.066	70.730	43.468	104.049	362.801	220.973	95.834	53.705	316.047	70.203	13.028	379.262	57.078	22.968	226.723	52.911	201.420	**3.935.703**
16-apr	332.172	10.299	777.191	95.609	399.749	70.247	42.877	102.747	356.159	214.470	93.882	52.979	307.973	68.948	12.789	366.483	54.017	21.845	217.428	50.872	193.343	**3.842.079**
9-apr	323.937	9.935	761.637	93.187	393.282	69.864	42.221	100.809	348.305	206.809	91.662	52.157	298.580	67.506	12.523	353.117	50.611	20.564	207.367	48.315	184.138	**3.736.526**
2-apr	313.806	9.465	743.908	90.506	386.038	69.201	41.485	98.723	339.440	198.645	89.284	51.271	289.203	65.931	12.361	341.604	47.945	19.805	197.425	46.327	176.627	**3.629.000**
26-mar	299.438	8.873	718.073	87.194	375.500	68.452	40.387	94.980	326.776	188.800	85.770	50.127	276.990	63.933	12.128	328.227	45.236	18.867	184.941	44.119	169.808	**3.488.619**
19-mar	285.023	8.514	689.107	84.301	362.925	56.974	38.931	90.171	311.988	179.488	81.617	48.876	264.708	61.803	11.861	314.986	42.705	18.103	173.000	42.979	164.358	**3.332.418**
12-mar	269.790	8.240	656.895	82.016	350.045	56.062	37.278	84.590	293.400	170.351	76.559	47.511	251.986	59.446	11.471	298.233	40.610	17.206	162.316	42.258	159.544	**3.175.807**

Totale decessi per regione (numero decessi cumulati dall'inizio dell'epidemia) (ultime 8 settimane, per i dati completi vedi da pag 15 in poi) indice

dati al	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
30-apr	11.255	458	32.870	4.183	11.330	1.161	1.344	3.700	12.876	6.184	2.938	1.352	7.673	2.403	475	6.393	1.011	534	5.873	1.384	5.410	**120.807**
23-apr	11.104	446	32.569	4.119	11.203	1.158	1.333	3.645	12.731	5.992	2.896	1.336	7.468	2.360	467	6.144	975	513	5.632	1.343	5.265	**118.699**
16-apr	10.899	437	32.146	4.053	11.064	1.155	1.322	3.579	12.557	5.804	2.830	1.315	7.240	2.315	461	5.922	926	496	5.410	1.307	5.128	**116.366**
9-apr	10.625	436	31.595	3.950	10.899	1.149	1.309	3.482	12.307	5.604	2.752	1.290	6.979	2.227	455	5.734	890	479	5.143	1.259	5.015	**113.579**
2-apr	10.399	426	30.959	3.897	10.682	1.133	1.289	3.338	12.040	5.406	2.655	1.260	6.720	2.151	440	5.475	835	448	4.873	1.240	4.662	**110.328**
26-mar	10.131	420	30.285	3.833	10.500	1.110	1.273	3.227	11.673	5.220	2.566	1.237	6.500	2.072	428	5.158	789	431	4.647	1.221	4.535	**107.256**
19-mar	9.844	419	29.631	3.785	10.318	1.099	1.252	3.097	11.343	5.041	2.473	1.193	6.316	1.972	415	4.843	758	406	4.421	1.203	4.412	**104.241**
12-mar	9.632	417	29.093	3.720	10.074	1.077	1.234	2.985	10.994	4.902	2.384	1.137	6.154	1.883	395	4.632	719	385	4.237	1.192	4.318	**101.564**

Roberto Burgetti (prodi) periodico su dati Protezione Civile

Casi registrati fino a una certa data in ogni regione (ogni 100.000 abitanti) (ultime 8 settimane, per i dati completi vedi da pag 15 in poi)

indice

	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
		Val								Tos						Cam		Bas	Pug			
Casi ultima settimana (ogni 100.000 ab)	7°	1°	10°	14°	13°	20°	16°	17°	9°	5°	12°	18°	11°	19°	21°	2°	6°	4°	3°	15°	8°	
	147	267	134	116	120	77	97	92	144	159	124	85	134	78	67	219	158	179	205	99	145	**146**

		Val			Ven	Bolzano		Fri	Emi												
	class	8°	2°	7°	10°	4°	1°	6°	3°	5°	13°	11°	12°	15°	16°	17°	9°	21°	18°	14°	20°	19°	
totali al	30-apr	8.011	8.743	8.024	6.520	8.442	13.356	8.067	8.718	8.272	6.143	6.459	6.257	5.625	5.504	4.402	6.859	3.172	4.330	5.940	3.382	4.276	**6.745**
	23-apr	7.864	8.476	7.890	6.404	8.323	13.279	7.970	8.626	8.127	5.984	6.335	6.172	5.491	5.426	4.335	6.640	3.013	4.151	5.735	3.283	4.131	**6.599**
	16-apr	7.705	8.237	7.751	6.270	8.193	13.188	7.861	8.518	7.978	5.808	6.206	6.088	5.351	5.329	4.256	6.416	2.852	3.948	5.500	3.157	3.966	**6.442**
	9-apr	7.514	7.946	7.595	6.111	8.060	13.116	7.741	8.357	7.802	5.601	6.060	5.994	5.188	5.217	4.167	6.182	2.672	3.717	5.245	2.998	3.777	**6.265**
	2-apr	7.279	7.570	7.419	5.935	7.912	12.992	7.606	8.185	7.604	5.380	5.902	5.892	5.025	5.095	4.113	5.980	2.531	3.580	4.994	2.875	3.623	**6.085**
	26-mar	6.946	7.096	7.161	5.718	7.696	12.851	7.405	7.874	7.320	5.113	5.670	5.761	4.812	4.941	4.036	5.746	2.388	3.410	4.678	2.738	3.483	**5.849**
	19-mar	6.611	6.809	6.872	5.529	7.438	10.696	7.138	7.476	6.989	4.861	5.396	5.617	4.599	4.776	3.947	5.514	2.255	3.272	4.376	2.667	3.371	**5.587**
	12-mar	6.258	6.590	6.551	5.379	7.174	10.525	6.835	7.013	6.572	4.613	5.061	5.460	4.378	4.594	3.817	5.221	2.144	3.110	4.106	2.622	3.273	**5.325**
	5-mar	5.935	6.477	6.222	5.230	6.963	10.312	6.477	6.601	6.124	4.382	4.722	5.276	4.191	4.367	3.680	4.899	2.051	2.940	3.866	2.580	3.184	**5.069**

Decessi registrati fino a una certa data in ogni regione (ogni 100.000 abitanti) (ultime 8 settimane, per i dati completi vedi da pag 15 in poi)

indice

	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
		Val						Fri		Tos						Cam			Pug			
Decessi ultima settimana (ogni	9°	1°	12°	6°	16°	21°	18°	4°	11°	3°	14°	20°	8°	10°	15°	5°	19°	7°	2°	17°	13°	
	3,5	9,6	3,0	4,2	2,6	0,6	2,0	4,6	3,2	5,2	2,8	1,8	3,6	3,3	2,7	4,4	1,9	3,8	6,1	2,5	3,0	**3,5**

		Val	Lom	Lig				Fri	Emi													
	class	6°	1°	2°	5°	8°	9°	7°	3°	4°	12°	10°	14°	16°	11°	13°	17°	21°	19°	15°	20°	18°	
totali al	30-apr	261,1	366,3	327,8	274,3	232,2	218,0	246,4	306,7	288,4	167,5	194,2	155,4	133,3	185,7	158,1	111,9	53,4	96,5	148,6	85,9	111,0	**202,6**
	23-apr	257,6	356,7	324,8	270,1	229,6	217,4	244,4	302,2	285,2	162,3	191,4	153,5	129,7	182,4	155,4	107,6	51,5	92,7	142,5	83,3	108,0	**199,0**
	16-apr	252,8	349,5	320,6	265,8	226,8	216,8	242,4	296,7	281,3	157,2	187,1	151,1	125,8	178,9	153,4	103,7	48,9	89,7	136,8	81,1	105,2	**195,1**
	9-apr	246,5	348,7	315,1	259,0	223,4	215,7	240,0	288,7	275,7	151,8	181,9	148,2	121,3	172,1	151,4	100,4	47,0	86,6	130,1	78,1	102,9	**190,4**
	2-apr	241,2	340,7	308,7	255,6	218,9	212,7	236,3	276,7	269,7	146,4	175,5	144,8	116,8	166,2	146,4	95,8	44,1	81,0	123,3	76,9	95,6	**185,0**
	26-mar	235,0	335,9	302,0	251,4	215,2	208,4	233,4	267,5	261,5	141,4	169,6	142,2	112,9	160,1	142,4	90,3	41,7	77,9	117,5	75,8	93,0	**179,8**
	19-mar	228,3	335,1	295,5	248,2	211,5	206,3	229,5	256,8	254,1	136,5	163,5	137,1	109,7	152,4	138,1	84,8	40,0	73,4	111,8	74,6	90,5	**174,8**
	12-mar	223,4	333,5	290,1	244,0	206,5	202,2	226,2	247,5	246,3	132,8	157,6	130,7	106,9	145,5	131,4	81,1	38,0	69,6	107,2	74,0	88,6	**170,3**

Pazienti ricoverati (presenti a una certa data, esclusa terapia intensiva) in ogni regione (ogni 100.000 abitanti) (ultime 8 settimane, per i dati completi vedi da pag 15 in poi)

indice

	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
		Pie							Emi	Tos			Laz						Pug			
dati al	30/4	1°	10°	6°	7°	17°	21°	20°	16°	3°	5°	11°	18°	4°	9°	19°	12°	13°	8°	2°	15°	14°	
	30-apr	49,0	28,8	34,9	30,8	19,8	11,8	12,7	19,8	38,8	36,1	27,0	19,4	37,9	28,9	13,3	25,4	24,7	29,6	41,3	23,0	24,0	**31,8**
	23-apr	56,8	36,8	41,7	35,6	22,4	11,3	16,7	26,4	43,6	40,6	33,4	21,5	43,5	35,5	13,0	26,5	24,3	29,1	45,0	22,8	25,3	**35,9**
	16-apr	74,1	49,6	51,2	39,0	27,1	11,8	21,8	34,5	53,0	42,2	40,3	29,6	49,7	40,6	17,0	26,4	25,0	30,9	47,9	22,3	24,8	**41,5**
	9-apr	86,0	52,8	62,3	42,3	33,6	13,5	26,8	43,9	65,3	46,1	49,3	32,9	55,1	44,1	18,0	27,3	24,5	30,5	50,1	19,9	23,6	**47,2**
	2-apr	89,6	44,8	66,8	42,6	34,1	13,5	34,7	52,6	73,9	43,0	52,4	37,5	53,3	44,6	19,0	27,3	21,4	32,2	47,5	15,1	18,4	**48,1**
	26-mar	87,2	19,2	70,9	39,7	31,7	20,3	35,6	53,9	78,7	39,9	53,3	43,2	48,5	47,5	25,6	27,8	18,0	28,4	44,7	10,5	16,4	**47,7**
	19-mar	77,3	19,2	67,8	37,9	27,7	22,9	37,2	45,3	79,5	39,2	49,5	44,2	42,4	51,9	30,9	27,5	15,8	30,2	41,2	10,9	14,9	**45,0**
	12-mar	62,3	9,6	58,9	33,6	22,7	31,2	35,6	41,3	71,6	35,0	44,5	46,3	37,0	50,4	33,9	26,3	12,9	22,4	35,6	11,0	13,8	**39,7**

Pazienti ricoverati, presenti a una certa data, IN TERAPIA INTENSIVA in ogni regione (ogni 100.000 abitanti) (ultime 8 settimane, per i dati completi vedi da pag 15 in poi)

indice

	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
		Val	Lom						Emi	Tos									Pug			
dati al	30/4	7°	2°	4°	9°	13°	21°	11°	17°	5°	1°	8°	10°	6°	15°	16°	19°	18°	20°	3°	14°	12°	
	30-apr	4,87	6,40	5,48	4,26	3,30	0,38	3,67	2,49	5,06	6,85	4,43	3,91	4,93	2,78	2,66	2,40	2,43	1,45	5,67	3,04	3,38	**4,33**
	23-apr	6,38	9,60	6,42	4,59	3,96	1,69	4,77	3,32	6,18	6,93	4,63	4,14	5,77	3,48	4,33	2,56	2,27	1,99	6,40	3,23	3,63	**4,99**
	16-apr	6,77	11,20	7,26	5,44	4,86	2,44	6,05	4,89	7,01	7,53	7,14	3,91	6,64	4,41	4,99	2,29	2,38	2,71	7,16	3,54	3,88	**5,64**
	9-apr	7,63	9,60	8,26	4,85	6,05	3,19	7,88	6,38	7,68	7,69	8,86	4,94	6,39	5,26	4,33	2,59	2,06	1,81	6,58	3,10	3,45	**6,04**
	2-apr	8,77	8,00	8,55	4,72	5,82	3,38	9,35	6,72	8,31	7,42	9,39	6,21	6,53	5,33	5,32	2,71	1,90	2,17	6,65	2,17	3,08	**6,21**
	26-mar	8,30	5,60	8,46	4,39	5,27	5,44	8,07	6,47	8,94	6,96	10,05	6,55	6,25	6,57	5,66	3,17	1,85	2,71	5,84	1,86	2,48	**6,08**
	19-mar	7,56	1,60	7,86	4,13	4,08	6,01	10,08	6,38	8,65	6,66	9,32	8,62	5,35	6,80	4,66	2,71	1,90	2,35	5,41	1,55	2,48	**5,64**
	12-mar	5,73	1,60	6,65	4,20	3,16	7,13	8,43	5,39	7,84	5,90	7,34	9,08	4,69	7,11	5,99	2,61	1,80	2,35	4,40	1,37	2,07	**4,89**

Roberto Bazzetti - report periodico sui dati Protezione Civile

casi di positività dall'inizio dell'epidemia (casi cumulati)

indice

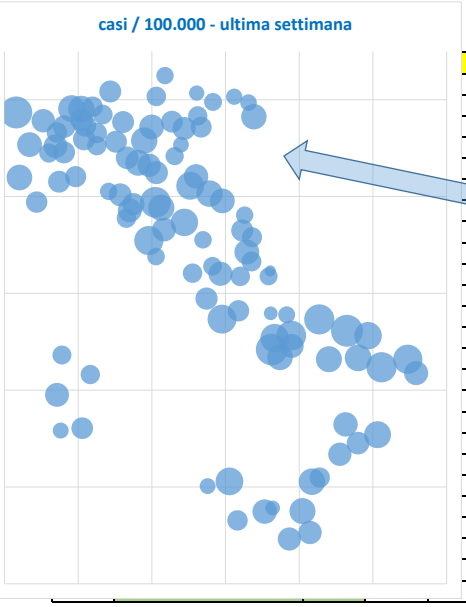
	Le 25 province con il maggior numero di casi				Le 25 province con la maggiore densità di casi / 100.000 abitanti	
	30 aprile 2021	numero	% cumul		30 aprile 2021	densità
1	Milano	260.787	6,6%	1	Bolzano	13.356
2	Roma	231.119	12,4%	2	Belluno	10.471
3	Napoli	229.689	18,2%	3	Rimini	10.141
4	Torino	185.605	22,9%	4	Como	9.602
5	Brescia	102.129	25,5%	5	Udine	9.527
6	Bari	90.134	27,8%	6	Gorizia	9.270
7	Bologna	89.560	30,0%	7	Varese	9.226
8	Varese	81.640	32,1%	8	Trieste	8.900
9	Padova	79.339	34,1%	9	Treviso	8.798
10	Verona	79.258	36,1%	10	Bologna	8.767
11	Treviso	77.731	38,1%	11	Modena	8.760
12	Monza e della Brianza	76.090	40,0%	12	Monza e della Brianza	8.744
13	Bolzano	71.142	41,8%	13	Forlì-Cesena	8.714
14	Vicenza	67.693	43,5%	14	Verona	8.571
15	Venezia	67.222	45,2%	15	Reggio nell'Emilia	8.503
16	Palermo	64.866	46,8%	16	Padova	8.497
17	Salerno	63.387	48,4%	17	Cuneo	8.466
18	Firenze	62.269	50,0%	18	Aosta	8.426
19	Modena	61.947	51,6%	19	Torino	8.320
20	Caserta	61.337	53,1%	20	Mantova	8.318
21	Como	57.386	54,6%	21	Brescia	8.135
22	Catania	53.325	55,9%	22	Trento	8.067
23	Genova	52.062	57,2%	23	Sondrio	8.048
24	Udine	50.155	58,5%	24	Prato	8.009
25	Bergamo	49.901	59,8%	25	Milano	7.987

Le prime 25 province per numero di casi = 59,8% di tutti i casi italiani

La tabella a destra mostra invece la densità dei casi (per 100.000 abitanti)

(Casi cumulati dall'inizio dell'epidemia)

casi di positività dell'ultima settimana (casi incidenti)



	Le 25 province con la maggiore densità di casi / 100.000 abitanti		variaz vs sett precedente
	ultima settimana	densità	
1	Aosta	260,7	9,8%
2	Barletta-Andria-Trani	260,1	-2,3%
3	Napoli	254,5	-5,3%
4	Prato	242,0	-21,6%
5	Taranto	232,8	-14,1%
6	Foggia	231,8	-0,3%
7	Benevento	226,2	-0,2%
8	Brindisi	217,8	0,4%
9	Pistoia	216,3	5,9%
10	Latina	212,4	23,5%
11	Caserta	208,0	9,4%
12	Forlì-Cesena	197,3	-3,8%
13	Palermo	196,3	-9,2%
14	Bari	192,6	-29,9%
15	Arezzo	192,2	23,0%
16	Crotone	185,1	-3,1%
17	Varese	184,1	3,2%
18	Matera	182,2	-6,1%
19	Rimini	179,3	16,6%
20	Reggio Calabria	179,1	10,5%
21	Mantova	177,7	-10,2%
22	Como	177,2	-1,1%
23	Firenze	175,8	-4,9%
24	Potenza	172,4	-15,7%
25	Catania	172,4	-7,2%

Le prime 25 province per numero di casi = 59,6% di tutti i casi italiani

La tabella a destra mostra invece la densità dei casi (per 100.000 abitanti)

(Casi incidenti dell'ultima settimana)

Indicatori regionali

pos / abit = casi positivi dell'ultima settimana / 100.000 abitanti = **INCIDENZA**

pos / tamp = casi positivi dell'ultima settimana / tamponi dell'ultima settimana = **QUOZ DI POSITIVITA' DEI TAMPONI**

tamp / abit = tamponi dell'ultima settimana / 100.000 abitanti = **QUANTITA' TAMPONI ESEGUITI**

ric TI / ric H = ricoveri in terapia intensiva, presenti in data odierna / ricoveri totali (compresa terapia intensiva) presenti in data odierna = **GRAVITA' RICOVERI**

ric H / abit = ricoveri totali (compresa terapia intensiva) presenti in data odierna / 100.000 abitanti **= QUOZ OSPEDALIZZAZIONE**

dec / ric H = decessi dell'ultima settimana / ricoveri totali (compresa terapia intensiva) presenti 14 giorni fa **= MORTALITA' OSPEDALIERA**

dec / abit = decessi dell'ultima settimana / 100.000 abitanti **= MORTALITA'**

dec / pos = decessi dell'ultima settimana / casi positivi di due settimane prima **= LETALITA'**

	pos / abit	pos / tamp	tamp / abit	RIC TI / RIC H	RIC H / abit	dec / RIC H	dec / abit	dec / pos
Piemonte	147,1	4,6%	3,2%	9,0%	53,8	4,3%	3,5	1,83%
Valle d'Aosta	267,1 *	8,3%	3,2%	18,2%	35,2	15,8%	9,6	3,30%
Lombardia	134,5	4,4%	3,0%	13,6%	40,3	5,1%	3,0	1,94%
Liguria	115,8	3,7%	3,1%	12,1%	35,1	9,4%	4,2	2,64%
Veneto	119,5	2,7%	4,5%	14,3%	23,1	8,1%	2,6	1,96%
P.A. Bolzano	77,3	0,7%	10,5%	3,1%	12,2	3,9%	0,6	0,78%
P.A. Trento	97,4	3,6%	2,7%	22,5%	16,3	7,2%	2,0	1,68%
Friuli Venezia Giulia	91,8	2,3%	4,0%	11,2%	22,3	11,6%	4,6	2,84%
Emilia Romagna	144,5	3,6%	4,0%	11,5%	43,9	5,4%	3,2	1,85%
Toscana	158,9	3,6%	4,4%	16,0%	42,9	10,5%	5,2	2,51%
Marche	123,7	6,7%	1,9%	14,1%	31,4	5,8%	2,8	1,89%
Umbria	84,7	1,6%	5,3%	16,7%	23,3	5,5%	1,8	1,95%
Lazio	133,9	3,3%	4,1%	11,5%	42,8	6,3%	3,6	2,18%
Abruzzo	78,4	2,2%	3,5%	8,8%	31,7	7,4%	3,3	2,98%
Molise	66,6	4,4%	1,5%	16,7%	16,0	12,1%	2,7	3,01%
Campania	219,4	8,0%	2,7%	8,6%	27,8	15,2%	4,4	1,86%
Calabria	158,2	11,3%	1,4%	9,0%	27,1	6,9%	1,9	1,06%
Basilicata	178,6	8,6%	2,1%	4,7%	31,1	11,3%	3,8	1,64%
Puglia	205,3	9,9%	2,1%	12,1%	46,9	11,1%	6,1	2,40%
Sardegna	99,0	6,3%	1,6%	11,7%	26,0	9,9%	2,5	1,60%
Sicilia	145,0	3,9%	3,7%	12,3%	27,4	10,4%	3,0	1,58%
ITALIA	**145,8**	**4,3%**	**3,4%**	**12,0%**	**36,1**	**7,5%**	**3,5**	**2,00%**

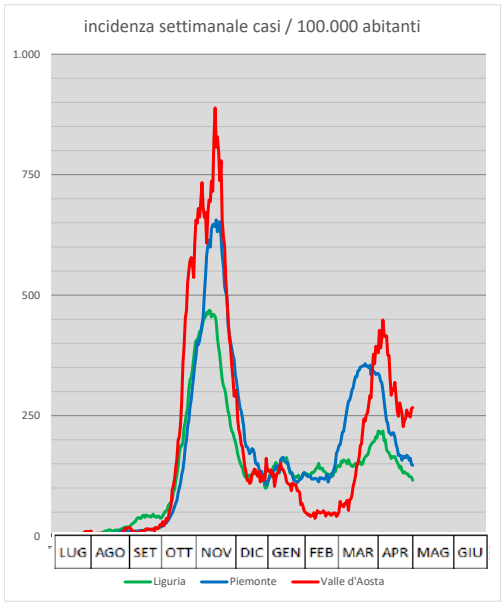
* > 250

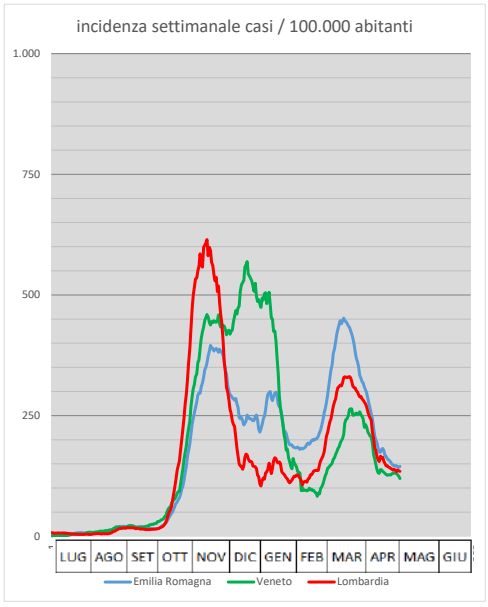
indice

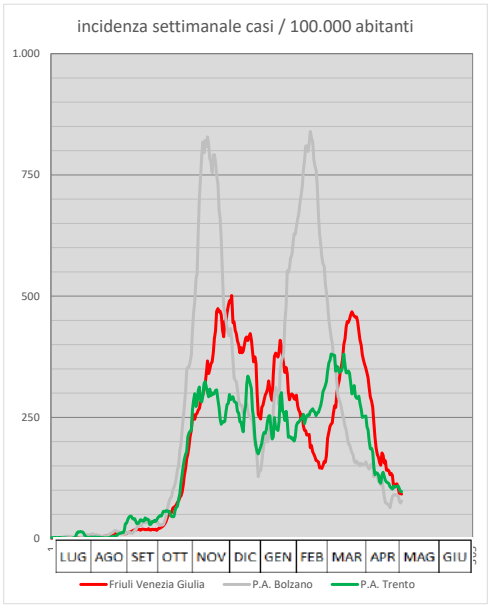
Roberto Bazzetti, grafici periodici su dati Protezione Civile

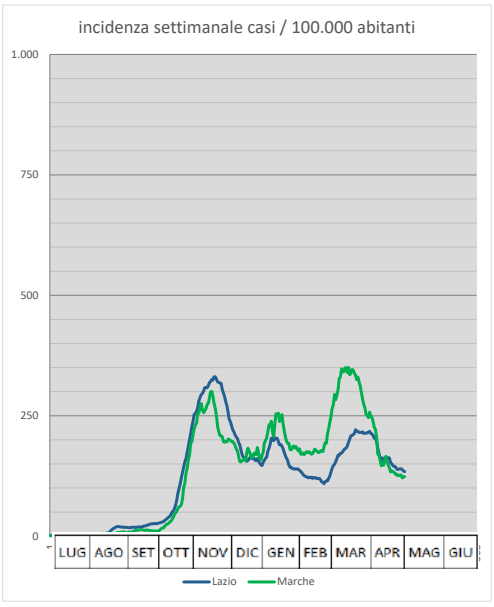
indice

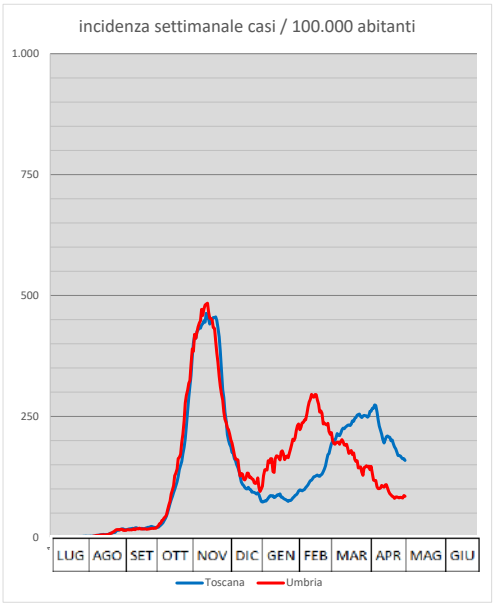
I grafici che seguono rappresentano l'andamento settimanale dell'incidenza di nuovi casi (somma mobile ultimi 7 giorni/ 100.000 abitanti) nelle diverse regioni.
Si ricorda la rilevanza che viene attribuita alla soglia di **250 nuovi casi a settimana /100.000 abitanti**.

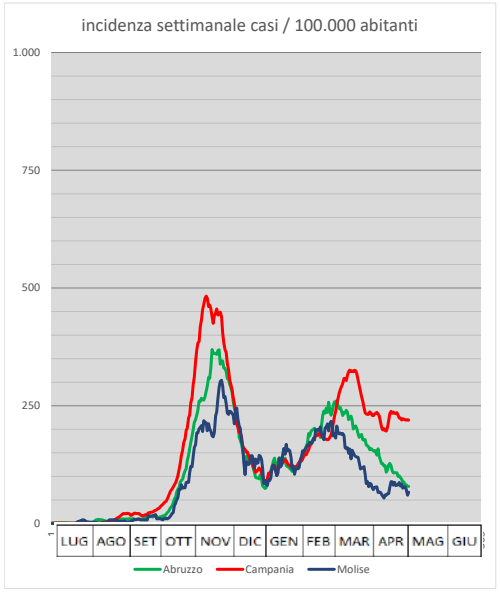


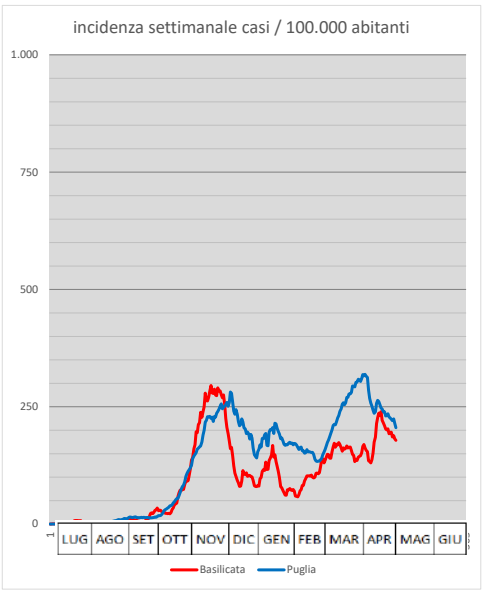


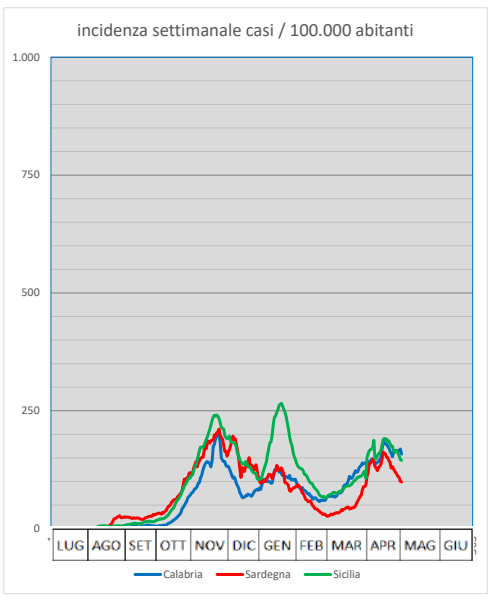












indice

DIAGRAMMI "RADAR" REGIONALI - ULTIMA SETTIMANA

Gli stessi 8 indicatori, espressi come scostamento % rispetto ai valori nazionali

LEGENDA:

pos / abit = casi positivi dell'ultima settimana / 100.000 abitanti = **INCIDENZA**

pos / tamp = casi positivi dell'ultima settimana / tamponi dell'ultima settimana = **QUOZ DI POSITIVITA' DEI TAMPONI**

tamp / abit = tamponi dell'ultima settimana / 100.000 abitanti = **QUANTITA' TAMPONI ESEGUITI**

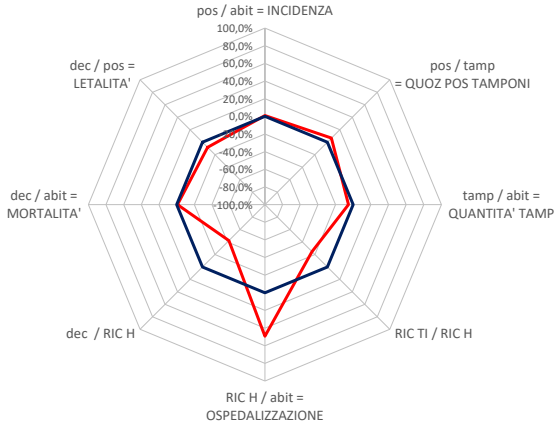
ric TI / ric H = ricoveri in terapia intensiva, presenti in data odierna / ricoveri totali (compresa terapia intensiva) presenti in data odierna = **GRAVITA' RICOVERI**

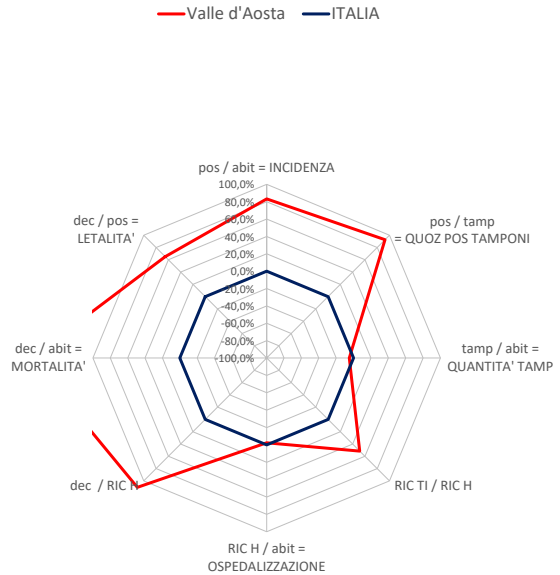
ric H / abit = ricoveri totali (compresa terapia intensiva) presenti in data odierna / 100.000 abitanti **= QUOZ OSPEDALIZZAZIONE**

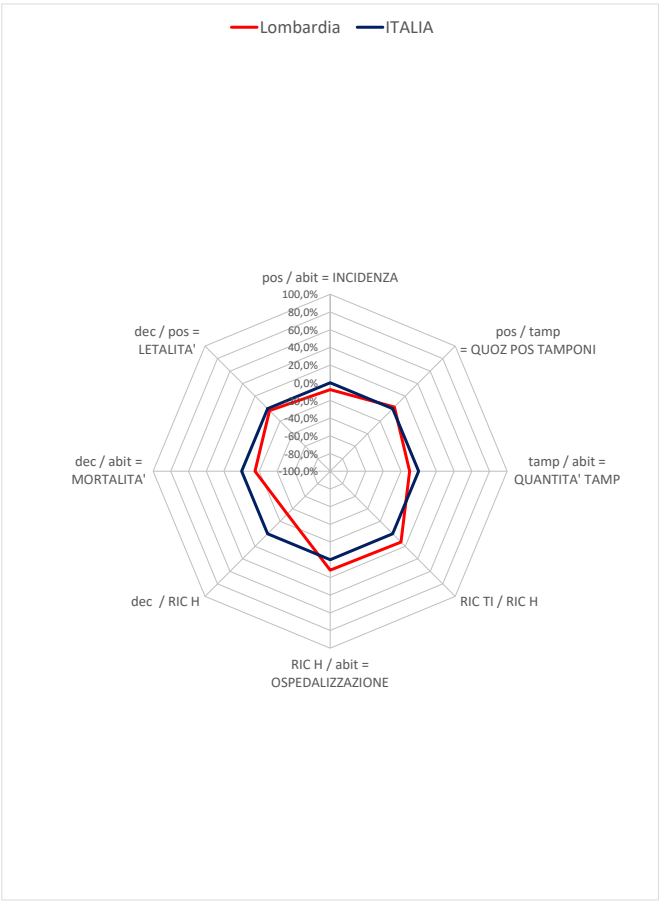
dec / ric H = decessi dell'ultima settimana / ricoveri totali (compresa terapia intensiva) presenti 14 giorni fa **= MORTALITA' OSPEDALIERA**

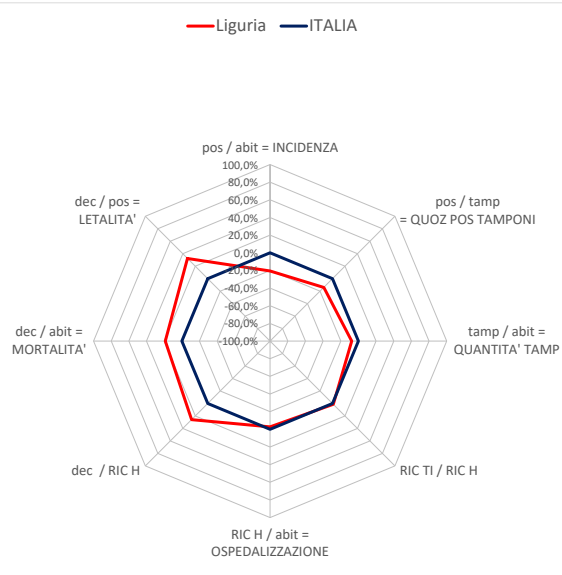
dec / abit = decessi dell'ultima settimana / 100.000 abitanti **= MORTALITA'**

dec / pos = decessi dell'ultima settimana / casi positivi di due settimane prima **= LETALITA'**

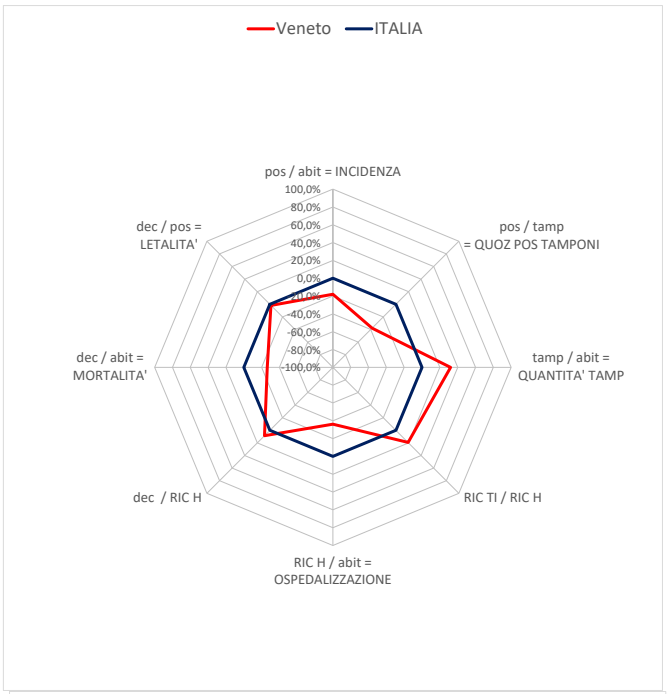


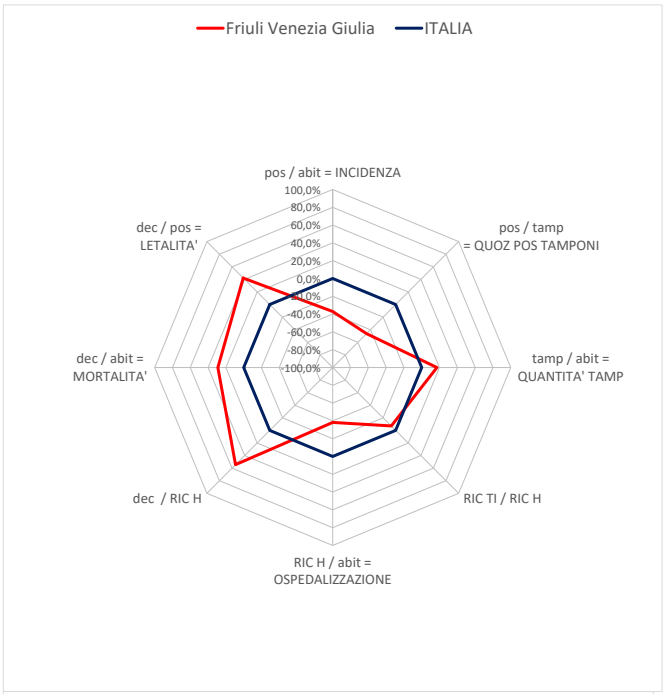


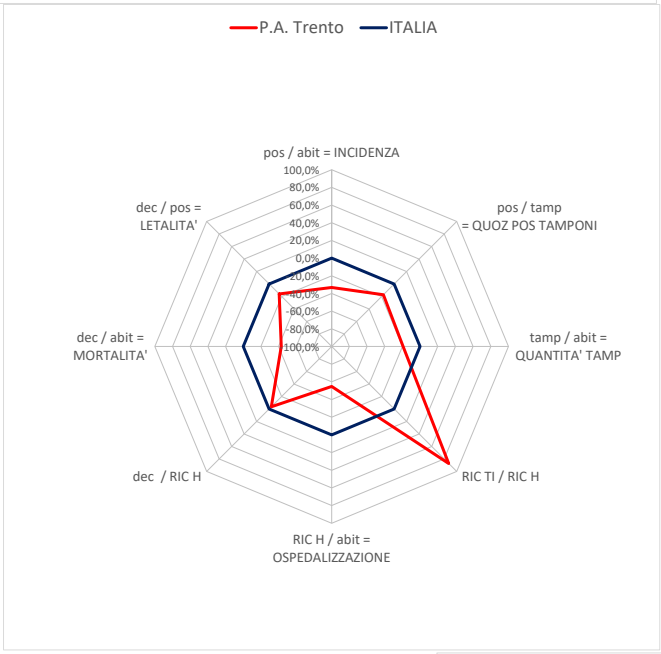


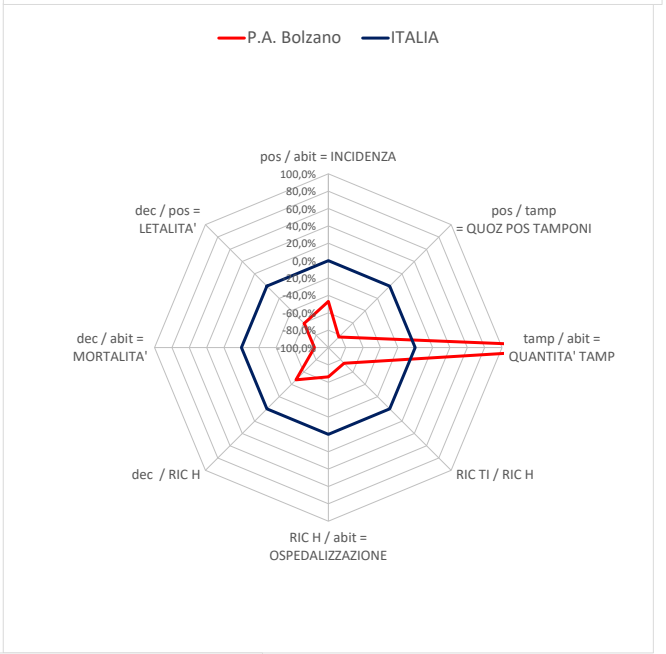


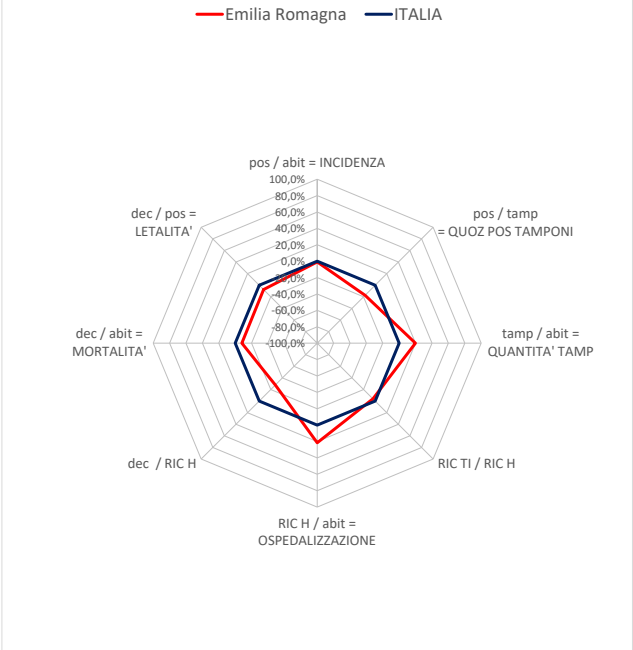
indice


Veneto
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%

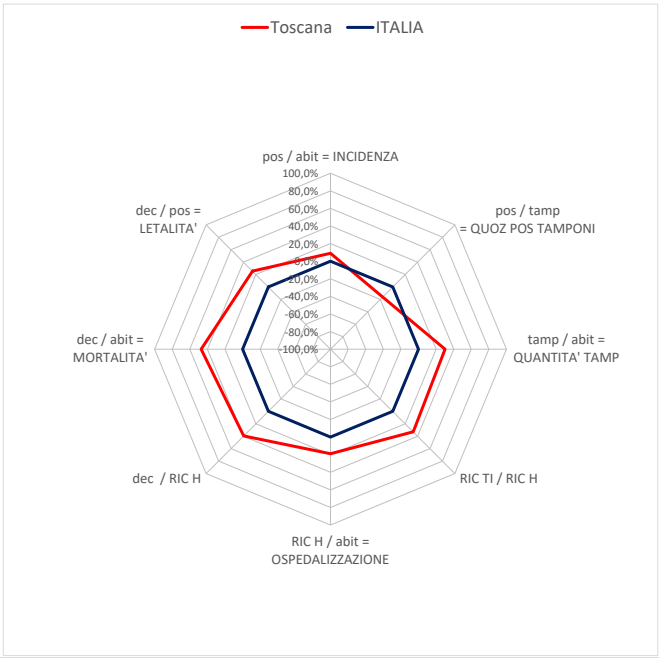

Friuli Venezia Giulia
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%

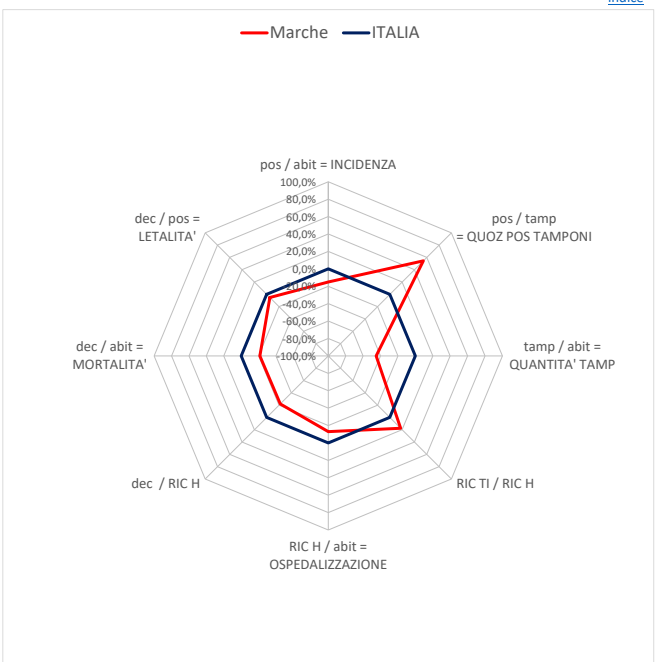

P.A. Trento
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%

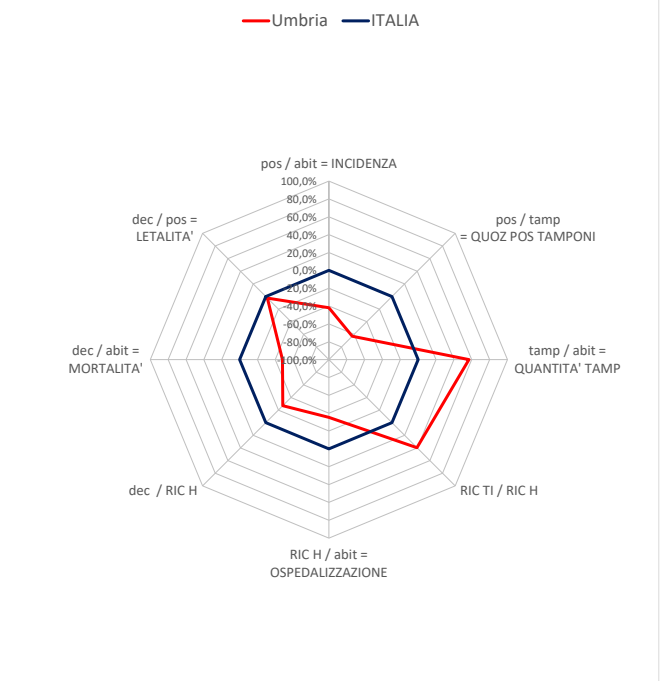

P.A. Bolzano
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%

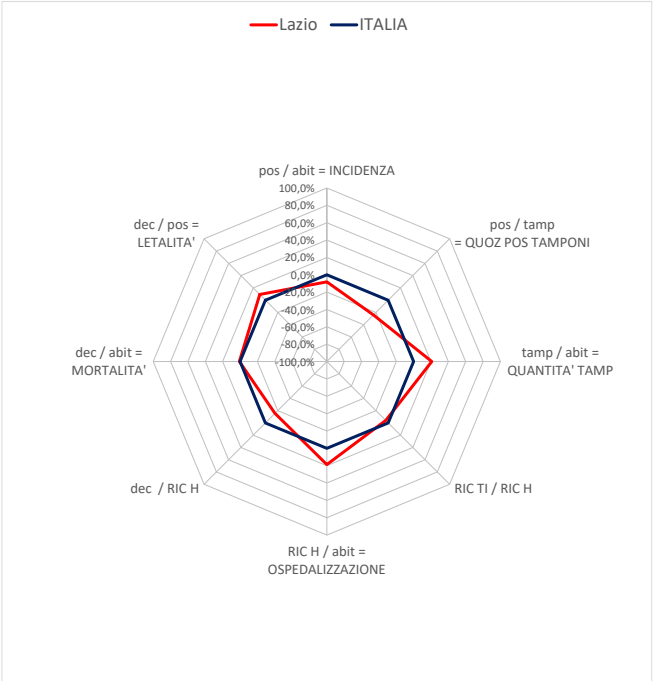

Emilia Romagna
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%

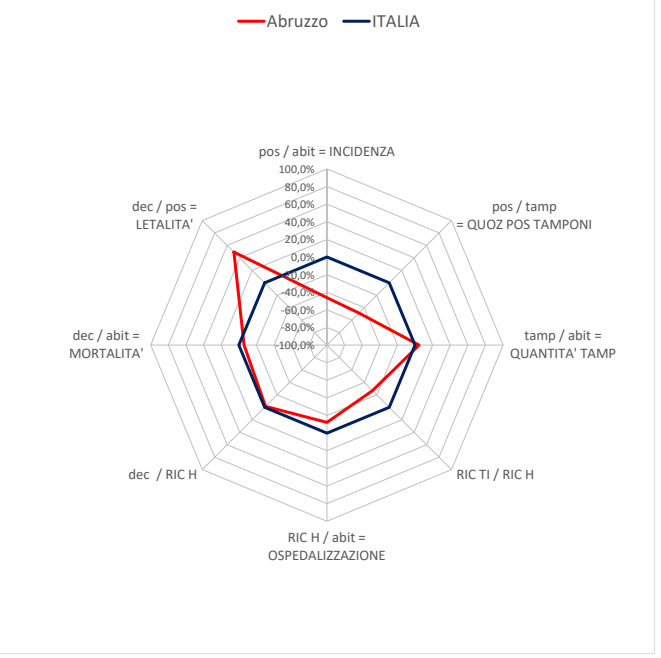
indice

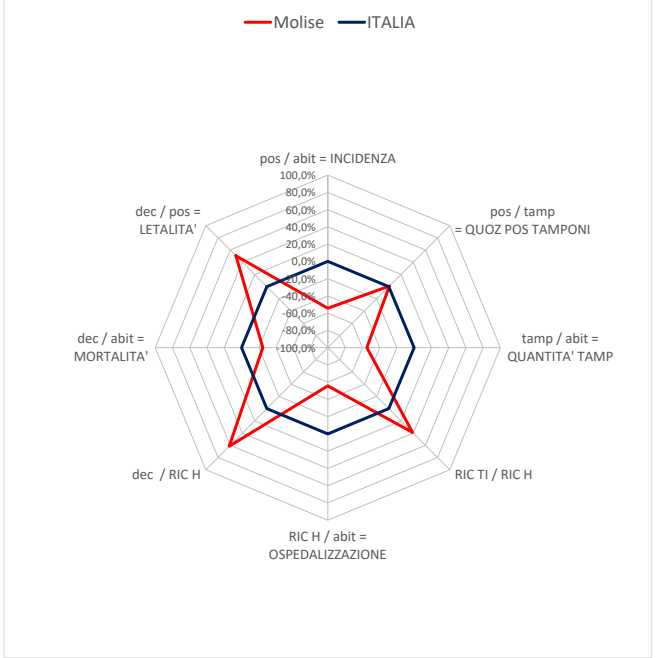

Toscana
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%


Marche
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%

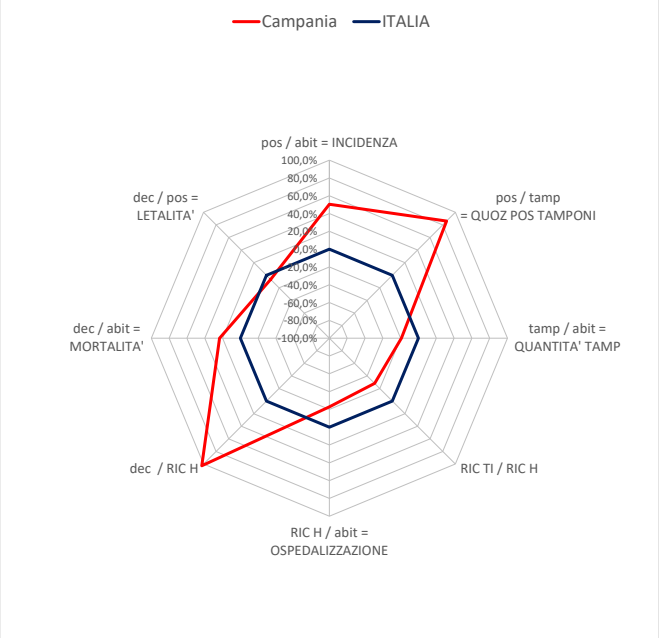

Umbria
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%

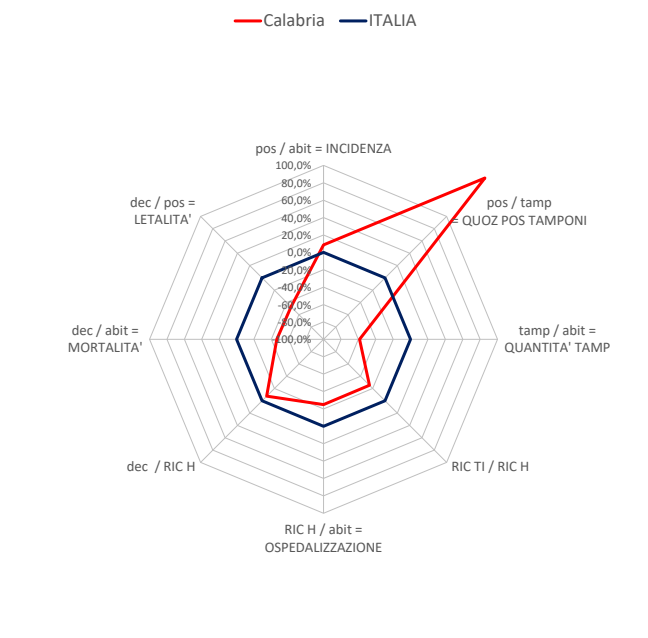

Lazio
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%

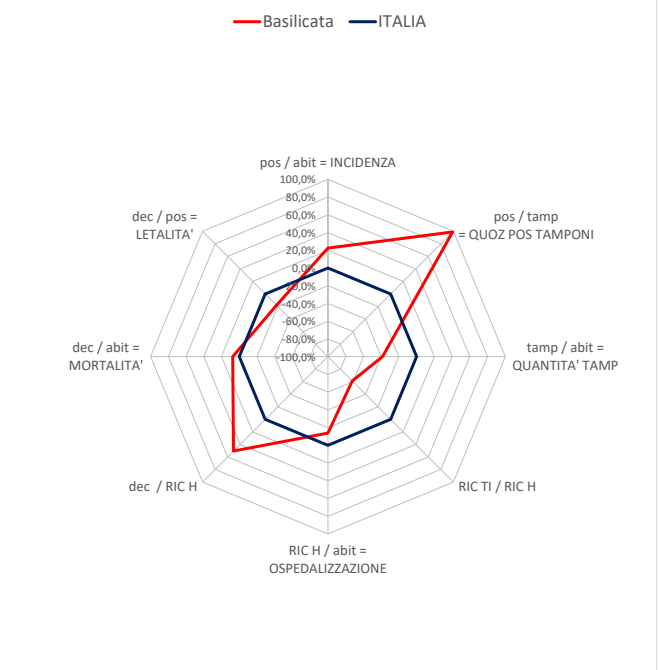

Abruzzo
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%

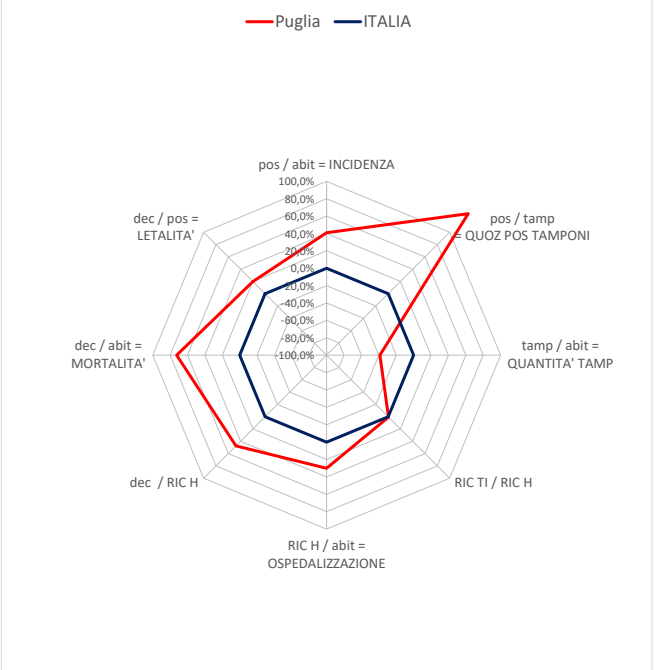

Molise
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'
100,0%
80,0%
60,0%
40,0%
20,0%
0,0%

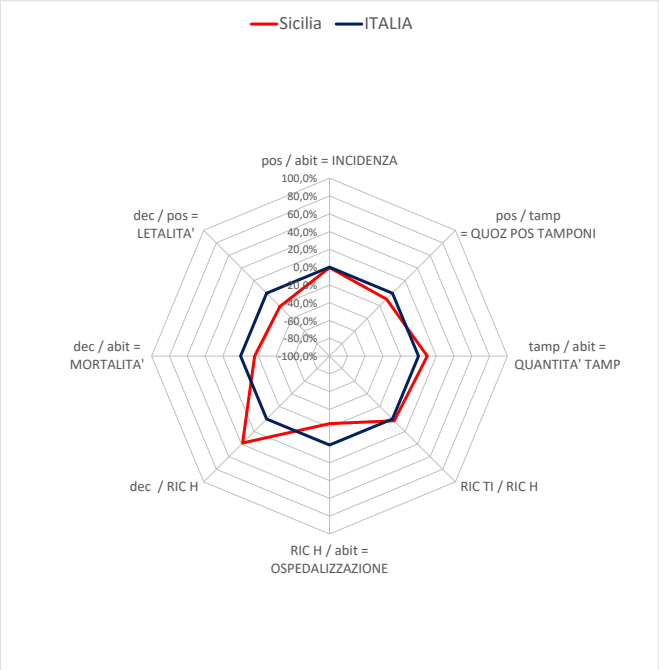
indice

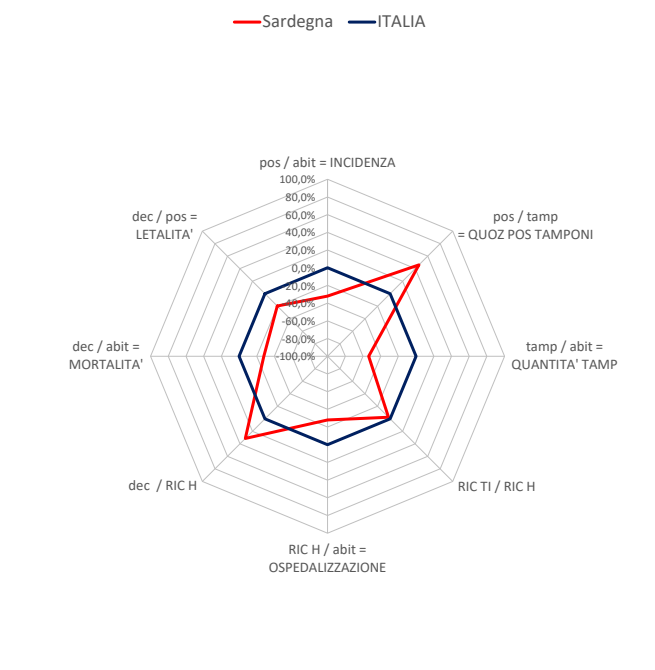

Campania
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'


Calabria
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'


Basilicata
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'


Puglia
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'


Sicilia
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'


Sardegna
ITALIA
pos / abit = INCIDENZA
pos / tamp = QUOZ POS TAMPONI
tamp / abit = QUANTITA' TAMP
RIC TI / RIC H
RIC H / abit = OSPEDALIZZAZIONE
dec / RIC H
dec / abit = MORTALITA'
dec / pos = LETALITA'

NOTE della Protezione Civile (solo le più recenti)

indice

30/04/2021	La regione Abruzzo comunica che dei nuovi decessi comunicati in data odierna, 1 è avvenuto nei giorni precedenti. La regione Emilia Romagna comunica che dal totale dei positivi è stato eliminato 1 caso dichiarato nei giorni precedenti, in quanto positivo al test antigenico ma non confermato da tampone molecolare. La regione Friuli Venezia Giulia comunica che a causa del ripetuto blocco di una parte del sistema informativo sanitario, i dati odierni sono parziali (tamponi eseguiti, soggetti testati, clinicamente guariti, guariti, decessi e nuovi positivi).
29/04/2021	La Regione Abruzzo comunica che a seguito di controlli anagrafici, dai casi positivi totali è stato eliminato 1 caso dei giorni passati in quanto già segnalato da altra Regione. La Regione Emilia Romagna comunica che stati eliminati 5 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare. La Regione Friuli Venezia Giulia comunica che a fronte della risoluzione del blocco dei sistemi informativi sanitari, segnalato ieri, i dati odierni comprendono una quota di tamponi, soggetti testati, guariti e casi positivi non visibili ieri a sistema.
28/04/2021	La Regione Abruzzo comunica che del totale dei decessi comunicati in data odierna 1 caso è avvenuto nei giorni precedenti. La Regione Emilia Romagna comunica che sono stati eliminati 3 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare. La Regione Friuli Venezia Giulia comunica che a causa di non completo aggiornamento dovuto ad un blocco del sistema informativo sanitario, i dati odierni sono parziali: in particolare, il numero dei nuovi positivi e dei tamponi eseguiti è parziale; il numero di soggetti testati e dei soggetti guariti non è aggiornato e pertanto si riporta il dato già comunicato ieri.
27/04/2021	La Regione Abruzzo comunica che del totale dei decessi comunicati in data odierna 4 casi sono avvenuti nei periodi precedenti. La Regione Emilia Romagna comunica che dal totale dei casi confermati già comunicati sono stati eliminati 6 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare.
26/04/2021	La Regione Abruzzo comunica che a seguito di controlli anagrafici, dai casi positivi già comunicati è stato eliminato 1 caso in quanto duplicato. La Regione Emilia Romagna comunica che dai casi già comunicati sono stati eliminati 3 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare.
25/04/2021	La Regione Emilia Romagna comunica che dai casi già comunicati è stato eliminato 1 caso, positivo a test antigenico ma non confermato da tampone molecolare.
24/04/2021	La Regione Emilia Romagna comunica che dai casi già comunicati sono stati eliminati 3 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare.
23/04/2021	La Regione Calabria comunica che il numero dei casi confermati di oggi include 115 soggetti positivi relativi al giorno 22/04/2021. La Regione Emilia Romagna comunica che dai casi già comunicati sono stati eliminati 3 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare.
21/04/2021	La Regione Abruzzo comunica che dai casi già comunicati, è stato eliminato 1 caso in quanto non paziente Covid. La Regione Emilia Romagna comunica che dai casi già comunicati sono stati eliminati 7 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare. La Regione Molise comunica che i tamponi processati con test antigenico inseriti oggi sono la risultanza di tamponi fatti dal 15 gennaio ad oggi sul territorio.
20/04/2021	La Regione Emilia Romagna comunica che dai casi già comunicati sono stati eliminati 5 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare.
19/04/2021	La Regione Abruzzo comunica che dai casi già comunicati in precedenza è stato eliminato 1 caso, in quanto già segnalato da altra regione. Comunica inoltre che in seguito a verifica sono stati identificati due duplicati tra i deceduti comunicati in precedenza. La Regione Calabria comunica che in data odierna vengono comunicati i seguenti decessi: 2 decessi avvenuti l'11/04/2021; uno il 12/04/2021; due il 17/04/2021; e uno il 18/04/2021, non comunicati in precedenza per mero errore materiale. La Regione Veneto comunica che il dato dei casi confermati da test antigenico è diminuito rispetto a ieri in quanto i test confermati da molecolari sono stati ricollocati.
18/04/2021	La Regione Emilia Romagna comunica che sono stati eliminati 5 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare; comunica inoltre che è stato eliminato 1 caso, comunicato nei giorni precedenti, in quanto giudicato non caso COVID-19. La Regione Veneto comunica che il dato dei casi confermati da test antigenico è diminuito rispetto a ieri in quanto i test confermati da molecolari sono stati ricollocati.
17/04/2021	La Regione Abruzzo comunica che dal totale dei casi positivi e stato sottratto 1 caso in quanto non paziente Covid e 1 caso in quanto duplicato; comunica inoltre che del totale dei decessi riportati in data odierna 6 casi sono relativi a periodi precedenti. La Regione Emilia Romagna comunica che sono stati eliminati 4 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare.
16/04/2021	La Regione Abruzzo comunica che dal totale dei decessi comunicati in data odierna 9 casi sono relativi a periodi precedenti e che dal totale dei casi positivi sono stati sottratti 3 casi (1 caso in quanto già segnalato da altra Regione e 2 in quanto duplicati). La Regione Emilia Romagna sono stati eliminati 17 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare
15/04/2021	La Regione Abruzzo ha comunicato che dal totale dei casi positivi e stato sottratto 1 caso in quanto duplicato. La Regione Emilia Romagna ha comunicato che sono stati eliminati 10 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare. La Regione Puglia ha comunicato che è stata effettuata una riclassificazione di alcuni casi confermati da test antigenico, i quali sono risultati successivamente anche confermati da test molecolare e quindi ricompresi tra questi.
14/04/2021	La Regione Abruzzo comunica che dal totale dei positivi sono stati sottratti 2 casi: 1 in quanto già segnalato da altre Regioni ed 1 in quanto non paziente COVID. La Regione Emilia Romagna comunica che sono stati eliminati 6 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare.
13/04/2021	La Regione Emilia Romagna comunica che sono stati eliminati 8 casi, positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare.
12/04/2021	La Regione Abruzzo comunica che dal totale dei positivi è stato sottratto 1 caso dei giorni scorsi in quanto duplicato. La Regione Emilia Romagna comunica che sono stati eliminati 8 casi già comunicati come casi confermati, di cui 3 casi positivi a test antigenico ma non confermati da tampone molecolare e 5 casi comunicati nei giorni precedenti, in quanto giudicati non casi COVID-19.
11/04/2021	La regione Emilia Romagna comunica che dal totale dei positivi sono stati eliminati 4 casi dichiarati nei giorni precedenti, in quanto positivi al test antigenico ma non confermati da tampone molecolare. La P.A. di Bolzano comunica che dal totale dei positivi sono stati eliminati 5 casi dichiarati nei giorni precedenti, in quanto positivi al test antigenico ma non confermati da tampone molecolare. La regione Veneto comunica che alcuni casi confermati da test antigenico essendo stati successivamente confermati da test molecolare sono stati ricompresi tra quest'ultimi.
10/04/2021	La regione Emilia Romagna comunica che dal totale dei positivi sono stati eliminati 3 casi dichiarati nei giorni precedenti, in quanto positivi al test antigenico ma non confermati da tampone molecolare. La P.A. di Bolzano comunica che dal totale dei positivi sono stati eliminati 11 casi dichiarati nei giorni precedenti, in quanto positivi al test antigenico ma non confermati da tampone molecolare. La regione Puglia comunica che alcuni casi confermati da test antigenico essendo stati successivamente confermati da test molecolare sono stati ricompresi tra quest'ultimi. La regione Sicilia comunica che il numero di Guariti deriva da un ricalcolo effettuato con dati incompleti riferiti alle ultime due settimane e il numero di Deceduti deriva da un ricalcolo effettuato con dati incompleti riferiti a mesi precedenti."
09/04/2021	La regione Emilia Romagna comunica che dal totale dei positivi sono stati eliminati 3 casi dichiarati nei giorni precedenti, in quanto positivi al test antigenico ma non confermati da tampone molecolare. La P.A. di Bolzano comunica che dal totale dei positivi sono stati eliminati 11 casi dichiarati nei giorni precedenti, in quanto positivi al test antigenico ma non confermati da tampone molecolare. La regione Puglia comunica che alcuni casi confermati da test antigenico essendo stati successivamente confermati da test molecolare sono stati ricompresi tra quest'ultimi. La regione Sicilia comunica che il numero di Guariti deriva da un ricalcolo effettuato con dati incompleti riferiti alle ultime due settimane e il numero di Deceduti deriva da un ricalcolo effettuato con dati incompleti riferiti a mesi precedenti."

Roberto Bussetti (crediti pericolosi dati Protezione Civile)

indice

Questa tabella mostra i NUOVI casi della settimana per ogni regione

APPENDICE: dati storici, dall'inizio dell'epidemia

Periodo dal	al	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
variazione (rapp)		0,92	1,12	0,97	0,87	0,92	0,85	0,90	0,85	0,97	0,90	0,96	1,02	0,95	0,81	0,84	0,98	0,98	0,88	0,87	0,78	0,87	0,93
24-apr	30-apr	6.341	334	13.483	1.766	5.833	412	531	1.107	6.449	5.869	1.871	737	7.707	1.015	200	12.530	2.996	988	8.118	1.596	7.067	86.950
17-apr	23-apr	6.880	299	13.946	2.041	6.317	483	591	1.302	6.642	6.503	1.952	726	8.074	1.255	239	12.779	3.061	1.123	9.295	2.039	8.077	93.624
10-apr	16-apr	8.235	364	15.554	2.422	6.467	383	656	1.938	7.854	7.661	2.220	822	9.393	1.442	266	13.366	3.406	1.281	10.061	2.557	9.205	105.553
3-apr	9-apr	10.131	470	17.729	2.681	7.244	663	736	2.086	8.865	8.164	2.378	886	9.377	1.575	162	11.513	2.666	759	9.942	1.988	7.511	107.526
27-mar	2-apr	14.368	592	25.835	3.312	10.538	749	1.098	3.743	12.664	9.845	3.514	1.144	12.213	1.998	233	13.377	2.709	938	12.484	2.208	6.819	140.381
20-mar	26-mar	14.415	359	28.966	2.893	12.575	11.478	1.456	4.809	14.788	9.312	4.153	1.251	12.282	2.130	267	13.241	2.531	764	11.941	1.140	5.450	156.201
13-mar	19-mar	15.233	274	32.212	2.285	12.880	912	1.653	5.581	18.588	9.137	5.058	1.365	12.722	2.357	390	16.753	2.095	897	10.684	721	4.814	156.611
6-mar	12-mar	13.905	142	32.943	2.272	10.303	1.138	1.951	4.968	20.024	8.548	5.136	1.597	10.779	2.943	412	18.415	1.761	939	9.497	681	4.324	152.678
27-feb	5-mar	10.841	87	28.591	2.365	8.291	1.717	1.939	3.619	17.897	7.762	4.952	1.673	9.667	2.958	575	16.975	1.316	853	7.945	550	3.633	134.206
20-feb	26-feb	7.662	56	21.614	2.232	6.906	2.407	1.977	2.650	13.017	7.141	3.767	1.882	7.695	3.341	570	13.062	1.335	722	6.078	445	3.482	108.041
13-feb	19-feb	5.274	60	14.933	1.906	4.274	3.234	1.496	1.778	9.524	5.014	2.656	2.038	6.409	3.161	616	10.219	1.150	599	5.317	545	3.383	83.586
6-feb	12-feb	5.170	61	12.767	2.132	4.762	4.357	1.460	2.161	8.774	4.644	2.737	2.570	6.950	2.579	600	10.716	1.181	569	6.080	789	4.578	85.637
30-gen	5-feb	5.106	54	11.263	2.003	4.615	4.149	1.293	2.691	8.099	3.899	2.651	2.222	7.119	2.405	520	9.428	1.538	392	6.432	1.107	5.603	82.589
23-gen	29-gen	5.705	65	12.420	2.004	7.207	3.423	1.269	3.569	8.140	3.530	2.679	2.039	8.027	1.716	429	7.615	1.870	397	6.834	1.456	6.822	87.216
16-gen	22-gen	4.918	114	11.935	1.888	8.813	2.922	1.141	3.643	9.047	2.803	2.719	1.581	8.222	1.509	367	6.807	2.032	370	6.736	1.481	10.383	89.431
9-gen	15-gen	6.582	137	15.444	2.340	14.155	1.838	1.599	4.935	11.965	3.060	3.822	1.555	10.746	1.796	442	7.741	2.325	737	8.445	2.016	12.853	114.533
2-gen	8-gen	5.741	174	13.026	1.993	22.039	1.113	1.120	3.834	12.772	3.033	3.123	1.166	11.408	1.315	306	5.848	1.837	646	6.593	1.710	9.717	108.514
26-dic	1-gen	5.511	160	12.076	1.910	23.888	1.042	1.194	3.443	10.851	2.762	3.007	1.211	9.297	1.286	281	6.125	1.987	535	6.685	1.602	6.169	101.022
19-dic	25-dic	5.485	144	14.404	1.950	25.572	1.041	1.035	3.740	11.086	3.395	2.782	1.068	9.272	1.336	430	6.554	1.558	557	7.248	2.181	5.738	106.576
12-dic	18-dic	4.806	174	16.888	1.997	27.769	1.398	1.828	4.927	11.194	3.663	2.662	1.075	9.252	1.638	433	7.396	1.387	600	8.107	2.218	6.493	115.905
5-dic	11-dic	8.021	166	15.043	1.863	23.253	1.436	1.315	4.622	11.001	4.222	2.334	1.150	10.303	1.859	392	9.112	1.442	562	9.651	2.048	7.139	116.934
28-nov	4-dic	12.910	302	25.504	2.604	20.724	2.184	1.588	6.047	12.990	6.431	2.969	1.602	12.712	3.079	734	13.278	2.167	1.065	9.930	3.010	8.892	150.722
21-nov	27-nov	18.115	512	40.381	3.802	21.315	2.546	1.312	5.023	16.675	9.560	2.950	2.121	16.679	3.978	705	19.440	2.697	1.561	9.935	2.841	10.302	192.450
14-nov	20-nov	26.726	974	53.072	5.291	21.653	4.133	1.667	5.169	17.276	16.554	3.783	3.321	18.784	4.773	870	25.437	3.611	1.546	9.011	3.161	11.652	238.464
7-nov	13-nov	27.854	895	61.644	7.012	22.414	4.412	1.641	4.419	16.027	16.650	4.174	4.049	17.958	4.269	590	26.056	2.702	1.384	7.911	3.005	9.556	244.622
31-ott	6-nov	21.709	827	56.122	6.912	17.836	3.737	1.705	3.237	13.244	15.957	4.037	3.895	16.574	3.403	587	25.938	1.851	1.090	6.021	2.306	8.019	215.007
24-ott	30-ott	16.049	820	43.180	6.181	13.116	2.017	1.222	2.700	9.432	13.822	2.974	3.389	13.123	2.777	486	17.766	1.418	512	4.460	1.871	5.490	162.805
17-ott	23-ott	9.805	656	22.515	4.078	6.863	1.325	811	1.322	4.673	6.884	1.512	2.097	8.214	1.500	262	11.272	856	401	2.666	1.499	4.047	93.258
10-ott	16-ott	4.300	258	10.278	2.611	3.773	605	321	803	2.778	3.922	734	1.153	3.661	939	163	5.800	401	172	1.618	994	2.557	47.841
3-ott	9-ott	1.864	76	3.494	1.084	2.417	299	315	501	1.337	1.901	374	495	2.131	388	41	3.709	168	140	1.144	686	1.298	23.862
26-set	2-ott	932	38	1.626	642	1.489	151	250	263	744	839	174	244	1.569	181	28	2.169	114	166	578	528	948	13.673
19-set	25-set	632	12	1.428	615	1.175	183	162	214	740	833	172	158	1.453	180	51	1.415	121	63	558	420	718	11.303
12-set	18-set	589	19	1.499	667	894	192	197	239	868	637	195	151	1.157	170	22	1.040	102	23	545	318	612	10.136
5-set	11-set	432	8	1.686	576	952	90	224	219	854	706	173	135	1.054	114	25	1.251	106	57	550	369	571	10.152
29-ago	4-set	452	23	1.703	279	973	58	176	126	824	584	100	133	1.055	128	12	1.225	145	30	473	399	337	9.235
22-ago	28-ago	434	5	1.524	224	954	78	54	145	839	532	116	139	1.168	121	13	901	53	24	298	413	309	8.344
15-ago	21-ago	263	4	667	170	638	53	13	99	394	302	76	70	547	59	24	309	44	12	149	125	238	4.256
8-ago	14-ago	198	3	519	141	477	23	11	48	306	201	84	44	237	71	6	164	52	7	125	51	285	3.053
1-ago	7-ago	132	6	487	58	415	44	17	42	338	77	51	22	117	92	8	51	17	23	85	29	108	2.219
25-lug	31-lug	89	12	451	70	361	30	18	26	257	78	68	1	131	26	11	119	20	5	33	19	122	1.947
18-lug	24-lug	48	0	397	92	234	5	76	22	326	49	7	11	117	22	14	77	15	42	31	8	30	1.623
11-lug	17-lug	45	0	466	27	156	24	2	13	265	40	10	6	124	13	1	41	45	0	7	5	38	1.328
4-lug	10-lug	91	0	682	38	55	16	8	15	260	49	10	2	134	23	0	50	4	1	7	3	7	1.455
27-giu	3-lug	83	2	636	29	52	8	12	11	169	41	6	6	77	13	0	47	4	3	2	7	15	1.223
20-giu	26-giu	123	3	912	48	27	19	401	4	223	21	15	2	69	5	4	50	13	0	11	-6	6	1.950
13-giu	19-giu	199	0	1.471	39	36	7	15	13	142	40	16	2	79	9	2	7	4	0	5	5	-385	1.706
6-giu	12-giu	182	4	1.276	85	25	9	10	10	151	36	12	5	143	14	3	-214	2	2	8	4	7	1.774
30-mag	5-giu	306	5	1.391	167	40	4	5	13	138	41	17	0	64	20	0	35	1	0	25	3	8	2.283
23-mag	29-mag	424	5	2.153	230	75	5	40	40	269	53	26	2	120	17	10	54	1	5	42	0	19	3.590
16-mag	22-mag	731	5	2.265	329	170	12	70	52	360	152	78	7	225	72	19	79	13	5	74	8	47	4.773
9-mag	15-mag	978	21	3.396	337	271	20	33	59	512	162	149	16	278	70	80	92	18	7	110	18	73	6.700
2-mag	8-mag	1.684	18	4.254	597	520	30	153	75	954	276	195	13	414	130	27	118	14	4	157	17	107	9.757
25-apr	1-mag	2.862	33	5.213	953	869	72	356	159	1.674	568	247	30	540	145	13	162	33	18	218	56	213	14.434
18-apr	24-apr	4.019	107	7.121	985	1.855	160	400	207	2.136	767	360	26	608	360	18	331	88	23	554	79	356	20.560
11-apr	17-apr	4.791	114	8.087	997	1.953	341	560	326	2.706	1.383	584	35	941	429	26	509	90	29	518	115	323	24.857
4-apr	10-apr	4.116	160	8.528	1.226	2.957	396	707	470	3.196	1.228	854	123	983	451	67	765	168	47	627	238	443	27.750
28-mar	3-apr	3.804	267	10.222	1.269	2.967	556	718	562	4.344	2.049	1.034	295	1.305	546	67	1.223	239	110	848	295	609	33.329
21-mar	27-mar	3.631	188	15.034	1.475	3.466	455	749	661	5.620	1.657	1.215	489	1.287	568	59	705	287	99	753	237	842	39.477
14-mar	20-mar	2.621	236	12.444	876	2.436	423	479	399	3.705	1.323	1.256	319	731	360	33	529	169	42	452	250	278	29.361
7-mar	13-mar	697	21	7.208	313	1.107	121	153	226	1.393	391	566	60	223	80	5	163	34	7	112	38	106	13.024
29-feb	6-mar	143	7	2.612	32	488	4	10	31	870	79	159	16	54	9	12	57	4	3	17	5	24	4.636

Roberto Bazzetti - report periodico sui dati Protezione Civile

Questa tabella mostra i NUOVI decessi della settimana per ogni regione (decessi incidenti)

indice

Periodo dal	Periodo al	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
variazione		0,74		0,71	0,97	0,91	1,00	1,00	0,83	0,83	1,02	0,64	0,76	0,90	0,96	1,33	1,12	0,73	1,24	1,09	1,14	1,06	0,90
24-apr	30-apr	151	12	301	64	127	3	11	55	145	192	42	16	205	43	8	249	36	21	241	41	145	2.108
17-apr	23-apr	205	9	423	66	139	3	11	66	174	188	66	21	228	45	6	222	49	17	222	36	137	2.333
10-apr	16-apr	274	1	551	103	165	6	13	97	250	200	78	25	261	88	6	188	36	17	267	48	113	2.787
3-apr	9-apr	226	10	636	53	217	16	20	144	267	198	97	30	259	76	15	259	55	31	270	19	353	3.251
27-mar	2-apr	268	6	674	64	182	23	16	111	367	186	89	23	220	79	12	317	46	17	226	19	127	3.072
20-mar	26-mar	287	1	654	48	182	11	21	130	330	179	93	44	184	100	13	315	31	25	226	18	123	3.015
13-mar	19-mar	212	2	538	65	244	22	18	112	349	139	89	56	162	89	20	211	39	21	184	11	94	2.677
6-mar	12-mar	171	1	455	46	138	25	18	97	273	141	77	55	138	117	25	205	19	9	165	13	105	2.293
27-feb	5-mar	110	1	363	54	122	30	12	65	232	126	83	52	165	77	21	168	23	6	185	32	117	2.198
20-feb	26-feb	106	2	304	61	131	52	11	75	208	119	55	71	179	81	22	164	14	8	151	45	133	1.992
13-feb	19-feb	136	1	272	60	223	40	17	77	232	116	84	75	232	63	24	114	23	12	182	48	159	2.344
6-feb	12-feb	136	5	354	82	270	37	18	149	281	115	58	61	239	47	19	102	27	19	194	44	170	2.427
30-gen	5-feb	199	4	329	92	328	31	14	158	341	113	88	56	283	45	19	154	28	8	210	34	226	2.760
23-gen	29-gen	226	3	498	122	423	28	51	158	376	104	87	41	294	78	21	168	27	17	175	40	247	3.184
16-gen	22-gen	229	8	424	119	580	32	42	171	394	128	89	44	282	64	18	222	28	17	165	48	245	3.349
9-gen	15-gen	186	4	429	104	596	33	53	173	447	110	87	34	282	42	17	256	22	20	189	78	252	3.414
2-gen	8-gen	173	7	462	82	634	27	46	193	402	130	95	23	268	51	17	215	29	13	140	59	224	3.290
26-dic	1-gen	205	10	421	56	676	31	60	135	408	142	65	28	303	56	13	194	38	16	171	50	184	3.262
19-dic	25-dic	294	6	557	88	685	32	57	135	450	168	57	44	259	51	7	142	27	22	180	57	147	3.465
12-dic	18-dic	468	18	644	127	609	50	81	212	503	308	80	46	360	94	20	300	35	23	262	81	186	4.507
5-dic	11-dic	487	21	808	153	594	60	74	210	425	284	74	63	294	62	23	325	50	34	208	52	234	4.535
28-nov	4-dic	534	24	1.380	138	504	49	57	201	408	282	75	61	292	87	21	357	70	22	258	84	271	5.175
21-nov	27-nov	553	24	1.203	129	438	74	60	168	349	395	69	69	363	129	22	329	46	35	273	60	320	5.108
14-nov	20-nov	455	44	1.162	149	359	72	58	102	300	328	67	80	335	78	24	250	49	31	172	54	261	4.430
7-nov	13-nov	415	39	910	179	221	44	46	71	213	291	57	60	216	77	17	171	32	14	155	64	209	3.501
31-ott	6-nov	194	29	656	130	155	22	22	41	140	182	24	53	180	42	13	137	18	11	89	35	144	2.317
24-ott	30-ott	119	17	303	69	80	12	14	25	65	83	13	21	109	39	6	96	9	6	67	33	76	1.262
17-ott	23-ott	42	3	115	48	64	3	7	10	43	50	8	9	75	12	0	64	1	4	16	10	48	632
10-ott	16-ott	22	0	64	17	35	1	10	4	11	14	0	4	40	4	1	24	1	3	24	10	27	316
3-ott	9-ott	6	0	16	7	20	0	0	2	9	8	2	2	38	6	1	11	3	5	9	6	19	170
26-set	2-ott	7	0	27	11	16	0	1	3	3	9	0	0	24	4	1	5	2	2	10	7	8	140
19-set	25-set	6	0	29	11	20	0	0	1	9	4	1	3	15	3	0	4	0	0	10	7	10	133
12-set	18-set	0	0	12	7	15	0	0	0	4	4	0	1	6	2	0	4	0	0	7	2	7	71
5-set	11-set	4	0	20	7	12	0	0	0	5	5	1	1	4	0	0	4	1	0	10	4	1	79
29-ago	4-set	4	0	16	1	7	0	0	1	4	2	1	0	1	0	0	2	0	0	4	1	2	46
22-ago	28-ago	3	0	8	0	17	0	0	0	4	2	0	0	5	0	0	5	0	0	1	0	0	45
15-ago	21-ago	3	0	16	2	7	0	0	0	3	2	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	2	39
8-ago	14-ago	3	0	7	1	17	0	0	2	6	0	0	0	5	0	0	2	0	0	1	0	0	44
1-ago	7-ago	7	0	23	1	4	0	0	1	3	3	0	0	2	0	0	3	0	0	1	0	1	49
25-lug	31-lug	6	0	5	1	11	0	0	0	6	3	0	0	6	2	0	1	0	0	3	0	0	44
18-lug	24-lug	4	0	23	1	16	0	0	0	10	2	0	0	8	2	0	1	0	1	1	0	0	69
11-lug	17-lug	9	0	42	7	8	0	0	0	4	8	0	0	5	4	0	1	0	0	2	0	0	90
4-lug	10-lug	10	0	61	0	16	0	0	0	2	9	0	0	4	0	0	0	0	0	1	1	1	105
27-giu	3-lug	23	0	51	2	16	0	0	0	15	9	-4	1	4	3	0	1	0	0	2	1	1	125
20-giu	26-giu	38	0	90	16	9	0	-61	2	28	8	-3	2	10	2	0	0	0	0	5	0	1	147
13-giu	19-giu	43	2	129	24	31	1	2	1	28	15	1	1	45	6	0	1	0	0	6	1	1	338
6-giu	12-giu	69	1	183	30	29	-1	0	4	29	17	4	0	27	38	0	5	0	0	11	0	3	449
30-mag	5-giu	76	0	210	34	32	1	2	5	66	32	3	0	33	11	1	14	0	0	21	1	4	546
23-mag	29-mag	94	0	228	45	52	0	7	8	65	22	-4	2	52	10	0	7	1	0	18	2	4	613
16-mag	22-mag	200	1	373	71	92	1	4	7	97	33	13	1	65	13	0	8	1	0	21	3	5	1.009
9-mag	15-mag	252	3	572	71	135	1	13	10	152	46	23	2	55	30	0	10	5	1	18	6	10	1.415
2-mag	8-mag	208	2	979	81	148	11	15	14	225	76	43	3	67	27	1	27	4	1	22	2	16	1.972
25-apr	1-mag	398	8	754	108	235	15	34	36	287	112	46	6	98	38	1	23	6	1	38	15	19	2.278
18-apr	24-apr	528	6	1.255	210	218	29	47	38	415	140	80	5	52	40	4	43	7	2	76	16	28	3.239
11-apr	17-apr	639	16	1.613	157	233	43	67	41	524	148	103	5	69	48	3	62	8	7	69	17	42	3.914
4-apr	10-apr	489	37	1.927	190	221	52	71	43	515	164	125	13	64	52	2	50	20	4	74	28	47	4.188
28-mar	3-apr	474	33	2.909	188	259	79	102	60	660	113	221	18	81	78	2	83	27	8	95	20	62	5.572
21-mar	27-mar	360	30	2.853	212	182	43	89	38	651	130	199	14	75	51	4	81	14	3	43	19	35	5.126
14-mar	20-mar	163	6	1.659	102	89	15	11	28	455	42	110	6	32	15	5	15	4	0	21	2	2	2.782
7-mar	13-mar	42	1	755	14	30	2	2	10	171	5	23	1	10	2	0	2	0	0	4	0	2	1.076
29-feb	6-mar	4	0	135	3	12	0	0	0	38	0	4	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	198

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Totale casi per regione (numero casi cumulati dall'inizio dell'epidemia) indice

dati al	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
30-apr	345.393	10.932	804.620	99.416	411.899	71.142	43.999	105.156	369.250	226.842	97.705	54.442	323.754	71.218	13.228	391.792	60.074	23.956	234.841	54.507	208.487	**4.022.653**
23-apr	339.052	10.598	791.137	97.650	406.066	70.730	43.468	104.049	362.801	220.973	95.834	53.705	316.047	70.203	13.028	379.262	57.078	22.968	226.723	52.911	201.420	**3.935.703**
16-apr	332.172	10.299	777.191	95.609	399.749	70.247	42.877	102.747	356.159	214.470	93.882	52.979	307.973	68.948	12.789	366.483	54.017	21.845	217.428	50.872	193.343	**3.842.079**
9-apr	323.937	9.935	761.637	93.187	393.282	69.864	42.221	100.809	348.305	206.809	91.662	52.157	298.580	67.506	12.523	353.117	50.611	20.564	207.367	48.315	184.138	**3.736.526**
2-apr	313.806	9.465	743.908	90.506	386.038	69.201	41.485	98.723	339.440	198.645	89.284	51.271	289.203	65.931	12.361	341.604	47.945	19.805	197.425	46.327	176.627	**3.629.000**
26-mar	299.438	8.873	718.073	87.194	375.500	68.452	40.387	94.980	326.776	188.800	85.770	50.127	276.990	63.933	12.128	328.227	45.236	18.867	184.941	44.119	169.808	**3.488.619**
19-mar	285.023	8.514	689.107	84.301	362.925	56.974	38.931	90.171	311.988	179.488	81.617	48.876	264.708	61.803	11.861	314.986	42.705	18.103	173.000	42.979	164.358	**3.332.418**
12-mar	269.790	8.240	656.895	82.016	350.045	56.062	37.278	84.590	293.400	170.351	76.559	47.511	251.986	59.446	11.471	298.233	40.610	17.206	162.316	42.258	159.544	**3.175.807**
5-mar	255.885	8.098	623.952	79.744	339.742	54.924	35.327	79.622	273.376	161.803	71.423	45.914	241.207	56.503	11.059	279.818	38.849	16.267	152.819	41.577	155.220	**3.023.129**
26-feb	245.044	8.011	595.361	77.379	331.451	53.207	33.388	76.003	255.479	154.041	66.471	44.241	231.540	53.545	10.484	262.843	37.533	15.414	144.874	41.027	151.587	**2.888.923**
19-feb	237.382	7.955	573.747	75.147	324.545	50.800	31.411	73.353	242.462	146.900	62.704	42.359	223.845	50.204	9.914	249.781	36.198	14.692	138.796	40.582	148.105	**2.780.882**
12-feb	232.108	7.895	558.814	73.241	320.271	47.566	29.915	71.575	232.938	141.886	60.048	40.321	217.436	47.043	9.298	239.562	35.048	14.093	133.479	40.037	144.722	**2.697.296**
5-feb	226.938	7.834	546.047	71.109	315.509	43.209	28.455	69.414	224.164	137.242	57.311	37.751	210.486	44.464	8.698	228.846	33.867	13.524	127.399	39.248	140.144	**2.611.659**
29-gen	221.832	7.780	534.784	69.106	310.894	39.060	27.162	66.723	216.065	133.343	54.660	35.529	203.367	42.059	8.178	219.418	32.329	13.132	120.967	38.141	134.541	**2.529.070**
22-gen	216.127	7.715	522.364	67.102	303.687	35.637	25.893	63.154	207.925	129.813	51.981	33.490	195.340	40.343	7.749	211.803	30.459	12.735	114.133	36.685	127.719	**2.441.854**
15-gen	211.209	7.601	510.429	65.214	294.874	32.715	24.752	59.511	198.878	127.010	49.262	31.909	187.118	38.834	7.382	204.996	28.427	12.365	107.397	35.204	117.336	**2.352.423**
8-gen	204.627	7.464	494.985	62.874	280.719	30.877	23.153	54.576	186.913	123.950	45.440	30.354	176.372	37.038	6.940	197.255	26.102	11.628	98.952	33.188	104.483	**2.237.890**
1-gen	198.886	7.290	481.959	60.881	258.680	29.764	22.033	50.742	174.141	120.917	42.317	29.188	164.964	35.723	6.634	191.407	24.265	10.982	92.359	31.478	94.766	**2.129.376**
25-dic	193.375	7.130	469.883	58.971	234.792	28.722	20.839	47.299	163.290	118.155	39.310	27.977	155.667	34.437	6.353	185.282	22.278	10.447	85.674	29.876	88.597	**2.028.354**
18-dic	187.890	6.986	455.479	57.021	209.220	27.681	19.804	43.559	152.204	114.760	36.528	26.909	146.395	33.101	5.923	178.728	20.720	9.890	78.426	27.695	82.859	**1.921.778**
11-dic	183.084	6.812	438.591	55.024	181.451	26.283	17.976	38.632	141.010	111.097	33.866	25.834	137.143	31.463	5.490	171.332	19.333	9.290	70.319	25.477	76.366	**1.805.873**
4-dic	175.063	6.646	423.548	53.161	158.198	24.847	16.661	34.010	130.009	106.875	31.532	24.684	126.840	29.604	5.098	162.220	17.891	8.728	60.668	23.429	69.227	**1.688.939**
27-nov	162.153	6.344	398.044	50.557	137.474	22.663	15.073	27.963	117.019	100.444	28.563	23.082	114.128	26.525	4.364	148.942	15.724	7.663	50.738	20.419	60.335	**1.538.217**
20-nov	144.038	5.832	357.663	46.755	116.159	20.117	13.761	22.940	100.344	90.884	25.613	20.961	97.449	22.547	3.659	129.502	13.027	6.102	40.803	17.578	50.033	**1.345.767**
13-nov	117.312	4.858	304.591	41.464	94.506	15.984	12.094	17.771	83.068	74.330	21.830	17.640	78.665	17.774	2.789	104.065	9.416	4.556	31.792	14.417	38.381	**1.107.303**
6-nov	89.458	3.963	242.947	34.452	72.092	11.572	10.453	13.352	67.041	57.680	17.656	13.591	60.707	13.505	2.199	78.009	6.714	3.172	23.881	11.412	28.825	**862.681**
30-ott	67.749	3.136	186.825	27.540	54.256	7.835	8.748	10.115	53.797	41.723	13.619	9.696	44.133	10.102	1.612	52.071	4.863	2.082	17.860	9.106	20.806	**647.674**
23-ott	51.700	2.316	143.645	21.359	41.140	5.818	7.526	7.415	44.365	27.901	10.645	6.307	31.010	7.325	1.126	34.305	3.445	1.570	13.400	7.235	15.316	**484.869**
16-ott	41.895	1.660	121.130	17.281	34.277	4.493	6.715	6.093	39.692	21.017	9.133	4.210	22.796	5.825	864	23.033	2.589	1.169	10.734	5.736	11.269	**391.611**
9-ott	37.595	1.402	110.852	14.670	30.504	3.888	6.394	5.290	36.914	17.095	8.399	3.057	19.135	4.886	701	17.233	2.188	997	9.116	4.742	8.712	**343.770**
2-ott	35.731	1.326	107.358	13.586	28.087	3.589	6.079	4.789	35.577	15.194	8.025	2.562	17.004	4.498	660	13.524	2.020	857	7.972	4.056	7.414	**319.908**
25-set	34.799	1.288	105.732	12.944	26.598	3.438	5.829	4.526	34.833	14.355	7.851	2.318	15.435	4.317	632	11.355	1.906	691	7.394	3.528	6.466	**306.235**
18-set	34.167	1.276	104.304	12.329	25.423	3.255	5.667	4.312	34.093	13.522	7.679	2.160	13.982	4.137	581	9.940	1.785	628	6.836	3.108	5.748	**294.932**
11-set	33.578	1.257	102.805	11.662	24.529	3.063	5.470	4.073	33.225	12.885	7.484	2.009	12.825	3.967	559	8.900	1.683	605	6.291	2.790	5.136	**284.796**
4-set	33.146	1.249	101.119	11.086	23.577	2.973	5.246	3.854	32.371	12.179	7.311	1.874	11.771	3.853	534	7.649	1.577	548	5.741	2.421	4.565	**274.644**
28-ago	32.694	1.226	99.416	10.807	22.604	2.915	5.070	3.728	31.547	11.595	7.211	1.741	10.716	3.725	522	6.424	1.432	518	5.268	2.022	4.228	**265.409**
21-ago	32.260	1.221	97.892	10.583	21.650	2.837	5.016	3.583	30.708	11.063	7.095	1.602	9.548	3.604	509	5.523	1.379	494	4.970	1.609	3.919	**257.065**
14-ago	31.997	1.217	97.225	10.413	21.012	2.784	5.003	3.484	30.314	10.761	7.019	1.532	9.001	3.545	485	5.214	1.335	482	4.821	1.484	3.681	**252.809**
7-ago	31.799	1.214	96.706	10.272	20.535	2.761	4.992	3.436	30.008	10.560	6.935	1.488	8.764	3.474	479	5.050	1.283	475	4.696	1.433	3.396	**249.756**
31-lug	31.667	1.208	96.219	10.214	20.120	2.717	4.975	3.394	29.670	10.483	6.884	1.466	8.647	3.382	471	4.999	1.266	452	4.611	1.404	3.288	**247.537**
24-lug	31.578	1.196	95.768	10.144	19.759	2.687	4.957	3.368	29.413	10.405	6.816	1.465	8.516	3.356	460	4.880	1.246	447	4.578	1.385	3.166	**245.590**
17-lug	31.530	1.196	95.371	10.052	19.525	2.682	4.881	3.346	29.087	10.356	6.809	1.454	8.399	3.334	446	4.803	1.231	405	4.547	1.377	3.136	**243.967**
10-lug	31.485	1.196	94.905	10.025	19.369	2.658	4.879	3.333	28.822	10.316	6.799	1.448	8.275	3.321	445	4.762	1.186	405	4.540	1.372	3.098	**242.639**
3-lug	31.394	1.196	94.223	9.987	19.314	2.642	4.871	3.318	28.562	10.267	6.789	1.446	8.141	3.298	445	4.712	1.182	404	4.533	1.369	3.091	**241.184**
26-giu	31.311	1.194	93.587	9.958	19.262	2.634	4.859	3.307	28.393	10.226	6.783	1.440	8.064	3.285	445	4.665	1.178	401	4.531	1.362	3.076	**239.961**
19-giu	31.188	1.191	92.675	9.910	19.235	2.615	4.458	3.303	28.170	10.205	6.768	1.438	7.995	3.280	441	4.615	1.165	401	4.520	1.368	3.070	**238.011**
12-giu	30.989	1.191	91.204	9.871	19.199	2.608	4.443	3.290	28.028	10.165	6.752	1.436	7.916	3.271	439	4.608	1.161	401	4.515	1.363	3.455	**236.305**
5-giu	30.807	1.187	89.928	9.786	19.174	2.599	4.433	3.280	27.877	10.129	6.740	1.431	7.773	3.257	436	4.822	1.159	399	4.507	1.359	3.448	**234.531**
29-mag	30.501	1.182	88.537	9.619	19.134	2.595	4.428	3.267	27.739	10.088	6.723	1.431	7.709	3.237	436	4.787	1.158	399	4.482	1.356	3.440	**232.248**
22-mag	30.077	1.177	86.384	9.389	19.059	2.590	4.388	3.227	27.470	10.035	6.697	1.429	7.589	3.220	426	4.733	1.157	394	4.440	1.356	3.421	**228.658**
15-mag	29.346	1.172	84.119	9.060	18.889	2.578	4.318	3.175	27.110	9.883	6.619	1.422	7.364	3.148	407	4.654	1.144	389	4.366	1.348	3.374	**223.885**
8-mag	28.368	1.151	80.723	8.723	18.618	2.558	4.285	3.116	26.598	9.721	6.470	1.406	7.086	3.078	327	4.562	1.126	382	4.256	1.330	3.301	**217.185**
1-mag	26.684	1.133	76.469	8.126	18.098	2.528	4.132	3.041	25.644	9.445	6.275	1.393	6.672	2.948	300	4.444	1.112	378	4.099	1.313	3.194	**207.428**
24-apr	23.822	1.100	71.256	7.173	17.229	2.456	3.776	2.882	23.970	8.877	6.028	1.363	6.132	2.803	287	4.282	1.079	360	3.881	1.257	2.981	**192.994**
17-apr	19.803	993	64.135	6.188	15.374	2.296	3.376	2.675	21.834	8.110	5.668	1.337	5.524	2.443	269	3.951	991	337	3.327	1.178	2.625	**172.434**
10-apr	15.012	879	56.048	5.191	13.421	1.955	2.816	2.349	19.128	6.727	5.084	1.302	4.583	2.014	243	3.442	901	308	2.809	1.063	2.302	**147.577**
3-apr	10.896	719	47.520	3.965	10.464	1.559	2.109	1.879	15.932	5.499	4.230	1.179	3.600	1.563	176	2.677	733	261	2.182	825	1.859	**119.827**
27-mar	7.092	452	37.298	2.696	7.497	1.003	1.391	1.317	11.588	3.450	3.196	884	2.295	1.017	109	1.454	494	151	1.334	530	1.250	**86.498**
20-mar	3.461	264	22.264	1.221	4.031	548	642	656	5.968	1.793	1.981	395	1.008	449	50	749	207	52	581	293	408	**47.021**
13-mar	840	28	9.820	345	1.595	125	163	257	2.263	470	725	76	277	89	17	220	38	10	129	43	130	**17.660**
6-mar	143	7	2.612	32	488	4	10	31	870	79	159	16	54	9	12	57	4	3	17	5	24	**4.636**

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Totale decessi per regione (numero decessi cumulati dall'inizio dell'epidemia)

indice

dati al	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
30-apr	11.255	458	32.870	4.183	11.330	1.161	1.344	3.700	12.876	6.184	2.938	1.352	7.673	2.403	475	6.393	1.011	534	5.873	1.384	5.410	**120.807**
23-apr	11.104	446	32.569	4.119	11.203	1.158	1.333	3.645	12.731	5.992	2.896	1.336	7.468	2.360	467	6.144	975	513	5.632	1.343	5.265	**118.699**
16-apr	10.899	437	32.146	4.053	11.064	1.155	1.322	3.579	12.557	5.804	2.830	1.315	7.240	2.315	461	5.922	926	496	5.410	1.307	5.128	**116.366**
9-apr	10.625	436	31.595	3.950	10.899	1.149	1.309	3.482	12.307	5.604	2.752	1.290	6.979	2.227	455	5.734	890	479	5.143	1.259	5.015	**113.579**
2-apr	10.399	426	30.959	3.897	10.682	1.133	1.289	3.338	12.040	5.406	2.655	1.260	6.720	2.151	440	5.475	835	448	4.873	1.240	4.662	**110.328**
26-mar	10.131	420	30.285	3.833	10.500	1.110	1.273	3.227	11.673	5.220	2.566	1.237	6.500	2.072	428	5.158	789	431	4.647	1.221	4.535	**107.256**
19-mar	9.844	419	29.631	3.785	10.318	1.099	1.252	3.097	11.343	5.041	2.473	1.193	6.316	1.972	415	4.843	758	406	4.421	1.203	4.412	**104.241**
12-mar	9.632	417	29.093	3.720	10.074	1.077	1.234	2.985	10.994	4.902	2.384	1.137	6.154	1.883	395	4.632	719	385	4.237	1.192	4.318	**101.564**
5-mar	9.461	416	28.638	3.674	9.936	1.052	1.216	2.888	10.721	4.761	2.307	1.082	6.016	1.766	370	4.427	700	376	4.072	1.179	4.213	**99.271**
26-feb	9.351	415	28.275	3.620	9.814	1.022	1.204	2.823	10.335	4.635	2.224	1.030	5.851	1.689	349	4.259	677	370	3.887	1.147	4.096	**97.073**
19-feb	9.245	413	27.971	3.559	9.683	970	1.193	2.748	10.281	4.516	2.169	959	5.672	1.608	327	4.095	663	362	3.736	1.102	3.963	**95.235**
12-feb	9.109	412	27.699	3.499	9.460	930	1.176	2.671	10.049	4.400	2.085	884	5.440	1.545	303	3.981	640	350	3.554	1.054	3.804	**93.045**
5-feb	8.973	407	27.345	3.417	9.190	893	1.158	2.522	9.768	4.285	2.027	823	5.201	1.498	284	3.879	613	331	3.360	1.010	3.634	**90.618**
29-gen	8.774	403	27.016	3.325	8.862	862	1.144	2.364	9.427	4.172	1.939	767	4.918	1.453	265	3.725	585	323	3.150	976	3.408	**87.858**
22-gen	8.548	400	26.518	3.203	8.439	834	1.093	2.206	9.051	4.068	1.852	726	4.624	1.375	244	3.557	558	306	2.975	936	3.161	**84.674**
15-gen	8.319	392	26.094	3.084	7.859	802	1.051	2.035	8.657	3.940	1.763	682	4.342	1.311	226	3.335	530	289	2.810	888	2.916	**81.325**
8-gen	8.133	388	25.665	2.980	7.263	769	998	1.862	8.210	3.830	1.676	648	4.060	1.269	209	3.079	508	269	2.621	810	2.664	**77.911**
1-gen	7.960	381	25.203	2.898	6.629	742	952	1.669	7.808	3.700	1.581	625	3.792	1.218	192	2.864	479	256	2.481	751	2.440	**74.621**
25-dic	7.755	371	24.782	2.842	5.953	711	892	1.534	7.400	3.558	1.516	597	3.489	1.162	179	2.670	441	240	2.310	701	2.256	**71.359**
18-dic	7.461	365	24.225	2.754	5.268	679	835	1.399	6.950	3.390	1.459	553	3.230	1.111	172	2.528	414	218	2.130	644	2.109	**67.894**
11-dic	6.993	347	23.581	2.627	4.659	629	754	1.187	6.447	3.082	1.379	507	2.870	1.017	152	2.228	379	195	1.868	563	1.923	**63.387**
4-dic	6.506	326	22.773	2.474	4.065	569	680	977	6.022	2.798	1.305	444	2.576	955	129	1.903	329	161	1.660	511	1.689	**58.852**
27-nov	5.972	302	21.393	2.336	3.561	520	623	776	5.614	2.516	1.230	383	2.284	868	108	1.546	259	139	1.402	427	1.418	**53.677**
20-nov	5.419	278	20.190	2.207	3.123	446	563	608	5.265	2.121	1.161	314	1.921	739	86	1.217	213	104	1.129	367	1.098	**48.569**
13-nov	4.964	234	19.028	2.058	2.764	374	505	506	4.965	1.793	1.094	234	1.586	661	62	967	164	73	957	313	837	**44.139**
6-nov	4.549	195	18.118	1.879	2.543	330	459	435	4.752	1.502	1.037	174	1.370	584	45	796	132	59	802	249	628	**40.638**
30-ott	4.355	166	17.462	1.749	2.388	308	437	394	4.612	1.320	1.013	121	1.190	542	32	659	114	48	713	214	484	**38.321**
23-ott	4.236	149	17.159	1.680	2.308	296	423	369	4.547	1.237	1.000	100	1.081	503	26	563	105	42	646	181	408	**37.059**
16-ott	4.194	146	17.044	1.632	2.244	293	416	359	4.504	1.187	992	91	1.006	491	26	499	104	38	630	171	360	**36.427**
9-ott	4.172	146	16.980	1.615	2.209	292	406	355	4.493	1.173	992	87	966	487	25	475	103	35	606	161	333	**36.111**
2-ott	4.166	146	16.964	1.608	2.189	292	406	353	4.484	1.165	990	85	928	481	24	464	100	30	597	155	314	**35.941**
25-set	4.159	146	16.937	1.597	2.173	292	405	350	4.481	1.156	990	85	904	477	23	459	98	28	587	148	306	**35.801**
18-set	4.153	146	16.908	1.586	2.153	292	405	349	4.472	1.152	989	82	889	474	23	455	98	28	577	141	296	**35.668**
11-set	4.153	146	16.896	1.579	2.138	292	405	349	4.468	1.148	989	81	883	472	23	451	98	28	570	139	289	**35.597**
4-set	4.149	146	16.876	1.572	2.126	292	405	349	4.463	1.143	988	80	879	472	23	447	97	28	560	135	288	**35.518**
28-ago	4.145	146	16.860	1.571	2.119	292	405	348	4.459	1.141	987	80	878	472	23	445	97	28	556	134	286	**35.472**
21-ago	4.142	146	16.852	1.571	2.102	292	405	348	4.455	1.139	987	80	873	472	23	440	97	28	555	134	286	**35.427**
14-ago	4.139	146	16.836	1.569	2.095	292	405	348	4.452	1.137	987	80	870	472	23	440	97	28	554	134	284	**35.388**
7-ago	4.136	146	16.829	1.568	2.078	292	405	346	4.446	1.137	987	80	865	472	23	438	97	28	553	134	284	**35.344**
31-lug	4.129	146	16.806	1.567	2.074	292	405	345	4.443	1.134	987	80	863	472	23	435	97	28	552	134	283	**35.295**
24-lug	4.123	146	16.801	1.566	2.063	292	405	345	4.437	1.131	987	80	857	470	23	434	97	28	549	134	283	**35.251**
17-lug	4.119	146	16.778	1.565	2.047	292	405	345	4.427	1.129	987	80	849	468	23	433	97	27	548	134	283	**35.182**
10-lug	4.110	146	16.736	1.558	2.039	292	405	345	4.423	1.121	987	80	844	464	23	432	97	27	546	134	283	**35.092**
3-lug	4.100	146	16.675	1.558	2.023	292	405	345	4.421	1.112	987	80	840	464	23	432	97	27	545	133	282	**34.987**
26-giu	4.077	146	16.624	1.556	2.007	292	405	345	4.406	1.103	991	79	836	461	23	431	97	27	543	132	281	**34.862**
19-giu	4.039	146	16.534	1.540	1.998	292	466	343	4.378	1.095	994	77	826	459	23	431	97	27	538	132	280	**34.715**
12-giu	3.996	144	16.405	1.516	1.967	291	464	342	4.350	1.080	993	76	781	453	23	430	97	27	532	131	279	**34.377**
5-giu	3.927	143	16.222	1.486	1.938	292	464	338	4.321	1.063	989	76	754	415	23	425	97	27	521	131	276	**33.928**
29-mag	3.851	143	16.012	1.452	1.906	291	462	333	4.255	1.031	986	76	721	404	22	411	97	27	500	130	272	**33.382**
22-mag	3.757	143	15.784	1.407	1.854	291	455	325	4.190	1.009	990	74	669	394	22	404	96	27	482	128	268	**32.769**
15-mag	3.557	142	15.411	1.336	1.762	290	451	318	4.093	976	977	73	604	381	22	396	95	27	461	125	263	**31.760**
8-mag	3.305	139	14.839	1.265	1.627	289	438	308	3.941	930	954	71	549	351	22	386	90	26	443	119	253	**30.345**
1-mag	3.097	137	13.860	1.184	1.479	278	423	294	3.716	854	911	68	482	324	21	359	86	25	421	117	237	**28.373**
24-apr	2.699	129	13.106	1.076	1.244	263	389	258	3.429	742	865	62	384	286	20	336	80	24	383	102	218	**26.095**
17-apr	2.171	123	11.851	866	1.026	234	342	220	3.014	602	785	57	332	246	16	293	73	22	307	86	190	**22.856**
10-apr	1.532	107	10.238	709	793	191	275	179	2.490	454	682	52	263	198	13	231	65	15	238	69	148	**18.942**
3-apr	1.043	70	8.311	519	572	139	204	136	1.975	290	557	39	199	146	11	181	45	11	164	41	101	**14.754**
27-mar	569	37	5.402	331	313	60	102	76	1.315	177	336	21	118	68	9	98	18	3	69	21	39	**9.182**
20-mar	209	7	2.549	119	131	17	13	38	664	47	137	7	43	17	5	17	4	0	26	2	4	**4.056**
13-mar	46	1	890	17	42	2	2	10	209	5	27	1	11	2	0	2	0	0	5	0	2	**1.274**
6-mar	4	0	135	3	12	0	0	0	38	0	4	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	**198**

Roberto Bursotti (crediti reindirizzo dati Protezione Civile)

Casi registrati fino a una certa data in ogni regione (ogni 100.000 abitanti)

indice

	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
		Val								Tos						Cam		Bas	Pug			
Casi ultima settimana (ogni 100.000 ab)	7°	1°	10°	14°	13°	20°	16°	17°	9°	5°	12°	18°	11°	19°	21°	2°	6°	4°	3°	15°	8°	
	147	267	134	116	120	77	97	92	144	159	124	85	134	78	67	219	158	179	205	99	145	146

			Val			Ven	Bolzano		Fri	Emi													
	class	8°	2°	7°	10°	4°	1°	6°	3°	5°	13°	11°	12°	15°	16°	17°	9°	21°	18°	14°	20°	19°	
totali al	30/4	8.011	8.743	8.024	6.520	8.442	13.356	8.067	8.718	8.272	6.143	6.459	6.257	5.625	5.504	4.402	6.859	3.172	4.330	5.940	3.382	4.276	**6.745**
	23/4	7.864	8.476	7.890	6.404	8.323	13.279	7.970	8.626	8.127	5.984	6.335	6.172	5.491	5.426	4.335	6.640	3.013	4.151	5.735	3.283	4.131	**6.599**
	16/4	7.705	8.237	7.751	6.270	8.193	13.188	7.861	8.518	7.978	5.808	6.206	6.088	5.351	5.329	4.256	6.416	2.852	3.948	5.500	3.157	3.966	**6.442**
	9/4	7.514	7.946	7.595	6.111	8.060	13.116	7.741	8.357	7.802	5.601	6.060	5.994	5.188	5.217	4.167	6.182	2.672	3.717	5.245	2.998	3.777	**6.265**
	2/4	7.279	7.570	7.419	5.935	7.912	12.992	7.606	8.185	7.604	5.380	5.902	5.892	5.025	5.095	4.113	5.980	2.531	3.580	4.994	2.875	3.623	**6.085**
	26/3	6.946	7.096	7.161	5.718	7.696	12.851	7.405	7.874	7.320	5.113	5.670	5.761	4.812	4.941	4.036	5.746	2.388	3.410	4.678	2.738	3.483	**5.849**
	19/3	6.611	6.809	6.872	5.529	7.438	10.696	7.138	7.476	6.989	4.861	5.396	5.617	4.599	4.776	3.947	5.514	2.255	3.272	4.376	2.667	3.371	**5.587**
	12/3	6.258	6.590	6.551	5.379	7.174	10.525	6.835	7.013	6.572	4.613	5.061	5.460	4.378	4.594	3.817	5.221	2.144	3.110	4.106	2.622	3.273	**5.325**
	5/3	5.935	6.477	6.222	5.230	6.963	10.312	6.477	6.601	6.124	4.382	4.722	5.276	4.191	4.367	3.680	4.899	2.051	2.940	3.866	2.580	3.184	**5.069**
	26/2	5.684	6.407	5.937	5.075	6.793	9.989	6.121	6.301	5.723	4.172	4.394	5.084	4.023	4.138	3.489	4.601	1.982	2.786	3.665	2.546	3.109	**4.844**
	19/2	5.506	6.362	5.722	4.928	6.652	9.537	5.759	6.081	5.431	3.978	4.145	4.868	3.889	3.880	3.299	4.373	1.911	2.656	3.511	2.518	3.038	**4.663**
	12/2	5.384	6.314	5.573	4.803	6.564	8.930	5.485	5.934	5.218	3.842	3.970	4.634	3.778	3.636	3.094	4.194	1.850	2.547	3.376	2.484	2.968	**4.523**
	5/2	5.264	6.265	5.445	4.663	6.466	8.112	5.217	5.755	5.021	3.717	3.789	4.338	3.657	3.436	2.894	4.006	1.788	2.444	3.223	2.435	2.875	**4.379**
	29/1	5.145	6.222	5.333	4.532	6.372	7.333	4.980	5.532	4.840	3.611	3.613	4.083	3.533	3.250	2.721	3.841	1.707	2.374	3.060	2.367	2.760	**4.240**
	22/1	5.013	6.170	5.209	4.401	6.224	6.691	4.747	5.236	4.658	3.516	3.436	3.849	3.394	3.118	2.579	3.708	1.608	2.302	2.887	2.276	2.620	**4.094**
	15/1	4.899	6.079	5.090	4.277	6.044	6.142	4.538	4.934	4.455	3.440	3.257	3.667	3.251	3.001	2.456	3.589	1.501	2.235	2.717	2.184	2.407	**3.944**
	8/1	4.746	5.970	4.936	4.123	5.753	5.797	4.245	4.525	4.187	3.357	3.004	3.488	3.064	2.862	2.309	3.453	1.378	2.102	2.503	2.059	2.143	**3.752**
	1/1	4.613	5.830	4.806	3.993	5.302	5.588	4.040	4.207	3.901	3.275	2.798	3.354	2.866	2.761	2.208	3.351	1.281	1.985	2.336	1.953	1.944	**3.570**
	25/12	4.485	5.702	4.686	3.867	4.812	5.392	3.821	3.921	3.658	3.200	2.599	3.215	2.705	2.661	2.114	3.244	1.176	1.888	2.167	1.854	1.817	**3.401**
	18/12	4.358	5.587	4.542	3.740	4.288	5.197	3.631	3.611	3.409	3.108	2.415	3.092	2.543	2.558	1.971	3.129	1.094	1.788	1.984	1.718	1.700	**3.222**
	11/12	4.247	5.448	4.374	3.609	3.719	4.934	3.296	3.203	3.159	3.009	2.239	2.969	2.383	2.432	1.827	2.999	1.021	1.679	1.779	1.581	1.566	**3.028**
	4/12	4.061	5.315	4.224	3.486	3.242	4.665	3.055	2.820	2.912	2.894	2.085	2.837	2.204	2.288	1.696	2.840	945	1.578	1.535	1.454	1.420	**2.832**
	27/11	3.761	5.074	3.969	3.316	2.818	4.255	2.764	2.318	2.621	2.720	1.888	2.653	1.983	2.050	1.452	2.607	830	1.385	1.283	1.267	1.238	**2.579**
	20/11	3.341	4.664	3.567	3.066	2.381	3.777	2.523	1.902	2.248	2.461	1.693	2.409	1.693	1.743	1.218	2.267	688	1.103	1.032	1.091	1.026	**2.256**
	13/11	2.721	3.885	3.038	2.719	1.937	3.001	2.217	1.473	1.861	2.013	1.443	2.027	1.367	1.374	928	1.822	497	823	804	895	787	**1.857**
	6/11	2.075	3.170	2.423	2.259	1.478	2.173	1.916	1.107	1.502	1.562	1.167	1.562	1.055	1.044	732	1.366	354	573	604	708	591	**1.446**
	30/10	1.571	2.508	1.863	1.806	1.112	1.471	1.604	839	1.205	1.130	900	1.114	767	781	536	912	257	376	452	565	427	**1.086**
	23/10	1.199	1.852	1.432	1.401	843	1.092	1.380	615	994	756	704	725	539	566	375	601	182	284	339	449	314	**813**
	16/10	972	1.328	1.208	1.133	703	844	1.231	505	889	569	604	484	396	450	288	403	137	211	272	356	231	**657**
	9/10	872	1.121	1.105	962	625	730	1.172	439	827	463	555	351	332	378	233	302	116	180	231	294	179	**576**
	2/10	829	1.061	1.071	891	576	674	1.115	397	797	411	531	294	295	348	220	237	107	155	202	252	152	**536**
	25/9	807	1.030	1.054	849	545	645	1.069	375	780	389	519	266	268	334	210	199	101	125	187	219	133	**513**
	18/9	793	1.021	1.040	809	521	611	1.039	357	764	366	508	248	243	320	193	174	94	114	173	193	118	**495**
	11/9	779	1.005	1.025	765	503	575	1.003	338	744	349	495	231	223	307	186	156	89	109	159	173	105	**478**
	4/9	769	999	1.008	727	483	558	962	320	725	330	483	215	205	298	178	134	83	99	145	150	94	**460**
	28/8	758	981	991	709	463	547	930	309	707	314	477	200	186	288	174	112	76	94	133	125	87	**445**
	21/8	748	977	976	694	444	533	920	297	688	300	469	184	166	279	169	97	73	89	126	100	80	**431**
	14/8	742	973	970	683	431	523	917	289	679	291	464	176	156	274	161	91	70	87	122	92	76	**424**
	7/8	738	971	964	674	421	518	915	285	672	286	458	171	152	268	159	88	68	86	119	89	70	**419**
	31/7	735	966	960	670	412	510	912	281	665	284	455	168	150	261	157	88	67	82	117	87	67	**415**
	24/7	732	957	955	665	405	504	909	279	659	282	451	168	148	259	153	85	66	81	116	86	65	**412**
	17/7	731	957	951	659	400	504	895	277	652	280	450	167	146	258	148	84	65	73	115	85	64	**409**
	10/7	730	957	946	657	397	499	895	276	646	279	449	166	144	257	148	83	63	73	115	85	64	**407**
	3/7	728	957	940	655	396	496	893	275	640	278	449	166	141	255	148	82	62	73	115	85	63	**404**
	26/6	726	955	933	653	395	495	891	274	636	277	448	165	140	254	148	82	62	72	115	85	63	**402**
	19/6	723	953	924	650	394	491	817	274	631	276	447	165	139	253	147	81	62	72	114	85	63	**399**
	12/6	719	953	910	647	393	490	815	273	628	275	446	165	138	253	146	81	61	72	114	85	71	**396**
	5/6	715	949	897	642	393	488	813	272	624	274	446	164	135	252	145	84	61	72	114	84	71	**393**
	29/5	707	945	883	631	392	487	812	271	621	273	444	164	134	250	145	84	61	72	113	84	71	**389**
	22/5	698	941	861	616	391	486	805	268	615	272	443	164	132	249	142	83	61	71	112	84	70	**383**
	15/5	681	937	839	594	387	484	792	263	607	268	438	163	128	243	135	81	60	70	110	84	69	**375**
	8/5	658	921	805	572	382	480	786	258	596	263	428	162	123	238	109	80	59	69	108	83	68	**364**
	1/5	618,9	906,2	762,6	532,9	370,9	474,6	757,6	252,1	574,4	255,8	414,8	160,1	115,9	227,8	99,8	77,8	58,7	68,3	103,7	81,5	65,5	**347,8**
	24/4	552,6	879,8	710,6	470,4	353,1	461,1	692,3	238,9	536,9	240,4	398,5	156,6	106,5	216,6	95,5	75,0	57,0	65,1	98,2	78,0	61,1	**323,6**
	17/4	459,3	794,2	639,6	405,8	315,1	431,1	619,0	221,8	489,1	219,6	374,7	153,6	96,0	188,8	89,5	69,2	52,3	60,9	84,2	73,1	53,8	**289,1**
	10/4	348,2	703,0	558,9	340,4	275,1	367,0	516,3	194,7	428,5	182,2	336,1	149,6	79,6	155,6	80,9	60,3	47,6	55,7	71,1	66,0	47,2	**247,4**
	3/4	252,7	575,0	473,9	260,0	214,5	292,7	386,7	155,8	356,9	148,9	279,6	135,5	62,5	120,8	58,6	46,9	38,7	47,2	55,2	51,2	38,1	**200,9**
	27/3	164,5	361,5	372,0	176,8	153,7	188,3	255,0	109,2	259,6	93,4	211,3	101,6	39,9	78,6	36,3	25,5	26,1	27,3	33,7	32,9	25,6	**145,0**
	20/3	80,3	211,1	222,0	80,1	82,6	102,9	117,7	54,4	133,7	48,6	131,0	45,4	17,5	34,7	16,6	13,1	10,9	9,4	14,7	18,2	8,4	**78,8**
	13/3	19,5	22,4	97,9	22,6	32,7	23,5	29,9	21,3	50,7	12,7	47,9	8,7	4,8	6,9	5,7	3,9	2,0	1,8	3,3	2,7	2,7	**29,6**
	6/3	3,3	5,6	26,0	2,1	10,0	0,8	1,8	2,6	19,5	2,1	10,5	1,8	0,9	0,7	4,0	1,0	0,2	0,5	0,4	0,3	0,5	**7,8**

Roberto Burgetti (prodi) pericolosi dati Protezione Civile

Decessi registrati fino a una certa data in ogni regione (ogni 100.000 abitanti)

indice

	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
		Val						Fri		Tos						Cam			Pug				
Decessi ultima settimana (ogni 100.000 ab)	9°	1°	12°	6°	16°	21°	18°	4°	11°	3°	14°	20°	8°	10°	15°	5°	19°	7°	2°	17°	13°	
	3,5	9,6	3,0	4,2	2,6	0,6	2,0	4,6	3,2	5,2	2,8	1,8	3,6	3,3	2,7	4,4	1,9	3,8	6,1	2,5	3,0	**3,5**

		Val	Lom	Lig				Fri	Emi													
	class	6°	1°	2°	5°	8°	9°	7°	3°	4°	12°	10°	14°	16°	11°	13°	17°	21°	19°	15°	20°	18°	
totali al	30/4	261,1	366,3	327,8	274,3	232,2	218,0	246,4	306,7	288,4	167,5	194,2	155,4	133,3	185,7	158,1	111,9	53,4	96,5	148,6	85,9	111,0	**202,6**
	23/4	257,6	356,7	324,8	270,1	229,6	217,4	244,4	302,2	285,2	162,3	191,4	153,5	129,7	182,4	155,4	107,6	51,5	92,7	142,5	83,3	108,0	**199,0**
	16/4	252,8	349,5	320,6	265,8	226,8	216,8	242,4	296,7	281,3	157,2	187,1	151,1	125,8	178,9	153,4	103,7	48,9	89,7	136,8	81,1	105,2	**195,1**
	9/4	246,5	348,7	315,1	259,0	223,4	215,7	240,0	288,7	275,7	151,8	181,9	148,2	121,3	172,1	151,4	100,4	47,0	86,6	130,1	78,1	102,9	**190,4**
	2/4	241,2	340,7	308,7	255,6	218,9	212,7	236,3	276,7	269,7	146,4	175,5	144,8	116,8	166,2	146,4	95,8	44,1	81,0	123,3	76,9	95,6	**185,0**
	26/3	235,0	335,9	302,0	251,4	215,2	208,4	233,4	267,5	261,5	141,4	169,6	142,2	112,9	160,1	142,4	90,3	41,7	77,9	117,5	75,8	93,0	**179,8**
	19/3	228,3	335,1	295,5	248,2	211,5	206,3	229,5	256,8	254,1	136,5	163,5	137,1	109,7	152,4	138,1	84,8	40,0	73,4	111,8	74,6	90,5	**174,8**
	12/3	223,4	333,5	290,1	244,0	206,5	202,2	226,2	247,5	246,3	132,8	157,6	130,7	106,9	145,5	131,4	81,1	38,0	69,6	107,2	74,0	88,6	**170,3**
	5/3	219,5	332,7	285,6	240,9	203,6	197,5	222,9	239,4	240,2	128,9	152,5	124,3	104,5	136,5	123,1	77,5	37,0	68,0	103,0	73,2	86,4	**166,4**
	26/2	216,9	331,9	282,0	237,4	201,1	191,9	220,7	234,0	235,0	125,5	147,0	118,4	101,7	130,5	116,1	74,6	35,7	66,9	98,3	71,2	84,0	**163,0**
	19/2	214,4	330,3	278,9	233,4	198,5	182,1	218,7	227,8	230,3	122,3	143,4	110,2	98,5	124,3	108,8	71,7	35,0	65,4	94,5	68,4	81,3	**159,7**
	12/2	211,3	329,5	276,2	229,5	193,9	174,6	215,6	221,4	225,1	119,2	137,8	101,6	94,5	119,4	100,8	69,7	33,8	63,3	89,9	65,4	78,0	**156,0**
	5/2	208,1	325,5	272,7	224,1	188,4	167,7	212,3	209,1	218,8	116,0	134,0	94,6	90,4	115,8	94,5	67,9	32,4	59,8	85,0	62,7	74,5	**151,9**
	29/1	203,5	322,3	269,4	218,1	181,6	161,8	209,7	196,0	211,2	113,0	128,2	88,1	85,4	112,3	88,2	65,2	30,9	58,4	79,7	60,6	69,9	**147,3**
	22/1	198,3	319,9	264,5	210,1	173,0	156,6	200,4	182,9	202,7	110,2	122,4	83,4	80,3	106,3	81,2	62,3	29,5	55,3	75,3	58,1	64,8	**142,0**
	15/1	193,0	313,5	260,2	202,3	161,1	150,6	192,7	168,7	193,9	106,7	116,5	78,4	75,4	101,3	75,2	58,4	28,0	52,2	71,1	55,1	59,8	**136,4**
	8/1	188,6	310,3	255,9	195,4	148,9	144,4	183,0	154,4	183,9	103,7	110,8	74,5	70,5	98,1	69,5	53,9	26,8	48,6	66,3	50,3	54,6	**130,6**
	1/1	184,6	304,7	251,3	190,1	135,9	139,3	174,5	138,4	174,9	100,2	104,5	71,8	65,9	94,1	63,9	50,1	25,3	46,3	62,8	46,6	50,0	**125,1**
	25/12	179,9	296,7	247,1	186,4	122,0	133,5	163,5	127,2	165,8	96,4	100,2	68,6	60,6	89,8	59,6	46,7	23,3	43,4	58,4	43,5	46,3	**119,6**
	18/12	173,1	291,9	241,6	180,6	108,0	127,5	153,1	116,0	155,7	91,8	96,5	63,6	56,1	85,9	57,2	44,3	21,9	39,4	53,9	40,0	43,3	**113,8**
	11/12	162,2	277,5	235,2	172,3	95,5	118,1	138,2	98,4	144,4	83,5	91,2	58,3	49,9	78,6	50,6	39,0	20,0	35,2	47,3	34,9	39,4	**106,3**
	4/12	150,9	260,7	227,1	162,2	83,3	106,8	124,7	81,0	134,9	75,8	86,3	51,0	44,8	73,8	42,9	33,3	17,4	29,1	42,0	31,7	34,6	**98,7**
	27/11	138,5	241,5	213,3	153,2	73,0	97,6	114,2	64,3	125,8	68,1	81,3	44,0	39,7	67,1	35,9	27,1	13,7	25,1	35,5	26,5	29,1	**90,0**
	20/11	125,7	222,3	201,3	144,7	64,0	83,7	103,2	50,4	117,9	57,4	76,8	36,1	33,4	57,1	28,6	21,3	11,2	18,8	28,6	22,8	22,5	**81,4**
	13/11	115,1	187,1	189,8	135,0	56,6	70,2	92,6	41,9	111,2	48,6	72,3	26,9	27,6	51,1	20,6	16,9	8,7	13,2	24,2	19,4	17,2	**74,0**
	6/11	105,5	156,0	180,7	123,2	52,1	62,0	84,2	36,1	106,4	40,7	68,6	20,0	23,8	45,1	15,0	13,9	7,0	10,7	20,3	15,5	12,9	**68,1**
	30/10	101,0	132,8	174,1	114,7	48,9	57,8	80,1	32,7	103,3	35,7	67,0	13,9	20,7	41,9	10,6	11,5	6,0	8,7	18,0	13,3	9,9	**64,3**
	23/10	98,3	119,2	171,1	110,2	47,3	55,6	77,6	30,6	101,9	33,5	66,1	11,5	18,8	38,9	8,7	9,9	5,5	7,6	16,3	11,2	8,4	**62,1**
	16/10	97,3	116,8	170,0	107,0	46,0	55,0	76,3	29,8	100,9	32,1	65,6	10,5	17,5	37,9	8,7	8,7	5,5	6,9	15,9	10,6	7,4	**61,1**
	9/10	96,8	116,8	169,3	105,9	45,3	54,8	74,4	29,4	100,6	31,8	65,6	10,0	16,8	37,6	8,3	8,3	5,4	6,3	15,3	10,0	6,8	**60,5**
	2/10	96,6	116,8	169,2	105,5	44,9	54,8	74,4	29,3	100,4	31,5	65,4	9,8	16,1	37,2	8,0	8,1	5,3	5,4	15,1	9,6	6,4	**60,3**
	25/9	96,5	116,8	168,9	104,7	44,5	54,8	74,3	29,0	100,4	31,3	65,4	9,8	15,7	36,9	7,7	8,0	5,2	5,1	14,8	9,2	6,3	**60,0**
	18/9	96,3	116,8	168,6	104,0	44,1	54,8	74,3	28,9	100,2	31,2	65,4	9,4	15,4	36,6	7,7	8,0	5,2	5,1	14,6	8,7	6,1	**59,8**
	11/9	96,3	116,8	168,5	103,6	43,8	54,8	74,3	28,9	100,1	31,1	65,4	9,3	15,3	36,5	7,7	7,9	5,2	5,1	14,4	8,6	5,9	**59,7**
	4/9	96,2	116,8	168,3	103,1	43,6	54,8	74,3	28,9	100,0	31,0	65,3	9,2	15,3	36,5	7,7	7,8	5,1	5,1	14,2	8,4	5,9	**59,6**
	28/8	96,1	116,8	168,1	103,0	43,4	54,8	74,3	28,9	99,9	30,9	65,2	9,2	15,3	36,5	7,7	7,8	5,1	5,1	14,1	8,3	5,9	**59,5**
	21/8	96,1	116,8	168,1	103,0	43,1	54,8	74,3	28,9	99,8	30,8	65,2	9,2	15,2	36,5	7,7	7,7	5,1	5,1	14,0	8,3	5,9	**59,4**
	14/8	96,0	116,8	167,9	102,9	42,9	54,8	74,3	28,9	99,7	30,8	65,2	9,2	15,1	36,5	7,7	7,7	5,1	5,1	14,0	8,3	5,8	**59,3**
	7/8	95,9	116,8	167,8	102,8	42,6	54,8	74,3	28,7	99,6	30,8	65,2	9,2	15,0	36,5	7,7	7,7	5,1	5,1	14,0	8,3	5,8	**59,3**
	31/7	95,8	116,8	167,6	102,8	42,5	54,8	74,3	28,6	99,5	30,7	65,2	9,2	15,0	36,5	7,7	7,6	5,1	5,1	14,0	8,3	5,8	**59,2**
	24/7	95,6	116,8	167,5	102,7	42,3	54,8	74,3	28,6	99,4	30,6	65,2	9,2	14,9	36,3	7,7	7,6	5,1	5,1	13,9	8,3	5,8	**59,1**
	17/7	95,5	116,8	167,3	102,6	42,0	54,8	74,3	28,6	99,2	30,6	65,2	9,2	14,8	36,2	7,7	7,6	5,1	4,9	13,9	8,3	5,8	**59,0**
	10/7	95,3	116,8	166,9	102,2	41,8	54,8	74,3	28,6	99,1	30,4	65,2	9,2	14,7	35,9	7,7	7,6	5,1	4,9	13,8	8,3	5,8	**58,8**
	3/7	95,1	116,8	166,3	102,2	41,5	54,8	74,3	28,6	99,0	30,1	65,2	9,2	14,6	35,9	7,7	7,6	5,1	4,9	13,8	8,3	5,8	**58,7**
	26/6	94,6	116,8	165,8	102,0	41,1	54,8	74,3	28,6	98,7	29,9	65,5	9,1	14,5	35,6	7,7	7,5	5,1	4,9	13,7	8,2	5,8	**58,5**
	19/6	93,7	116,8	164,9	101,0	40,9	54,8	85,4	28,4	98,1	29,7	65,7	8,8	14,4	35,5	7,7	7,5	5,1	4,9	13,6	8,2	5,7	**58,2**
	12/6	92,7	115,2	163,6	99,4	40,3	54,6	85,1	28,4	97,4	29,2	65,6	8,7	13,6	35,0	7,7	7,5	5,1	4,9	13,5	8,1	5,7	**57,6**
	5/6	91,1	114,4	161,8	97,5	39,7	54,8	85,1	28,0	96,8	28,8	65,4	8,7	13,1	32,1	7,7	7,4	5,1	4,9	13,2	8,1	5,7	**56,9**
	29/5	89,3	114,4	159,7	95,2	39,1	54,6	84,7	27,6	95,3	27,9	65,2	8,7	12,5	31,2	7,3	7,2	5,1	4,9	12,6	8,1	5,6	**56,0**
	22/5	87,1	114,4	157,4	92,3	38,0	54,6	83,4	26,9	93,9	27,3	65,4	8,5	11,6	30,4	7,3	7,1	5,1	4,9	12,2	7,9	5,5	**54,9**
	15/5	82,51	113,57	153,69	87,62	36,11	54,45	82,69	26,36	91,69	26,43	64,59	8,39	10,49	29,44	7,32	6,93	5,02	4,88	11,66	7,76	5,39	**53,25**
	8/5	76,66	111,17	147,98	82,96	33,35	54,26	80,30	25,53	88,28	25,19	63,07	8,16	9,54	27,13	7,32	6,76	4,75	4,70	11,21	7,38	5,19	**50,88**
	1/5	71,84	109,57	138,22	77,65	30,31	52,19	77,55	24,37	83,24	23,13	60,22	7,81	8,37	25,04	6,99	6,28	4,54	4,52	10,65	7,26	4,86	**47,57**
	24/4	62,60	103,17	130,70	70,57	25,50	49,38	71,32	21,39	76,81	20,09	57,18	7,13	6,67	22,10	6,66	5,88	4,22	4,34	9,69	6,33	4,47	**43,75**
	17/4	50,36	98,37	118,18	56,79	21,03	43,93	62,70	18,24	67,52	16,30	51,89	6,55	5,77	19,01	5,32	5,13	3,85	3,98	7,77	5,34	3,90	**38,32**
	10/4	35,54	85,58	102,10	46,50	16,25	35,86	50,42	14,84	55,78	12,30	45,09	5,98	4,57	15,30	4,33	4,04	3,43	2,71	6,02	4,28	3,04	**31,76**
	3/4	24,19	55,98	82,88	34,04	11,72	26,10	37,40	11,27	44,24	7,85	36,82	4,48	3,46	11,28	3,66	3,17	2,38	1,99	4,15	2,54	2,07	**24,74**
	27/3	13,20	29,59	53,87	21,71	6,42	11,26	18,70	6,30	29,46	4,79	22,21	2,41	2,05	5,26	2,99	1,72	0,95	0,54	1,75	1,30	0,80	**15,40**
	20/3	4,85	5,60	25,42	7,80	2,68	3,19	2,38	3,15	14,87	1,27	9,06	0,80	0,75	1,31	1,66	0,30	0,21	0,00	0,66	0,12	0,08	**6,80**
	13/3	1,07	0,80	8,88	1,11	0,86	0,38	0,37	0,83	4,68	0,14	1,78	0,11	0,19	0,15	0,00	0,04	0,00	0,00	0,13	0,00	0,04	**2,14**
	6/3	0,09	0,00	1,35	0,20	0,25	0,00	0,00	0,00	0,85	0,00	0,26	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	**0,33**

Roberto Bussetti - report pubblicato su dati Protezione Civile

Pazienti ricoverati (presenti a una certa data, esclusa terapia intensiva) in ogni regione (ogni 100.000 abitanti)

indice

		Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
		Pie								Emi	Tos			Laz						Pug			
dati al	30/4	1°	10°	6°	7°	17°	21°	20°	16°	3°	5°	11°	18°	4°	9°	19°	12°	13°	8°	2°	15°	14°	
	30/4	49,0	28,8	34,9	30,8	19,8	11,8	12,7	19,8	38,8	36,1	27,0	19,4	37,9	28,9	13,3	25,4	24,7	29,6	41,3	23,0	24,0	**31,8**
	23/4	56,8	36,8	41,7	35,6	22,4	11,3	16,7	26,4	43,6	40,6	33,4	21,5	43,5	35,5	13,0	26,5	24,3	29,1	45,0	22,8	25,3	**35,9**
	16/4	74,1	49,6	51,2	39,0	27,1	11,8	21,8	34,5	53,0	42,2	40,3	29,6	49,7	40,6	17,0	26,4	25,0	30,9	47,9	22,3	24,8	**41,5**
	9/4	86,0	52,8	62,3	42,3	33,6	13,5	26,8	43,9	65,3	46,1	49,3	32,9	55,1	44,1	18,0	27,3	24,5	30,5	50,1	19,9	23,6	**47,2**
	2/4	89,6	44,8	66,8	42,6	34,1	13,5	34,7	52,6	73,9	43,0	52,4	37,5	53,3	44,6	19,0	27,3	21,4	32,2	47,5	15,1	18,4	**48,1**
	26/3	87,2	19,2	70,9	39,7	31,7	20,3	35,6	53,9	78,7	39,9	53,3	43,2	48,5	47,5	25,6	27,8	18,0	28,4	44,7	10,5	16,4	**47,7**
	19/3	77,3	19,2	67,8	37,9	27,7	22,9	37,2	45,3	79,5	39,2	49,5	44,2	42,4	51,9	30,9	27,5	15,8	30,2	41,2	10,9	14,9	**45,0**
	12/3	62,3	9,6	58,9	33,6	22,7	31,2	35,6	41,3	71,6	35,0	44,5	46,3	37,0	50,4	33,9	26,3	12,9	22,4	35,6	11,0	13,8	**39,7**
	5/3	51,6	8,0	47,9	33,9	18,0	36,4	32,8	32,8	59,7	28,5	39,2	49,5	32,5	50,8	31,9	23,8	11,1	17,2	32,4	11,9	13,7	**34,2**
	26/2	45,0	6,4	40,2	32,2	16,1	41,9	31,7	28,9	46,9	22,9	37,1	50,7	31,8	47,5	31,6	22,7	10,0	15,7	31,5	13,9	15,9	**30,7**
	19/2	42,9	7,2	37,2	34,3	16,2	47,7	31,5	28,9	42,6	19,6	34,6	53,1	33,4	42,2	26,6	23,0	9,1	13,9	31,9	17,5	18,1	**29,9**
	12/2	44,6	11,2	35,7	39,2	20,5	46,4	27,9	36,5	42,2	18,6	35,2	50,5	37,2	39,2	21,3	24,5	11,8	12,5	36,1	21,7	21,6	**31,4**
	5/2	46,9	20,0	35,4	41,4	24,5	47,9	26,0	44,4	44,6	17,4	35,2	43,3	39,3	35,0	21,6	26,1	13,8	15,2	35,8	25,0	25,5	**32,8**
	29/1	50,2	28,8	34,8	38,8	30,9	41,1	34,3	50,2	48,7	17,8	35,7	40,1	42,4	30,1	17,6	24,9	14,5	12,8	35,4	28,1	28,2	**34,2**
	22/1	54,3	32,0	35,7	40,3	39,7	42,6	40,2	55,5	53,8	17,4	36,7	32,5	46,4	34,1	17,6	25,2	14,7	15,0	33,6	27,9	29,6	**36,4**
	15/1	58,5	32,0	35,9	43,8	48,9	39,2	55,7	57,0	56,2	19,4	38,8	31,9	48,3	34,2	18,6	24,5	15,0	14,5	34,8	31,6	28,8	**38,3**
	8/1	63,9	43,2	34,3	47,0	52,2	39,1	65,1	55,6	60,3	21,9	35,2	32,2	49,9	37,1	17,6	24,4	13,2	17,2	34,5	31,3	25,6	**39,1**
	1/1	64,6	60,0	33,4	43,5	54,5	29,9	66,4	53,6	59,2	21,9	31,7	29,2	47,8	33,6	15,3	23,8	12,3	15,0	37,3	29,7	22,0	**38,3**
	25/12	70,3	67,2	39,7	43,5	52,9	27,6	56,1	47,4	60,7	22,8	26,3	27,6	46,3	33,6	17,3	25,4	14,3	15,7	35,7	30,0	20,4	**39,2**
	18/12	81,6	56,0	46,4	47,0	55,1	32,9	69,3	49,8	61,9	27,3	28,2	30,5	48,3	43,2	19,0	28,4	15,5	17,9	36,9	33,9	22,4	**43,2**
	11/12	92,9	70,4	54,0	52,7	52,6	45,4	75,4	53,4	63,0	34,3	32,4	36,1	52,6	50,0	16,6	32,0	19,3	21,0	40,3	36,9	26,3	**47,9**
	4/12	100,9	87,2	67,7	59,8	50,8	78,5	76,1	52,4	60,9	38,4	34,2	37,6	55,2	54,1	21,3	35,0	20,6	29,8	40,4	36,7	29,4	**52,3**
	27/11	114,2	103,2	78,5	66,8	50,0	77,7	74,8	49,2	59,9	44,6	37,3	40,6	59,2	53,2	20,6	38,3	22,8	27,7	41,8	32,8	31,6	**56,5**
	20/11	121,2	118,4	82,8	84,6	44,5	87,9	76,5	41,9	56,8	48,5	35,8	41,7	55,6	51,1	17,3	39,3	21,9	27,8	35,6	32,6	31,5	**56,9**
	13/11	113,4	119,2	73,0	90,0	37,5	85,0	64,7	30,3	48,5	44,8	37,0	41,3	52,4	43,8	18,3	37,7	17,8	25,5	31,6	29,3	29,7	**51,8**
	6/11	89,8	123,2	55,5	86,2	24,3	66,8	41,4	21,6	37,5	35,3	29,4	37,5	43,6	36,2	8,7	29,4	11,2	18,1	19,9	24,3	23,7	**40,2**
	30/10	59,1	101,6	36,9	62,2	15,9	43,7	21,6	13,3	25,9	27,3	17,3	29,9	32,5	27,4	6,0	24,2	7,5	13,4	16,0	20,0	18,4	**28,5**
	23/10	31,6	40,0	20,1	39,2	10,6	19,9	11,9	7,3	14,7	15,5	10,0	21,0	23,5	17,6	4,3	19,1	5,3	9,8	12,1	17,1	12,2	**17,7**
	16/10	15,3	10,4	8,3	22,8	6,1	12,4	3,7	3,7	9,0	8,3	4,8	8,6	17,4	12,9	2,7	13,8	2,7	6,5	8,2	11,6	9,7	**10,4**
	9/10	8,0	3,2	3,7	13,1	4,3	6,6	3,7	1,9	5,1	3,8	2,4	6,3	14,8	7,7	2,7	10,1	2,2	6,3	7,6	8,3	7,7	**6,9**
	2/10	5,0	6,4	3,0	10,6	3,4	5,3	2,9	1,5	4,5	2,8	1,7	4,5	11,8	4,5	1,7	7,7	1,8	2,0	5,6	6,6	6,2	**5,3**
	25/9	3,8	2,4	3,0	9,5	2,9	3,8	2,4	1,4	4,2	2,4	1,5	3,7	9,8	4,5	1,0	6,7	1,7	2,3	5,3	6,9	4,8	**4,6**
	18/9	3,2	4,8	2,8	9,2	2,4	2,8	2,2	1,8	4,1	2,6	1,5	3,1	8,0	3,7	1,0	5,6	1,3	1,1	5,1	5,5	3,7	**4,0**
	11/9	2,4	1,6	2,5	6,3	1,9	1,5	1,1	1,4	3,1	1,9	0,9	2,2	6,3	2,8	1,3	4,2	1,5	0,7	4,8	3,8	2,3	**3,1**
	4/9	2,6	1,6	2,4	3,1	1,6	1,5	1,3	0,9	2,6	1,8	0,8	1,3	6,3	2,5	1,0	3,4	1,0	0,5	3,8	2,5	1,8	**2,7**
	28/8	1,9	0,8	1,7	1,8	1,0	1,5	1,1	1,1	2,1	1,3	0,5	1,4	4,9	3,0	1,0	2,1	0,7	0,2	2,6	1,4	1,4	**2,0**
	21/8	2,0	0,8	1,5	1,2	0,9	1,5	0,6	0,7	1,7	0,8	0,9	1,1	4,3	2,3	0,3	1,2	0,6	0,0	1,5	0,8	0,9	**1,5**
	14/8	1,8	2,4	1,5	1,1	0,7	1,3	0,4	0,2	1,7	0,3	0,7	1,1	3,3	1,8	0,0	0,8	0,4	0,0	1,1	0,5	0,9	**1,3**
	7/8	2,0	4,0	1,7	1,4	0,6	1,5	0,9	1,1	1,8	0,5	0,9	0,9	3,2	1,7	0,3	0,6	0,4	0,4	0,7	0,5	0,8	**1,3**
	31/7	2,4	0,8	1,5	1,2	0,7	1,1	0,0	0,7	1,3	0,5	0,4	0,7	3,2	1,0	0,3	0,8	0,2	0,4	0,5	0,2	0,8	**1,2**
	24/7	3,4	0,8	1,4	1,7	0,6	1,1	0,4	0,7	1,8	0,4	0,1	0,8	3,2	0,9	0,0	0,3	0,2	0,4	0,3	0,4	0,2	**1,2**
	17/7	3,5	1,6	1,6	1,9	0,7	1,1	0,0	0,6	1,9	0,3	0,2	0,7	3,0	1,3	0,3	0,9	0,3	0,5	0,3	0,3	0,2	**1,3**
	10/7	4,5	3,2	1,9	1,6	0,3	1,1	0,2	0,2	2,2	0,2	0,3	0,5	3,4	2,0	0,0	0,8	0,2	0,5	0,3	0,2	0,1	**1,4**
	3/7	5,5	2,4	2,4	2,6	0,4	0,6	0,4	0,5	1,9	0,4	0,4	0,5	3,3	2,1	0,0	0,6	0,2	0,0	0,5	0,4	0,3	**1,6**
	26/6	7,1	1,6	5,0	3,5	0,3	0,6	0,2	1,1	2,4	0,6	0,7	0,2	3,2	2,3	0,3	0,7	0,5	0,2	0,7	0,3	0,4	**2,3**
	19/6	8,4	3,2	15,3	4,3	0,6	0,6	0,4	1,3	3,2	0,5	0,9	0,6	4,3	4,1	0,7	0,8	1,0	0,0	0,8	0,6	0,4	**4,4**
	12/6	12,2	4,8	23,5	6,8	1,0	1,5	0,9	1,5	4,5	1,0	1,5	1,1	5,1	5,9	0,3	1,1	0,8	0,0	1,5	0,6	0,7	**6,5**
	5/6	17,2	7,2	29,5	9,3	2,0	1,9	1,5	2,1	6,3	1,5	3,3	1,4	8,3	8,0	0,0	2,3	1,0	0,0	2,8	0,7	1,1	**8,9**
	29/5	23,9	9,6	35,4	12,6	2,8	3,2	2,9	3,7	9,6	3,0	4,6	1,7	14,2	9,4	1,0	4,1	1,3	0,9	4,0	2,3	1,4	**11,9**
	22/5	32,8	17,6	40,2	17,6	4,4	6,4	5,9	5,6	12,4	4,4	6,7	1,8	19,3	12,1	2,7	5,5	2,5	2,7	5,9	3,6	2,1	**15,0**
	15/5	37,0	29,6	46,9	25,2	6,4	9,4	9,7	6,6	17,1	6,4	11,8	2,9	20,4	15,8	2,7	6,0	3,0	6,0	7,2	4,7	4,1	**18,1**
	8/5	46,7	36,0	56,9	33,9	17,0	14,6	17,2	8,7	37,6	10,8	20,0	5,4	22,2	19,3	2,0	7,3	3,9	8,7	8,8	5,6	6,4	**24,5**
	1/5	58,1	57,6	66,1	43,7	20,0	21,0	26,8	10,9	47,3	14,1	27,3	6,9	23,8	23,0	5,7	8,4	5,5	8,9	10,8	5,2	8,2	**29,5**
	24/4	67,7	70,4	87,7	49,8	23,8	27,8	41,1	11,3	62,9	20,0	46,6	10,8	24,3	25,3	6,3	9,2	6,5	10,7	12,5	5,9	9,5	**37,0**
	17/4	75,8	86,4	106,0	58,8	27,9	34,0	52,4	12,3	74,6	24,3	55,5	12,8	23,1	24,7	8,7	10,9	8,1	10,7	14,9	7,0	10,7	**43,2**
	10/4	81,1	104,8	118,4	70,6	31,2	48,4	61,4	13,8	80,6	27,4	61,2	16,8	21,5	23,6	9,3	10,5	8,9	10,7	16,0	6,6	11,7	**47,4**
	3/4	76,5	68,0	117,7	75,2	35,1	54,6	62,9	16,7	87,7	31,1	64,9	19,0	20,7	27,9	10,3	9,3	9,7	7,4	16,4	7,6	11,0	**48,2**
	27/3	66,2	72,8	111,1	67,1	31,5	46,7	62,5	18,4	77,5	28,5	64,7	17,1	17,2	22,3	8,7	8,0	5,4	4,0	13,4	5,8	8,7	**43,6**
	20/3	35,7	43,2	77,1	37,6	17,3	18,6	36,3	11,9	46,7	16,3	46,5	8,6	9,3	14,7	6,7	2,3	3,7	1,4	4,8	3,5	3,4	**26,9**
	13/3	12,9	4,8	44,2	8,4	7,5	3,8	10,6	4,9	21,1	3,6	22,3	1,3	2,1	3,2	1,7	1,1	1,0	0,2	1,9	0,7	0,8	**12,5**
	6/3	1,3	0,0	16,2	0,8	2,4	0,8	0,7	0,3	8,9	0,9	4,8	0,2	0,5	0,7	1,0	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,1	**4,0**

Roberta Bugatti (prodi) elaborazione dati Protezione Civile

Pazienti ricoverati, presenti a una certa data, IN TERAPIA INTENSIVA in ogni regione (ogni 100.000 abitanti)

indice

	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Liguria	Veneto	P.A. Bolzano	P.A. Trento	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Marche	Umbria	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Calabria	Basilicata	Puglia	Sardegna	Sicilia	ITALIA
		Val	Lom						Emi	Tos									Pug			
dati al	30/4	7°	2°	4°	9°	13°	21°	11°	17°	5°	1°	8°	10°	6°	15°	16°	19°	18°	20°	3°	14°	12°	
30/4		4,87	6,40	5,48	4,26	3,30	0,38	3,67	2,49	5,06	6,85	4,43	3,91	4,93	2,78	2,66	2,40	2,43	1,45	5,67	3,04	3,38	**4,33**
23/4		6,38	9,60	6,42	4,59	3,96	1,69	4,77	3,32	6,18	6,93	4,63	4,14	5,77	3,48	4,33	2,56	2,27	1,99	6,40	3,23	3,63	**4,99**
16/4		6,77	11,20	7,26	5,44	4,86	2,44	6,05	4,89	7,01	7,53	7,14	3,91	6,64	4,41	4,99	2,29	2,38	2,71	7,16	3,54	3,88	**5,64**
9/4		7,63	9,60	8,26	4,85	6,05	3,19	7,88	6,38	7,68	7,69	8,86	4,94	6,39	5,26	4,33	2,59	2,06	1,81	6,58	3,10	3,45	**6,04**
2/4		8,77	8,00	8,55	4,72	5,82	3,38	9,35	6,72	8,31	7,42	9,39	6,21	6,53	5,33	5,32	2,71	1,90	2,17	6,65	2,17	3,08	**6,21**
26/3		8,30	5,60	8,46	4,39	5,27	5,44	8,07	6,47	8,94	6,96	10,05	6,55	6,25	6,57	5,66	3,17	1,85	2,71	5,84	1,86	2,48	**6,08**
19/3		7,56	1,60	7,86	4,13	4,08	6,01	10,08	6,38	8,65	6,66	9,32	8,62	5,35	6,80	4,66	2,71	1,90	2,35	5,41	1,55	2,48	**5,64**
12/3		5,73	1,60	6,65	4,20	3,16	7,13	8,43	5,39	7,84	5,90	7,34	9,08	4,69	7,11	5,99	2,61	1,80	2,35	4,40	1,37	2,07	**4,89**
5/3		4,29	1,60	5,42	3,67	2,64	6,76	8,80	5,31	5,96	4,96	6,08	9,88	4,31	6,72	6,32	2,45	1,21	2,17	4,07	1,55	2,46	**4,23**
26/2		3,78	0,80	4,15	3,41	2,17	6,38	6,97	4,64	4,73	4,41	5,35	8,96	3,77	5,72	5,32	2,52	1,00	1,27	4,15	1,37	2,71	**3,68**
19/2		3,02	1,60	3,72	3,80	2,01	6,76	4,58	4,64	4,10	4,04	5,42	9,54	4,01	5,64	3,66	1,93	0,79	0,72	4,12	1,68	3,08	**3,45**
12/2		3,34	1,60	3,58	3,74	2,52	6,95	5,13	5,31	3,92	3,41	4,96	9,65	4,45	4,10	2,66	1,86	1,21	0,72	4,27	2,05	3,47	**3,51**
5/2		3,41	2,40	3,58	4,07	3,53	6,57	5,87	5,39	4,08	2,84	4,89	7,58	4,73	3,71	3,33	1,80	1,37	0,36	4,25	1,80	3,73	**3,59**
29/1		3,48	3,20	3,78	4,20	4,92	5,63	6,23	4,89	4,68	2,71	4,83	6,09	5,02	3,09	2,66	1,66	1,06	0,72	4,25	2,48	4,33	**3,81**
22/1		3,53	1,60	4,07	4,00	5,96	4,51	7,52	5,06	4,93	2,98	5,22	5,06	5,02	3,09	2,66	1,82	1,27	0,90	3,87	3,23	4,55	**4,01**
15/1		3,78	2,40	4,65	3,87	6,70	4,32	7,70	5,64	5,17	3,49	5,42	5,75	5,19	3,17	2,33	1,63	1,43	0,72	3,74	3,10	4,31	**4,23**
8/1		4,08	0,80	4,65	4,39	7,32	4,51	8,43	5,31	5,49	3,76	4,50	4,94	5,37	2,78	2,66	1,75	1,11	0,72	4,12	3,10	4,10	**4,34**
1/1		4,27	0,80	4,86	4,13	7,62	5,07	7,15	5,22	5,17	3,87	4,03	5,29	5,30	2,94	3,66	1,82	0,95	0,90	3,47	2,61	3,61	**4,28**
25/12		4,96	3,20	5,21	4,20	7,09	3,57	8,98	4,48	4,61	4,50	3,97	4,14	5,04	2,63	2,33	1,79	1,11	1,27	4,20	2,67	3,57	**4,33**
18/12		5,64	5,60	6,00	4,59	6,95	4,32	9,17	4,89	4,64	5,17	4,23	4,94	5,39	3,25	2,99	2,10	1,11	1,81	4,40	3,29	3,73	**4,73**
11/12		6,96	7,20	7,31	5,51	7,15	5,07	8,62	5,22	5,17	6,53	5,69	6,21	5,89	5,10	2,66	2,52	1,11	2,71	4,73	3,97	4,04	**5,47**
4/12		8,28	8,80	8,20	6,49	6,33	6,01	8,62	4,89	5,56	7,12	5,75	6,55	6,25	5,64	3,33	2,91	1,80	3,61	5,74	4,34	4,43	**5,98**
27/11		9,16	12,00	9,22	7,15	6,21	7,89	8,07	4,56	5,60	7,53	6,02	7,13	6,17	5,72	3,66	3,22	2,32	4,16	5,08	4,41	5,13	**6,34**
20/11		9,12	8,00	9,27	7,87	5,47	7,13	6,97	4,48	5,47	7,99	5,35	8,16	5,86	5,80	2,66	3,52	2,43	4,88	5,11	4,28	4,96	**6,28**
13/11		8,19	12,00	7,99	7,21	4,49	7,70	5,50	3,90	5,04	7,18	4,89	7,81	4,52	4,41	2,33	3,20	1,43	4,16	4,00	3,54	4,31	**5,42**
6/11		6,22	10,40	5,68	5,12	3,46	6,57	3,12	3,65	3,96	5,66	3,97	6,09	4,07	3,25	2,66	3,15	0,79	2,89	3,09	2,85	3,26	**4,22**
30/10		3,69	5,60	3,69	3,41	2,40	3,38	1,65	2,90	2,67	4,14	2,58	4,83	3,04	2,09	2,00	2,82	0,48	1,27	2,12	2,48	2,40	**2,93**
23/10		1,95	2,40	1,83	2,16	1,31	1,50	0,55	1,58	1,93	2,22	1,45	2,41	2,35	1,24	0,33	1,72	0,48	0,72	1,32	2,23	1,83	**1,76**
16/10		1,00	3,20	0,71	2,10	0,82	1,13	0,00	0,99	1,37	1,38	0,66	1,72	1,70	0,85	0,00	1,17	0,21	0,00	0,66	1,80	1,19	**1,07**
9/10		0,51	1,60	0,44	1,71	0,43	0,38	0,00	0,50	0,31	0,81	0,20	0,92	0,99	0,54	0,00	1,10	0,05	0,00	0,58	1,43	0,72	**0,65**
2/10		0,30	0,00	0,39	1,51	0,45	0,00	0,00	0,17	0,25	0,65	0,26	0,46	0,85	0,46	0,00	0,68	0,05	0,36	0,33	1,30	0,43	**0,49**
25/9		0,21	0,00	0,30	1,11	0,39	0,19	0,00	0,50	0,40	0,65	0,13	0,34	0,63	0,39	0,33	0,47	0,16	0,18	0,25	1,18	0,27	**0,41**
18/9		0,14	0,00	0,32	1,05	0,16	0,38	0,00	0,33	0,47	0,57	0,07	0,57	0,30	0,39	0,33	0,35	0,21	0,18	0,30	1,05	0,31	**0,35**
11/9		0,21	0,00	0,27	0,79	0,23	0,00	0,00	0,25	0,40	0,46	0,13	0,46	0,24	0,31	0,00	0,23	0,16	0,18	0,20	0,74	0,35	**0,29**
4/9		0,16	0,00	0,26	0,39	0,20	0,38	0,00	0,33	0,29	0,22	0,07	0,34	0,16	0,08	0,00	0,09	0,05	0,18	0,18	0,37	0,23	**0,20**
28/8		0,14	0,00	0,17	0,00	0,12	0,19	0,18	0,00	0,20	0,11	0,07	0,00	0,10	0,08	0,00	0,09	0,00	0,18	0,13	0,12	0,18	**0,12**
21/8		0,09	0,00	0,17	0,07	0,12	0,19	0,18	0,17	0,18	0,14	0,07	0,11	0,10	0,08	0,00	0,04	0,05	0,00	0,10	0,00	0,16	**0,12**
14/8		0,07	0,00	0,12	0,20	0,12	0,19	0,18	0,25	0,09	0,08	0,07	0,00	0,16	0,08	0,00	0,02	0,05	0,00	0,03	0,00	0,12	**0,09**
7/8		0,07	0,00	0,09	0,07	0,12	0,00	0,00	0,25	0,09	0,00	0,00	0,00	0,14	0,08	0,00	0,04	0,05	0,00	0,00	0,00	0,08	**0,07**
31/7		0,12	0,00	0,07	0,00	0,06	0,19	0,00	0,17	0,09	0,00	0,00	0,00	0,16	0,08	0,00	0,11	0,05	0,00	0,00	0,00	0,04	**0,07**
24/7		0,12	0,00	0,17	0,00	0,04	0,00	0,00	0,17	0,09	0,00	0,07	0,00	0,16	0,15	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	**0,08**
17/7		0,14	0,00	0,22	0,00	0,04	0,00	0,00	0,00	0,18	0,03	0,07	0,00	0,16	0,00	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,08**
10/7		0,21	0,00	0,27	0,07	0,06	0,00	0,00	0,00	0,22	0,05	0,00	0,00	0,23	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	**0,11**
3/7		0,23	0,00	0,41	0,20	0,00	0,00	0,00	0,00	0,20	0,08	0,00	0,00	0,19	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,04	**0,13**
26/6		0,32	0,00	0,47	0,20	0,02	0,19	0,00	0,00	0,27	0,16	0,00	0,11	0,23	0,15	0,00	0,02	0,00	0,00	0,00	0,00	0,08	**0,18**
19/6		0,51	0,00	0,60	0,20	0,02	0,19	0,00	0,00	0,25	0,32	0,00	0,23	0,66	0,08	0,00	0,05	0,00	0,18	0,03	0,00	0,10	**0,27**
12/6		0,70	0,00	0,97	0,20	0,00	0,38	0,18	0,00	0,38	0,38	0,00	0,11	0,82	0,31	0,33	0,04	0,05	0,18	0,05	0,06	0,06	**0,38**
5/6		0,93	0,00	1,20	0,39	0,04	0,38	0,18	0,17	0,85	0,62	0,33	0,23	0,89	0,31	0,67	0,12	0,00	0,00	0,13	0,00	0,12	**0,53**
29/5		1,41	0,00	1,73	0,85	0,14	0,94	0,55	0,17	1,70	0,84	0,59	0,23	1,03	0,23	0,67	0,12	0,05	0,00	0,30	0,12	0,14	**0,80**
22/5		1,83	1,60	2,06	1,25	0,25	0,94	0,73	0,17	1,99	1,14	0,99	0,23	1,16	0,31	0,67	0,16	0,05	0,18	0,43	0,37	0,21	**1,00**
15/5		2,51	0,00	2,75	2,03	0,49	0,94	1,65	0,25	2,55	1,81	1,19	0,23	1,37	0,46	0,67	0,30	0,11	0,18	0,58	0,62	0,23	**1,35**
8/5		3,25	1,60	3,99	3,02	1,62	1,69	2,02	0,17	3,65	2,27	2,51	0,69	1,46	0,77	0,00	0,49	0,11	0,36	0,83	0,62	0,39	**1,96**
1/5		4,20	2,40	5,61	4,46	2,25	2,07	3,48	0,50	4,41	3,36	2,91	1,49	1,82	1,24	0,33	0,51	0,16	0,72	0,99	0,74	0,62	**2,65**
24/4		5,96	5,60	7,54	5,71	2,66	3,00	5,13	1,33	5,91	4,31	4,03	2,18	3,20	2,16	0,33	0,77	0,37	1,27	1,29	1,18	0,66	**3,64**
17/4		7,72	7,20	9,68	6,89	4,04	6,01	8,07	1,91	6,92	5,61	6,21	3,56	3,25	3,32	1,33	1,33	0,37	1,63	1,57	1,43	0,94	**4,71**
10/4		9,14	12,80	11,99	9,90	5,27	10,89	12,83	2,74	7,82	6,93	8,40	4,48	3,49	4,10	1,33	1,58	0,74	2,71	2,02	1,61	1,27	**5,86**
3/4		10,48	19,99	13,77	11,35	6,87	11,26	14,67	5,06	8,15	7,80	10,45	5,52	3,27	5,87	2,66	2,01	0,90	3,43	3,11	1,49	1,50	**6,82**
27/3		10,00	19,19	12,88	10,30	6,93	8,45	12,10	4,73	6,90	7,42	10,71	5,29	2,19	5,49	2,99	1,98	1,16	2,71	2,07	1,18	1,54	**6,26**
20/3		6,49	7,20	10,47	7,94	4,84	4,51	6,23	2,65	5,98	5,12	9,12	2,76	0,82	3,71	2,00	0,72	0,84	0,90	0,78	0,93	0,86	**4,45**
13/3		3,13	0,00	6,48	2,89	2,19	0,94	1,10	0,66	2,87	2,09	5,62	1,15	0,42	1,08	1,00	0,33	0,16	0,18	0,05	0,00	0,14	**2,23**
6/3		0,70	0,00	3,08	0,33	0,55	0,00	0,00	0,00	1,19	0,14	1,32	0,23	0,14	0,00	0,67	0,00	0,00	0,00	0,03	0,00	0,00	**0,77**

INDICE DETTAGLIATO DEI CONTENUTI

indice

Pag 2

Situazione nazionale

Vengono presentati, **per periodi settimanali**,

- i seguenti nuovi casi **(incidenti)**:
  - nuovi positivi
  - nuovi dimessi /guariti
  - nuovi deceduti
  - nuovi tamponi
  - nuove persone con tampone
- il numero di casi rilevati alla data odierna (casi **prevalenti**), di:
  - ricoverati con sintomi (ricoveri ordinari)
  - ricoverati in terapia intensiva
  - totale ospedalizzati
  - in isolamento domiciliare
  - totale casi attivi
- il numero totale di casi rilevati (casi **cumulati**), di:
  - dimessi / guariti
  - deceduti
  - CASI TOTALI
  - tamponi
  - persone con tampone

I casi **attivi** sono la somma degli attualmente ricoverati in H o in isolamento a domicilio

I casi **totali** sono dati dalla somma dei casi attivi + casi conclusi (guariti + deceduti)

Nella tabella si utilizzano scale (automatiche) di colori, per rendere anche visivamente le variazioni tra i diversi periodi.

Nella tabella in fondo alla pagina:

per i casi incidenti (positivi, guariti, deceduti, tamponi, persone con tampone): media giornaliera della settimana, variazione rispetto alla media della settimana precedente e numero dei casi del giorno

Per i casi prevalenti (in ospedale e a domicilio): la variazione tra i dati rilevati a una certa data e quelli di 7 giorni prima

Grafico: variazione casi e decessi rispetto alla settimana precedente, per ognuna delle regioni☐

Pag 3

Situazione nazionale

La metafora della vasca: rubinetto (nuovi casi in entrata) e scarico (casi cessati, distinti in dimessi / guariti e deceduti)

Il livello dell'acqua sale o scende a seconda del saldo (differenza tra nuovi entrati e usciti nell'ultima settimana).

Casi prevalenti ad oggi = casi prevalenti di 7 gg fa + nuovi casi della settimana – casi cessati nella settimana.

I casi prevalenti sono suddivisi in "isolamento domiciliare" e ricoverati (a loro volta distinti in: terapia intensiva e ricoveri ordinari).

Grafici – andamenti **giornalieri (dal 14 febbraio ad oggi)**

Nuovi casi - numeri assoluti quotidiani (e media mobile 7 gg)

Casi prevalenti: dove si trovano (ospedale o casa) numeri assoluti

Casi prevalenti: dove si trovano (ospedale o casa) percentuali

Ricoverati in terapia intensiva - numeri assoluti

Nuovi Decessi - numeri assoluti quotidiani (e media mobile 7 gg)

Pag 4

Per ogni regione:

Tabella e grafico: persone con tampone /100.000 ab (x); positivi ogni 100.000 (y). Dati cumulati dall'inizio dell'epidemia.

Tabella e grafico: Rapporto tamponi positivi / tamponi eseguiti (x); morti /100.000 ab. Dall'inizio dell'epidemia

Tabella e grafico: persone con tampone /100.000 ab (x); positivi ogni 100.000 (y). Ultima settimana.

Pag 5

indice

Per ogni regione:

Confronto tra settimana corrente e settimana precedente:

nuovi positivi, nuovi dimessi / guariti, nuovi deceduti, nuovi soggetti con tampone

Confronto tra data odierna e 7 gg fa:

ricoverati con sintomi (ricoveri ordinari), ricoverati in terapia intensiva, totale ospedalizzati, isolamento domiciliare

totale casi attivi (cumulati) e variazione rispetto a 7 gg fa

tamponi, soggetti con tampone

Mappa (stilizzata) delle regioni per:

nuovi positivi, deceduti (variazione rispetto alla settimana precedente); presenti in terapia inytensiva

Pag 6 e 7

Per ogni regione (solo ultime 8 settimane)

Nuovi casi per periodi settimanali. Variazione tra l'ultima settimana e quella precedente (espressa come rapporto)

Per ogni regione

Casi totali (cumulati dall'inizio dell'epidemia) per periodi settimanali.

Decessi totali (cumulati dall'inizio dell'epidemia) per periodi settimanali.

Casi totali (cumulati dall'inizio dell'epidemia) / 100.000 abitanti per periodi settimanali. Ranking delle regioni per: ultima settimana e variazione rispetto alla settimana precedente

Decessi totali (cumulati dall'inizio dell'epidemia) / 100.000 abitanti per periodi settimanali. Ranking delle regioni per: ultima settimana e variazione rispetto alla settimana precedente

Ricoveri cumulati dall'inizio dell'epidemia (**esclusa terapia intensiva**) / 100.000 abitanti per periodi settimanali

Ranking delle regioni per l'ultima settimana

Ricoveri cumulati dall'inizio dell'epidemia **in terapia intensiva** / 100.000 abitanti per periodi settimanali

Ranking delle regioni per l'ultima settimana

indice

Pag 8

Le prime 25 province italiane, graduatoria per

- Numero assoluto di casi, dall'inizio dell'epidemia
- Rapporto casi /100.000 abitanti, dall'inizio dell'epidemia
- Numero assoluto di casi, ultima settimana
- Rapporto casi /100.000 abitanti, ultima settimana

Indicatori regionali

pos / abit = casi positivi dell'ultima settimana / 100.000 abitanti (**INCIDENZA)**
pos / tamp = casi positivi dell'ultima settimana / tamponi dell'ultima settimana (**QUOZ DI POSITIVITA' DEI TAMPONI)**
tamp / abit = tamponi dell'ultima settimana / 100.000 abitanti (**QUANTITA' TAMPONI ESEGUITI)**
ric TI / ric H = ricoverati in terapia intensiva, presenti in data odierna / ricoverati totali (compresa terapia intensiva) presenti in data odierna **(GRAVITA' RICOVERI)**
ric H / abit = ricoverati totali (compresa terapia intensiva) presenti in data odierna / 100.000 abitanti (**QUOZ OSPEDALIZZAZIONE)**
dec / ric H = decessi dell'ultima settimana / ricoverati totali (compresa terapia intensiva) presenti 14 giorni fa (**GRAVITA' RICOVERI)**
dec / abit = decessi dell'ultima settimana / 100.000 abitanti (**MORTALITA')**
dec / pos = decessi dell'ultima settimana / casi positivi di due settimane prima (**LETALITA')**

Pag 9

andamento dell'incidenza di nuovi casi (somma mobile ultimi 7 giorni/ 100.000 abitanti) nelle diverse regioni

Pag da 10 a 13

DIAGRAMMI "RADAR" REGIONALI (ULTIMA SETTIMANA) - scostamento % rispetto ai valori nazionali

Pag 14

Note della Protezione Civile (solo le più recenti)

indice

Da Pag 15 Appendice, con tutti i dati storici (dall'inizio dell'epidemia, per settimana):

Pag 15
Per ogni regione
Nuovi casi per periodi settimanali.
Variazione tra l'ultima settimana e quella precedente (espressa come rapporto)

Pag 16
Per ogni regione
Nuovi decessi per periodi settimanali.
Variazione tra l'ultima settimana e quella precedente (espressa come rapporto)

Pag 17
Per ogni regione
Casi totali (cumulati dall'inizio dell'epidemia) per periodi settimanali.

Pag 18
Per ogni regione
Decessi totali (cumulati dall'inizio dell'epidemia) per periodi settimanali.

Pag 19
Per ogni regione
Casi totali (cumulati dall'inizio dell'epidemia) / 100.000 abitanti per periodi settimanali.
Ranking delle regioni per:
ultima settimana
variazione rispetto alla settimana precedente

Pag 20
Per ogni regione
Decessi totali (cumulati dall'inizio dell'epidemia) / 100.000 abitanti per periodi settimanali.
Ranking delle regioni per:
ultima settimana
variazione rispetto alla settimana precedente

Pag 21
Per ogni regione
Pazienti ricoverati (presenti a una certa data, esclusa terapia intensiva) in ogni regione (ogni 100.000 abitanti)
Ranking delle regioni per l'ultima settimana

Pag 22
Per ogni regione
Pazienti ricoverati (presenti a una certa data, in terapia intensiva) in ogni regione (ogni 100.000 abitanti)
Ranking delle regioni per l'ultima settimana

Allegato 10

Documentazione audizione Associazione Italiana Ospedalità Privata (AIOP)

PROTOCOLLO.E0004236139062022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

A.I.O.P. VENETO
ASSOCIAZIONE ITALIANA
OSPEDALITA' PRIVATA
Sede Regionale del Veneto

Circolare n. 105 Mestre, 13/06/2022

Spett.le
Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS-COV-2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata".

Gent.ma Presidente,
Preg.mi Consiglieri,

Nel ringraziare per l'opportunità di consultazione presso codesta spettabile Commissione in merito all'andamento dell'epidemia COVID nelle strutture private accreditate, preme rappresentare preventivamente il contesto e la consistenza in cui operano le strutture private accreditate con il SSN.

Come noto, nel nostro Paese vige un Sistema Sanitario Pubblico che, finanziato con la fiscalità generale, garantisce a tutti i suoi cittadini l'accesso gratuito alle cure.

L'organizzazione dello stesso non prevede, invece, nessun monopolio nell'erogazione dei servizi, bensì un sistema pluralista in cui istituzioni pubbliche e private concorrono a realizzarlo.

Quanto alla consistenza, in termini di posti letto, a livello nazionale le strutture ospedaliere private rappresentano il 30%. Con il 13% della spesa ospedaliera assistono il 27% dei pazienti dimessi.

Nella regione Veneto le strutture private accreditate con il SSR:

- In termini di consistenza di posti letto rappresentano il 16,5%, quindi circa la metà della media delle altre regioni italiane.
- In termini di economia di scala, costano zero in conto capitale mentre in conto economico con il 10,5% del fondo ospedaliero ricoverano oltre il 19% dei pazienti.
- In termini di qualità delle prestazioni erogate, misurabile con la capacità di attrazione in mobilità sanitaria, con il solo 16,5% dei posti letto assistono il 50% di tutti i ricoveri provenienti da fuori regione.

A.I.O.P. VENETO
ASSOCIAZIONE ITALIANA OSPEDALITA' PRIVATA
Sede Regionale del Veneto

Premesso quanto sopra, si rappresenta in estrema sintesi la situazione relativa al periodo di emergenza epidemiologica. A partire dall'inizio della pandemia e visto il suo rapidissimo sviluppo, infatti, le strutture private hanno concorso a rispondere al fabbisogno emergenziale in collaborazione con le Aziende ULSS e su precisa disposizione delle stesse nelle diverse fasi della pandemia.

Con l'avvio della prima ondata COVID, in linea con le prime disposizioni nazionali, i Direttori Generali delle ULSS hanno adottato specifiche Determine coinvolgendo nella rete ospedaliera COVID i Presidi Ospedalieri a valenza provinciale dotati di Pronto Soccorso: "Ospedale Pederzoli" di Peschiera del Garda e "Ospedale Sacro Cuore" di Negrar. In ambito di pianificazione emergenziale regionale, sono state inserite anche le strutture private Villa Salus di Mestre e San Camillo di Treviso. Ulteriori strutture ospedaliere private sono entrate nella rete delle strutture ospedaliere COVID nel corso della prima ondata alla luce delle necessità territoriali e degli sviluppi pandemici, come nel caso delle strutture: Madonna della Salute di Porto Viro perché dotata di Pronto Soccorso, Sileno e Anna Rizzola di San Donà di Piave, Policlinico San Marco di Mestre e ancora Villa Maria di Padova in ambito di Ospedale di Comunità.

Con specifico riferimento alla seconda ondata, le strutture private presentavano un sistema organizzativo coerente con la programmazione emergenziale predisposta dalla regione. Alla luce della maggiore incisività e persistenza di fabbisogno ospedaliero che ha caratterizzato la seconda ondata, oltre alle strutture private sopra menzionate, sono state coinvolte nella rete ospedaliera COVID ulteriori strutture: Villa Berica ed Eretenia di Vicenza.

Corre l'obbligo di segnalare, comunque, che anche nell'ambito delle strutture non rientranti nella rete ospedaliera COVID, alla luce dell'andamento epidemiologico, in particolare nella seconda ondata, sono stati gestiti e curati pazienti affetti da COVID non critico, coordinandosi con l'Azienda ULSS.

Nella prima "ondata" i ricoveri ospedalieri per COVID presso le strutture private sono stati 837, mentre i decessi sono stati 90. Nella seconda "ondata" i ricoveri ospedalieri presso le medesime strutture sono stati 3.254, mentre i decessi 390.

Il coinvolgimento delle strutture private nell'ambito emergenziale ha riguardato anche la necessità di ridurre la pressione sulle strutture pubbliche per l'assistenza/trasferimento/presa in carico di pazienti non affetti da COVID 19, con particolare riferimento a quelle situazioni non rinviabili in considerazione del quadro clinico e per le quali la prognosi e le gravi conseguenze cliniche fossero influenzate dalla tempistica dell'intervento.

A.I.O.P. VENETO
ASSOCIAZIONE ITALIANA
OSPEDALITA' PRIVATA
Sede Regionale del Veneto

Laddove necessario, il contributo delle strutture si è espresso anche mettendo a disposizione i propri dipendenti presso altre istituzioni ovvero prestando strumentazioni ospedaliere alle strutture pubbliche in rete COVID per fronteggiare l'emergenza.

Premesso quanto sopra, il periodo emergenziale è stato caratterizzato anche dalle pesantissime ripercussioni sulla sostenibilità e sul governo delle nostre aziende, le quali sono state sottoposte ad una pressione insostenibile dei costi ed a una riduzione della propria produttività che ne hanno compromesso la stabilità.

A riguardo preme ricordare che:

a) Alla luce delle esigenze straordinarie ed urgenti derivanti dalla diffusione del COVID 19, l'art. 18 del DL 18/20, ha disposto che ciascuna regione si dotasse di un Piano di Sanità Pubblica per la gestione epidemiologica. Con DGR 344/20 la regione ha quindi adottato il proprio Piano di Sanità Pubblica che è stato poi aggiornato nel corso dei mesi in funzione dell'evoluzione epidemiologica. In attuazione di tale piano regionale tutte le strutture private hanno adeguato le proprie procedure alle direttive regionali prevedendo:
   - L'esecuzione di tamponi nasofaringei e test sierologici al personale e ai pazienti ricoverati;
   - L'acquisto di dispositivi di protezione individuale per dipendenti e pazienti;
   - La sanificazione e decontaminazione dei locali;
   - La presenza di personale preposto ai varchi di accesso alle strutture;
   - L'adeguamento delle strutture.

   In relazione al preventivato aumento degli oneri derivanti dall'attuazione dei Piani regionali, l'art. 18 del DL 18/20 ha provveduto ad incrementare di 1.410 milioni il Fondo Sanitario Nazionale prescrivendo che ogni regione provvedesse all' "*apertura di un centro di costo dedicato contrassegnato dal codice univoco «COV 20», garantendo pertanto una tenuta distinta degli accadimenti contabili legati alla gestione dell'emergenza*".

   Rispetto a quanto sopra, solo recentemente abbiamo avuto notizia dell'approvazione da parte della regione di una **copertura parziale dei costi riferita all'anno 2020, ma non ancora a quelli sostenuti nel 2021.**

b) In riferimento all'attività ospedaliera COVID, le disposizioni nazionali previste dall'art. 4 del DL 34/20 e dal decreto ministeriale attuativo del 12 agosto 2021, hanno fissato una specifica remunerazione per i ricoveri COVID ed una specifica funzione per i posti letto allestiti e dedicati alla rete COVID.

A.I.O.P. VENETO
ASSOCIAZIONE ITALIANA
OSPEDALITA' PRIVATA
Sede Regionale del Veneto

Anche rispetto a tale norma, abbiamo recentemente ricevuto notizia di un provvedimento regionale che, in termini di coperture, risulta:

- Del tutto insufficiente per la parte relativa alla copertura dei costi di attesa dei posti letto allestiti, laddove viene riconosciuto alle strutture maggiormente coinvolte nella rete COVID **solo circa 1/3 degli importi indicati nella relazione del decreto del 12 agosto 2021** (151 euro rispetto ai 400/450 riconosciuti dalle altre regioni);
- in linea con le disposizioni nazionali per la parte relativa alla copertura dei costi dei ricoveri COVID;

c) Va, inoltre, segnalato come, nel corso del 2020 si sia rilevato un pesante deterioramento della stabilità delle aziende anche per la riduzione delle attività per pazienti extraregione, che ha inciso per circa 20 milioni di euro.

Alla luce di quanto sopra rappresentato, va ricordato come l'emergenza epidemiologica abbia determinato nelle strutture private coinvolte nella rete COVID una profonda riorganizzazione delle attività per dedicarsi ad accogliere pazienti affetti dal contagio con un incremento molto rilevante dell'impegno del personale. Ciò ha prodotto un notevole impatto sulle condizioni di lavoro dei lavoratori, soprattutto quelli impegnati nei servizi di assistenza ai pazienti COVID e in attività di emergenza, che hanno dimostrato uno straordinario impegno, una grande professionalità, responsabilità, disponibilità e dedizione al lavoro. A loro va espresso il senso del nostro più profondo ringraziamento.

Preme, in merito, evidenziare come a differenza del personale medico e del comparto sanitario del settore pubblico, per quello del settore privato non sia stato riconosciuto alcun emolumento premiale né alcun ringraziamento da parte delle Istituzioni.

È lieta l'occasione per porgere i nostri più distinti saluti.

Il Presidente
Giuseppe Puntin

XICSCOVID Struttura

Da: XICSCOVID Struttura <XICSCOVID@consiglioveneto.it>
Inviato: giovedì 30 giugno 2022 12:53
A: daprotocollare
Oggetto: I: trasmissione documento AIOP relativo all'audizione del 13 giugno su andamento COVID
Allegati: 105_22_audizione AIOP in commissione speciale d'inchiesta covid.pdf

---

Da: info@aiopveneto.it <info@aiopveneto.it>
Inviato: giovedì 30 giugno 2022 10:32
A: XICSCOVID Struttura <XICSCOVID@consiglioveneto.it>
Oggetto: trasmissione documento AIOP relativo all'audizione del 13 giugno su andamento COVID

Si allega documento AIOP VENETO relativo all'audizione del 13 giugno u.s. presso la commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS – COV – 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda ondata.
Cordiali saluti
Roberto Manente

Da: XICSCOVID Struttura <XICSCOVID@consiglioveneto.it>
Inviato: lunedì 30 maggio 2022 14:20
A: 'info@aiopveneto.it' <info@aiopveneto.it>
Oggetto: Richiesta di partecipazione alla seduta della Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS - COV - 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata" di lunedì 13 giugno 2022.

Si prevede che il vostro intervento dovrà essere contenuto in 10 minuti, così da consentire ai consiglieri di porre delle domande alle quali potrete rispondere, per una durata totale di 30 minuti come da calendario riportato nella nota di convocazione.

Cordialmente

La Segreteria

_____
Consiglio Regionale del Veneto
Segreteria Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento
in Veneto dei contagi e dei decessi da
SARS- COV- 2 durante la pandemia,
con particolare attenzione alla seconda "ondata"
Palazzo Ferro Fini - San Marco 2322
30124 Venezia
tel. +39 041 2701347

Allegato 11

Documentazione audizione Sindacato Medici Italiani (SMI)

PROTOCOLLO.E0004938515-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.619/011 del 15-06-2022
Consiglio regionale del Veneto
17/06/2022 - 01/09 N. 0009925 - POST

COMM 5 XICSCOVID

AUDIZIONE COMMISSIONE CONSIGLIO REGIONALE 13.6.2022
ARGOMENTO Seconda ondata pandemia
Criticità legame territorio ospedale (tracciamento, trattamento a domicilio) terapie intensive rapporto pubblico privato.

La seconda ondata pandemica sicuramente si è giovata di forniture di DPI che non si erano avuti nella prima fase, ha visto organizzare le sedi tampone da parte aziendale con maggior efficienza anche con il contributo della medicina generale e per quei medici che hanno aderito alla somministrazione dei tamponi, ha comportato una riduzione del numero dei contatti con i pazienti, sia per quanto riguarda la definizione della diagnosi per il rilascio del certificato di malattia e sia per l'appuntamento del tampone di uscita.
Per i tracciamenti abbiamo continuato a gestirli perché ci risultavano latenze e non contatti e quindi, fortunatamente per la comunità, i pazienti più consapevoli ed osservanti, ormai edotti, si rivolgevano a noi per indicazioni e isolamenti e quarantene. (anche se normativamente parlando non avevamo certezza di avere autorità per stabilire legalmente). Solo nelle ultime 3-4 settimane i pazienti positivi al test vengono contattati dal personale del dipartimento di prevenzione.

Sul rapporto pubblico-privato ci sono stati problemi con le registrazioni dei tamponi eseguiti presso i centri privati e questo ha comportato in alcuni casi la mancata la chiamata al proprio MMG e quindi vi è stata una autogestione delle situazioni e dall'altro un aumento del carico di lavoro del con aumento del numero delle chiamate

Le forniture vaccinali hanno visto tre modalità di erogazione della vaccinazione: presso i centri gestiti interamente dalla regione con personale proprio; gestiti dalle asl su disponibilità dei medici di assistenza primaria, che è stata un fallimento in quanto venivano programmate sedute vaccinali di molte ore con pochi pazienti e quella su organizzazione interamente a carico del medico, quest'ultima più economica ma che in una prima fase è stata osteggiata.

SERVIZIO AFFARI LEGALI E RAPPORTI ISTITUZIONALI
STAFF POLITICHE SOCIO-SANITARIE
il responsabile
Iacopo Capuzzo

Le carenze strutturali e di personale dei servizi di igiene e prevenzione è emersa anche nella seconda ondata. E' mancato di un punto di riferimento preciso per la mmg, in questo ci ha salvato la conoscenza diretta e la relazione personale con le persone. In alcuni casi anche dagli enti istituzionali venivano dati pareri fuorvianti rispetto alle indicazioni nazionali, non ultima quella sulla vaccinazione in gravidanza.

Il numero 1500 ha notevolmente complicato la vita del medico di assistenza primaria in quanto venivano date indicazioni sbagliate, si è trasformato in un "vomitatoio" di tutte le carenza del sistema. Di fatto venivano dirottate sul mmg tutte queste problematiche, la prima fra tutte il green pass che non arrivava ai pazienti anche per quelle vaccinazioni effettuate dai mmg a causa della presenza del doppio sistema regionale e nazionale su cui noi non potevamo agire.

ACQUISITO AGLI ATTI DELLA COMMISSIONE SPECIALE COVID NELLA SEDUTA DEL 13/06/2022

Nei casi controversi siamo stati reinviati al Centro Veronese che perciò risultava oberato.

Maggior abbandono si è avvertito in questo senso anche rispetto alla prima ondata. A livello di aziende ed anche regionale, le call ed i meeting vertevano principalmente sulla disponibilità ad eseguire tamponi e vaccini. E' mancato un fronte comune regionale a tutela dei medici (mmg) nei confronti degli "avvocati prescrittori" di esami strumentale e di laboratorio che hanno esposto i medici a contenziosi legali con i propri pazienti per l'esonero dalla vaccinazione, fonte questo di ulteriore stress psicofisico e perdita di tempo e abbandono precoce della professione. Poco si sono ascoltate le criticità espresse in itinere e la categoria ha sofferto e soffre tuttora per la carenza di ristoro nel lavoro e di rispetto dei tempi anche per le vite private. Molti di noi non sono riusciti a fare giorni di sospensione per riposo perché, stanti le carenze sia di personale convenzionato che dipendente, non si trovava chi potesse coprire il servizio.

Vincenzo Migliaccio - 1 SMI

PROTOCOLLO.E0004938515-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Per la terapia domiciliare abbiamo avuto valido aiuto dalle USCA e buon riscontro dalle terapie con monoclonali e con gli antivirali. Il portale regionale delle segnalazioni è stato un ottimo strumento di integrazione ospedale territorio. Per quanto riguarda il personale USCA se da un lato ha dimostrato la sua utilità, dall'altro ha messo in luce le criticità contrattuali, in termini di compenso della guardia medica, e lo svuotamento del personale medico che preferiva svolgere un attività diurna, meglio retribuita, rispetto ad un attività notturna prefestiva e festiva e questo ha comportato la chiusura di molte sedi di guardia medica con lo spostamento delle stesse, presso sedi ospedaliere con spazi che non rispettano gli standard strutturali per GM ai sensi della dgr 1335/17.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria presso i Centri di Servizio ed RSa, la pandemia ha reso evidente delle criticità contrattuali delle 4 ore al di per 5 gg su 7 per 60 pazienti e il sabato 2 ore. Ha praticamente reso impossibile la presa in carico di questi pazienti da parte mmg in quanto non si è tenuto conto dei tempi della pandemia con abbandono di numerosi professionisti. Sono stati impiegati i medici USCA a tamponare questa situazione non adeguatamente preparati ad affrontare questa situazione emergenziale

L'integrazione ospedale-territorio è però rimasta lettera morta, non ci sono stati coordinamento per la gestione delle liste d'attesa, riqualificazione delle priorità, accessi guidati ai setting di urgenza-emergenza. La conversione delle degenze in unità covid ha determinato un imbuto sui flussi ospedalieri per le patologie a gestione elettiva e ordinaria con ulteriore sovraccarico di un territorio già compromesso dalle carenze dei dipartimenti di sanità pubblica e dei servizi di prevenzione incapaci di fronteggiare il problema del tracciamento dei contagi.

Lo stato emergenziale pandemico ha acuito una situazione ospedaliera già precaria sul fronte delle risorse umane impoverite dal blocco del turnover, dai prepensionamenti dal disinteresse dei professionisti per i concorsi , dalla fuga verso il privato. Sono emerse tutte le criticità legate a una carente programmazione per fronteggiare le emergenze che dono state gestite con provvedimenti tampone, impegnando discipline mediche specialistiche nei settori dell'emergenza prive di competenze e formazione, con esiti di cura non ancora quantificati e definiti. L'impegno lavorativo aggiuntivo ha inoltre determinato sovraccarichi di lavoro non adeguatamente ristorati con i dovuti riposi e riconoscimenti economici. In sintesi una organizzazione carente sotto il profilo amministrativo e politico nelle singole aziende sanitarie che ha determinato un rilevante contributo al burnout del personale.

Cordiali saluti

Vincenzo Migliaccio

2

PROTOCOLLO.E0004938515-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicembre 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali che non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a sere alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare a prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti.

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sede basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelta.

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per non rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene;

2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;

3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti.

COGNOME	NOME	FIRMA
GOSTINI	MAURO	Mauro Gostini

PROTOCOLLO.E0004938515-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicembre 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali che non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a sere alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare a prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti.

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sede basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelta.

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per non rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene;

2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;

3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti.

COGNOME	NOME	FIRMA
DA ROS	ANDREA	

CamScanner

PROTOCOLLO.E0004938517-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicembre 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali che non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a sere alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare a prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti.

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sede basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelta.

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per non rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene;

2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;

3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti.

COGNOME	NOME	FIRMA
BOLZON	ANNA	Anna Bolzon

PROTOCOLLO.E0004938515-03-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicembre 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali che non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a sere alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare a prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti.

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sede basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelta.

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per non rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene; 2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;
3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti.

COGNOME NOME FIRMA

DRAGU ANDREI DORIN

PROTOCOLLO.E0004938517-03-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicembre 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali che non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a sere alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare a prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti.

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sede basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelta.

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per non rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene;

2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;

3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti.

COGNOME	NOME	FIRMA
STRAZZARI	G. BATTISTA	Giovanni Bz Strazzari

PROTOCOLLO.E0004938515-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicembre 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali che non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a sere alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare a prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sede basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelta.

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per non rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene;

2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;

3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti

COGNOME	NOME	FIRMA
ARIAN	KASSIM	

PROTOCOLLO.E0004238515-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicembre 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali che non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a sere alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare a prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti.

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sede basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelta.

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per non rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene;

2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;

3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti.

COGNOME	NOME	FIRMA
DE ANTONI	LIVIA	Livia De Anton

PROTOCOLLO.E.0004938517-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicembre 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali che non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a sere alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare a prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti.

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sede basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelta.

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per non rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene;

2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;

3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti.

COGNOME	NOME	FIRMA
GUIDOLIN	MAURIZIO	Maurizio Guidolin

PROTOCOLLO.E0004938515-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicembre 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali che non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a sere alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare a prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti.

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sede basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelta.

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per non rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene;

2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;

3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti.

COGNOME	NOME	FIRMA
SCRIBANO	GIOVANNI	

PROTOCOLLO.E0004938515-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicem 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali ch non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a s alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti.

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sec basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelt

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per r rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene;

2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;

3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti.

COGNOME	NOME	FIRMA
TODESCO	PAOLA	Paola Todesco

PROTOCOLLO.E0004928515-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicembre 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali che non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a sere alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare a prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti.

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sede basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelta

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per non rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene;

2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;

3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti.

COGNOME	NOME	FIRMA
LANZONE	MARINA	Marina Lanzone

PROTOCOLLO.E.0004938515-06-2022REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Al Direttore Generale ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 1 ULSS7 Pedemontana

Al Direttore del Distretto 2 ULSS7 Pedemontana

Al Responsabile Convenzioni ULSS7 Pedemontana

I sottoscritti medici con incarico di Continuità Assistenziale presso l'ULSS7 Pedemontana sede di Bassano, Asiago e Santorso, a causa dell'emergenza dovuta alla carenza di medici, svolgono servizio dal mese di dicembre 2021 rispettivamente presso gli ospedali di Bassano, Asiago e Santorso.

Il servizio viene svolto dai medici presso gli ospedali in condizioni disagevoli per l'inadeguatezza dei locali che non rispettano i termini del contratto ACN, e causano un disservizio anche per i pazienti stessi.

Inoltre nelle sedi di Rosà, Marostica, Valstagna e Conco, viene svolto un servizio notturno dalle 20 alle 24 (a sere alterne nelle sedi di Marostica e Rosà) che diviene anche poco attrattivo per invogliare nuovi medici a iniziare a prestare servizio nelle suddette sedi. Molti infatti rinunciano preferendo organizzazioni diverse nelle ulss confinanti.

Anche il sistema di gestione telefonica (del distretto 1) è carente in quanto l'utente che ritiene di chiamare un medico della sede afferente al suo territorio si trova invece a dialogare con un'altra sede distante generando confusione e malumore che viene poi manifestato nei confronti del medico. Quindi il sistema di scelta della sede basato sulle indicazioni del messaggio telefonico di fatto non permette più all'utente di selezionare la sede scelta.

Infine devono essere ancora saldati gli incentivi dei Patti Aziendali del 2020 e 2021, per cui si genera ulteriore difficoltà nei confronti di chi è a regime agevolato, producendo ulteriori dimissioni o astensioni dal lavoro per non rischiare di superare il tetto previsto dal regime fiscale. Problema che si supererebbe avendo una data certa dei pagamenti, a inizio o metà anno, permettendo una migliore e più efficace organizzazione dei turni di lavoro da parte dei medici.

Sulla base di quanto brevemente elencato i sottoscritti medici di C.A. CHIEDONO:

1) la riattivazione con il trasferimento dei medici nelle sedi territoriali di Bassano, Asiago, Thiene;

2) il rispetto del rapporto ottimale come da ACN;

3) il pagamento degli arretrati 2020-2021;

4) la riattivazione del sistema digitale di selezione della sede da parte dell'utente.

Nell'attesa di un cortese riscontro si inviano distinti saluti.

COGNOME	NOME	FIRMA
MARIA	FRANCESCO	Francesco Maria

Allegato 12

Documentazione audizione Unione Regionale Istituzioni e Iniziative Pubbliche e Private di Assistenza agli Anziani (URIPA)

URIPA

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

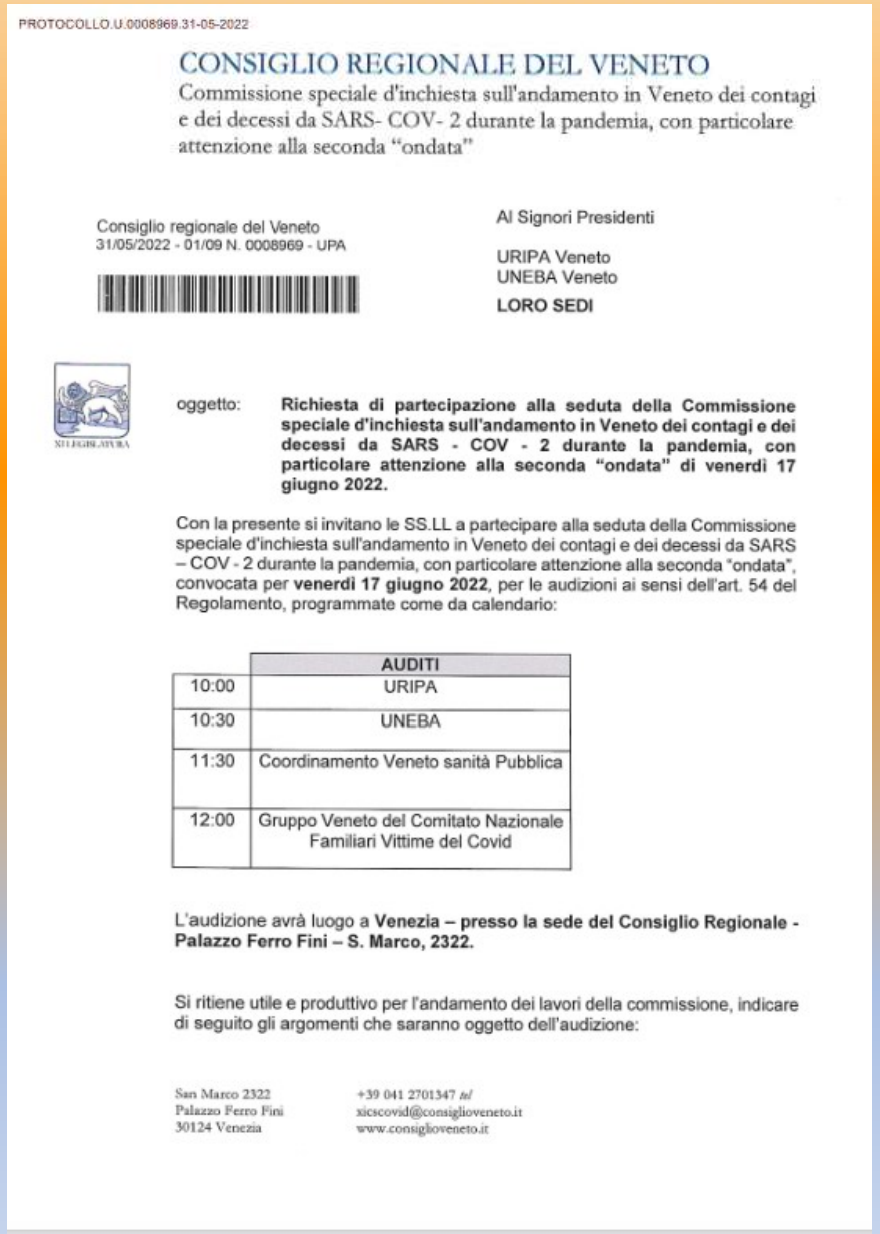
CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

Commissione speciale d'inchiesta sulla gestione delle RSA e delle case di riposo per anziani in relazione alla pandemia da SARS-COV-2

Audizione del 17.6.2022

Roberto Volpe
Presidente URIPA

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI



PROTOCOLLO.U.0008969.31-05-2022

CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS- COV- 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata"

Consiglio regionale del Veneto
31/05/2022 - 01/09 N. 0008969 - UPA

Al Signori Presidenti

URIPA Veneto
UNEBA Veneto
LORO SEDI

XII LEGISLATURA

oggetto: **Richiesta di partecipazione alla seduta della Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS - COV - 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata" di venerdì 17 giugno 2022.**

Con la presente si invitano le SS.LL a partecipare alla seduta della Commissione speciale d'inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da SARS – COV - 2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda "ondata", convocata per **venerdì 17 giugno 2022**, per le audizioni ai sensi dell'art. 54 del Regolamento, programmate come da calendario:

	AUDITI
10:00	URIPA
10:30	UNEBA
11:30	Coordinamento Veneto sanità Pubblica
12:00	Gruppo Veneto del Comitato Nazionale Familiari Vittime del Covid

L'audizione avrà luogo a **Venezia – presso la sede del Consiglio Regionale - Palazzo Ferro Fini – S. Marco, 2322.**

Si ritiene utile e produttivo per l'andamento dei lavori della commissione, indicare di seguito gli argomenti che saranno oggetto dell'audizione:

San Marco 2322
Palazzo Ferro Fini
30124 Venezia

+39 041 2701347 *tel*
xicscovid@consiglioveneto.it
www.consiglioveneto.it

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

Centri di servizio accreditati per persone anziane non autosufficienti operanti nella Regione del Veneto		Enti gestori pubblici				Enti gestori no profit				Enti gestori for profit			
Capacità ricettiva	nr	%	pl	%	nr	%	pl	%	nr	%	pl	%	nr	%	pl	%
	346		32.588		150	43,35%	15.934	48,90%	155	44,80%	12.603	38,67%	41	11,85%	4.051	12,43%
Di cui da 0 a 50 pl	80	23,12%	2.711	8,32%	24	30,00%	924	34,08%	51	63,75%	1.621	59,79%	5	6,25%	166	6,12%
Di cui da 51 a 100 pl	131	37,86%	9.600	29,46%	58	44,27%	4.352	45,33%	58	44,27%	4.110	42,81%	15	11,45%	1.138	11,85%
Di cui da 101 a 150 pl	94	27,17%	11.326	34,76%	44	46,81%	5.280	46,62%	33	35,11%	3.957	34,94%	17	18,09%	2.089	18,44%
Di cui da 151 a 200 pl	23	6,65%	4.006	12,29%	12	52,17%	2.080	51,92%	7	30,43%	1.268	31,65%	4	17,39%	658	16,43%
Di cui da 201 a 250 pl	10	2,89%	2.280	7,00%	6	60,00%	1.412	61,93%	4	40,00%	868	38,07%	Non presenti			
Di cui da 251 a 300 pl	5	1,45%	1.384	4,25%	4	80,00%	1.085	78,40%	1	20,00%	299	21,60%				
Di cui da 301 a 350 pl	Non presenti															
Di cui da 351 a 400 pl	1	0,29%	396	1,22%	1	100,00%	396	100,00%	Non presenti							
Di cui da 401 a 450 pl	1	0,29%	405	1,24%	1	100,00%	405	100,00%								
Di cui da 451 a 500 pl	1	0,29%	480	1,47%	Non presenti				1	100,00%	480	100,00%				

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

RILEVAZIONE URIPA AL 29 MARZO 2020 (prima ondata pandemica)		
Centri Servizio rilevati	Covid	No Covid
207	53	154
	25,60%	74,40%

Dati REGIONE DEL VENETO al 15 aprile 2020 (seconda ondata pandemica)		
Centri Servizio rilevati	Covid	No Covid
330	50	280
	15,15%	84,85%
DA 0 A 30 OSPITI POSITIVI COVID	23	
OLTRE 30 OSPITI POSITIVI COVID	27	

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

RILEVAZIONE URIPA AL 24 FEBBRAIO 2021 (seconda ondata pandemica)		
Centri Servizio rilevati	Covid	No Covid
302 (207 prima ondata)	216 (53)	86 (154)
	71,50% (26,6%)	28,50% (74,4%)

STIMA URIPA DECESSI		
DECESSI	Nr. Centri servizi	Decessi con Covid
Nb i dati dei decessi seconda ondata sono comprensivi dei decessi della prima ondata	62 prima ondata	640 ospiti circa
	240 seconda ondata	4.200 ospiti circa

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

il Giornale.it

4 luglio 2020 - Oltre 20mila morti nel 2015

Tra i deceduti soprattutto anziani. L'allarme dei geriatri: "Profilassi ancora poco diffuse"

Se invece guardiamo a cinque anni fa, nel 2015 vi furono oltre 20mila decessi in circa tre mesi. Certo non pochi. Però in pochi se lo ricordano. Come ricordato da Il Giorno, l'asiatica fu causa del virus A/Singapore/1/57 H2N2, che venne isolato la prima volta in Cina nel 1954. Due milioni le vittime a livello globale. Solo un vaccino trovato in pochissimo tempo riuscì a fermare la strage. Sembra che i virus influenzali compaiano a distanza di cinque anni. Quello del 2015 si dimostrò particolarmente aggressivo, tanto da fare **22mila** morti in più rispetto all'anno precedente, solo nel primo trimestre. Ma quasi nessuno se lo ricorda. Forse i problemi erano altri e la cosa era passata in secondo piano. Anche quell'anno i decessi interessarono soprattutto la popolazione anziana.

Epicentro L'epidemiologia per la sanità pubblica
Istituto Superiore di Sanità

24 marzo 2022 – sempre parlando dei morti nel 2015

Dei 15.000 decessi in più sarebbe però importante saperne le cause che ipoteticamente sarebbero da dividere tra l'ondata di calore del luglio 2015 e l'epidemia influenzale dell'inverno 2015 che anche a livello europeo aveva prodotto un incremento di decessi. Per approfondire questi elementi saranno necessari studi ad hoc e non basteranno le analisi sui dati correnti.

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

L'epidemiologia per la sanità pubblica
Istituto Superiore di Sanità

24 marzo 2022 – sempre parlando dei morti nel 2015

L'anomalia sui dati Istat di mortalità è stata messa in evidenza inizialmente dal demografo Gian Carlo Blangiardo che, l'11 dicembre scorso, ha pubblicato su *Avvenire* un articolo (ripreso il 22 dicembre anche sul sito web neodemos.info) nel quale sottolinea la peculiare grandezza dell'impennata di mortalità e ipotizza un'associazione causale con gli effetti della crisi economica sul sistema sanitario e dunque sulla salute della popolazione (specialmente dei gruppi più fragili, come gli anziani). Le riflessioni a mezzo stampa tra esperti, addetti ai lavori ed esponenti politici, sono andate avanti nelle settimane successive con un ampio ventaglio di interpretazioni. Interpretazioni plausibili sì, ma tutte non ancora confermabili per la "fragilità" dei dati a disposizione al momento. Una delle ipotesi in esame è quella legata all'invecchiamento della popolazione che però, secondo alcuni modelli di previsione demografica, sembrerebbe essere responsabile solo di circa 15.000 degli oltre 45.000 morti in eccesso. L'osservazione dei dati mese per mese, mostra che i picchi di maggiore divario tra il 2014 e il 2015 si registrano nei mesi invernali (specialmente i primi tre, gennaio-marzo) e in quelli estivi (in particolare a luglio). Questo offre una lettura "stagionale" del fenomeno che vede la mortalità invernale correlata a una stagione influenzale particolarmente severa, caratterizzata dai seguenti elementi: il picco epidemico che è stato uno dei più elevati delle ultime stagioni con l'influenza che ha colpito circa l'11% degli italiani, per un totale di circa 6.300.000 casi, i numeri di casi gravi (485) e decessi (160) da influenza confermata superati solo dalla pandemia del 2009, e infine il progressivo calo delle coperture vaccinali antinfluenzali tra gli ultra 65enni e nelle categorie per cui la vaccinazione è raccomandata. Il picco estivo, invece, potrebbe suggerire un collegamento con gli effetti delle ondate di calore sulla salute. Entrambe queste ipotesi dovrebbero però tenere conto del cosiddetto effetto di *harvesting* (in italiano, "mietitura") secondo cui, in presenza di una popolazione suscettibile – come per esempio gli anziani fragili – e in determinate condizioni ambientali, eventuali eccessi di mortalità possono essere causati da un'anticipazione dei decessi dei soggetti a rischio. Anticipazione che produce generalmente un successivo calo della mortalità nella popolazione e che dunque potrebbe contraddire la previsione di una uguale percentuale di incremento di mortalità negli ultimi mesi del 2015 (come detto dell'11%).

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

ED INVECE ECCOCI QUI A RAPPRESENTARE COSA SONO I CENTRI DI SERVIZI PER LE PIAZZE E PER IL POPOLO

«NON LUOGHI, DOVE SONO CONCENTRATI I NOSTRI ANZIANI ESPULSI DAL TESSUTO, SOCIALE, FAMILIARE E DOMESTICO. UNA SORTA DI INFERNO, DI ANTICAMERA DEI SENZA RITORNO»

F.to Mons. Giuseppe Paglia

Repubblica

18 MARZO 2021

URIPA

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

MEMORIZZATE QUESTI NUMERI

25.000

14.500

101.500

435.000

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

PRIMA ONDATA COVID
MARZO GIUGNO 2020

SECONDA ONDATA COVID
OTTOBRE 2020 APRILE 2021

UNA STRAGE ANNUNCIATA PER GLI ANZIANI OSPITI DEI CENTRI DI SERVIZIO (RSA)

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

PRIMA ONDATA COVID MARZO GIUGNO 2020

IL 9 MARZO 2020 VIENE DISPOSTO IL LOCKDOWN

PER CUI

LE 25.000 UNITA' DI LAVORATORI E LAVORATORI DEI CENTRI DI SERVIZIO CHE PER 14.500 VOLTE AL GIORNO, PER 101.500 VOLTE ALLA SETTIMANA E PER 435.000 VOLTE AL MESE ENTRAVANO NEI 342 CENTRI SERVIZIO DEL VENETO SPESSO SENZA AVERE A DISPOSIZIONE DPI ADEGUATI PIUTTOSTO CHE PROCEDURE STANDARIZZATE, RITORNAVANO A CASA E TROVAVANO IL MARITO, LA MOGLIE, LA FIGLIA, IL FIGLIO, IL FRATELLO, LA SORELLA, IL NONNO, LA NONNA, ECC. CHE ERANO CONFINATI AL DOMICILIO SENZA NESSUN TIPO DI RAPPORTO CON IL MONDO ESTERNO.

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

SECONDA ONDATA COVID OTTOBRE 2020 APRILE 2021

NON VI ERA PIU' LOCKDOWN

PER CUI CON UN VIRUS CIRCOLANTE PIU' AGGRESSIVO, E PIU' LETALE (VARIANTE INGLESE) CHE ERA

«caratterizzata da una **maggiore capacità di trasmettersi da uomo a uomo** (l'aumento di trasmissibilità stimato è circa del 39%) e di conseguenza ha comportato un a**umento importante del numero dei casi, dei ricoveri e della pressione sul sistema sanitario**. Data la capacità di diffusione di questa variante, per la maggiore capacità di penetrazione nelle cellule bersaglio, si è rapidamente propagata» Rif. ISS.

LE 25.000 UNITA' DI LAVORATORI E LAVORATORI DEI CENTRI DI SERVIZIO CHE PER 14.500 VOLTE AL GIORNO, PER 101.500 VOLTE ALLA SETTIMANA E PER 435.000 VOLTE AL MESE ENTRAVANO NEI 342 CENTRI SERVIZIO DEL VENETO E CHE AVEVANO A DISPOSIZIONE DPI ADEGUATI E CON PROCEDURE STANDARIZZATE, RITORNAVANO A CASA E TROVAVANO IL MARITO, LA MOGLIE, LA FIGLIA, IL FIGLIO, IL FRATELLO, LA SORELLA, IL NONNO, LA NONNA, ECC. CHE ERANO ANDATI A LAVORARE, CHE ERANO ANDATI A SCUOLA, CHE ERANO ANDATI AL BAR PIUTTOSTO CHE AL SUPERMERCATO.

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

SECONDA ONDATA COVID OTTOBRE 2020 APRILE 2021

UN NUMERO DI CONTAGI NEI CENTRI DI SERVIZIO CHE SEGUIVA PARALLELAMENTE LA CURVA DI ASCESA DEI TERRITORI E CHE HA GENERATO UN EFFETTO A CATENA NON SOLO NELLA COMUNITA' DEGLI OSPITI MA QUANTO PEGGIO NELLA COMUNITA' DELLA FORZA LAVORO CHE VENIVA DECIMATA IN UN MOMENTO NEL QUALE VI ERA INVECE LA NECESSITA' DI AVERE ANCOR PIU' RISORSE PER MEGLIO SEGUIRE I BISOGNI DEGLI OSPITI, GARANTIRE LORO LE CURE E ATTUARE LE PROCEDURE DI PREVENZIONE PREVISTE.

IN QUEI GIORNI NESSUNO DI NOI PUO' DIMENTICARE CHE IN MOLTE STRUTTURE VI ERANO SITUAZIONI A DIR POCO DRAMMATICHE CON ORGANICI DIMEZZATI COME AD ESEMPIO 2 OSS PER 30 OSPITI ANZICHE' 7 IN TURNO PIUTTOSTO CHE UN INFERMIERE PER 60/90 OSPITI!

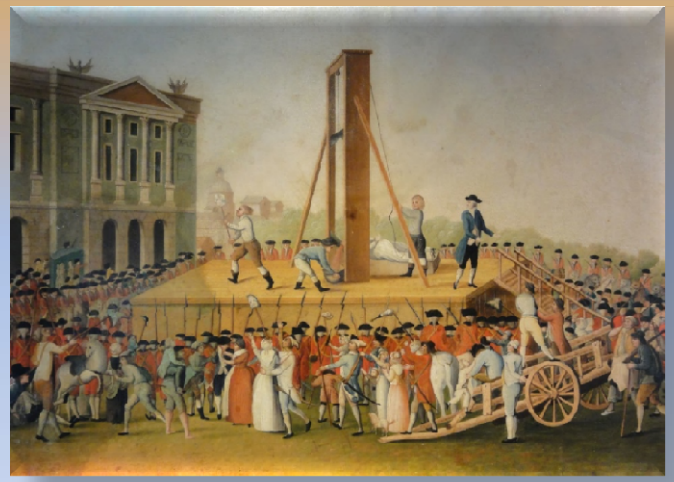
URIPA

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

TUTTE CONDIDERAZIONI INUTILI!

NOI CENTRI DI SERVIZIO SAPPIAMO DI ESSERE GIA' STATI CONDANNATI DALLA PUBBLICA PIAZZA SENZA PROCESSO.
PRETI CHE DI PRETE HANNO SOLO LA VESTE, POLITICI POPULISTI E IRRESPONSABILI, GIORNALISTI INDEGNI DI QUESTO NOME, CRONISTI D'ASSALTO, DIRIGENTI IMPREPARATI, IMPROVVISATE ORGANIZZAZIONI E MOLTI ALTRI

HANNO VINTO!



URIPA

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

PECCATO CHE NESSUNO ABBIA DETTO O ABBIA AVUTO L'ARDIRE DI DIRE CHE, SE IL VACCINO FOSSE ARRIVATO A SETTEMBRE 2020 NON VI SAREBBE STATA NESSUNA STRAGE.
SE COSI' FOSSE SICURAMENTE OGGI OGNUNO DI NOI QUI PRESENTI SAREBBE ALTROVE.
MA IN ITALIA UN COLPEVOLE BISOGNA SEMPRE TROVARLO!

VENEZIA 17 GIUGNO 2022 – ROBERTO VOLPE PRESIDENTE URIPA

URIPA

UNIONE REGIONALE ISTITUZIONI E INIZIATIVE PUBBLICHE E PRIVATE DI ASSISTENZA AGLI ANZIANI

VENEZIA 17 GIUGNO 2022 – ROBERTO VOLPE PRESIDENTE URIPA

Allegato 13

Normativa tamponi screening

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

O.M. 12 agosto 2020 (1) (3).
Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (2) (3)

---

(1) Pubblicata nella Gazz. Uff. 13 agosto 2020, n. 202.

(2) Emanata dal Ministero della salute.

(3) Per la conferma delle disposizioni del presente provvedimento e i relativi termini di efficacia, vedi l' *art. 1, comma 2, D.P.C.M. 7 settembre 2020* .

IL MINISTRO DELLA SALUTE

Visti gli *artt. 32* , *117* , comma 2, lettera q), e *118 della Costituzione* ;
Vista la *legge 23 dicembre 1978, n. 833* , recante «Istituzione del servizio sanitario nazionale» e, in particolare, l' *art. 32* ;
Visto l' *art. 47-bis del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300* , che attribuisce al Ministero della salute le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute;
Visto l' *art. 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112* , in materia di conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle regioni e agli enti locali;
Visto il *decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19* , convertito, con modificazioni, dalla *legge 22 maggio 2020, n. 35* , recante «Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19» e, in particolare, l' *art. 2* , comma 2;
Visto il *decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33* , convertito, con modificazioni, dalla *legge 14 luglio 2020, n. 74* , recante «Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19»;
Visto il *decreto-legge 30 luglio 2020, n. 83* , recante «Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020» e, in particolare, l' *art. 1* , comma 1;
Visto il *decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 agosto 2020* , recante «Ulteriori disposizioni attuative del *decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19* , recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del *decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33* , recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19», pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana 8 agosto 2020, n. 198;
Viste le *delibere del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020* e *del 29 luglio 2020* , con le quali è stato dichiarato lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;
Vista la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020, con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come «pandemia» in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;
Considerato l'evolversi della situazione epidemiologica a livello internazionale e il carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia da COVID-19;
Ritenuto, nelle more dell'adozione di un successivo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri ai sensi dell' *art. 2, comma 1, del richiamato decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19* , di disporre misure urgenti per la limitazione della diffusione della pandemia sul territorio nazionale;
Sentiti il Ministro delle infrastrutture e dei trasporti, il Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale e il Ministro dell'interno;

EMANA
la seguente ordinanza:

Art. 1. Misure urgenti di contenimento e gestione dell'emergenza sanitaria (4)

1. Ai fini del contenimento della diffusione del virus COVID-19, alle persone che intendono fare ingresso nel territorio nazionale e che nei quattordici giorni antecedenti hanno soggiornato o transitato in Croazia, Francia (limitatamente alle Regioni Alvernia-Rodano-Alpi, Corsica, Hautsde-France, Île-de-France, Nuova Aquitania, Occitania, Provenza-Alpi-Costa azzurra), Grecia, Malta o Spagna, ferme restando le disposizioni di cui al *decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 agosto 2020* , si applicano le seguenti misure di prevenzione, alternative tra loro: (6)

a) obbligo di presentazione al vettore all'atto dell'imbarco e a chiunque sia deputato ad effettuare i controlli dell'attestazione di essersi sottoposte, nelle 72 ore antecedenti all'ingresso nel territorio nazionale, ad un test molecolare o antigenico, effettuato per mezzo di tampone e risultato negativo;

Copyright 2022 Wolters Kluwer Italia Srl - Tutti i diritti riservati

Wolters Kluwer LEGGI D'ITALIA PA

b) obbligo di sottoporsi ad un test molecolare o antigenico, da effettuarsi per mezzo di tampone, al momento dell'arrivo in aeroporto, porto o luogo di confine, ove possibile, ovvero entro 48 ore dall'ingresso nel territorio nazionale presso l'azienda sanitaria locale di riferimento; in attesa di sottoporsi al test presso l'azienda sanitaria locale di riferimento le persone sono sottoposte all'isolamento fiduciario presso la propria abitazione o dimora. (5) (7)
2. Le persone di cui al comma 1, anche se asintomatiche, sono obbligate a comunicare immediatamente il proprio ingresso nel territorio nazionale al Dipartimento di prevenzione dell'azienda sanitaria competente per territorio. (5)

3. In caso di insorgenza di sintomi COVID-19, resta fermo l'obbligo per chiunque di segnalare tale situazione con tempestività all'Autorità sanitaria per il tramite dei numeri telefonici appositamente dedicati e di sottoporsi, nelle more delle conseguenti determinazioni dell'Autorità sanitaria, ad isolamento.

---

(4) Per la conferma delle disposizioni del presente provvedimento e i relativi termini di efficacia, vedi l' *art. 1, comma 2, D.P.C.M. 7 settembre 2020* .
(5) Sull'applicabilità delle disposizioni del presente comma vedi l' *art. 1, comma 3, D.P.C.M. 7 settembre 2020* .
(6) Alinea così modificato dall' *art. 1, comma 1, O.M. 21 settembre 2020* ; per gli effetti di tale disposizione vedi l' *art. 2, comma 1, della medesima O.M. 21 settembre 2020* .
(7) Vedi, ora, l' *O.M. 7 ottobre 2020* le cui disposizioni sostituiscono quelle del presente comma, ai sensi di quanto disposto dall' *art. 1, comma 5, della medesima O.M. 7 ottobre 2020* .

Art. 2. Divieti di ingresso e transito (8)
1. All'elenco F dell' *allegato 20 al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 7 agosto 2020* è aggiunto, infine, il seguente periodo:

«A decorrere dal 13 agosto 2020: Colombia».

---

(8) Per la conferma delle disposizioni del presente provvedimento e i relativi termini di efficacia, vedi l' *art. 1, comma 2, D.P.C.M. 7 settembre 2020* .

Art. 3. Disposizioni finali (9)
1. La presente ordinanza produce effetti dal 13 agosto 2020 sino all'adozione di un successivo decreto del Presidente del Consiglio dei ministri, ai sensi dell' *art. 2, comma 1, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19* , convertito con modificazioni dalla *legge 22 maggio 2020, n. 35* , e comunque non oltre il 7 settembre 2020.

2. Le disposizioni della presente ordinanza si applicano alle Regioni a statuto speciale e alle Province autonome di Trento e di Bolzano compatibilmente con i rispettivi statuti e le relative norme di attuazione.

La presente ordinanza è trasmessa agli organi di controllo e pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.

AVVERTENZA:

A norma dell' *art. 2, comma 4, del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19* , il presente provvedimento, durante lo svolgimento della fase del controllo preventivo della Corte dei conti, è provvisoriamente efficace, esecutorio ed esecutivo, a norma degli *articoli 21-bis* , *21-ter* e *21-quater della legge 7 agosto 1990, n. 241* .

---

(9) Per la conferma delle disposizioni del presente provvedimento e i relativi termini di efficacia, vedi l' *art. 1, comma 2, D.P.C.M. 7 settembre 2020* .

Copyright 2022 Wolters Kluwer Italia Srl - Tutti i diritti riservati

PROTOCOLLO:1.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa interno n.61/L011 del 15-03-2023

This is an earlier version of an interim guidance which has since been updated. The current version can be obtained at: https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays. The current version of all WHO information products and publications is authoritative.

Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays

Interim guidance

11 September 2020

World Health Organization

Background

Since the beginning of the COVID-19 pandemic, laboratories have been using nucleic acid amplification tests (NAATs), such as real time reverse transcription polymerase chain reaction (rRT-PCR) assays, to detect SARS-CoV-2, the virus that causes the disease. In many countries, access to this form of testing has been challenging. The search is on to develop reliable but less expensive and faster diagnostic tests that detect antigens specific for SARS-CoV-2 infection. Antigen-detection diagnostic tests are designed to directly detect SARS-CoV-2 proteins produced by replicating virus in respiratory secretions and have been developed as both laboratory-based tests, and for near-patient use, so-called rapid diagnostic tests, or RDTs. The diagnostic development landscape is dynamic, with nearly a hundred companies developing or manufacturing rapid tests for SARS-CoV-2 antigen detection (1).

This document offers advice on the potential role of antigen-detecting RDTs (Ag-RDT) in the diagnosis of COVID-19 and the need for careful test selection. The information on Ag-RDTs in this document updates guidance that was included in the Scientific Brief entitled *WHO Advice on use of point of care immunodiagnostics test for COVID-19* published on 8 April 2020. Guidance on the use of Ag-RDTs will be regularly updated as new evidence becomes available.

Most Ag-RDTs for COVID-19 use a sandwich immunodetection method employing a simple-to-use lateral flow test format commonly employed for HIV, malaria and influenza testing. Ag-RDTs are usually comprised of a plastic cassette with sample and buffer wells, a nitrocellulose matrix strip, with a test line with bound antibody specific for conjugated target antigen-antibody complexes and a control line with bound antibody specific for conjugated-antibody. In the case of SARS-CoV-2 RDTs the target analyte is often the virus' nucleocapsid protein, preferred because of its relative abundance. Typically, all materials that are required to perform the test, including sample collection materials, are provided in the commercial kit, with the exception of a timer.

After collecting the respiratory specimen and applying it to the test strip, results are read by the operator within 10 to 30 minutes with or without the aid of a reader instrument. The use of a reader standardizes interpretation of test results, reducing variance in assay interpretation by different operators, but requires ancillary equipment. Most of the currently manufactured tests require nasal or nasopharyngeal swab samples, but companies are carrying out studies to assess the performance of their tests using alternative sample types such as saliva, oral fluid and sample collection systems to potentially expand options for use and to facilitate safe and efficient testing. Generally, the ease-of-use and rapid turnaround time of Ag-RDTs offers the potential to expand access to testing and decrease delays in diagnosis by shifting to decentralized testing of patients with early symptoms. The trade-off for simplicity of operation of Ag-RDTs is a decrease in sensitivity compared to NAAT. Very few of the SARS-CoV-2 Ag-RDTs have undergone stringent regulatory review. Only four tests have received United States Food and Drug Administration (FDA) Emergency Use Authorization (EUA), and another two tests have been approved by Japan's Pharmaceutical and Medical Devices Agency. Only three companies have submitted documents toward WHO's Emergency Use Listing (EUL) procedure (2, 3).

Data on the sensitivity and specificity of currently available Ag-RDTs for SARS-CoV-2 have been derived from studies that vary in design and in the test brands being evaluated. They have shown that sensitivity compared to NAAT in samples from upper respiratory tract (nasal or nasopharyngeal swabs) appears to be highly variable, ranging from 0-94% (4-13) but specificity is consistently reported to be high (>97%). Although more evidence is needed on real-world performance and operational aspects, Ag-RDTs are most likely to perform well in patients with high viral loads (Ct values ≤25 or >10^6 genomic virus copies/mL) which usually appear in the pre-symptomatic (1-3 days before symptom onset) and early symptomatic phases of the illness (within the first 5-7 days of illness) (14, 15, 21). This offers the opportunity for early diagnosis and interruption of transmission through targeted isolation

and cohorting of the most infectious cases and their close contacts (16). Patients who present more than 5-7 days after the onset of symptoms are more likely to have lower viral loads, and the likelihood of false negative results with Ag-RDTs is higher.

Despite these expected limitations in performance, if correctly performed and interpreted, Ag-RDTs could play a significant role in guiding patient management, public health decision making and in surveillance of COVID-19. At minimum, Ag-RDTs would need to correctly identify significantly more cases than they would miss (sensitivity ≥80%) and have very high specificity (≥97-100%). Based on these performance parameters, this interim guidance proposes several potential roles for Ag-RDT and offers general recommendations for selection of tests and key considerations for their implementation.

General recommendations for the use of SARS-CoV-2 Ag-RDTs

1. SARS-CoV-2 Ag-RDTs that meet the minimum performance requirements of ≥80% sensitivity and ≥97% specificity compared to a NAAT reference assay[1] can be used to diagnose SARS-CoV-2 infection in a range of settings where NAAT is unavailable or where prolonged turnaround times preclude clinical utility.

To optimize performance, testing with Ag-RDTs should be conducted by trained operators in strict accordance with the manufacturer's instructions and within the first 5-7 days following the onset of symptoms.

2. Appropriate scenarios for use of COVID-19 Ag-RDTs include the following:

i) To respond to suspected outbreaks of COVID-19 in remote settings, institutions and semi-closed communities where NAAT is not immediately available. Positive Ag-RDT results from multiple suspects is highly suggestive of a COVID-19 outbreak and would allow for early implementation of infection control measures. Where possible, all samples giving positive Ag-RDT results (or at least a subset) should be transported to laboratories with NAAT capability for confirmatory testing.

ii) To support outbreak investigations (e.g. in closed or semi-closed groups including schools, care-homes, cruise ships, prisons, work-places and dormitories, etc.) In NAAT-confirmed COVID-19 outbreaks, Ag-RDTs could be used to screen at-risk individuals and rapidly isolate positive cases (and initiate other contact tracing efforts) and prioritize sample collection from RDT-negative individuals for NAAT.

iii) To monitor trends in disease incidence in communities, and particularly among essential workers and health workers during outbreaks or in regions of widespread community transmission where the positive predictive value and negative predictive value of an Ag-RDT result is sufficient to enable effective infection control.[2]

iv) Where there is widespread community transmission, RDTs may be used for early detection and isolation of positive cases in health facilities, COVID-19 testing centres/sites, care homes, prisons, schools, front-line and health-care workers and for contact tracing. Note that the safe management of patients with RDT-negative samples will depend on the RDT performance and the community prevalence of COVID-19 (see annex 1). A negative Ag-RDT result cannot completely exclude an active COVID-19 infection, and, therefore, repeat testing or preferably confirmatory testing (NAAT) should be performed whenever possible (Figure 1), particularly in symptomatic patients.

v) Testing of asymptomatic contacts of cases may be considered even if the Ag-RDT is not specifically authorized for this use, since asymptomatic cases have been demonstrated to have viral loads similar to symptomatic cases (17), though in that situation, a negative Ag-RDT should not remove a contact from quarantine requirements.

3. For initial introduction of Ag-RDTs into clinical use, countries should consider selecting some settings where NAAT confirmatory testing is currently available so that staff can gain confidence in the assays, confirm performance of the selected RDT, and troubleshoot any implementation issues encountered. Wherever NAAT will be used for confirmatory testing in patients screened using an Ag-RDT, the samples for the two tests should be collected at roughly the same time, or at most within a period of less than 2 days.

4. In situations where confirmatory testing with NAAT is not feasible, any indications that results may be incorrect should raise suspicions about validity. Examples would include patients who are test-positive but have a clinical syndrome not consistent with COVID-19, or patients with a positive test detected in a low-prevalence setting (where the predictive value of a positive test is low and the risk of false-positives high).

[1] Based on well-designed and executed evaluations in representative populations

[2] Risk of false positive results is high in low prevalence settings; positive predictive value is 78% if prevalence is 10% and minimum performance criteria met; increases to 93% if prevalence is 20%

Other warning signals might include patients who are test-negative but have a classical syndrome, are close contacts of a case or are tested in a high-prevalence setting. In such situations, considerations should be given to repeating the test, especially if there is also any uncertainty about the visual result (faint bands) or adequacy of sampling.

5. Use of Ag-RDTs is not recommended in settings or populations with low expected prevalence of disease (e.g. screening at points of entry, blood donation, elective surgery), especially where confirmatory testing by NAAT is not readily available. Such use will not be possible until there are more data from high-quality studies confirming high specificity (>99%) of one or more of the commercialized Ag-RDT test kits.

Selection of tests for procurement and implementation:

Though there are a limited number of SARS-CoV-2 Ag-RDTs currently available commercially, multiple products, of variable quality and performance, are expected to enter the marketplace soon. As noted in the Introduction, most commercial SARS-CoV-2 Ag-RDTs use a conventional lateral flow format with colloidal gold or other visible dye as indicators. Several systems, including some with US FDA approval under EUA, use alternative indicators that may lead to enhanced sensitivity but require a specific device to read and interpret the test results.

There are a number of factors to consider when selecting Ag-RDTs for use in the scenarios presented above, in the recommendations section. These include:

1. **Quality of available data used to validate the test**. The source of data should be considered (independent vs. internal/corporate sponsorship) as should study design (e.g. the reference standard used, the type of specimen, the delay between sample collection and test execution and the number of days since symptom onset), the number of subjects enrolled, and the setting of enrolment. As the concentration of virus in specimens is the greatest predictor of test sensitivity, the selection of patients and study sites is of critical importance. Prospective clinical studies are generally superior to retrospective studies. Data from studies independent of corporate sponsorship have particular value if the studies are well-performed.
2. **Reported performance**. Data demonstrating the performance of an RDT should be carefully reviewed before procurement is initiated. Given the relatively low prevalence of active SARS-CoV-2 infections even in settings with community transmission, high specificity (minimum ≥97% and ideally ≥99%) is necessary to avoid many false-positive results. Sensitivity will depend on the status of patients studied (degree of illness, days since onset of symptoms, etc.) as well as the product quality, but should reach a minimum of ≥80%. A useful assessment is the sensitivity of the test in patients with a rRT-PCR cycle threshold (Ct) below a specific value (e.g. 28 or 30), because the virus is expected to be abundant in respiratory samples when the test is in this range, and test sensitivity correspondingly high (exceeding 90% in some published and unpublished studies) (4,11). It is important to note, however, that Ct values at a given input concentration of target RNA vary between rRT-PCR assays and are not strictly quantitative.
3. **Manufacturing quality and regulatory status**. Tests should be procured from manufacturers who work under a quality management system (e.g. ISO 13485) and with at least local regulatory approval or right of free sale granted by the country of manufacture. RDTs, as all *in vitro* diagnostics intended for clinical use, should undergo a rigorous and transparent regulatory review. Approval or authorization by a stringent regulatory body and/or Emergency Use Listing by WHO should be available at the time of procurement.
4. **Manufacturing capacity and further evidence of quality**. Many new companies without a history of success in the manufacture, sales and support of *in vitro* diagnostics are entering the market with SARS-CoV-2 Ag-RDTs. Procurers should consider the range of other products offered by the company (especially lateral flow tests), what regulatory approvals they have for non-emergency diagnostic products, and their manufacturing and post-market surveillance capacity. Many companies are able to manufacture high-quality prototypes or completed tests at low volume but may have difficulty when scaling up manufacturing to meet global needs.
5. **Distribution and technical support**. Consideration should be given to a supplier's distribution and product support capacity, especially in low and middle-income countries. This is particularly true for tests that require additional equipment like readers.
6. **Shipping and storage conditions and shelf-life**. The capacity to withstand temperature stress and having an extended shelf-life are critical to the ease-of-use of Ag-RDTs. With new products, shelf-life must be estimated based on accelerated stability studies (usually at higher temperatures), but target shelf-life should be at least 12-18 months at 30°C and

ideally 40°C. A cold chain requirement for shipping and/or storage would significantly increase the cost and complexity of procurement and distribution.

7. **Specimen collection requirements**. SARS-CoV-2 Ag-RDTs vary in their requirements for specimen type, number of processing steps, need for accurate timing, instrumentation and interpretation of results, which will influence the extent of training and supervision required. For this reason, an ease-of-use assessment is an important consideration along with test performance.
8. **Contents of test kit**. Standard kit contents do not necessarily include everything required to perform and quality control the test, and this must be verified prior to purchase. Several commercially available Ag-RDTs for SARS-CoV-2 utilize a reading instrument.
9. **The cost of the test**. The cost of tests will vary according to the test and the volume to be purchased. In general, they should be less expensive than PCR tests. The cost of transportation, import tariffs, storage, end-user training (and supervision) and post-purchase quality control testing activities required to support quality implementation of RDTs must also be considered.
10. **Availability, completeness and clarity of instructions for use**. These should be clear, contain illustrations and be user-friendly for a non-laboratory specialist.

Implementation considerations:

1. Even though Ag-RDTs may be considerably easier to perform than NAAT, they still require that supplier-recommended procedures be strictly followed with due attention to documentation, execution of time-dependent or volume-dependent steps, storage conditions and shelf-life and equipment and stock management. All test operators must have training in sample collection, relevant biosafety, performance of the test and interpretation and reporting of results as well as in waste management. Quality control measures also need to be put in place.
2. Post-market surveillance, with regulatory oversight, is critical to discover defects in product performance and is an important requirement for the manufacturer. The health system should ensure there is monitoring and evaluation of COVID-19 diagnostic testing activities and clear mechanisms for reporting problems (18).
3. Use of instrumented detection systems demands additional training requirements (instrument use, calibration as required, service requirements, operating conditions) and sufficient infrastructure, such as a reliable source of electricity.
4. Sample collection is one of the most critical factors affecting performance of Ag-RDTs. Instructions for use should be carefully followed, and any staff collecting samples should be trained in the methodology.
5. Each of these tests has a specifically indicated method for sample processing after collection. Instructions should be followed precisely, and no alternative reagents used (e.g. water or other liquid instead of dilution/mixing buffer).
6. Biosafety requirements for operators must be in place – personal protective equipment, biohazard waste bag and good ventilation are essential (19).

Methods

This Interim Guidance document outlines potential use and non-use case scenarios for SARS-CoV-2 antigen-detecting RDTs based on minimum performance criteria. Minimum performance requirements for Ag-RDTs were established through a formal process of target product profile (TPPs) development for priority SARS-CoV-2 diagnostics (20). They were informed by an evolving understanding of the temporal dynamics of viral shedding and transmissibility and the anticipated benefits of earlier and expanded testing. PubMed and medRxiv databases were searched for both peer-reviewed and published, pre-print reports of test accuracy of point of care/near patient rapid antigen-detecting SARS-CoV-2 tests. One systematic review of diagnostic test accuracy was identified (21). Additionally, unpublished independent reports on the performance of two SARS-CoV-2 Ag-RDTs were shared confidentially with WHO. Interim guidance was reviewed by members of the WHO Reference Laboratory Network for COVID-19 and members of the WHO COVID-19 Diagnostics Target Product Profile Review Group, as well as other outside experts.

We recognize the shortcomings of the available evidence. They include small sample sizes, skewed sampling based on expected presence or absence of SARS-CoV-2 infection, and lack of details in studies aimed at validating tests regarding symptom status or time from symptom onset. In addition, the lack of data from asymptomatic cases, use of tests outside of manufacturers' instructions for use and performance of tests in laboratories as opposed to point of care/near-patient settings limit the generalizability of recommendations. Nonetheless, it was concluded that some Ag-RDTs are likely to at least meet and likely exceed minimum performance requirements in the early

phase of the illness (within the first 5-7 days, when viral loads and risk of transmission are highest). Expanding testing to potentially interrupt transmission through the use of antigen RDTs is considered more beneficial than not testing or performing tests that fail to inform infection control measures due to very long turnaround times or the risk of false negatives in patients with low viral loads.

Test performance

The performance of an Ag-RDT is determined by the sensitivity and specificity of the test to detect a SARS-CoV-2 infection compared with a reference standard, NAAT (generally rRT-PCR).

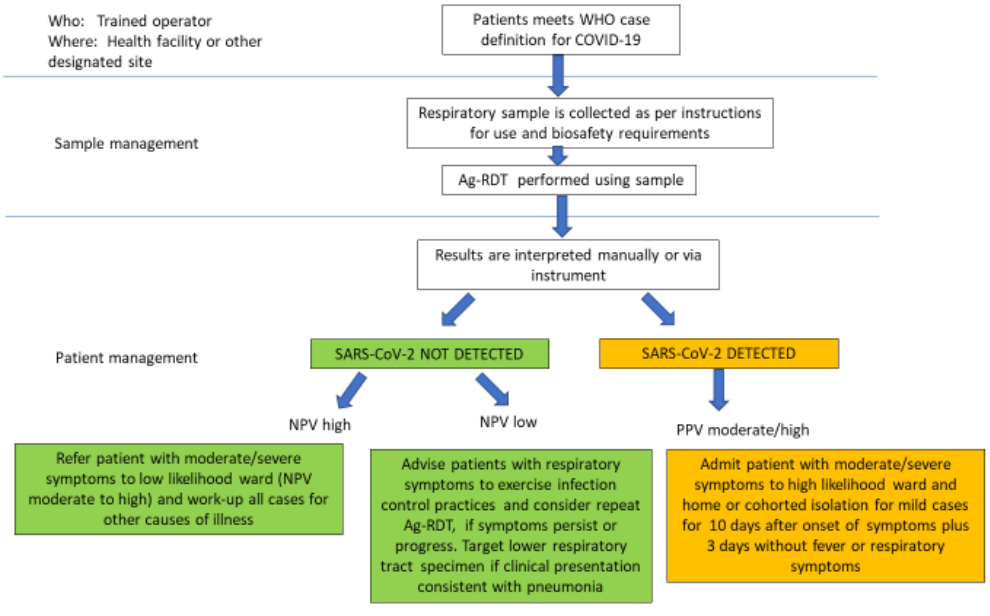
Sensitivity is the percentage of cases positive by a NAAT reference standard that are detected as positive by the Ag-RDT under evaluation.

Specificity is the percentage of cases negative by a NAAT reference standard that are detected as negative by the Ag-RDT under evaluation. The prevalence of disease in the community being tested strongly affects the predictive value of a positive or negative result (see Annex 1). Thus, the clinical value of a positive or negative test result will depend on what action is taken on the basis of the test result when interpreted in the context of local prevalence.

In general, the higher the prevalence of SARS-COv-2 infection in the tested population, the more likely a person who tests positive is to have COVID-19. The lower the prevalence in the community, the more likely a test-negative patient is not to have the disease, see Annex 1. For example, when the prevalence of active SARS-CoV-2 infection in a community is 1%, even a test that is 99% specific would have a poor positive predictive value, since one-half of all positive results would be false positive.

Roles for antigen detecting RDTs for case management and surveillance for COVID-19

Use of Ag-RDTs can be considered in countries or areas that are experiencing widespread community transmission, where the health system may be over-burdened and where it may not be possible to test all or any suspect cases by NAAT. As with all diagnostic tests, but especially those with sub-optimal sensitivity and/or specificity, to correctly interpret and act on the results of the RDT, the **prevalence of disease (according to the reference standard) must be estimated based on surveillance,** since this determines the positive and negative predictive values (PPV and NPV, respectively) of the RDTs (Annex 1). The proposed process for utilizing an Ag-RDT for COVID-19 case management when there is widespread community transmission is shown in Figure 1. In such a setting, the pre-test probability of COVID-19 disease (the likelihood that the patient has COVID-19 before their results are known, based on epidemiologic and clinical factors) is relatively high, and positive test results have a high predictive value. Likewise, in a setting of community transmission, the predictive value of a negative RDT result may be low, even when there are strong epidemiologic or clinical indicators of COVID-19 exposure or disease.



NPV- negative predictive value; PPV – positive predictive value

Table 1. Situations where SARS-CoV-2 Ag-RDTs should not be used, based on currently available information

Do not use SARS-CoV-2 Ag-RDTs:	Explanation
In individuals without symptoms unless the person is a contact of a confirmed case	Pre-test probability (the likelihood, before testing, that the patient has the disease based on epidemiology, case contact, clinical findings) is low.
Where there are zero or only sporadic cases	Ag-RDTs are not recommended for routine surveillance purposes or case management in this setting. Positive test results would likely be false positives. Molecular testing is preferred.
Appropriate biosafety and infection prevention and control measures (IPC) are lacking	To safeguard health workers, respiratory sample collection for any test from patients with suspected COVID-19 requires that operators wear gloves, gown, mask and face shield or goggles (19, 22, 23).
Management of the patient does not change based on the result of the test	If test-positive and test-negative patients will be treated the same way because of unknown or low PPV and/or NPV, then there is no benefit to testing.
For airport or border screening at points of entry	Prevalence of COVID-19 will be highly variable among travellers, and it is therefore not possible to determine PPV and NPV of test results. Positive and negative tests would require confirmatory testing to increase PPV and NPV for decision making.
In screening prior to blood donation	A positive RDT result would not necessarily correlate with presence of viremia. Asymptomatic blood donors do not meet the definition of a suspect case (24).

Factors influencing test performance

As mentioned above, many factors may affect the performance of antigen-detecting RDTs. Consequently, findings in clinical settings may be variable. The following should be taken into account:

- patient factors such as the time from illness onset and immune status
- sample type (upper or lower respiratory tract), quality and processing, including storage conditions and dilution in viral transport medium
- viral factors including the concentration and duration of viral antigen shedding and structural variation in the target antigen, cross reactivity with other viruses
- specific protein target, as some antigens are produced in higher concentrations than others, e.g. nucleocapsid versus spike proteins
- product design or quality issues including:
    - insufficient antibody quantity or affinity for the target antigen(s)
    - poor packaging and exposure to heat and humidity during improper transport and/or storage, which can degrade antibodies in the test
    - unclear or incorrect instructions that can affect test performance
- inadequate training or competency of the test operator, which may lead to error in preparing the antigen-detecting RDT, performing the test or interpreting the result, with erroneous conclusions.

Future updates and product specific recommendations

WHO is working closely with groups evaluating the performance and operational characteristics of commercialized SARS-CoV-2 antigen detecting RDTs to systematically compile the evidence as it emerges and coordinate updates. Currently, there is insufficient evidence on performance and operational use to recommend specific commercial products.

References

1. Foundation for Innovative New Diagnostics. SARS-CoV-2 Diagnostic Pipeline 2020 [Available from: https://www.finddx.org/covid-19/pipeline/.

2. U.S. Food & Drug Administration. In Vitro Diagnostics EUAs 2020 [Available from: https://www.fda.gov/medical-devices/coronavirus-disease-2019-covid-19-emergency-use-authorizations-medical-devices/vitro-diagnostics-euas.

3. Agency PaMD. PMDA's Efforts to Combat COVID-19 2020 [Available from: https://www.pmda.go.jp/english/about-pmda/0002.html.

4. Porte L, Legarraga P, Vollrath V, Aguilera X, Munita JM, Araos R, et al. Evaluation of novel antigen-based rapid detection test for the diagnosis of SARS-CoV-2 in respiratory samples. Int J Infect Dis. 2020:S1201-9712(20)30405-7.

5. Diao B, Wen K, Chen J, Liu Y, Yuan Z, Han C, et al. Diagnosis of Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 Infection by Detection of Nucleocapsid Protein. medRxiv. 2020:2020.03.07.20032524.

6. Lambert-Niclot S, Cuffel A, Le Pape S, Vauloup-Fellous C, Morand-Joubert L, Roque-Afonso AM, et al. Evaluation of a Rapid Diagnostic Assay for Detection of SARS-CoV-2 Antigen in Nasopharyngeal Swabs. J Clin Microbiol. 2020;58(8).

7. Mertens P, De Vos N, Martiny D, Jassoy C, Mirazimi A, Cuypers L, et al. Development and Potential Usefulness of the COVID-19 Ag Respi-Strip Diagnostic Assay in a Pandemic Context. Front Med (Lausanne). 2020;7:225-.

8. Blairon L, Mokrane S, Wilmet A, Dessilly G, Kabamba-Mukadi B, Beukinga I, et al. Large-scale, molecular and serological SARS-CoV-2 screening of healthcare workers in a 4-site public hospital in Belgium after COVID-19 outbreak. J Infect. 2020:S0163-4453(20)30514-4.

9. Mak GC, Cheng PK, Lau SS, Wong KK, Lau CS, Lam ET, et al. Evaluation of rapid antigen test for detection of SARS-CoV-2 virus. Journal of clinical virology : the official publication of the Pan American Society for Clinical Virology. 2020;129:104500-.

10. Nagura-Ikeda M, Imai K, Tabata S, Miyoshi K, Murahara N, Mizuno T, et al. Clinical evaluation of self-collected saliva by RT-qPCR, direct RT-qPCR, RT-LAMP, and a rapid antigen test to diagnose COVID-19. J Clin Microbiol. 2020:JCM.01438-20.

11. Omi K, Takeda Y, Mori M. SARS-CoV-2 qRT-PCR Ct value distribution in Japan and possible utility of rapid antigen testing kit. medRxiv. 2020:2020.06.16.20131243.

12. Scohy A, Anantharajah A, Bodéus M, Kabamba-Mukadi B, Verroken A, Rodriguez-Villalobos H. Low performance of rapid antigen detection test as frontline testing for COVID-19 diagnosis. J Clin Virol. 2020;129:104455.

13. Weitzel T, Legarraga P, Iruretagoyena M, Pizarro G, Vollrath V, Araos R, et al. Head-to-head comparison of four antigen-based rapid detection tests for the diagnosis of SARS-CoV-2 in respiratory samples. bioRxiv. 2020:2020.05.27.119255.

14. Weiss A, Jellingsø M, Sommer MOA. Spatial and temporal dynamics of SARS-CoV-2 in COVID-19 patients: A systematic review and meta-analysis. EBioMedicine. 2020;58.

15. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility. New England Journal of Medicine. 2020;382(22):2081-90.

16. Bullard J, Dust K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L, et al. Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America. 2020:ciaa638.

17. Lee S, Kim T, Lee E, Lee C, Kim H, Rhee H, et al. Clinical Course and Molecular Viral Shedding Among Asymptomatic and Symptomatic Patients With SARS-CoV-2 Infection in a Community Treatment Center in the Republic of Korea. JAMA Internal Medicine. 2020.

18. World Health Organization. Post-market surveillance of in-vitro diagnostics. 2015.

19. World Health Organization. Laboratory biosafety guidance related to coronavirus disease 2019 (COVID-19) 2020 [updated 13 May 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/laboratory-biosafety-guidance-related-to-coronavirus-disease-2019-(covid-19).

20. World health Organization. COVID-19 Target product profiles for priority diagnostics to support response to the COVID-19 pandemic v.0.1 2020 [updated 31 July 2020. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-target-product-profiles-for-priority-diagnostics-to-support-response-to-the-covid-19-pandemic-v.0.1.

21. Dinnes J, Deeks JJ, Adriano A, Berhane S, Davenport C, Dittrich S, et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020(8).

22. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when COVID-19 is suspected 2020 [updated 19 March 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/laboratory-biosafety-guidance-related-to-coronavirus-disease-2019-(covid-19).

23. World Health Organization. Rational use of personal protective equipment (PPE) for coronavirus disease (COVID-19) 2020 [updated 4 April 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/rational-use-of-personal-protective-equipment-for-coronavirus-disease-(covid-19)-and-considerations-during-severe-shortages.

24. World Health Organization. WHO COVID-19 Case definition 2020 [updated 7 August 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Surveillance_Case_Definition-2020.1.

Acknowledgments

This document was developed in consultation with:

External: Sergio Carmona, FIND, Switzerland; Arlene Chua, Médecins Sans Frontières, Switzerland; Antonino Di Caro, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, Italy; Sally Hojvat, Partners in Diagnostics, USA; Erik Karlsson, Institut Pasteur du Cambodge, Cambodia; Rosanna Peeling, London School of Hygiene & Tropical Medicine, UK; Leo Poon, Hong Kong University, China, Hong Kong SAR; Chantal Reusken, RIVM, Netherlands; Bill Rodriguez, Draper Richards, Kaplan Foundation, USA; Jilian Sacks, FIND, Switzerland; Anne von Gottberg, National Institute for Communicable Diseases, South Africa

WHO: Jane Cunningham and Mark Perkins (Leads), Amal Barakat, Golubinka Boshevksa, Lisa Carter, Lora Chernyshova, Sebastien Cognat, Radu Cojocaru, Janet Victoria Diaz, Soudeh Ehsani, Belinda Louise Herring, Francis Inbanathan, Alexandr Jaguparov, Iaroslava Maksymovych, Marco Marklewitz, Jairo Mendez-Rico, Karen Nahapetyan, Dmitriy Pereyaslov, Anne Perrocheau, Irena Prat, Artem Skrypnyk, Maja Stanojevic, Ute Ströher, Maria Van Kerkhove, Karin von Eije.

Declaration of interests

Declarations of interests were collected from all external contributors and assessed for any conflicts of interest. There were no significant conflicts of interest declared.

WHO continues to monitor the situation closely for any changes that may affect this interim guidance. Should any factors change, WHO will issue a further update. Otherwise, this interim guidance document will expire 2 years after the date of publication.

© World Health Organization 2020. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence.

WHO reference number: WHO/2019-nCoV/Antigen_Detection/2020.1

Annex 1

Annex : Positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) and the number of true positive (TP), false positive (FP), true negative (TN) and false negative (FN) tests in a population of 100 000 with the prevalence of COVID-19 estimated at 5, 10, 20, 30% prevalence and based on recommended performance criteria: sensitivity of 70, 80%, 90% and specificity of 97,5% and 99,5%.

Example prevalence target populations	Prevalence (%)	Sensitivity	Specificity	NPV	PPV	TP	FP	TN	FN	No. with disease	No. positive tests	Total
Symptomatic general population; contacts of index case	5	70	97,5	98,4	59,6	3500	2375	92625	1500	5000	5875	100000
		70	99,5	98,4	88,1	3500	475	94525	1500	5000	3975	100000
		80	97,5	98,9	62,8	4000	2375	92625	1000	5000	6375	100000
		80	99,5	99,0	89,4	4000	475	94525	1000	5000	4475	100000
		90	97,5	99,5	65,5	4500	2375	92625	500	5000	6875	100000
		90	99,5	99,5	90,5	4500	475	94525	500	5000	4975	100000
Community transmission: Symptomatic patients presenting to health care facilities; contacts of index cases; institutions & closed communities with confirmed outbreaks	10	70	97,5	96,7	75,7	7000	2250	87750	3000	10000	9250	100000
		70	99,5	96,8	94,0	7000	450	89550	3000	10000	7450	100000
		80	97,5	97,8	78,0	8000	2250	87750	2000	10000	10250	100000
		80	99,5	97,8	94,7	8000	450	89550	2000	10000	8450	100000
		90	97,5	98,9	80,0	9000	2250	87750	1000	10000	11250	100000
		90	99,5	98,9	95,2	9000	450	89550	1000	10000	9450	100000
Symptomatic at referral centre; Symptomatic or screening of health care work workers; care homes	20	70	97,5	92,9	87,5	14000	2000	78000	6000	20000	16000	100000
		70	99,5	93,0	97,2	14000	400	79600	6000	20000	14400	100000
		80	97,5	95,1	88,9	16000	2000	78000	4000	20000	18000	100000
		80	99,5	95,2	97,6	16000	400	79600	4000	20000	16400	100000
		90	97,5	97,5	90,0	18000	2000	78000	2000	20000	20000	100000
		90	99,5	97,6	97,8	18000	400	79600	2000	20000	18400	100000
Symptomatic health care worker/cleaners; care home residents	30	70	97,5	88,4	92,3	21000	1750	68250	9000	30000	22750	100000
		70	99,5	88,6	98,4	21000	350	69650	9000	30000	21350	100000
		80	97,5	91,9	93,2	24000	1750	68250	6000	30000	25750	100000
		80	99,5	92,1	98,6	24000	350	69650	6000	30000	24350	100000
		90	97,5	95,8	93,9	27000	1750	68250	3000	30000	28750	100000
		90	99,5	95,9	98,7	27000	350	69650	3000	30000	27350	100000

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023
0031400-29/09/2020-DGPRE-DGPRE-P

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

A

PROTEZIONE CIVILE
VIA ULPIANO 11 - 00193 ROMA
Coordinamento.emergenza@protezionecivile.it
protezionecivile@pec.governo.it

UFFICIO DI GABINETTO
Sede

MINISTERO ECONOMIA E FINANZE
mef@pec.mef.gov.it

MINISTERO SVILUPPO ECONOMICO
gabinetto@pec.mise.gov.it

MINISTERO INFRASTRUTTURE E TRASPORTI
ufficio.gabinetto@pec.mit.gov.it

MINISTERO DEL LAVORO E POLITICHE SOCIALI
segreteriaministro@pec.lavoro.gov.it

MINISTERO DEI BENI E DELLE ATTIVITÀ CULTURALI E DL TURISMO
mbac-udcm@mailcert.beniculturali.it

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
gabinetto.ministro@cert.esteri.it

MINISTERO DELLA DIFESA ISPETTORATO GENERALE DELLA SANITÀ MILITARE
stamadifesa@postacert.difesa.it

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

MINISTERO DELL'INTERNO
gabinetto.ministro@pec.interno.it

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
capo.gabinetto@giustiziacert.it

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO
gabinetto@pec.mise.gov.it

MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE, ALIMENTARI E FORESTALI
ministro@pec.politicheagricole.gov.it

MINISTERO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE
segreteria.ministro@pec.minambiente.it

PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE
affariregionali@pec.governo.it

ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI STATUTO ORDINARIO E SPECIALE
LORO SEDI

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE AUTONOME TRENTO E BOLZANO
LORO SEDI

ASSOCIAZIONE NAZIONALE COMUNI ITALIANI (ANCI)
anci@pec.anci.it

U.S.M.A.F. – S.A.S.N. UFFICI DI SANITA' MARITTIMA, AEREA E DI FRONTIERA
LORO SEDI

UFFICIO NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SALUTE
Conferenza Episcopale Italiana
salute@chiesacattolica.it

Don Massimo Angelelli
Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
m.angelelli@chiesacattolica.it

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
segreteria@pec.fnomceo.it

FNOPI FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
federazione@cert.fnopi.it

FNOPO FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
presidenza@pec.fnopo.it

FOFI FEDERAZIONE ORDINI FARMACISTI ITALIANI
posta@pec.fofi.it

Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico DGDMF

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI DEI TSRM E
DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE
federazione@pec.tsrm.org

AZIENDA OSPEDALIERA - POLO UNIVERSITARIO OSPEDALE LUIGI SACCO
protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it

COMANDO CARABINIERI TUTELA DELLA SALUTE – NAS
srm20400@pec.carabinieri.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
protocollo.centrale@pec.iss.it

ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE – IRCCS "LAZZARO SPALLANZANI"
direzionegenerale@pec.inmi.it

CENTRO INTERNAZIONALE RADIO MEDICO (CIRM)
fondazionecirm@pec.it

ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTA'(INMP) - inmp@pec.inmp.it

FEDERAZIONE DELLE SOCIETA' MEDICO-SCIENTIFICHE ITALIANE (FISM)
fism.pec@legalmail.it

CONFARTIGIANATO
presidenza@confartigianato.it

CONFCOMMERCIO
confcommercio@confcommercio.it

ENTE NAZIONALE PER L'AVIAZIONE CIVILE - ENAC
protocollo@pec.enac.gov.it

TRENITALIA
ufficiogruppi@trenitalia.it

ITALO - Nuovo Trasporto Viaggiatori SpA
italo@pec.ntvspa.it

Direzione Generale Programmazione Sanitaria DGPROGS

SIGO – Società Italiana di Ginecologia e Ostetricia – Presidente Prof. Antonio Chiàntera
federazione@sigo.it

AOGOI Associazione Italiana Ostetrici Ginecologi Ospedalieri
Presidente dott.ssa Elsa Viora
presidenza@aogoi.it

Presidente Società Italiana Neonatologia (SIN)
Prof. Fabio Mosca fabio.mosca@unimi.it

Presidente AIBLUD
Prof. Guido E. Moro
guidoemoro@tiscali.it

SOCIETÀ ITALIANA DI PEDIATRIA (SIP)
presidenzasip@legalmail.it

Società Italiana di Medicina Perinatale (SIMP)
segreteria@simp.online

Ordine Nazionale dei Biologi
protocollo@peconb.it

ANTEV Associazione Nazionale Tecnici Verificatori - PRESIDENTE
presidente@antev.net
presidentects@antev.net

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
siaarti@pec.it

AGENAS - Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
agenas@pec.agenas.it

REGIONE VENETO – ASSESSORATO ALLA SANITÀ
DIREZIONE REGIONALE PREVENZIONE
COORDINAMENTO INTERREGIONALE DELLA PREVENZIONE
francesca.russo@regione.veneto.it
coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

OGGETTO: **Uso dei test antigenici rapidi per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, con particolare riguardo al contesto scolastico.**

Facendo seguito alla circolare n. 30847 del 24 settembre 2020, con la presente si intende fornire informazioni in ordine alla natura e all'efficacia dei test attualmente disponibili per rilevare l'infezione da SARS-CoV-2, nonché evidenziare l'utilità dei testi antigenici rapidi come strumento di prevenzione nell'ambito del sistema scolastico.

Preliminarmente, si rappresenta che i test attualmente disponibili per rilevare l'infezione da SARS-CoV-2 sono i seguenti:

1) test che evidenziano la presenza di materiale genetico (RNA) del virus (**test molecolari** o PCR);
2) test che evidenziano la presenza di componenti (antigeni) del virus (**test antigenici**);
3) test che evidenziano la presenza di anticorpi contro il virus (**test sierologici** tradizionali o rapidi). Tali test rilevano l'avvenuta esposizione al virus e, solo in alcuni casi, sono in grado di rilevare la presenza di un'infezione in atto (individui con malattia lieve o moderata i cui sintomi siano iniziati almeno una settimana prima). Per le modalità d'uso di tali test, si rinvia a quanto specificato nella circolare del Ministero della Salute – Direzione generale della prevenzione sanitaria prot. n. 16106 del 9 maggio 2020.

1. Test molecolare

È il test attualmente più affidabile per la diagnosi di infezione da coronavirus. Viene eseguito su un campione prelevato con un tampone a livello naso/oro-faringeo, e quindi analizzato attraverso metodi molecolari di real-time RT-PCR (*Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction*) per l'amplificazione dei geni virali maggiormente espressi durante l'infezione. L'analisi può essere effettuata solo in laboratori altamente specializzati, individuati dalle autorità sanitarie, e richiede in media dalle due alle sei ore dal momento in cui il campione viene avviato alla processazione in laboratorio.

2. Test antigenico

Questa tipologia di test è basata sulla ricerca, nei campioni respiratori, di proteine virali (antigeni). Le modalità di raccolta del campione sono del tutto analoghe a quelle dei test molecolari (tampone naso-faringeo), i tempi di risposta sono molto brevi (circa **15 minuti**), ma la sensibilità e specificità di questo test – a seguito di una validazione effettuata su campioni conservati a -80°C – sembrano essere inferiori a quelle del test molecolare.

Ciò comporta la possibilità di risultati falso-negativi in presenza di bassa carica virale (tC>25), oltre alla necessità di confermare i risultati positivi mediante un tampone molecolare.
Ulteriori validazioni eseguite su campioni "freschi" (appena prelevati) hanno invece mostrato elevata sensibilità e specificità.
Questo "**tampone rapido**" è stato recentemente introdotto per lo screening dei passeggeri nei porti e negli aeroporti, dove è importante avere una risposta in tempi rapidi.
Pur considerando la possibilità di risultati falso-positivi (per questo i risultati positivi al test antigenico vengono confermati con il test molecolare) e di falso-negativi (la sensibilità del test non è certo pari al 100% e, inoltre, bisogna considerare il "periodo finestra" fra il momento dell'esposizione a rischio e la comparsa della positività), grazie all'uso di tali test rapidi è stato intercettato comunque un rilevante numero di contagiati, probabilmente con alte cariche virali, che non sarebbero stati individuati in altro modo.

3. Test salivari molecolari e antigenici

Recentemente sono stati proposti sul mercato test che utilizzano come campione da analizzare la saliva. Il prelievo di saliva è più semplice e meno invasivo rispetto al tampone naso-faringeo, quindi questa tipologia di test potrebbe risultare utile per lo screening di grandi numeri di persone.
Come per i tamponi, anche per i test salivari esistono test di tipo molecolare (che rilevano cioè la presenza nel campione dell'RNA del virus) e di tipo antigenico (che rilevano nel campione le proteine virali).
In genere la saliva non si presta bene all'utilizzo con le apparecchiature di laboratorio altamente automatizzate, di regola utilizzate per processare elevati volumi di campioni molecolari, perché essa ha densità variabile e può creare problemi ai sistemi di pescaggio ad alta automazione. Inoltre, per quanto riguarda i test antigenici, la sensibilità del test è simile a quella dei test antigenici rapidi solo nel caso in cui il test venga effettuato in laboratorio, quindi, a meno che non si attivino unità di laboratorio presso i punti dove viene effettuato il prelievo, difficilmente è utilizzabile in contesti di screening rapido.

Pertanto, alla stregua delle precedenti considerazioni, si può, in conclusione, affermare che:

- il **test molecolare** rimane tuttora il test di riferimento per la diagnosi di SARS-CoV-2;
- i **test antigenici rapidi su tampone naso-faringeo** possono essere utili in determinati contesti, come lo screening rapido di numerose persone;

- i **test antigenici e molecolari su campioni di saliva,** allo stato attuale delle conoscenze, difficilmente si prestano allo screening rapido di numerose persone, in quanto richiedono un laboratorio attrezzato.

Per i motivi sopra esposti – in vista di un probabile ampliamento dell'esigenza di prevenire, attraverso l'effettuazione di test, l'incremento dei contagi – l'utilizzo dei test antigenici rapidi può essere utilmente esteso a contesti diversi rispetto a quello di porti e aeroporti.

Posto che l'intervallo di tempo utile per ottenere i risultati dei test molecolari risulta più ampio, si ritiene che l'utilizzo di tali test antigenici rapidi sia in grado di assicurare una diagnosi accelerata di casi di COVID-19, consentendo una tempestiva diagnosi differenziale nei casi sospetti tra sindrome influenzale e malattia da SARS-CoV2.

Pertanto, l'utilizzo di tale tipologia di test in ambito scolastico, anche considerando i possibili limiti nelle caratteristiche del test, potrebbe accelerare la diagnosi di casi sospetti di COVID-19.

Infatti, è del tutto lecito assumere che la frequenza di episodi febbrili nella popolazione scolastica nel periodo autunnale e invernale sia particolarmente elevata, e che sia necessario ricorrere spesso alla pratica del tampone per escludere in tempi rapidi la possibilità che si tratti di COVID-19, nonché per individuare prontamente i casi, isolarli e rintracciarne i contatti, facilitando la decisione di applicare o meno misure quarantenarie in tempi brevi e con un risparmio notevole di risorse, evitando un eccessivo sovraccarico dei laboratori di riferimento.

In caso di sospetto diagnostico ovvero in caso di esposizione al rischio del personale scolastico o degli alunni, ove sussistano i presupposti sopra indicati, si può, pertanto, ricorrere anche al test antigenico rapido.

IL DIRETTORE GENERALE
***f.to Dott. Giovanni Rezza**

Il Direttore dell'Ufficio 05
Dott. Francesco Maraglino

Referenti/Responsabili del procedimento:
Dott.ssa Anna Caraglia
Dott.ssa Patrizia Parodi

**"firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d. Lgs. N. 39/1993"*

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

A

PROTEZIONE CIVILE
VIA ULPIANO 11 - 00193 ROMA
Coordinamento.emergenza@protezionecivile.it
protezionecivile@pec.governo.it

UFFICIO DI GABINETTO
Sede

MINISTERO ECONOMIA E FINANZE
mef@pec.mef.gov.it

MINISTERO SVILUPPO ECONOMICO
gabinetto@pec.mise.gov.it

MINISTERO INFRASTRUTTURE E TRASPORTI
ufficio.gabinetto@pec.mit.gov.it

MINISTERO DEL LAVORO E POLITICHE SOCIALI
segreteriaministro@pec.lavoro.gov.it

MINISTERO DEI BENI E DELLE ATTIVITÀ CULTURALI E DL TURISMO
mbac-udcm@mailcert.beniculturali.it

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
gabinetto.ministro@cert.esteri.it

MINISTERO DELLA DIFESA ISPETTORATO GENERALE DELLA SANITÀ MILITARE
stamadifesa@postacert.difesa.it

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

MINISTERO DELL'INTERNO
gabinetto.ministro@pec.interno.it

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
capo.gabinetto@giustiziacert.it

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
DIREZIONE GENERALE DEI DETENUTI E DEL TRATTAMENTO
MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
prot.dgdt.dap@giustiziacert.it
gabinetto.ministro@giustiziacert.it

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO
gabinetto@pec.mise.gov.it

MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE, ALIMENTARI E FORESTALI
ministro@pec.politicheagricole.gov.it

MINISTERO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE
segreteria.ministro@pec.minambiente.it

PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE
affariregionali@pec.governo.it

ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI STATUTO ORDINARIO E SPECIALE
LORO SEDI

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE AUTONOME TRENTO E BOLZANO
LORO SEDI

ASSOCIAZIONE NAZIONALE COMUNI ITALIANI (ANCI)
anci@pec.anci.it

U.S.M.A.F. – S.A.S.N. UFFICI DI SANITA' MARITTIMA, AEREA E DI FRONTIERA
LORO SEDI

UFFICIO NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SALUTE
Conferenza Episcopale Italiana
salute@chiesacattolica.it

Don Massimo Angelelli
Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
m.angelelli@chiesacattolica.it

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
segreteria@pec.fnomceo.it

FNOPI FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
federazione@cert.fnopi.it

FNOPO FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
presidenza@pec.fnopo.it

FOFI FEDERAZIONE ORDINI FARMACISTI ITALIANI
posta@pec.fofi.it

Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico DGDMF

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI DEI TSRM E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE
federazione@pec.tsrm.org

AZIENDA OSPEDALIERA - POLO UNIVERSITARIO OSPEDALE LUIGI SACCO
protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it

COMANDO CARABINIERI TUTELA DELLA SALUTE – NAS
srm20400@pec.carabinieri.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
protocollo.centrale@pec.iss.it

ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE – IRCCS "LAZZARO SPALLANZANI"
direzionegenerale@pec.inmi.it

CENTRO INTERNAZIONALE RADIO MEDICO (CIRM)
fondazionecirm@pec.it

ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTA'(INMP) - inmp@pec.inmp.it

FEDERAZIONE DELLE SOCIETA' MEDICO-SCIENTIFICHE ITALIANE (FISM)
fism.pec@legalmail.it

CONFARTIGIANATO
presidenza@confartigianato.it

CONFCOMMERCIO
confcommercio@confcommercio.it

ENTE NAZIONALE PER L'AVIAZIONE CIVILE - ENAC
protocollo@pec.enac.gov.it

TRENITALIA
ufficiogruppi@trenitalia.it

ITALO - Nuovo Trasporto Viaggiatori SpA
italo@pec.ntvspa.it

DIREZIONE GENERALE PROGRAMMAZIONE SANITARIA DGPROGS

SIMIT – Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali
segreteria@simit.org

Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (Simspe-onlus)
Via Santa Maria della Grotticella 65/B
01100 Viterbo

Ordine Nazionale dei Biologi
protocollo@peconb.it

ANTEV Associazione Nazionale Tecnici Verificatori - PRESIDENTE
presidente@antev.net

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
siaarti@pec.it

REGIONE VENETO – ASSESSORATO ALLA SANITÀ
DIREZIONE REGIONALE PREVENZIONE
COORDINAMENTO INTERREGIONALE DELLA PREVENZIONE
francesca.russo@regione.veneto.it
coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

OGGETTO: COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena.

Si fa seguito alle sotto citate note Circolari contenenti, tra l'altro, indicazioni sui criteri per porre fine all'isolamento o alla quarantena in relazione all'infezione da SARS-CoV-2:

- n. 6607 del 29 febbraio 2020 (avente per oggetto "Parere del Consiglio Superiore di Sanità: definizione di Paziente guarito da COVID-19 e di paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2");
- n. 11715 del 3 aprile 2020 (avente per oggetto "Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio");
- n. 18584 del 29 maggio 2020 (avente per oggetto "Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni");
- n. 30847 del 24 settembre 2020 (avente per oggetto "Riapertura delle scuole. Attestati di guarigione da COVID-19 o da patologia diversa da COVID-19 per alunni/personale scolastico con sospetta infezione da SARS-CoV-2").

L'**isolamento** dei casi di documentata infezione da SARS-CoV-2 si riferisce alla separazione delle persone infette dal resto della comunità per la durata del periodo di contagiosità, in ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'infezione.

La **quarantena**, invece, si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi.

In considerazione dell'evoluzione della situazione epidemiologica, delle nuove evidenze scientifiche, delle indicazioni provenienti da alcuni organismi internazionali (OMS ed ECDC) e del parere formulato dal Comitato Tecnico Scientifico in data 11 ottobre 2020, si è ritenuta una nuova valutazione relativa a quanto in oggetto precisato:

Casi positivi asintomatici

Le persone asintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con risultato negativo (10 giorni + test).

Casi positivi sintomatici

Le persone sintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi (non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo) accompagnato da un test molecolare con riscontro negativo eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi (10 giorni, di cui almeno 3 giorni senza sintomi + test).

Casi positivi a lungo termine

Le persone che, pur non presentando più sintomi, continuano a risultare positive al test molecolare per SARS-CoV-2, in caso di assenza di sintomatologia (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia

che possono perdurare per diverso tempo dopo la guarigione) da almeno una settimana, potranno interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi. Questo criterio potrà essere modulato dalle autorità sanitarie d'intesa con esperti clinici e microbiologi/virologi, tenendo conto dello stato immunitario delle persone interessate (nei pazienti immunodepressi il periodo di contagiosità può essere prolungato).

Contatti stretti asintomatici

I contatti stretti di casi con infezione da SARS-CoV-2 confermati e identificati dalle autorità sanitarie, devono osservare:

- un periodo di quarantena di 14 giorni dall'ultima esposizione al caso; oppure
- un periodo di quarantena di 10 giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno.

Si raccomanda di:

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

Il DIRETTORE GENERALE
**f.to* Dott. Giovanni Rezza

Il Direttore dell'Ufficio 05
Dott. Francesco Maraglino

Referenti/Responsabili del procedimento:
Dott.ssa Anna Caraglia
Dott.ssa Jessica Iera
Dott. ssa Alessia D'Alisera
Dott.ssa Patrizia Parodi

**"firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d. Lgs. N. 39/1993"*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ministero della Salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

PROTEZIONE CIVILE
Presidenza del Consiglio dei Ministri
Dipartimento della Protezione Civile

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

FONDAZIONE BRUNO KESSLER

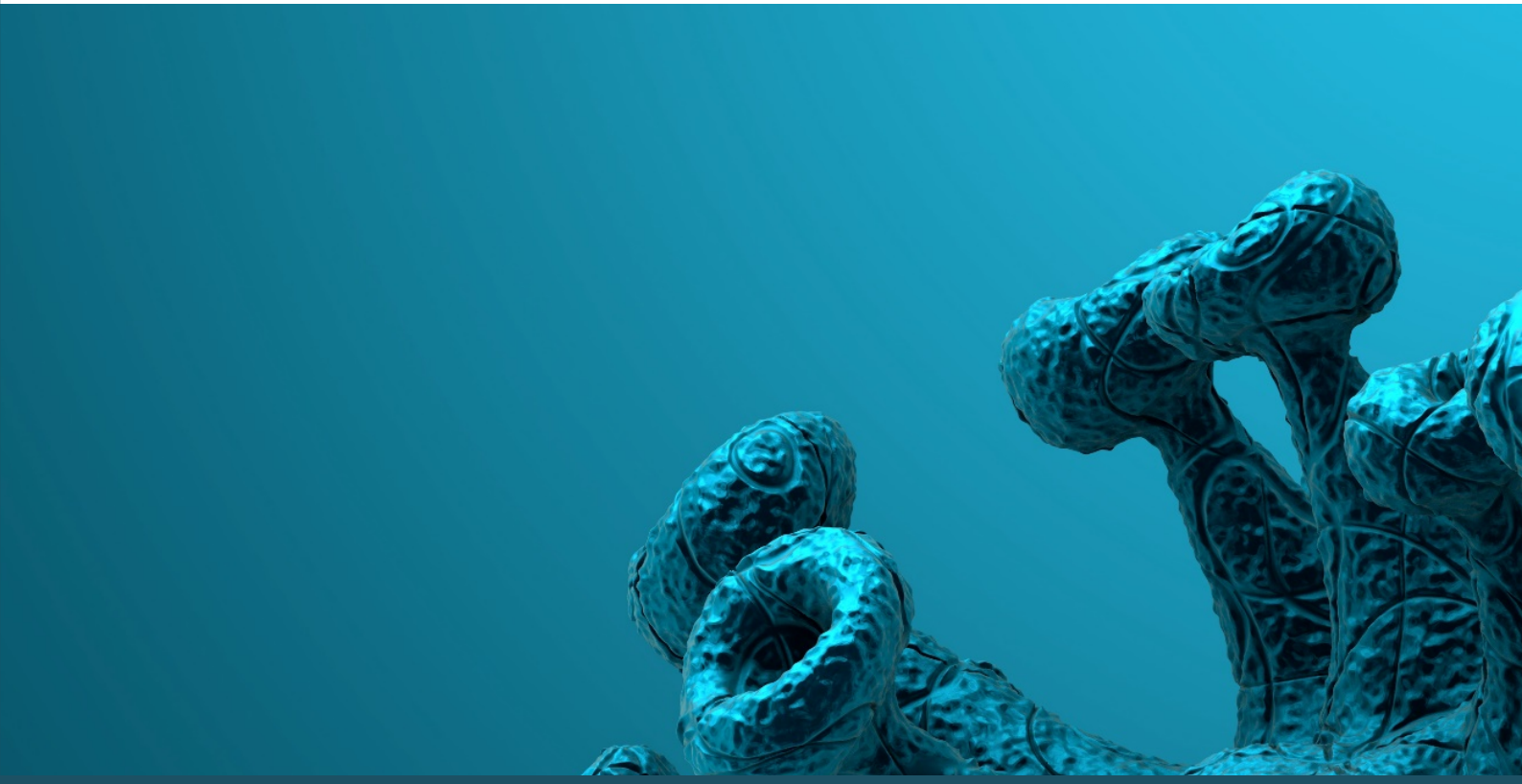
CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

AREU AZIENDA REGIONALE EMERGENZA URGENZA 118 RegioneLombardia

AIFA AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

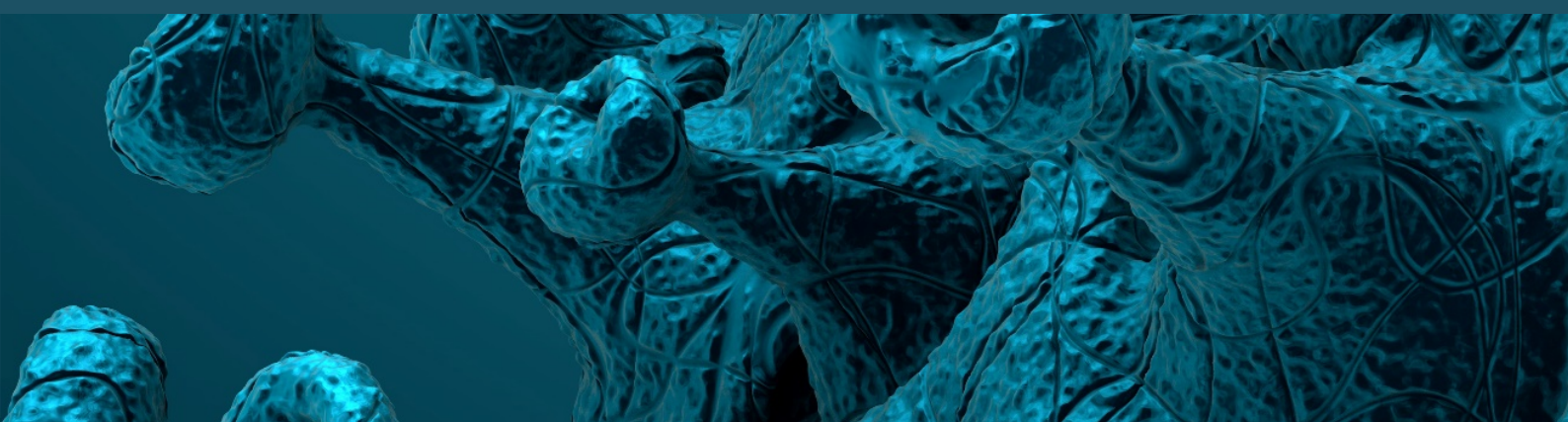
Istituto Nazionale per le Malattie Infettive IRCCS "Lazzaro Spallanzani"

UNIVERSITÀ CATTOLICA del Sacro Cuore



Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale

Approfondimento complementare ai documenti generali già resi pubblici su *preparedness*, pianificazione e contesti specifici



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale

Ministero della Salute
Andrea Urbani, Giovanni Rezza, Simona Carbone, Tiziana De Vito, Mariadonata Bellentani, Anna Maria Ferriero, Alessio Nardini, Francesco Maraglino, Mauro Dionisio, Ulrico Angeloni, Cesare Buquicchio, Andrea Natella, Nicola Del Duce

Istituto Superiore di Sanità
Silvio Brusaferro, Flavia Riccardo, Daniela Coclite, Antonello Napoletano, Xanthi Andrianou, Paolo D'Ancona, Paola Stefanelli, Annalisa Pantosti, Alessandra Ciervo, Mirella Taranto, Pierdavid Malloni, Gerolama Maria Ciancio, Paola De Castro, Antonio Mistretta, Arianna Gasparini, Sandra Salinetti, Patrizio Pezzotti, Antonino Bella, Martina Del Manso, Alberto Mateo Urdiales, Antonietta Filia, Cristina Rota, Alfonso Mazzaccara, Luca Lucentini, Mauro Grigioni, Andrea Piccioli

Consiglio Superiore di Sanità
Franco Locatelli

Dipartimento della Protezione Civile
Agostino Miozzo, Fabio Ciciliano, Laura Moscatello

INAIL
Sergio Iavicoli, Diana Gagliardi, Marta Petyx, Benedetta Persechino, Bruna Maria Rondinone

Fondazione Bruno Kessler (FBK)
Stefano Merler, Giorgio Guzzetta, Piero Poletti, Valentina Marziano, Filippo Trentini

Conferenza Stato Regioni
Paola Angelini, Emanuela Balocchini, Piergiuseppe Calà, Danilo Cereda, Nicoletta Cornaggia, Angelo D'Argenzio, Giuseppe Diegoli, Maria Gramegna, Michele Mongillo, Kyriakoula Petropulacos, Francesca Russo, Michele Tonon

AREU 118 Lombardia
Alberto Zoli

Struttura commissariale straordinaria per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19
Domenico Arcuri, Mario Nobile

AIFA
Nicola Magrini, Adriana Ammassari

INMI Lazzaro Spallanzani
Giuseppe Ippolito, Maria Rosaria Capobianchi

Università Cattolica Roma
Luca Richeldi, Massimo Antonelli

Organizzazione Mondiale della Sanità
Ranieri Guerra

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità
Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale.
vii, 115 p.

Con l'inizio della stagione autunno-invernale l'Italia, come altri Paesi europei, si trova ad affrontare un lento e progressivo peggioramento della epidemia da virus SARS-CoV-2 in un momento in cui è prevista una aumentata co-circolazione di altri patogeni respiratori (come i virus influenzali). Sebbene l'andamento epidemico in Italia sia stato alla fine dell'estate più contenuto rispetto a quello di altri Paesi europei, è fondamentale rafforzare l'attività di *preparedness* alla luce di tutti i possibili scenari epidemici che potrebbero delinearsi. Questo documento, realizzato prendendo a riferimento i pilastri strategici individuati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la risposta a COVID-19, costituisce una "cassetta degli attrezzi" per le autorità di sanità pubblica impegnate nella risposta all'epidemia da SARS-CoV-2 nel nostro Paese. Dopo aver ricostruito le attività svolte dall'inizio di questo evento pandemico, il documento fa il punto per ciascuno degli otto pilastri strategici, declinando le iniziative nazionali messe in campo e operative durante la fase di transizione nei diversi settori e tutte le attività di *preparedness* in previsione della stagione autunno-invernale. Il documento identifica e riporta l'insieme degli strumenti e provvedimenti operativi oggi disponibili e propone un approccio condiviso alla ri-modulazione delle misure di contenimento/mitigazione in base allo scenario ipotizzato e alla classificazione del rischio in ciascuna Regione/PA.

Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità
Prevention and response to COVID-19: evolution of strategy and planning in the transition phase for the autumn-winter season.
vii, 115 p.

With the beginning of the autumn-winter season Italy, as other European countries, is experiencing a slow and progressive worsening of the SARS-CoV-2 epidemic at a time when increased co-circulation of other respiratory pathogens (such as influenza viruses) is expected. Although, as of the end of summer, the increase in the number of cases has been more contained in Italy compared with other European countries, it is critical to strengthen *preparedness* against all possible epidemic scenarios. This document, based on the 8 WHO Strategic Pillars of COVID-19 response, is a "tool box" for Public Health Authorities responding to the SARS-CoV-2 outbreak in Italy. After reconstructing the activities performed from the start of this pandemic event, this document describes for each of the 8 WHO Strategic Pillars, the national initiatives performed and currently available during the transition phase and the activities conducted to enhance preparedness to face the autumn-winter season. The document provides the list of available operational tools and documents as well as an appendix proposing a shared approach to escalation and de-escalation of mitigation/control measures for each scenario and possible level of risk assessed at regional level.

Citare questo documento come segue:

Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2020.

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità
(Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità – Ministero della Salute 2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Indice

Acronimi iii
Glossario v
Premessa vii
Introduzione 1
Capitolo 1. Preparazione e risposta alla pandemia COVID-19 3
Capitolo 2. Fasi della pandemia da COVID-19 in Italia (dicembre 2019 -settembre 2020) 7
2.1. Fine della fase inter-pandemica 9
2.2. Fase di allerta 9
2.3. Fase pandemica 12
Capitolo 3. Possibili scenari epidemici nel periodo autunno-invernale in Italia 17
Capitolo 4. Politiche adottate in Italia per affrontare la stagione autunno-invernale 2020 in riferimento ai pilastri strategici OMS 23
Pilastro 1. Coordinamento nazionale, pianificazione, e monitoraggio 26
Pilastro 2. Comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione 28
Pilastro 3. Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi 29
Pilastro 4. Punti di ingresso/sanità transfrontaliera 31
Pilastro 5. Laboratori nazionali 32
Pilastro 6. Infection prevention and control (IPC) 35
Pilastro 7. Gestione clinica dei casi 36
Pilastro 8. Supporto operativo e logistica 48
Capitolo 5. Approccio alla ri-modulazione delle misure di contenimento/mitigazione a livello regionale/PA in ambito di ipotetici scenari di trasmissione del virus SARS-CoV-2 sul territorio nazionale nel periodo autunno-invernale 53
SCENARIO 1. Situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto al periodo luglio-agosto 2020 57
SCENARIO 2. Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo 61
SCENARIO 3. Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo 67
SCENARIO 4. Situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo 74
Sintesi degli scenari 80
Appendice A
Strumenti e provvedimenti per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 83
Bibliografia 109

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Acronimi

ADA	Analisi Distribuzione Aiuti
AGENAS	Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali
AIFA	Agenzia Italiana del Farmaco
ARDS	*Adult Respiratory Distress Syndrome*
AREU	Azienda Regionale Emergenza Urgenza
CNOP	Consiglio Nazionale Ordine Psicologi
COVID-19	*Corona Virus Disease - 2019*
CTS	Comitato Tecnico Scientifico
DM	Dispositivi Medici
DM Salute	Decreto del Ministro della Salute
DPC	Dipartimento della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPI	Dispositivi di protezione Individuale
EBPM	Eparine a basso peso molecolare
ECDC	*European Centre for Disease Prevention and Control*
ECMO	Ventilazione meccanica invasiva o ossigenazione extracorporea a membrana
EMA	Agenzia Europea dei Medicinali
EUA	*Emergency Use Authorization*
EWRS	*Early Warning Response System*
FBK	Fondazione Bruno Kessler
FDA	*Food and Drug Administration*
GSC	Gruppo di Studio sul Coronavirus
HFOT	Ossigenoterapia ad alti flussi umidificati e riscaldati
HLH	*Hemophagocytic LymphoHistiocytosis (*linfoistiocitosi emofagocitica)
IDSA	*Infectious Diseases Society of America*
ILI	*Influenza-like Illness*
IMO	*International Maritime Organization*
INAIL	Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro
INMI	Istituto Nazionale Malattie Infettive
IPC	*Infection Prevention and Control*
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISS	Istituto Superiore di Sanità
MMG	Medici di Medicina Generale
NAS	Nuclei Antisofisticazioni e Sanità dell'arma dei Carabinieri
NIC/ISS	*National Influenza Centre*/Istituto Superiore di Sanità
NIH	*National Institutes of Health*
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
PA	Provincia Autonoma
PEEP	*Positive end-expiratory pressure*
PHEIC	*Public Health Emergency of International Concern*
PLS	Pediatri di Libera Scelta
R0	Numero di riproduzione di base
RCCE	*Risk Communication and Community Engagement*
REACT	*WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies*
RECOVERY	*Randomized Evaluation of COVID-19 Therapy*
RSA	Residenza Sanitaria Assistita
RSSP	Responsabili del Servizio Prevenzione e Protezione
Rt	Numero di riproduzione netto
SARS-CoV-2	*Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2*
SIC	*Sepsis Indiced Coagulopathy*
TI	Terapia Intensiva
UE/SEE	Unione Europea/Spazio Economico Europeo
USMAF	Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Glossario

De-escalation
Ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti

Epidemia nazionale in fase acuta
I nuovi casi a livello nazionale in sono evidente aumento con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari

Epidemia nazionale in fase di transizione
I nuovi casi a livello nazionale sono stabili o con variazioni contenute, l'incidenza è bassa e non è presente un sovraccarico dei servizi sanitari. In altre parole l'epidemia è controllata a livello nazionale

Epidemia nazionale in fase post-acuta
I nuovi casi a livello nazionale hanno raggiunto un picco e seppur ancora in numero elevato hanno un trend in diminuzione

Escalation
Ri-modulazione delle attività con misure più stringenti

Fase di allerta pandemica
Identificazione di un nuovo virus emergente nell'uomo

Fase di transizione pandemica
Diminuzione del rischio a livello globale

Fase inter-pandemica
Periodo tra le pandemie

Fase pandemica
Periodo caratterizzato dalla diffusione in tutto il mondo del nuovo patogeno

Lockdown
Realizzazione di misure su scala variabile volte a ridurre drasticamente il rischio di assembramento e contatto inter-personale quali la chiusura di esercizi commerciali, il divieto di eventi e manifestazioni, la limitazione della mobilità individuale, la chiusura delle scuole di ogni ordine e grado, l'istituzione su vasta scala di lavoro agile dal proprio domicilio

R0: numero di riproduzione di base
Trasmissibilità di un patogeno in assenza di interventi

Rt: numero di riproduzione netto
Trasmissibilità di un patogeno calcolata nel tempo in presenza di interventi

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Premessa

La *preparedness* nelle emergenze di sanità pubblica comprende tutte le attività volte a minimizzare i rischi posti dalle malattie infettive e per mitigare il loro impatto durante una emergenza di sanità pubblica, a prescindere dalla entità dell'evento (locale, regionale, nazionale, internazionale). Durante una emergenza di sanità pubblica sono richieste capacità di pianificazione, coordinamento, diagnosi tempestiva, valutazione, indagine, risposta e comunicazione.

Questo documento si inserisce come ulteriore evoluzione nell'ambito delle attività nazionali di *preparedness* per supportare la verifica, e se necessario il rafforzamento, dello stato di preparazione dei sistemi sanitari nelle Regioni/PA al fine di fronteggiare in modo ottimale un eventuale aumento nel numero di nuove infezioni da SARS-CoV-2 nonché i diversi scenari possibili nella stagione autunno-inverno 2020-2021. A seguito della analisi delle criticità riscontrate nella prima fase epidemica, della elaborazione di possibili scenari epidemici e dello sviluppo di uno strumento di autovalutazione della *preparedness* dei servizi sanitari (Circolare del Ministero della Salute "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale" pubblicata l'11 agosto 2020), questo documento, elaborato da molteplici istituzioni internazionali, nazionali e regionali, intende rafforzare il coordinamento e la pianificazione nazionale nel breve termine raccogliendo le iniziative, gli strumenti e i provvedimenti disponibili sviluppati dall'inizio di questo evento pandemico e operativi in questa fase.

La struttura del documento segue quella degli 8 pilastri strategici chiave identificati dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per la risposta alla pandemia COVID-19: Coordinamento nazionale, pianificazione, e monitoraggio; Comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione; Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi; Punti di ingresso/sanità transfrontaliera; Laboratori nazionali; Infection Prevention and Control (IPC); Gestione clinica dei casi; e Supporto operativo e logistica. Elementi trasversali a questi pilastri, come la formazione e la ricerca scientifica, vengono trattati quando rilevanti per la risposta operativa a breve termine, all'interno degli 8 pilastri elencati.

In sintesi, questo documento costituisce una "cassetta degli attrezzi" per le autorità di sanità pubblica impegnate nella risposta all'epidemia da SARS-CoV-2 nel nostro Paese. Dopo aver ricostruito le attività svolte dall'inizio di questo evento pandemico, il documento fa il punto per ciascun pilastro strategico declinando le iniziative nazionali messe in campo e operative durante la fase di transizione e le attività di *preparedness* realizzate in previsione della stagione autunno-invernale. Il documento propone un approccio condiviso alla ri-modulazione delle misure di contenimento/mitigazione, coerente con quanto definito nel DPCM n.108 del 27 aprile 2020, in base allo scenario ipotizzato e al livello di classificazione del rischio in ciascuna Regione/PA ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020.

In Appendice si riporta, inoltre, l'insieme degli strumenti e provvedimenti operativi per ciascun pilastro strategico.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Introduzione

La pandemia da COVID-19 è una emergenza globale legata alla comparsa di un nuovo virus (SARS-CoV-2). In poco tempo questo patogeno ha provocato una pandemia a cui l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) attribuisce tre caratteristiche specifiche (1):

- **Velocità e scala:** la malattia si è diffusa rapidamente in tutto il mondo ed è stata in grado di sovraccaricare anche i sistemi sanitari più resilienti;
- **Gravità:** complessivamente il 20% dei casi è grave/critico con una letalità attualmente superiore al 3% e più elevata in gruppi di popolazione con età più avanzata e affetti da co-morbidità;
- **Impatto sociale ed economico:** ampie ripercussioni socio-economiche per il forte impatto sui sistemi sanitari e sociali e per l'effetto delle misure prese per controllare la trasmissione.

In assenza di farmaci efficaci e di un vaccino, in una popolazione completamente suscettibile, SARS-CoV-2 dal 31 dicembre 2019 al 18 settembre 2020 ha provocato oltre 30 milioni di casi confermati di infezione nel mondo e oltre 900.000 decessi (2). In base ai dati pubblicati dal Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (*European Centre for Disease Prevention and Control*, ECDC), nei Paesi UE/SEE (Unione Europea/Spazio Economico Europeo), si registrano oltre due milioni di casi confermati e oltre 185.000 decessi (3). In Italia sono stati notificati complessivamente oltre 290.000 casi confermati di infezione da SARS-CoV-2 e oltre 35.000 decessi (4).

Il Gruppo di Studio sul Coronavirus (*Coronavirus Study Group*, CSG) del Comitato internazionale per la tassonomia dei virus (*International Committee on Taxonomy of Viruses*) ha classificato ufficialmente, con il nome di SARS-CoV-2, il virus provvisoriamente chiamato dalle autorità sanitarie internazionali 2019-nCoV e responsabile dei casi della malattia COVID-19 (*COronaVIrus Disease 2019).* Il CSG dopo aver valutato la novità del patogeno umano e sulla base della filogenesi, della tassonomia e della pratica consolidata, ha associato formalmente questo virus con il coronavirus che causa la sindrome respiratoria acuta grave (SARS-CoVs, *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronaviruses*) classificandolo, appunto, come *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2).

Con il suo periodo di incubazione relativamente lungo (mediana 5-6 giorni, range 1-14 giorni) (5), uno *shedding* virale documentato da 1-2 giorni prima della comparsa di sintomi (6), in grado di prolungarsi per settimane dopo la comparsa degli stessi (7), che possono essere inizialmente lievi e aspecifici, e la presenza di casi asintomatici e paucisintomatici in grado di trasmettere l'infezione (8), SARS-CoV-2 mostra di essere maggiormente adattato all'uomo rispetto al virus SARS-CoV emerso nel 2002 e in grado quindi di trasmettersi in modo molto più efficiente.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Capitolo 1

Preparazione e risposta alla pandemia COVID-19

L'OMS (9) e l'ECDC (10) individuano le seguenti fasi "in continuum" nella risposta ad una pandemia da virus emergenti:

- **Fase inter-pandemica:** periodo tra le pandemie.
- **Fase di allerta:** identificazione di un nuovo virus emergente nell'uomo (es. nuovo *sub-type* influenzale). In questa fase è necessario aumentare l'attenzione e svolgere una valutazione del rischio a livello locale, nazionale e globale. Se le valutazioni del rischio indicano che il nuovo virus ***non ha*** la potenzialità di evolvere in un ceppo pandemico, si procede verso una *de-escalation*, ossia una ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti, ovvero corrispondenti a quelle della fase inter-pandemica.
- **Fase pandemica:** periodo caratterizzato dalla diffusione in tutto il mondo del nuovo patogeno, che viene monitorato dalla sorveglianza globale. La transizione tra la fase inter-pandemica, la fase di allerta e la fase pandemica può avvenire rapidamente o in modo graduale, principalmente sulla base dei dati virologici, epidemiologici e clinici.

  All'interno della fase pandemica ciascun Paese può osservare diverse fasi della **epidemia a livello nazionale** con:

  - **fasi acute** in cui i casi sono in aumento evidente, con numeri elevati e segnali di sovraccarico dei servizi sanitari;
  - **fasi post-acute** in cui i nuovi casi riscontrati al giorno hanno raggiunto un picco e, seppur ancora in numero elevato, hanno un trend in diminuzione;
  - **fasi di transizione epidemica** in cui i casi sono stabili o con variazioni contenute, l'incidenza è bassa e non si assiste ad un sovraccarico dei servizi sanitari. In altre parole sono fasi in cui l'epidemia è controllata a livello nazionale.
- **Fase di transizione pandemica:** con la diminuzione del rischio a livello globale, può verificarsi una *de-escalation* delle azioni, con riduzione delle attività di risposta alle epidemie in ambito nazionale e lo spostamento verso azioni di recupero, in base a valutazioni del rischio paese-specifiche.

Il *continuum* delle fasi di una pandemia è riportato in Figura 1.

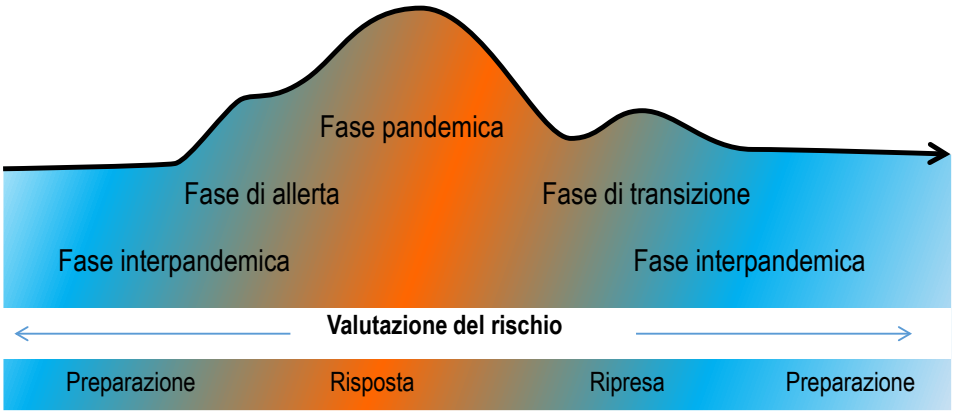


Figura 1. *Continuum* delle fasi di una pandemia (Fonte OMS)

Durante una epidemia da patogeni emergenti, per i quali una popolazione si deve presumere completamente suscettibile e in assenza di farmaci e vaccini efficaci, il rischio associato ad una diffusione

senza controllo risiede nel fatto che è possibile osservare molti casi di malattia in poco tempo con sovraccarico di tutte le strutture e dei servizi dedicati alla loro gestione.

Per questo motivo si devono attuare misure non farmacologiche volte a ridurre il rischio di contagio, come aumentare i livelli di igiene e praticare un distanziamento fisico su larga scala. Queste misure avranno l'effetto di rallentare la diffusione dell'infezione, "appiattendo la curva" e permettendo la gestione di un numero inferiore di casi di infezione concomitanti, per un periodo di tempo più lungo (Figura 2).

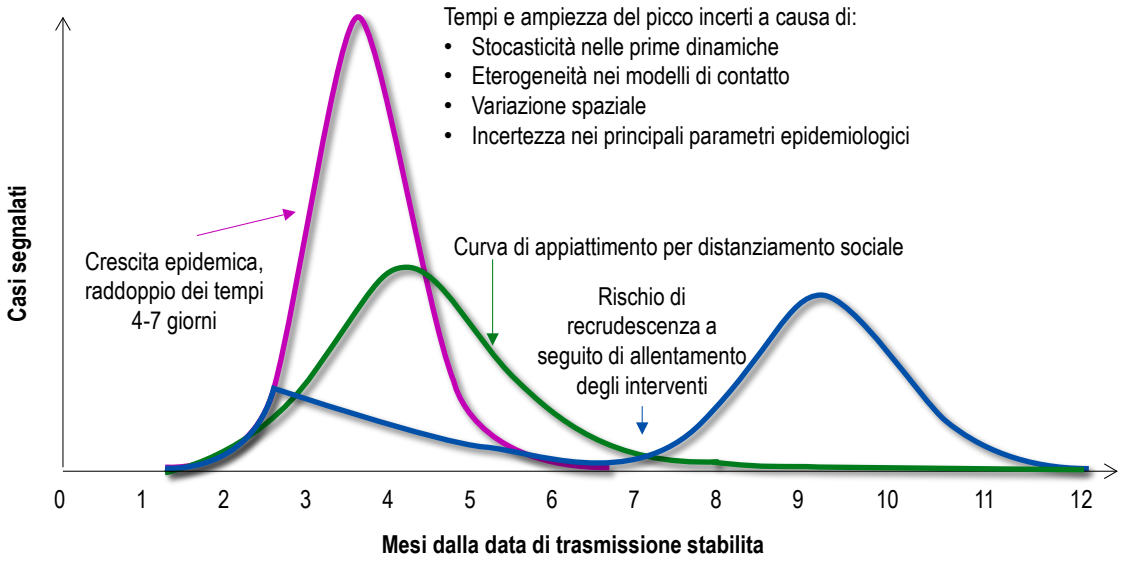


Figura 2. Simulazione illustrata di un modello di trasmissione di COVID-19 (11)

Sono state descritte numerose misure non farmacologiche per rallentare la trasmissione di SARS-CoV-2 (11) che dovrebbero essere realizzate in combinazione per una migliore efficacia (12). Sono state inoltre identificate **4 fasi nella risposta ad una epidemia da COVID-19** (13):

i) Fase 1: rallentare la diffusione con misure di contenimento;

ii) Fase 2: transizione con rimodulazione delle misure di contenimento,

iii) Fase 3: sviluppo di immunità e sospensione delle misure di distanziamento fisico,

iv) Fase 4: ricostruzione e preparazione dei sistemi.

Di queste, le prime due rientrano nella fase pandemica.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Capitolo 2

Fasi della pandemia da COVID-19 in Italia (dicembre 2019 -settembre 2020)

Questa sezione riporta la linea temporale della preparazione e risposta alla pandemia da COVID-19, con particolare attenzione alle misure adottate in Italia al 30 settembre 2020.

2.1. Fine della fase inter-pandemica

Il 31 dicembre 2019, le autorità sanitarie cinesi hanno notificato un focolaio di casi di polmonite ad eziologia non nota nella città di Wuhan (Provincia dell'Hubei, Cina). Poiché molti dei casi iniziali hanno riferito una esposizione al Wuhan's South China Seafood City market, inizialmente è stato sospettato un possibile meccanismo di trasmissione da animali vivi.

Il 9 gennaio 2020, il China CDC (il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina) ha identificato un nuovo coronavirus (provvisoriamente chiamato 2019-nCoV) come agente eziologico di questa patologia.

2.2. Fase di allerta

Il 14 gennaio 2020 l'OMS riportava nelle sue comunicazioni che l'evidenza della possibile trasmissione interumana del nuovo virus era limitata. Tuttavia, il 22 gennaio dopo una missione in Cina, l'OMS ha dichiarato che vi era evidenza di una trasmissione interumana dell'infezione, ma che sarebbero stati necessari ulteriori studi per verificarne l'estensione (14). Questo fatto ha determinato l'inizio della fase di allerta.

Il 22 gennaio 2020 è stata costituita in Italia dal Ministro della Salute una task force nazionale per contrastare COVID-19 coordinata dal Ministero della Salute (Direzione Generale della prevenzione e programmazione).

Tra le Istituzioni partecipanti si annoverano l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), il Dipartimento della Protezione Civile della Presidenza del Consiglio dei Ministri (DPC), l'Istituto Nazionale Malattie Infettive (INMI) L. Spallanzani (Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, IRCCS), la rete degli Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (USMAF), i Nuclei Antisofisticazioni e Sanità dell'Arma dei Carabinieri (NAS), l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS), l'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) e Forze Armate e le Regioni/PA con il compito di:

- allertare le strutture sanitarie competenti;
- attivare controlli agli aeroporti;
- riportare in Italia in sicurezza e/o in bio-contenimento, connazionali provenienti dalla Cina e dal Giappone in contesti di elevata trasmissione di SARS-CoV-2;
- diramare indicazioni operative per le norme di profilassi in caso di epidemia e di restrizione della mobilità delle persone;
- verificare il loro avviamento e la loro rispondenza alle indicazioni internazionali (OMS, ECDC);
- gestire i casi confermati in Italia in collaborazione con tutti i Servizi Sanitari Regionali, Aziende Sanitarie Locali (ASL), Aziende ospedaliere e IRCCS.

Il 30 gennaio sono stati inoltre sospesi i voli diretti dalla Cina in Italia (Figura 3).

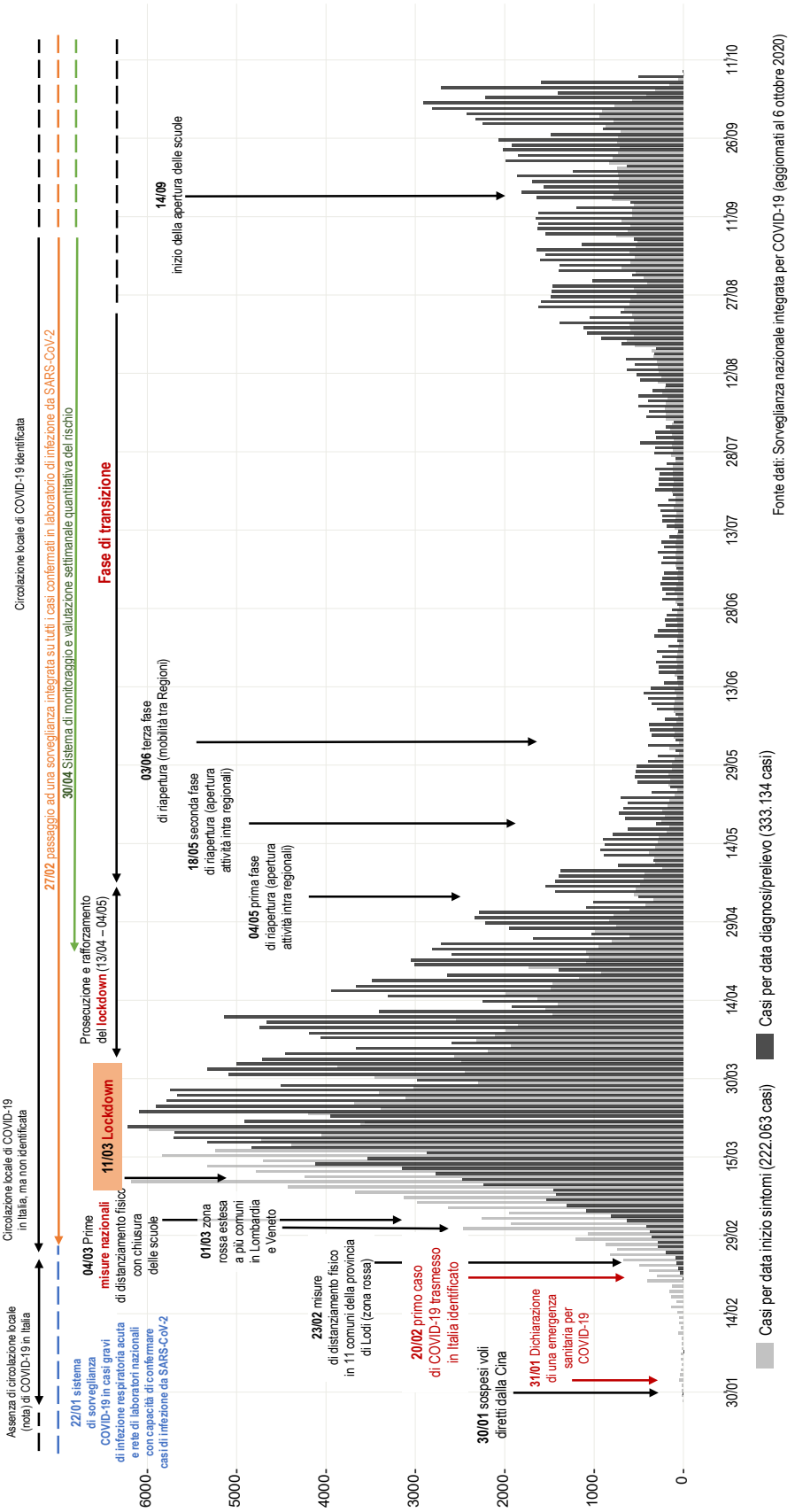


Figura 3. Fasi temporali nella gestione di COVID-19 in Italia, curva epidemica per data di diagnosi e data inizio sintomi, principali interventi di contenimento e riapertura e ipotesi di fasi temporali nella gestione di casi e focolai epidemici, 30 gennaio – 6 ottobre 2020

Lo stesso giorno, il direttore generale dell'OMS ha dichiarato il nuovo coronavirus SARS-CoV-2 una Emergenza di Sanità Pubblica Internazionale (*Public Health Emergency of International Concern*, PHEIC) (15). Il 31 gennaio si è quindi riunito il Consiglio dei Ministri italiano che ha dichiarato lo stato d'emergenza sanitaria nazionale, inizialmente per la durata di sei mesi, successivamente prorogata, e lo stanziamento dei fondi necessari all'attuazione delle misure precauzionali conseguenti alla dichiarazione di emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale da parte dell'OMS, al fine di consentire l'emanazione delle necessarie ordinanze di Protezione Civile.

Il 3 febbraio, con l'ordinanza del capo del DPC n. 630, è stato istituito il Comitato Tecnico Scientifico (CTS) con competenza di consulenza e supporto alle attività di coordinamento per il superamento dell'emergenza epidemiologica dovuta alla diffusione di SARS-CoV-2. Nel mese di febbraio 2020, su indicazione del CTS, sono stati realizzati studi di *preparedness* finalizzati alla classificazione del rischio e alla pianificazione sanitaria attraverso una collaborazione inter-istituzionale che ha coinvolto la Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, l'ISS e la Direzione Generale dell'Azienda Regionale Emergenza Urgenza (AREU) della Lombardia e INMI Lazzaro Spallanzani, in rappresentanza della Conferenza Stato-Regioni, con il coinvolgimento multidisciplinare della Fondazione Bruno Kessler (FBK).

Durante questa fase sono state svolte attività finalizzate a rafforzare la capacità di identificare casi di COVID-19 in Italia. In particolare, con la Circolare Ministeriale "Polmonite da nuovo coronavirus (2019-nCoV) in Cina" del 22 gennaio 2020 (16), è stata istituita una sorveglianza epidemiologica su casi gravi di malattia respiratoria acuta con storia di viaggio in zone di trasmissione di COVID-19 o contatto con casi accertati di infezione da SARS-CoV-2, sulla base delle definizioni di caso predisposte dall'OMS e delle specifiche tecniche fornite dall'ECDC ai Paesi UE/SEE e al Regno Unito. Tutti i casi corrispondenti alla definizione di caso in Italia sono stati notificati entro 24 ore dalla rilevazione al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria (Ufficio 5 – Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale) e all'ISS (Dipartimento di Malattie Infettive), tramite la registrazione su una piattaforma di sorveglianza online dedicata. Con l'inizio dell'epidemia nazionale da COVID-19, tale sorveglianza è stata convertita in un sistema di sorveglianza adattato al contesto epidemiologico di trasmissione locale.

È stata inoltre definita, a seguito della stessa circolare, dal Ministero della Salute e dalle Regioni e PA, una rete di 31 laboratori con capacità diagnostiche per effettuare analisi di laboratorio per casi sospetti di infezione da SARS-CoV-2 secondo i protocolli indicati dall'OMS.

Contestualmente, è stato identificato, presso l'ISS (*WHO National Influenza Centre* – NIC/ISS), il laboratorio di riferimento nazionale per la conferma e la segnalazione all'OMS di tutti i casi di infezione da SARS-CoV-2 identificati in Italia. Con la Circolare Ministeriale n. 9774 del 20 marzo 2020 (17) e quella n. 11715 del 3 aprile 2020 (18), sono stati individuati più di 70 Laboratori Regionali abilitati per la diagnosi di COVID-19 che hanno a loro volta accreditato laboratori aggiuntivi individuati nelle Regioni stesse, secondo modalità concordate con l'ISS. La conferma di laboratorio è infatti necessaria per definire un caso COVID-19 positivo. Per questa ragione l'attività dei laboratori e in particolare dei laboratori di riferimento è alla base delle attività di monitoraggio per questa epidemia. Le reti coordinate a livello centrale sono una garanzia di uniformità e qualità (Figura 4).

Il 20 febbraio 2020, con l'identificazione del primo caso trasmesso sul territorio nazionale di COVID-19 (19-21), si è passati da una fase di preparazione a una fase di risposta epidemica con rivalutazione rapida e continua del rischio e una attivazione delle misure previste nella precedente fase di pianificazione. Il 24 febbraio 2020, un team guidato dall'OMS con esperti provenienti dall'OMS e da ECDC è arrivato in Italia per supportare le autorità nella valutazione della situazione (22).

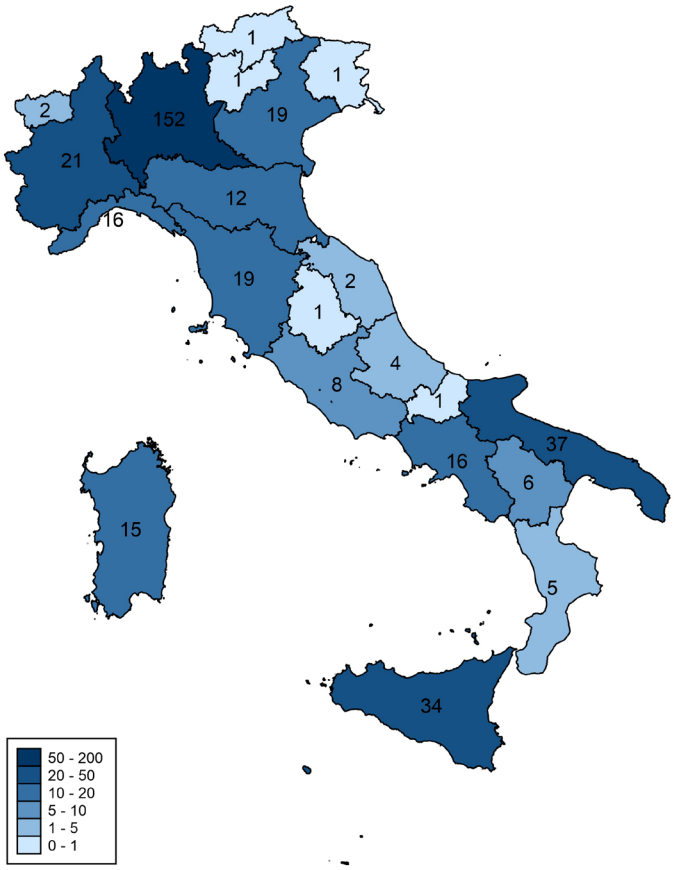


Figura 4. Numero e distribuzione geografica dei laboratori individuati dalle Regioni/PA per la conferma diagnostica dell'infezione da SARS-CoV-2 e presenti nella piattaforma di raccolta dati del laboratorio nazionale di riferimento in ISS, 23 settembre 2020

Dal 27 febbraio, con l'Ordinanza 640 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Protezione Civile (23) è stata disposta la sorveglianza epidemiologica, la sorveglianza microbiologica del virus SARS-CoV-2 e la sorveglianza delle caratteristiche cliniche di COVID-19. Le prime due sono state affidate all'ISS, la terza all'INMI Lazzaro Spallanzani di Roma, in qualità di Centro collaboratore dell'OMS per la gestione clinica, diagnosi, risposta e formazione sulle malattie altamente contagiose, in collaborazione con l'ISS. Il rafforzamento della sorveglianza epidemiologica e microbiologica con istituzione di un sistema integrato nazionale di sorveglianza di tutti i casi confermati di infezione da virus SARS-CoV-2 sul territorio nazionale, in aggiunta ad un flusso di dati aggregati raccolti dal Ministero della Salute e pubblicati dalla Protezione Civile, ha permesso di sorvegliare l'andamento dell'epidemia a livello nazionale e sub-nazionale (*vedi* Figura 3).

2.3. Fase pandemica

L'11 marzo 2020, mentre l'Italia affrontava la fase acuta dell'epidemia da SARS-CoV-2 dichiarando un *lockdown* nazionale (24), l'OMS dichiarava COVID-19 una pandemia dando inizio alla fase pandemica (25). In questa fase tutti i Paesi hanno iniziato ad attivare misure per il contenimento, il ritardo e la mitigazione della trasmissione e dell'impatto di SARS-CoV-2. Lo stesso giorno, è stata istituita una collaborazione

istituzionale tra l'OMS e il governo italiano con una presenza residenziale di un esperto dell'organizzazione internazionale nel CTS.

L'epidemia nazionale da COVID-19 in Italia può essere suddivisa a sua volta nelle seguenti fasi:

- **Fase acuta:** dal 20 febbraio al 20 marzo 2020 (picco) con aumento rapido nel numero di casi, in particolare in popolazioni di età avanzata con co-morbidità. Il numero di casi ha rapidamente sovrastato le capacità territoriali di *contact tracing* e isolamento/quarantena nell'epicentro dell'epidemia. Si è riscontrata una elevata mortalità e un rapido sovraccarico dei servizi assistenziali (in particolare ospedalieri) nelle Regioni maggiormente colpite.

  Dal 23 febbraio, con l'introduzione delle prime misure di distanziamento fisico, e dal 4 marzo con le prime misure di chiusura su scala nazionale, in Italia è iniziata, infatti, la **fase 1 della risposta all'epidemia (rallentare la diffusione con misure di contenimento)**, culminata l'11 marzo 2020 con un *lockdown* nazionale, ovvero con la realizzazione di misure volte a ridurre drasticamente il rischio di assembramento e contatto interpresonale, quali la chiusura di esercizi commerciali, il divieto di eventi e manifestazioni, la limitazione della mobilità individuale, la chiusura delle scuole di ogni ordine e grado, l'istituzione su vasta scala di lavoro agile dal proprio domicilio. Questa fase si è caratterizzata pertanto per una **ri-modulazione delle attività di mitigazione e controllo verso misure più stringenti** (*escalation*) con adozione di misure straordinarie sull'intero territorio nazionale. Lo scopo della fase 1 è stato quello di rallentare la diffusione del virus.

  L'analisi giornaliera dei dati provenienti dal sistema di sorveglianza integrato COVID-19, coordinato dall'ISS (26) e dei dati aggregati raccolti dal Ministero della Salute e dalla Protezione Civile (27), ha permesso di sorvegliare l'andamento dell'epidemia a livello nazionale (*vedi* Figura 3) e sub-nazionale

  Sono state inoltre adottate misure straordinarie volte al rapido potenziamento dei servizi assistenziali, per rispondere all'emergenza con assunzione di personale sanitario, approvvigionamento di strumentazioni, e materiali di consumo e realizzazione di misure volte a contenere gli effetti del disagio economico e sociale connessi al *lockdown* nazionale.

  In termini di efficacia epidemiologica, il *lockdown* nazionale ha avuto successo nel realizzare un rallentamento importante della diffusione, documentato dai sistemi di sorveglianza nazionali (*vedi* Figura 3).

  La trasmissibilità di SARS-CoV-2 prima dell'11 marzo (*lockdown* nazionale) è stata stimata a circa R0=3 in tutte le regioni con trasmissione sostenuta, con qualche variazione locale dovuta ad interventi localizzati e mirati. Questa è da intendersi come la trasmissibilità di SARS-CoV-2 in assenza di interventi (R0: numero di riproduzione di base). Dalla data del *lockdown* al 25 marzo la trasmissibilità è calata in tutte le regioni a valori compresi tra Rt=0,5 e Rt=0,7. In questo caso la trasmissibilità è stata calcolata nel tempo in presenza di interventi (Rt: numero di riproduzione netto).

- **Fase post-acuta:** dal 21 marzo al 4 maggio 2020, nel contesto del *lockdown* nazionale in cui le misure di controllo e mitigazione straordinarie sono state mantenute, il sistema di sorveglianza integrato COVID-19 coordinato dall'ISS ha iniziato a registrare dapprima una stabilizzazione e in seguito una diminuzione dei nuovi casi di COVID-19 diagnosticati, con il graduale ripristino delle funzioni dei servizi sanitari territoriali e assistenziali.

  In questa fase, sono state realizzate misure di potenziamento a livello nazionale dei servizi sanitari e un ulteriore ampliamento delle reti assistenziali, con approvvigionamento straordinario di strumentazione e materiali di consumo.

  Ai sensi dell'Allegato 10 "Principi per il monitoraggio del rischio sanitario" (28) al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 26 aprile (*Gazzetta Ufficiale* n.108 del 27 aprile

2020) e del Decreto del Ministro della Salute (DM Salute) del 30 aprile 2020 (29), nel mese di maggio 2020 è stato avviato un sistema di monitoraggio settimanale sviluppato e realizzato dall'ISS e coordinato dal Ministero della Salute che permette di fornire settimanalmente ad ogni Regione/PA una classificazione quantitativa del rischio epidemico e della resilienza dei servizi territoriali/assistenziali, allo scopo di introdurre tempestivamente gli interventi correttivi necessari.

In termini di trasmissibilità, dal 25 marzo fino ad approssimativamente fine maggio (fine del *lockdown* nazionale) l'Rt è rimasto quasi costantemente nel range compreso tra Rt=0,5 e Rt=0,7 in tutte le Regioni/PA.

In questa fase, la necessità di adottare misure graduali per la ripresa delle attività lavorative, compatibilmente con la curva epidemiologica e nell'ottica della tutela della salute e della sicurezza di tutti i lavoratori, si è concretizzata nello sviluppo, da parte di INAIL, di un approccio metodologico di stima del rischio occupazionale per settore di attività economica. Tale modello, che ha portato alla creazione di 4 classi di rischio (basso, medio-basso, medio-alto, alto), si è basato su tre parametri: esposizione, prossimità e aggregazione, ed è stato adottato dal CTS per la programmazione delle riaperture (30). La necessità di adottare misure graduali per la ripresa ha anche riguardato la riorganizzazione del sistema di trasporto pubblico terrestre (31).

- **Fase di transizione epidemica:** dal 4 maggio 2020 fino alla data di pubblicazione di questo documento, sebbene globalmente sia ancora attiva la fase pandemica, l'Italia è entrata nella **fase 2 della risposta all'epidemia (transizione con ri-modulazione in senso meno stringente delle misure di contenimento – *de-escalation*).** Questo ha comportato la riapertura progressiva (4 e 18 maggio e 3 giugno 2020) delle attività lavorative, commerciali e ludiche e il graduale ripristino della mobilità intra-regionale, inter-regionale e internazionale, nonché una riapertura delle scuole limitata alle secondarie di II grado per consentire l'effettuazione degli esami di stato in presenza. Il CTS in questa fase ha erogato, in base al modello sviluppato da INAIL nella fase precedente, indicazioni puntuali per lo svolgimento di attività sportive e ricreative.

  In questa fase sono state rafforzate le attività di controllo dell'infezione in ambito territoriale, ad esempio aumentando gli accertamenti diagnostici anche su casi con sintomatologia lieve e potenziando il *contact tracing*. È stato messo a regime il sistema di monitoraggio settimanale che permette una classificazione del rischio e della resilienza dei servizi territoriali di ciascuna Regione/PA. È stata inoltre realizzata nel periodo 25 maggio – 15 luglio 2020 una indagine di siero-prevalenza nazionale che ha evidenziato come in quel periodo in media 2,5% degli italiani era entrato in contatto con il virus (32).

  Questa fase si è caratterizzata in Italia e in altri paesi europei, per una iniziale diminuzione seguita da una sostanziale stabilità dei casi in condizioni di bassa incidenza (in Italia fino alla fine di luglio 2020) e poi da un lento e graduale aumento nel numero dei casi che, tuttavia, presentavano caratteristiche di una transizione epidemica rispetto alle fasi precedenti con assenza di segnali di sovraccarico dei servizi sanitari (in particolare assistenziali). Questo era in parte dovuto ad un interessamento di popolazioni di età più giovane in contesti di trasmissione associati anche a viaggi e attività ricreative.

  In Italia, a partire dal mese di giugno 2020, si è notato un leggero ma costante incremento di Rt che ha superato la soglia di 1 nel suo valore medio intorno al 16 agosto 2020 con successive oscillazioni settimanali attorno al valore medio di 1 e evidente variabilità inter-regionale dovuta alla presenza di focolai anche di dimensioni importanti.

  Durante la fase di transizione epidemica, le attività si sono focalizzate sulla *preparedness* in previsione della stagione autunno-invernale 2020. Durante questa fase, il sistema di monitoraggio settimanale è stato operativo in modo continuativo, sono state emesse e adottate linee guida e

documenti (33) per la riapertura delle scuole (realizzata dal 14 settembre 2020) e per supportare la *preparedness* dei servizi sanitari ad un eventuale aumento nel numero di casi e delle ospedalizzazioni per COVID-19 in Italia (34). In linea con le evidenze in ambito internazionale (35), in Italia è stata data una estrema importanza alla preparazione verso la riapertura degli istituti scolastici e, in seguito, al monitoraggio dell'impatto di questa riapertura sull'andamento epidemico. Allo scopo di valutare le evidenze e indirizzare azioni di sanità pubblica, l'Italia ha proposto e ospitato insieme all'Ufficio europeo dell'OMS, il 31 agosto 2020, un aggiornamento di alto livello rivolto ai Ministri della Salute della Regione europea dell'OMS intitolato "Schooling during the COVID-19 pandemic" (36).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Capitolo 3

Possibili scenari epidemici nel periodo autunno-invernale in Italia

Gli scenari in Italia per l'autunno, in termini di impatto sul sistema sanitario, dipenderanno molto da alcune incognite:

1) **Trasmissibilità di SARS-CoV-2 a fine estate.** Non è, infatti, ancora chiaro se l'incremento di trasmissibilità (Rt) osservato a partire da giugno in alcune Regioni/PA si stabilizzerà attorno ai valori osservati durante il mese di settembre oppure continuerà ad aumentare nel tempo. È del tutto evidente che gli scenari cambieranno notevolmente a seconda che si riesca o meno a mantenere Rt a valori prossimi a 1 nella stagione autunno-invernale.

2) **Trasmissibilità di SARS-CoV-2 nelle scuole.** La reale trasmissibilità di SARS-CoV-2 nelle scuole non è ancora nota, anche se cominciano ad essere descritti focolai in ambienti scolastici in Paesi in cui le scuole sono state riaperte più a lungo. Non è inoltre stato quantificato l'impatto che potranno avere le misure di riorganizzazione scolastica adottate. Più in generale, non è noto quanto i bambini, prevalentemente asintomatici, trasmettano SARS-CoV-2 rispetto agli adulti, sebbene vi sia evidenza che la carica virale di sintomatici e asintomatici, e quindi il potenziale di trasmissione, non sia statisticamente differente. Tutto questo rende molto incerto il ruolo della trasmissione nelle scuole a partire da settembre sull'epidemiologia complessiva di SARS-CoV-2 in Italia.

3) **Trasmissibilità di SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro.** I luoghi di lavoro si sono dimostrati fin dalla fase acuta un importante serbatoio di infezioni, non solo in ambienti a rischio specifico, come quello sanitario, ma anche in contesti che, in Italia e non solo, sono stati caratterizzati da cluster anche di notevoli dimensioni, ad esempio nel settore agroalimentare (aziende agricole, trasformazione delle carni, mercati) e in quello delle spedizioni mediante corriere. Inoltre, la ripresa delle attività lavorative in presenza, anche se in percentuali variabili a seconda dei settori, potrebbe contribuire alla attivazione di ulteriori focolai epidemici.

4) **Impatto della mobilità della popolazione sulla trasmissione di SARS-CoV-2.** La ripresa della scuola e delle attività lavorative in presenza tende ad una messa a regime a pieno carico del sistema di trasporto pubblico in generale e, in particolare, di quello locale, con inevitabile aumento delle occasioni di esposizione al virus.

5) **Contributo del sistema di prevenzione aziendale nei luoghi di lavoro.** Il sistema realizzatosi nel tempo si è già rivelato, con maggiore valenza di sempre, come una naturale infrastruttura in grado di contribuire alla mitigazione del rischio, alla luce della integrazione di misure organizzative di prevenzione e protezione previste a partire dal "Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro" del 14 marzo e la sua integrazione del 24 aprile e nei Protocolli di settore, favorendo – anche per il periodo autunno-invernale – la tutela della salute e sicurezza dei 23 milioni di lavoratori interessati, con inevitabili ricadute positive anche sulla collettività. Particolare rilievo continua a rivestire la sorveglianza sanitaria anche in relazione alle attività di informazione sul rischio nonché per la tutela dei lavoratori cosiddetti "fragili".

6) **Grado di accettazione delle misure igienico-sanitarie e comportamentali per la prevenzione della trasmissione di SARS-CoV-2 da parte della popolazione generale.** Ad esempio sono possibili inasprimenti di criticità già riscontrate allo stato attuale, come la collaborazione dei soggetti positivi per la conduzione delle attività di indagine epidemiologica e di *contact tracing* e il rispetto/adesione alle misure contumaciali sia per i casi confermati che per i contatti stretti.

7) **Capacità di risposta dei sistemi di prevenzione e controllo.** È evidente la migliorata capacità dei sistemi di prevenzione nell'identificare rapidamente i focolai, isolare i casi e applicare misure di quarantena ai contatti dei casi, cosa che contribuisce in modo determinante a mantenere la trasmissione sotto controllo. Tuttavia non è noto al momento quale sia il livello di trasmissione, ad esempio in termini di numero di focolai, che i sistemi di prevenzione possano gestire efficacemente. Va considerato, infine, come l'inizio della stagione influenzale possa rendere queste attività più complesse e impegnative.

Un altro aspetto importante da considerare, correlato più alla tenuta del sistema sanitario che alla trasmissibilità di SARS-CoV-2, riguarda l'età media dei casi. Nei mesi estivi è stata osservata un'importante decrescita dell'età media dei casi con relativamente poche nuove ospedalizzazioni da COVID-19, tuttavia, a questo è poi seguito un nuovo aumento dell'età mediana nei casi diagnosticati tra la fine di agosto e l'inizio di settembre. Non è al momento chiaro se questo trend si manterrà nel tempo e se sarà possibile mantenere protette categorie a rischio come gli anziani.

Alla luce di queste incognite, i possibili scenari che si prospettano per l'autunno nelle diverse regioni possono essere così schematizzati:

- **SCENARIO 1**
  Situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto al periodo luglio-agosto 2020, con Rt regionali sopra soglia per periodi limitati (inferiore a 1 mese) e bassa incidenza, nel caso in cui la trasmissibilità non aumenti sistematicamente all'inizio dell'autunno, le scuole abbiano un impatto modesto sulla trasmissibilità e i sistemi sanitari regionali riescano a tracciare e tenere sotto controllo i nuovi focolai, inclusi quelli scolastici.

- **SCENARIO 2**
  Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo, con valori di Rt regionali sistematicamente e significativamente compresi tra Rt=1 e Rt=1,25 (ovvero con stime dell'Intervallo di Confidenza al 95% - IC95% - di Rt comprese tra 1 e 1,25), nel caso in cui non si riesca a tenere completamente traccia dei nuovi focolai, inclusi quelli scolastici, ma si riesca comunque a limitare di molto il potenziale di trasmissione di SARS-CoV-2 con misure di contenimento/mitigazione ordinarie e straordinarie. Un'epidemia con queste caratteristiche di trasmissibilità potrebbe essere caratterizzata, oltre che dalla evidente impossibilità di contenere tutti i focolai, da una costante crescita dell'incidenza di casi (almeno quelli sintomatici; è infatti possibile che si osservi una riduzione della percentuale di casi asintomatici individuati rispetto al totale vista l'impossibilità di svolgere l'investigazione epidemiologica per tutti i nuovi focolai) e corrispondente aumento dei tassi di ospedalizzazione e dei ricoveri in terapia intensiva. La crescita del numero di casi potrebbe però essere relativamente lenta, senza comportare un rilevante sovraccarico dei servizi assistenziali per almeno 2-4 mesi.

- **SCENARIO 3**
  Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo, con valori di Rt regionali sistematicamente e significativamente compresi tra Rt=1,25 e Rt=1,5 (ovvero con stime IC95% di Rt comprese tra 1,25 e 1,5), e in cui si riesca a limitare solo modestamente il potenziale di trasmissione di SARS-CoV-2 con misure di contenimento/mitigazione ordinarie e straordinarie. Un'epidemia con queste caratteristiche di trasmissibilità dovrebbe essere caratterizzata da una più rapida crescita dell'incidenza di casi rispetto allo scenario 2), mancata capacità di tenere traccia delle catene di trasmissione e iniziali segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali in seguito all'aumento di casi ad elevata gravità clinica (con aumento dei tassi di occupazione dei posti letto ospedalieri – area critica e non critica) riconducibile ad un livello di rischio elevato o molto elevato in base al sistema di monitoraggio settimanale. La crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 2-3 mesi. È però importante

osservare che qualora l'epidemia dovesse diffondersi prevalentemente tra le classi di età più giovani, come osservato nel periodo luglio-agosto 2020, e si riuscisse a proteggere le categorie più fragili (es. gli anziani), il margine di tempo entro cui intervenire potrebbe essere maggiore.

- **SCENARIO 4**
  Situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo, con valori di Rt regionali sistematicamente e significativamente maggiori di 1,5 (ovvero con stime IC95% di Rt maggiore di 1,5). Anche se una epidemia con queste caratteristiche porterebbe a misure di mitigazione e contenimento più aggressive nei territori interessati, uno scenario di questo tipo potrebbe portare rapidamente a una numerosità di casi elevata e chiari segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali, senza la possibilità di tracciare l'origine dei nuovi casi. La crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 1-1,5 mesi, a meno che l'epidemia non si diffonda prevalentemente tra le classi di età più giovani, come osservato nel periodo luglio-agosto 2020, e si riuscisse a proteggere le categorie più fragili (es. gli anziani). A questo proposito, si rimarca che appare piuttosto improbabile riuscire a proteggere le categorie più fragili in presenza di un'epidemia caratterizzata da questi valori di trasmissibilità.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Capitolo 4

Politiche adottate in Italia per affrontare la stagione autunno-invernale 2020 in riferimento ai pilastri strategici OMS

La strategia dell'OMS nel documento "COVID-19 strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response" (SPRP) pubblicato a febbraio 2020 (37), e nel documento "2019 Novel coronavirus (2019 nCoV): strategic preparedness and response plan" aggiornato ad aprile 2020 (1) identifica 8 pilastri strategici chiave nella risposta alla pandemia COVID-19 (Figura 5):

- Pilastro 1: Coordinamento nazionale, pianificazione, e monitoraggio
- Pilastro 2: Comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione
- Pilastro 3: Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi
- Pilastro 4: Punti di ingresso/sanità transfrontaliera
- Pilastro 5: Laboratori nazionali
- Pilastro 6: Infection prevention and control (IPC)
- Pilastro 7: Gestione clinica dei casi
- Pilastro 8: Supporto operativo e logistica.

Figura 5. Gli 8 pilastri strategici per la preparazione e risposta a COVID-19 (fonte OMS)

In Italia le azioni di risposta all'epidemia da virus SARS-CoV-2 si sono realizzate in linea con le indicazioni strategiche fornite dall'OMS (1, 37, 38), dimostrando un elevato livello di *preparedness* (39). I paragrafi seguenti riportano per ciascun pilastro strategico una descrizione delle attività realizzate durante la fase di transizione e le attività di *preparedness* operative per affrontare la stagione autunno-invernale 2020. Viene inoltre fornito per ciascun pilastro un inventario di strumenti operativi in vigore.

Pilastro 1. Coordinamento nazionale, pianificazione, e monitoraggio

Attività durante la fase di transizione

In Italia nel periodo di transizione epidemica continuano ad essere attivi tutti i meccanismi di coordinamento e di interfaccia multisettoriale e inter-istituzionale utili per la definizione di atti di programmazione nazionale e alla redazione di documenti di policy, organizzazione, pianificazione e indirizzo tecnico-scientifico.

Questa produzione – insieme a quanto già realizzato nelle fasi precedenti della pandemia – rappresenta la base normativa e tecnica a sostegno dell'impianto operativo degli interventi che costituisce uno strumento utilizzabile nel caso di un peggioramento dell'epidemia nei mesi futuri. Il livello di risposta dei sistemi regionali ai provvedimenti programmatori nazionali continua ad essere oggetto di attività di monitoraggio sistematico e sono attivi percorsi formativi in modalità FAD (formazione a distanza) realizzati dall'ISS e rivolti ad operatori sanitari come il corso "SARS-CoV-2 Preparazione e contrasto", che ha l'obiettivo di favorire la creazione di un linguaggio comune e di procedure condivise tra gli operatori sanitari su una nuova problematica emergente mai affrontata in precedenza, nonché per amplificare in modo coordinato anche a livello locale le indicazioni fornite dalle Istituzioni centrali e regionali. Dall'inizio della offerta formativa, l'ISS ha assicurato la disponibilità della piattaforma di erogazione per la formazione a distanza EDUISS, deputata a veicolare indicazioni nazionali condivise e univoche che potranno essere interpretate successivamente in base alle specifiche esigenze loco-regionali.

Le basi normative a supporto delle misure di sanità pubblica potenzialmente necessarie per il contenimento epidemico sono state periodicamente aggiornate, allo scopo di garantirne la legittimità (ultimo aggiornamento*:* DPCM 7 settembre 2020, "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19").

È stato implementato un sistema di **monitoraggio settimanale per la classificazione quantitativa del rischio e della resilienza dei sistemi assistenziali e territoriali** a livello regionale, realizzato dall'ISS e coordinato dal Ministero della Salute (28, 29). Il sistema prevede meccanismi di consultazione regolare con referenti tecnici dei sistemi sanitari regionali e con un comitato di coordinamento nazionale (Cabina di Regia). Al fine di monitorare la qualità e la completezza delle informazioni riportate dalle Regioni/PA e fornire loro uno strumento per il controllo dei dati, vengono realizzati settimanalmente dei rapporti automatici per ciascuna Regione/PA che riportano dati mancanti/incongruenti per ciascun indicatore valutato e l'eventuale discordanza tra il numero di casi di infezione da virus SARS-CoV-2 riportati alla sorveglianza integrata COVID-19 coordinata dall'ISS e quelli riportati al flusso del Ministero della Salute/Protezione Civile.

Per quanto concerne la tutela infortunistica, l'INAIL ha fornito indicazioni operative fin dall'inizio della situazione emergenziale legata alla diffusione pandemica da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) per la tutela dei lavoratori assicurati con l'Istituto che hanno contratto l'infezione in occasione di lavoro anche in virtù di specifici disposti normativi, fornendo chiarimenti finalizzati a meglio esplicitare le modalità di denuncia di malattia-infortunio e la relativa certificazione medica, nonché a favorire un ruolo proattivo delle proprie strutture territoriali per consentire l'acquisizione delle denunce stesse.

Tale monitoraggio, alla data del 31 agosto 2020, rileva 52.209 denunce di infortunio a seguito di COVID-19 segnalate all'INAIL, di cui il 71,2% interessanti il settore della sanità e assistenza sociale.

In considerazione del coinvolgimento del settore sanitario nella gestione della pandemia, INAIL, in collaborazione con il Consiglio Nazionale Ordine Psicologi (CNOP), ha attivato un'iniziativa nazionale per promuovere sul territorio servizi di supporto psicologico rivolti agli operatori sanitari; l'obiettivo è fornire a

tutte le strutture sanitarie indicazioni procedurali e strumenti utili per l'attivazione di servizi di sostegno psicosociale, costituiti a livello locale con task force di psicologi.

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Sono state previste, indirizzate e finanziate con norme specifiche le attività di programmazione regionale finalizzate al potenziamento delle dotazioni e dell'organizzazione dell'assistenza ospedaliera e territoriale per la gestione dell'emergenza COVID-19 e ne sono state definite le modalità di monitoraggio nazionale, volto alla verifica dello stato di realizzazione delle attività e di eventuali situazioni di criticità.

Nello specifico, è stato adottato un provvedimento legislativo, il decreto-legge 34/2020 convertito nella Legge 77/2020 (Decreto Rilancio), che all'articolo 1 ha previsto l'adozione, da parte delle Regioni/PA, di Piani di potenziamento e riorganizzazione dell'assistenza territoriale con l'obiettivo di assicurare la presa in carico precoce dei pazienti contagiati, dei loro contatti e delle persone in isolamento, nonché dei pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti.

È previsto, in particolare, il rafforzamento delle principali funzioni del territorio coinvolte nel sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della malattia da SARS-CoV-2 e il potenziamento delle attività di assistenza domiciliare sia per i pazienti contagiati, sia per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative e di terapia del dolore. Si prevede anche l'attivazione di centrali operative regionali per garantire il coordinamento delle attività sanitarie e sociosanitarie territoriali messe in atto. Tali attività sono supportate da specifici finanziamenti. È stato rafforzato inoltre il sistema di monitoraggio e sorveglianza di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi per l'infanzia, attraverso una stretta collaborazione tra i dipartimenti di prevenzione territoriali e le scuole per l'adozione di modalità operative basate su evidenze e/o buone pratiche di sanità pubblica, razionali, condivise e coerenti sul territorio nazionale, evitando così frammentazione e disomogeneità.

Lo stesso Decreto all'art. 2 prevede l'adozione di Piani di riorganizzazione ospedaliera, volti a rendere strutturale su tutto il territorio nazionale il potenziamento delle dotazioni di posti letto di terapia intensiva, con un incremento complessivo di 3.500 posti letto, e di quelle di terapia sub-intensiva, con un incremento di 4.225 posti letto (di cui il 50%, cioè 2.112 posti letto, trasformabili in caso di emergenza in posti letto di terapia intensiva), con l'obiettivo di garantire livelli di assistenza adeguati ad eventuali aumenti anche significativi della domanda.

Allo stato attuale tutti i Piani di riorganizzazione ospedaliera presentati dalle Regioni e PA ai sensi dell'art. 2 decreto-legge 34/2020 e secondo le indicazioni formulate nella Circolare del Ministero della Salute n. 11254 del 29 maggio 2020, sono stati approvati dal Ministero della Salute e sono avviate le procedure per dare loro attuazione da parte del Commissario Straordinario, previste dal comma 11 del citato decreto (*vedi* anche Pilastro 8).

Ambedue i predetti Piani (ospedalieri e territoriali) sono stati recepiti nei programmi operativi COVID-19 ex art. 18 del decreto-legge 18/2020 e sono monitorati congiuntamente dal Ministero della Salute e dal Ministero dell'Economia.

Allo scopo di supportare la *preparedness* dei servizi sanitari a un eventuale ulteriore aumento nel numero di casi e delle ospedalizzazioni per COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 è stato predisposto il documento "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale" (34). È stato inoltre istituito un meccanismo mensile di confronto sulla resilienza dei servizi assistenziali e territoriali, coordinato dal Ministero della Salute e realizzato dall'ISS, con produzione regolare di aggiornamenti (rapporti *preparedness*) per ciascuna regione e incontri in video-conferenza con referenti

dei sistemi sanitari regionali allo scopo di garantire un coordinamento continuo per la definizione di risposte tempestive e supportare un processo decisionale tempestivo e collaborativo.

La Tabella A1 dell'Appendice riporta una raccolta delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di programmazione, coordinamento e monitoraggio delle attività finalizzate ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020 per argomento.

Pilastro 2. Comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione

Attività durante la fase di transizione

Nella nuova fase epidemica, la comunicazione ha come obiettivo il mantenimento dei risultati conseguiti nel periodo di *lockdown* e la promozione di un ulteriore contenimento dell'epidemia. In questa fase è di vitale importanza la produzione di contenuti rigorosi dal punto di vista scientifico.

In considerazione dei principali target di riferimento (stampa, operatori sanitari e cittadini) è necessario utilizzare in una comunicazione semplice e chiara.

Per coinvolgere l'intera popolazione nell'assunzione di comportamenti virtuosi di contrasto all'epidemia è fondamentale assumere l'imperativo della trasparenza, anche condividendo i margini di incertezza che caratterizzano la conoscenza scientifica in tutti i periodi di emergenza.

In questa fase è fondamentale realizzare una comunicazione costante, coerente e coordinata con le altre istituzioni, in modo da sviluppare fiducia nel pubblico e rappresentare un punto di riferimento costante, autorevole e affidabile.

Gli Uffici Stampa delle istituzioni coinvolte fanno da raccordo per il coordinamento della comunicazione. In ISS, in particolare, continua ad essere attivo il meccanismo di coordinamento RCCE (*Risk Communication and Community Engagement*), avviato nella prima fase emergenziale con la costituzione del Gruppo di comunicazione (Ufficio Stampa, Servizio Comunicazione scientifica con l'integrazione di alcuni esperti di riferimento).

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale in questa fase, la comunicazione delle istituzioni coinvolte continua a garantire:

- la produzione costante di contenuti finalizzati ad accrescere la consapevolezza della popolazione e al contrasto delle *fake news* attraverso i principali canali istituzionali (comunicati stampa, web e social, infografiche e video);
- il supporto alla diffusione dei dati della sorveglianza e sulla situazione epidemiologica attraverso i canali social e il web;
- la gestione delle interviste e l'identificazione dei portavoce istituzionali;
- le azioni di comunicazione dirette alla prevenzione per fasce di popolazione più fragili;
- le attivazioni di sinergie interistituzionali per la promozione della formazione degli stakeholder;
- la diffusione dei contenuti tecnici e i relativi aggiornamenti sulla gestione di questa fase dell'emergenza presso gli stakeholder (scuola, supermercati, ecc.).

Nell'ambito della comunicazione si sta svolgendo inoltre un'attività di *preparedness* per affrontare eventuali scenari di aumentata trasmissione tra cui:

- attività di monitoraggio constante del *sentiment* della popolazione attraverso attività di ricerca, sondaggi e *focus group*;
- adattamento della strategia di comunicazione ai diversi scenari epidemiologici predisponendo ove necessario *media briefing* e conferenze stampa, con la presenza di rappresentanti delle istituzioni coinvolte;
- adattamento della strategia ed eventuale potenziamento delle attività sui canali social;
- informazione tempestiva e puntuale su nuovi strumenti diagnostici e di prevenzione.

La Tabella A2 in Appendice riporta una raccolta per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotti in materia di comunicazione del rischio e coinvolgimento della popolazione, volti ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

Pilastro 3. Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi

Attività durante la fase di transizione

Durante la fase di transizione continua l'attività del sistema di sorveglianza integrata epidemiologica e microbiologica COVID-19 istituita con l'ordinanza 640 della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della Protezione Civile del 27/2/2020 e coordinata dall'ISS. Il Sistema di sorveglianza integrato raccoglie, tramite una piattaforma web, dati individuali dei soggetti risultati positivi al SARS-CoV-2 mediante test molecolare effettuato su prelievo rino/orofaringeo (tampone). Questo sistema permette non solo di monitorare l'andamento della epidemia nella popolazione, ma di effettuare analisi specifiche per sottogruppi di popolazione, inclusi gruppi di popolazione vulnerabili.

Il laboratorio di riferimento nazionale presso l'ISS ha il compito di svolgere la sorveglianza genomica virale al fine di monitorare l'epidemiologia molecolare di SARS-CoV-2, in un numero definito di campioni clinici per ogni Regione/PA, che vengono inviati a cadenza mensile presso l'ISS (17) (*vedi* Pilastro 5).

Con il progredire dell'epidemia e l'esigenza di raccogliere informazioni aggiuntive sui casi confermati, la scheda di sorveglianza è stata integrata con alcune nuove informazioni, quali, ad esempio, la variabile "provenienza del caso (autoctono, importato da altra regione o dall'estero)", o la variabile "setting" che permette di descrivere il luogo/comunità di acquisizione della malattia.

Dal mese di giugno 2020, l'ISS ha provveduto ad integrare nella piattaforma web del Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19, anche la scheda di raccolta dei dati aggregati giornalieri del flusso del Ministero/Protezione Civile. Il Ministero della Salute, dopo un controllo e validazione dei dati, provvede a pubblicare la tabella riepilogativa generata automaticamente dal sistema sul proprio portale. Il sistema, inoltre, invia automaticamente i dati a un repository della Protezione Civile per l'aggiornamento della dashboard.

Le attività di identificazione e gestione dei contatti dei casi probabili o confermati di COVID-19, mediante quarantena e sorveglianza attiva, hanno lo scopo di individuare e isolare tempestivamente i casi secondari, in modo da interrompere le catene di trasmissione. Nel periodo di transizione, caratterizzato da una trasmissione diffusa del virus su tutto il territorio nazionale, con presenza di focolai anche di dimensioni considerevoli, si è assistito ad un progressivo aumento delle suddette attività, sia a livello centrale che periferico, in seguito alle riaperture avvenute successivamente alla fase di *lockdown*. L'identificazione e gestione dei contatti stretti è stata svolta a livello territoriale dalle autorità sanitarie locali.

A livello centrale, le attività prevalenti sono state:

- richiesta delle liste passeggeri di aerei, navi, pullman e treni, con identificazione dei passeggeri-contatti stretti e comunicazione delle informazioni;
- segnalazione alle autorità sanitarie regionali per l'attivazione della sorveglianza sanitaria;
- scambi di messaggi selettivi tra i Paesi UE/IHR National Focal Point.

Per far fronte alle attività descritte, è stato istituito un team multidisciplinare composto da assistenti di prevenzione e sanità e da medici ed è stato predisposto un database contenente i *contact tracing* COVID-19 espletati a livello nazionale.

A giugno 2020, l'ISS ha pubblicato una guida che illustra le fasi chiave del processo di *contact tracing*, mettendo a disposizione una serie di moduli standard per la raccolta dei dati, con lo scopo di fornire uno strumento per rendere omogeneo l'approccio a questa attività sul territorio nazionale (40) e ha sviluppato un corso di formazione a distanza (FAD) "Emergenza epidemiologica COVID-19: elementi per il *contact tracing*", per gli operatori di sanità pubblica che svolgono le attività di *contact tracing* nel contesto del COVID-19. Il corso è in fase di erogazione e ne è prevista, a partire dalla metà del mese di ottobre, una edizione aggiornata che sarà arricchita dalle esperienze vissute e raccolte negli ultimi mesi di contrasto. Infine, l'ISS ha messo a disposizione la versione italiana dei software Go.Data, la piattaforma web sviluppata dall'OMS per agevolare la raccolta dei dati durante le emergenze di sanità pubblica.

Nell'ambito della *digital health*, il Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 (Presidenza del Consiglio dei Ministri) – in collaborazione con il Ministero della Salute e il Ministero per l'innovazione tecnologica e la digitalizzazione – ha, inoltre, reso disponibile un'applicazione per telefoni cellulari finalizzata al tracciamento di prossimità (App Immuni) quale strumento per coadiuvare il *contact tracing* tradizionale. Altre attività realizzate in questo ambito sono state:

- una valutazione tecnologica inter-istituzionale delle soluzioni di contrasto all'epidemia da COVID-19;
- una indagine conoscitiva delle tecnologie utilizzate dai cittadini fragili e disabili;
- lo studio delle problematiche di protezione dei dati al fine di promuovere policy dei dati a favore della costituzione dei portali per Open Data Covid in EU e nazionali;
- la promozione dell'innovazione tecnologica in relazione alla interoperabilità delle cartelle cliniche elettroniche, alla realizzazione di strumenti per la gestione della salute digitale in mare e delle applicazioni di Intelligenza Artificiale affidabile;
- lo sviluppo di software open source di tele-visita auditabile automaticamente per la continuità di esercizio (ISO 27000) e protetto con strumenti innovativi per la *cyber security*, attualmente in esercizio di prova e in attesa di autorizzazione.

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Nella stagione influenzale 2020-2021 in Italia si integrerà alla sorveglianza sentinella dei virus influenzali (InfluNet) anche la sorveglianza del virus SARS-CoV-2. Il sistema InfluNet si basa su una rete di medici sentinella costituita da Medici di Medicina Generale (MMG) e di Pediatri di Libera scelta (PLS), reclutati dalle Regioni, che segnalano i casi di sindrome simil-influenzale (*Influenza-like Illnesses*, ILI) osservati tra i loro assistiti. I medici sentinella e altri medici operanti nel territorio e negli ospedali collaborano, inoltre, alla raccolta di campioni biologici per l'identificazione di virus circolanti. Le indagini virologiche sui campioni biologici raccolti vengono eseguite dai Laboratori facenti parte della Rete InfluNet. È prevista nel contesto della Rete Influnet la realizzazione di un corso FAD specifico rivolto all'intera rete degli operatori socio-sanitari per la duplice valenza di contrasto all'influenza e al COVID-19.

Si prevede, inoltre, una sorveglianza ambientale di SARS-CoV-2 (41-43) attraverso i reflui urbani, al fine di acquisire indicazioni sull'andamento epidemico e sviluppare allerta, precoce attraverso il progetto nazionale SARI (Sorveglianza Ambientale Reflue in Italia), coordinato da ISS attraverso il Coordinamento Interregionale della Prevenzione, Commissione Salute, Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome della Conferenza Stato-Regioni, in linea con le recenti raccomandazioni europee di Preparazione Sanitaria per affrontare i focolai di COVID-19 (44, 45).

Si realizzerà una indagine conoscitiva che permetta di definire la situazione attuale delle attività legate al *contact tracing* svolte a livello regionale e locale, al fine di migliorare e rendere più efficiente e omogeneo il processo e di identificare le aree da rafforzare.

È stato realizzato il documento "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia" (46), volto a dare un approccio razionale e uniforme alle procedure di indagine e tracciamento dei contatti a seguito della riapertura delle scuole. A questo è seguita la realizzazione da parte di ISS del corso FAD "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia", per professionisti sanitari e per operatori della scuola.

È in corso di progettazione una piattaforma per gestire la rete di allerta rapida nazionale – sulla falsa riga dell'*Early Warning Response System* (EWRS) della Commissione Europea – in cui Regioni e Autorità Centrali hanno la possibilità di scambiare comunicazioni tempestivamente e soprattutto con la garanzia della protezione dei dati sensibili. Lo scopo di questo strumento è di migliorare il flusso comunicativo tra gli attori coinvolti.

La Tabella A3 in Appendice riporta una raccolta per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di Sorveglianza, team di risposta rapida, indagine sui casi volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

Pilastro 4. Punti di ingresso/sanità transfrontaliera

Attività durante la fase di transizione

Nel periodo di transizione epidemica, la rete USMAF (Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera) ha continuato a garantire le attività di monitoraggio imposte sin dall'inizio della pandemia. La numerosità di *Points of Entry* abilitati al traffico internazionale, specialmente nel settore marittimo, ha imposto l'esigenza di decuplicare le risorse umane in servizio presso gli uffici di sanità marittima e aerea.

L'ufficio di coordinamento USMAF della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute ha coordinato l'integrazione di risorse umane e la distribuzione agli uffici periferici dei materiali occorrenti per l'emergenza pandemica, dai DPI ai termometri, alla strumentazione informatica. Ha inoltre redatto protocolli sanitari, con i colleghi europei della *Joint Action Healthy GateWays* e con la collaborazione delle associazioni di categoria e del Comando Generale delle Capitanerie di porto. Con la ripresa dell'attività crocieristica nel Mar Mediterraneo è stato trasmesso all'IMO (International Maritime Organization) un protocollo redatto *ad hoc*.

Con la collaborazione delle Sanità Regionali e della Protezione Civile si è attuato il monitoraggio della temperatura a tutti i viaggiatori, inizialmente solo per gli arrivi internazionali, poi da tutte le destinazioni e infine anche per le partenze. Insieme ai gestori portuali e aeroportuali sono state implementate una serie di misure per la prevenzione della diffusione del SARS-CoV-2: dalla formazione degli addetti alla sanificazione degli ambienti, alla verifica del distanziamento dei passeggeri, alla verifica della corretta compilazione delle autodichiarazioni.

Parallelamente alla sopraggiunta validazione e disponibilità di test rapidi antigenici, gli USMAF hanno iniziato a monitorare i passeggeri in arrivo dalle destinazioni europee per le quali sono state imposte misure restrittive. L'esigenza di garantire, con la collaborazione con la Polizia di frontiera, l'ottemperanza ai DPCM che si sono susseguiti identificando una serie di paesi dai quali è imposto il divieto di accesso in Italia, ha comportato l'obbligo di individuare delle strutture dove far alloggiare viaggiatori per la quarantena obbligatoria.

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Con il DPCM del 7 settembre 2020 (47), l'ufficio di coordinamento USMAF è incaricato della redazione e dell'autorizzazione di protocolli sanitari (che prevedano tamponi obbligatori e autoisolamento) per la concessione di deroghe al divieto di accesso in Italia (per eventi sportivi, manifestazioni fieristiche, altro).

È stato inoltre sviluppato uno strumento formativo meglio definito come *Health Biosafety Training* che simula, attraverso un docufilm, la gestione di pazienti con sospetti casi di malattia infettiva diffusiva secondo quanto previsto dal regolamento Sanitario Internazionale del 2005, in infrastruttura critica (porti e aeroporti). Lo strumento, realizzato dall'Ordine del Medici di Palermo quale capofila degli ordini dei Medici della Sicilia, unitamente al Ministero della Salute ha lo scopo di descrivere le procedure per la gestione di un sospetto caso di malattia infettiva diffusiva con il coinvolgimento di molteplici attori; attuare le misure di prevenzione e controllo attraverso le funzionalità dei Servizi Sanitari Provinciali e complessivamente formare un pool di persone, definite *focal point*, qualificate e addestrate, capaci di lavorare in equipe e che sono in possesso di competenze specifiche in materia di biocontenimento, in particolare sull'utilizzo dei DPI e dei sistemi di trasporto.

La Tabella A4 in Appendice riporta la raccolta integrale per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di Punti di ingresso/sanità transfrontaliera volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

Pilastro 5. Laboratori nazionali

Attività durante la fase di transizione

Il 16 luglio 2020, è stato approvato il decreto "Rilancio", conversione in legge del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19, presentato il 19 maggio 2020. Nel testo approvato viene riconosciuto per la prima volta in una legge ordinaria il ruolo della rete dei laboratori di Microbiologia e Virologia nella strategia di contrasto alla pandemia. Il testo recita:

> "le Regioni e le Province Autonome costituiscono le reti dei laboratori di microbiologia per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, individuandoli tra i laboratori dotati di idonei requisiti infrastrutturali e di adeguate competenze specialistiche del personale addetto, a copertura dei fabbisogni di prestazioni generati dall'emergenza epidemiologica […]. Le regioni e le province autonome […] identificano un laboratorio pubblico di riferimento regionale che opera in collegamento con l'Istituto Superiore di Sanità e individua, con compiti di coordinamento a livello regionale, ai fini dell'accreditamento, i laboratori pubblici e privati operanti nel territorio di riferimento, in possesso dei requisiti prescritti" (48).

La necessità di riconoscere formalmente le reti dei laboratori ai quali viene demandata la diagnosi molecolare di COVID-19 risiede nell'importanza e nella imprescindibilità dei compiti specialistici svolti dai laboratori nel contesto del piano di contrasto alla diffusione dell'epidemia. In Italia, il modello delle reti dei laboratori è ben consolidato, ed è applicato da tempo a livello nazionale per tutte le principali malattie

infettive che possono dare luogo ad epidemie (es. influenza) e che richiedano sistemi di sorveglianza molto avanzati e con una forte componente laboratoristica (per esempio la rete per la sorveglianza delle malattie batteriche invasive).

Nella fase di transizione i Laboratori Regionali abilitati hanno effettuato diagnosi con i metodi molecolari di riferimento o kit diagnostici, su campioni (tamponi oro- naso-faringei) provenienti da soggetti sintomatici, asintomatici o re-testing per guarigione di pazienti già positivi per SARS-CoV-2 con aumento progressivo della capacità di accertamento diagnostico (Figura 6).

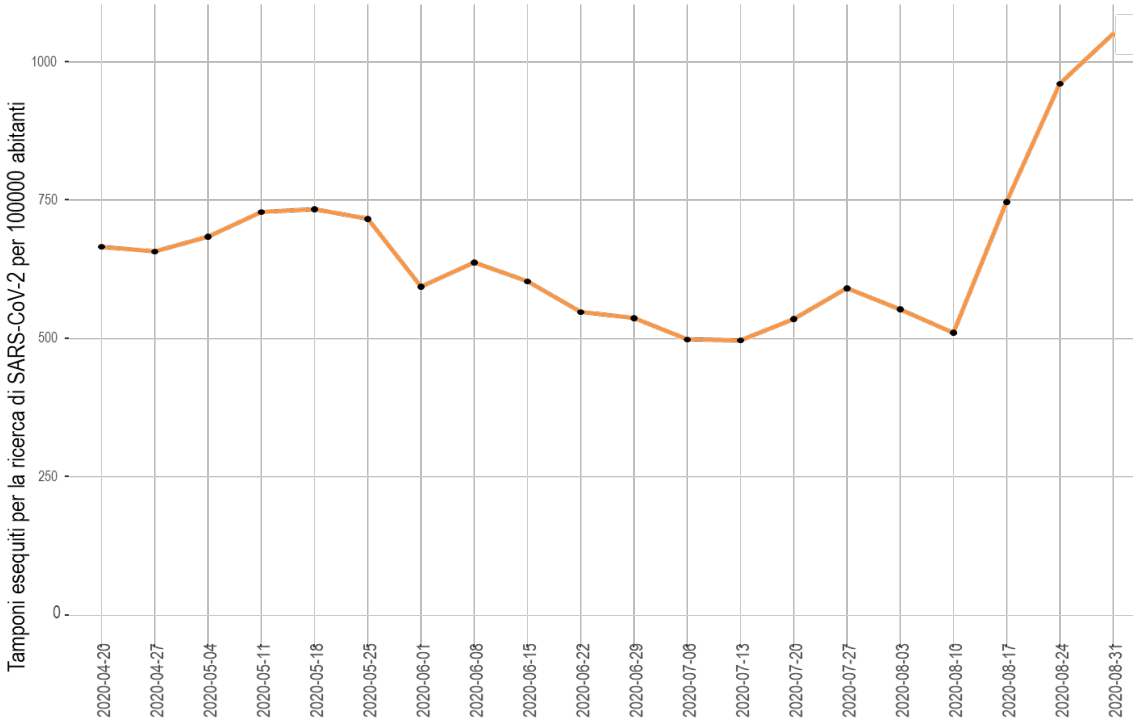


Figura 6. Tasso di accertamento settimanale (per 100.000 ab), 20 febbraio – 31 agosto 2020 (Fonte Ministero della Salute)

Al Laboratorio Regionale di Riferimento presso INMI "Lazzaro Spallanzani" è stato affidato il compito di validare i nuovi test diagnostici molecolari e antigenici rapidi. Il laboratorio si è, inoltre, occupato di caratterizzare ceppi di SARS-CoV-2 di clusters regionali, le cui sequenze sono state messe a disposizione della comunità scientifica (49).

Essendo stato designato laboratorio di riferimento nazionale nello studio TSUNAMI, per il coordinamento e la standardizzazione della capacità neutralizzante del plasma dei pazienti convalescenti COVID-19, in collaborazione con il laboratorio del policlinico S. Matteo di Pavia, presso l'INMI è stata valutata l'eventuale differente capacità neutralizzante degli anticorpi di malati utilizzando ceppi virali differenti e ben caratterizzati, utilizzando un unico ceppo di riferimento, distribuito ai laboratori coinvolti e un pool di sieri con titolo neutralizzante noto.

Il Laboratorio di Riferimento Nazionale COVID-19 presso l'ISS, ha nella prima fase e in particolare tra fine febbraio e marzo condotto le conferme molecolari sui tamponi positivi provenienti dalle tutte le Regioni italiane (50) per assicurare una accuratezza e uniformità di capacità diagnostica sul territorio nazionale. Successivamente, oltre a continuare a supportare i laboratori periferici della rete Influnet su tutto il territorio nazionale, ha iniziato il monitoraggio molecolare del virus SARS-CoV-2 circolante nel nostro Paese, tramite l'isolamento virale e/o sequenziamento genomico direttamente dal tampone oro/nasofaringeo. L'analisi di

mutazioni nei genomi virali provenienti, al momento come un sotto-campione da ogni Regione/PA, permetterà di caratterizzare il virus causa di cluster epidemici per condividerli con la comunità scientifica nazionale e internazionale, e monitorare la predominanza di certi ceppi in certe Regioni italiane. Lo studio prenderà in considerazione tutto il territorio nazionale sia nella fase di *lockdown* sia nella fase II a seguito del riavvio delle varie attività. Questo monitoraggio nella fase pre-introduzione del vaccino, permetterà di conoscere e di fotografare i cambiamenti virali senza pressione vaccinale.

Inoltre, il Laboratorio Nazionale di Riferimento presso l'ISS ha isolato e titolato ceppi di virus SARS-CoV-2. Questa attività ha permesso di mettere a punto saggi di siero-neutralizzazione su cellule e di fornire a diversi gruppi di ricerca dell'ISS il virus per studi di infezione in vitro.

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Nella stagione autunno-invernale, si prevede la co-circolazione del virus SARS-CoV-2 e di virus influenzali stagionali che, presentando una sintomatologia simile, richiedono una conferma di laboratorio per accertare la diagnosi differenziale. In quest'ottica, diventa estremamente importante il monitoraggio concomitante di casi di infezione da SARS-CoV-2 e da virus influenzali, inclusa la rilevazione di possibili co-infezioni nella comunità, attraverso la realizzazione di test diagnostici molecolari multipli (51).

A tal fine ISS ha avviato l'integrazione nel sistema InfluNet della sorveglianza COVID-19, con richiesta ai laboratori della Rete InfluNet di testare sistematicamente i tamponi pervenuti oltre che per virus influenzali anche per il virus SARS-CoV-2 (*vedi* Pilastro 3).

Inoltre il Laboratorio di Riferimento Nazionale presso l'ISS sarà operativo:

- fornendo supporto laboratoristico alla messa a punto di protocolli molecolari per multiplex rt-Real time PCR per la simultanea individuazione e differenziazione di SARS-CoV-2 e virus influenzali. Recentemente la Food and Drug Administration (FDA) ha autorizzato nell'ambito della Emergency Use Authorization (EUA) un kit di multiplex rt Real Time PCR, sviluppato e messo a punto dal CDC, per la simultanea individuazione e differenziazione di virus influenzali A/B e SARS-CoV-2 (https://www.fda.gov/media/139744/download). Questo kit, indirizzato principalmente ai laboratori di riferimento internazionali Influenza/COVID-19 e a laboratori autorizzati (CLIA), è indicato per la diagnosi differenziale in campioni delle vie respiratorie superiori e inferiori di pazienti con sintomi simil-influenzali. Sono disponibili anche protocolli messi a punto dall'ISS (51);
- fornendo supporto per la produzione di reagenti in-house;
- rafforzando le capacità laboratoristiche anche tramite metodologie di pool-testing (52) da valutare e condividere con i laboratori periferici;
- valutando protocolli e metodologie per la diagnosi rapida point of care con test antigenici o molecolari che hanno la peculiarità di offrire in loco risultati molto velocemente (30-60 minuti), con minor costo e senza la necessità di personale altamente specializzato. Questi test potrebbero essere strategici per controllare possibili focolai in contesti come scuole o comunità chiuse (carceri, RSA).

La Tabella A5 in Appendice riporta una raccolta per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di Laboratori nazionali volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

Pilastro 6. Infection prevention and control (IPC)

Attività durante la fase di transizione

Nella fase di transizione, si è provveduto ad un aggiornamento dei documenti tecnici a supporto delle varie attività legate alla prevenzione e al controllo delle infezioni attraverso una collaborazione inter-istituzionale e con il supporto di esperti dell'OMS.

In tali documenti sono aggiornati i riferimenti normativi e le informazioni sulle conoscenze scientifiche disponibili in quel settore e sono fornite indicazioni appropriate sia al contesto della fase di rimodulazione delle misure di contenimento, sia a quello di ripresa delle attività assistenziali non emergenziali.

Gli strumenti maggiormente utilizzati sono stati le circolari del Ministero della Salute, i rapporti ISS COVID-19, i documenti tecnici INAIL, i documenti del CTS e Regionali, avendo attenzione a una larga condivisione dei contenuti in fase di scrittura e definizione degli stessi: questi documenti sono stati posti a disposizione dei decisori nazionali, regionali e locali. In particolare, sono state aggiornate le indicazioni sulla gestione della quarantena e dell'isolamento domiciliare (53), l'uso dei dispositivi di protezione nelle attività assistenziali (54), la prevenzione e controllo nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali (55), la gestione degli ambienti indoor (56), la sanificazione di ambienti sanitari (57) e non sanitari (58). Tali documenti sono stati disseminati attraverso siti web istituzionali e non, circolari ministeriali e atti normativi. Altre indicazioni tecniche sono state fornite per la prevenzione dei contagi correlati alla ripresa di attività commerciali/produttive, ludiche, sportive e di trasporto. In particolare, oltre ai già citati Documento tecnico per la programmazione delle riaperture (30) e Documento tecnico sulla riorganizzazione del sistema di trasporto pubblico terrestre (31), sono stati elaborati ulteriori documenti dedicati, nello specifico, alla ripresa delle attività ricreative di balneazione (59), della ristorazione (60) e dei servizi di cura alla persona (61). Gruppi di lavoro INAIL-ISS hanno elaborato ulteriori documenti tecnici e pareri che hanno supportato il CTS nelle decisioni o nelle indicazioni relative ad attività specifiche, quali ad esempio, la ripresa delle attività sportive, delle attività culturali ed eventi di massa.

La previsione dell'obbligo di utilizzare una protezione delle vie respiratorie (sia essa una mascherina chirurgica o una mascherina di comunità) in tutti gli ambienti chiusi aperti al pubblico e anche all'aperto quando non sia possibile mantenere la distanza di almeno un metro fra le persone, inserita fin dal DPCM 26 aprile 2020, è stato uno dei capisaldi della strategia di contenimento della circolazione del virus nella popolazione generale.

Ai sensi dell'art. 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 18 marzo 2020, è stato nominato l'attuale Commissario straordinario per l'attuazione e il coordinamento delle misure occorrenti per il contenimento e contrasto dell'emergenza epidemiologica COVID-19 (*Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.73 del 20 marzo 2020) (62). Il Commissario Straordinario per l'emergenza COVID - 19 gestisce ogni intervento utile a fronteggiare l'emergenza sanitaria, programmando e organizzando le attività, individuando i fabbisogni, indirizzando le risorse umane e strumentali e procedendo all'acquisizione e alla distribuzione di farmaci, delle apparecchiature e dei dispositivi medici e di protezione individuale, in raccordo con il Capo del Dipartimento della Protezione Civile (63). Sulla base di questa disposizione, dal punto di vista della programmazione sanitaria, la Protezione Civile ha continuato il lavoro per il reperimento e la distribuzione di DPI alle Regioni/PA in ambito assistenziale e residenziale (*vedi* Pilastro 8).

Il supporto alla prevenzione e al controllo delle infezioni è stato assicurato anche con la formazione continua degli operatori sanitari attraverso corsi, webinar e materiali formativi, tra i seguenti corsi FAD prodotti dall' ISS: Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza COVID, Emergenza sanitaria COVID-19: gestione del paziente dializzato, Emergenza sanitaria COVID-19: la gestione del paziente odontoiatrico, Emergenza sanitaria COVID-19: gestione dei rischi in ambito nutrizionale e alimentare.

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Nel settore della scuola, identificato come possibile punto critico, il CTS ha prodotto documenti per la riapertura della scuola che sono stati allegati al Piano Scuola 2020-2021. Al fine di contenere i rischi di una risposta non appropriata a casi e focolai in ambito scolastico è stato prodotto un documento con indicazioni tecniche per la gestione di tali casi (46). Il documento è stato adottato dalla Conferenza Unificata delle Regioni e Province autonome. Inoltre, in accordo con il Ministero dell'Istruzione, tra le misure di prevenzione da adottare per la riapertura in sicurezza delle scuole, sono stati acquistati dalla struttura commissariale presso la Protezione Civile banchi singoli, per agevolare la misura del mantenere il distanziamento degli studenti nelle aule; inoltre è stata assicurata la fornitura quotidiana di mascherine chirurgiche per il personale scolastico e per gli studenti di tutte le scuole di ogni ordine e grado.

La Tabella A6 in Appendice riporta raccolta integrale delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di *Infection Prevention and Control* (IPC) volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020 per argomento.

Pilastro 7. Gestione clinica dei casi

Attività durante la fase di transizione

Durante la fase di transizione, sulla base anche delle esperienze maturate in ambito nazionale e internazionale relative alla gestione clinica dei pazienti COVID-19, sono stati definiti protocolli terapeutici e di gestione clinica che vengono descritti in questa sezione.

Gestione clinica dei pazienti affetti da COVID-19

SARS-CoV-2 ha rappresentato, a tutti gli effetti, un patogeno sconosciuto alla comunità scientifica internazionale fino alla fine del mese di dicembre 2019 e la gestione clinica dei pazienti affetti da sintomi attribuibili al nuovo coronavirus (malati con COVID-19) è progressivamente evoluta nel tempo, riflettendo il progressivo accumularsi di informazioni relative al determinismo patogenetico della condizione morbosa, ai sintomi presentati dai pazienti e alle conoscenze che si sono andate via via accumulando nell'ambito dell'efficacia e delle tossicità correlate alle differenti terapie. In particolare, il trattamento si è articolato su approcci differenziati che sono andati a coinvolgere:

- farmaci a potenziale attività antivirale contro SARS-CoV-2;
- farmaci ad attività profilattica/terapeutica contro manifestazioni trombotiche;
- farmaci in grado di modulare la risposta immunitaria;
- infusioni di plasma mirate a un trasferimento di anticorpi neutralizzanti il legame tra il nuovo coronavirus e il suo recettore espresso sulle cellule umane (ACE2).

Va opportunamente ricordato che, ancora oggi, esistono larghi margini d'incertezza rispetto all'efficacia di alcuni dei cardini terapeutici sopramenzionati e l'uso delle differenti terapie piuttosto che l'assenza d'impiego delle stesse dipendono dalla severità delle manifestazioni cliniche presentate dai malati. Non casualmente, vi è forte raccomandazione che soprattutto i malati che presentano la sintomatologia più grave (pazienti ospedalizzati) vengano inclusi in *clinical trial* la cui conduzione è mirata a definire in maniera conclusiva il ruolo delle diverse opzioni di trattamento.

Questo documento riassume le evidenze ad oggi disponibili, presentando il ruolo degli approcci di gestione dei malati con particolare rilievo per i ricoverati nelle unità di terapia intensiva (TI). Essendo l'ambito

di approfondimento in continua evoluzione è largamente possibile che quanto proposto nel testo possa essere oggetto di sensibili cambiamenti nelle settimane e mesi a venire.

Terapie farmacologiche emergenti nel trattamento del SARS-CoV-2 nei pazienti critici

Come sopra ricordato, l'infezione da SARS-CoV-2 è una condizione estremamente complessa per i meccanismi fisiopatogenetici connessi, per la molteplicità delle manifestazioni cliniche e per il ruolo giocato dalla risposta immunitaria dei soggetti.

Il decorso clinico dell'infezione può essere riassumibile nelle seguenti 3 fasi:

1. una fase iniziale durante la quale SARS-CoV-2 dopo essersi legato ad ACE2 ed essere penetrato all'interno delle cellule dell'ospite inizia la sua replicazione. Questa fase di solito si caratterizza clinicamente per la presenza di malessere generale, febbre e tosse secca. I casi in cui il sistema immunitario dell'ospite riesce a bloccare l'infezione in questo stadio hanno un decorso assolutamente benigno;
2. la malattia può poi evolvere verso una seconda fase, caratterizzata da alterazioni morfo-funzionali a livello polmonare causate sia dagli effetti citopatici del virus sia dalla risposta immunitaria dell'ospite. Tale fase si caratterizza per un quadro di polmonite interstiziale molto spesso bilaterale associata, ad una sintomatologia respiratoria che nella fase precoce è stabile e senza ipossiemia, ma che può, successivamente, sfociare verso una progressiva instabilità clinica;
3. tale scenario, in un numero limitato di persone, può evolvere verso un quadro clinico ingravescente dominato dalla tempesta citochinica e dal conseguente stato iperinfiammatorio che determina conseguenze locali e sistemiche e rappresenta un fattore prognostico negativo producendo, a livello polmonare, quadri di vasculopatia arteriosa e venosa con trombizzazione dei piccoli vasi ed evoluzione verso lesioni polmonari gravi e talvolta permanenti (fibrosi polmonare). Le fasi finali di questo gravissimo quadro clinico portano ad una ARDS (*Adult Respiratory Distress Syndrome*) grave e in alcuni casi all'innesco di fenomeni di coagulazione intravascolare disseminata. In questa fase, si è osservata un'alterazione progressiva di alcuni parametri infiammatori quali PCR, ferritina, e citochine pro-infiammatorie (IL2, IL6, IL7, IL10, GSCF, IP10, MCP1, MIP1A e TNFα) e coagulativi quali aumentati livelli dei prodotti di degradazione della fibrina come il D-dimero, consumo di fattori della coagulazione, trombocitopenia, ecc.

Sulla base di queste tre fasi patogenetiche, in base alla classificazione dei National Institutes of Health (NIH) statunitensi (64) si individuano 5 stadi clinici della malattia COVID-19 (Tabella 1).

Tabella 1. Stadi clinici della malattia COVID-19 in base alla classificazione NIH (64)

Stadio	Caratteristiche
Infezione asintomatica o presintomatica	Diagnosi di SARS-CoV-2 in completa assenza di sintomi
Malattia lieve	Presenza di sintomatologia lieve (es. febbre, tosse, alterazione dei gusti, malessere, cefalea, mialgie), ma in assenza di dispnea e alterazioni radiologiche
Malattia moderata	$SpO_2 \geq 94\%$ e evidenza clinica o radiologica di polmonite
Malattia severa	$SpO_2 < 94\%$, $PaO_2/FiO_2 < 300$, frequenza respiratoria > 30 atti/min (nell'adulto), o infiltrati polmonari > 50%
Malattia critica	Insufficienza respiratoria, shock settico, e/o insufficienza multiorgano.

Un'ulteriore classificazione della gravità delle manifestazioni cliniche da COVID-19 che presenta il vantaggio d'includere anche valutazioni che pertengono all'ambito pediatrico, riportata in Tabella 2, è stata pubblicata dall'OMS (65).

Tabella 2. Classificazione della gravità delle manifestazioni cliniche da COVID-19 dell'OMS

Classificazione di gravità	Principali manifestazioni cliniche	Descrizione
Malattia lieve	-	Pazienti sintomatici che soddisfano i criteri di caso COVID-19 senza evidenza di polmonite virale o ipossia.
Malattia moderata	polmonite	**Adolescenti o adulti** con segni clinici di polmonite (febbre, tosse, dispnea, respirazione veloce) ma nessun segno di polmonite grave, che include SpO_2 ≥90% in aria ambiente. **Bambino** con segni clinici di polmonite non severa (tosse o difficoltà respiratoria + tachipnea e/o dispnea) e nessun segno di polmonite severa. Tachipnea (in respiri/min): <2 mesi: ≥ 60; 2-11 mesi: ≥50; 1-5 anni: ≥40. Benché la diagnosi può essere posta solo sulla base del quadro clinico, le indagini radiologiche (radiografia, TAC, ecografia) possono aiutare nella diagnosi e identificare o escludere complicanze polmonari.
Malattia severa	Polmonite severa	**Adolescente o adulto** con segni clinici di polmonite (febbre, tosse, dispnea, tachipnea) più uno dei seguenti fattori: frequenza respiratoria > 30 respiri/min; grave difficoltà respiratoria o SpO2 <90% in aria ambiente **Bambino** con segni clinici di polmonite (tosse o difficoltà respiratoria) + almeno uno dei seguenti: - cianosi centrale o SpO_2 <90%; grave difficoltà respiratoria (es. tachipnea, *grunting*, rientramenti toracici); segni generali di gravità: difficoltà a bere o all'allattamento, letargia o stato di incoscienza o convulsioni. - tachipnea (in respiri/min): <2 mesi: ≥ 60; 2-11 mesi: ≥50; 1-5 anni: ≥40 Benché la diagnosi può essere posta solo sulla base del quadro clinico, le indagini radiologiche (radiografia, TAC, ecografia) possono aiutare nella diagnosi e identificare o escludere complicanze polmonari.
Stato critico di malattia	Sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS)	**Esordio**: entro 1 settimana da un evento clinico noto (es. polmonite) o di nuova insorgenza o peggioramento dei sintomi respiratori. **Radiologia del polmone**: radiografia, TAC o ecografia polmonare: opacità bilaterale, non completamente spiegata dal sovraccarico di volume, collasso lobare o polmonare, o noduli. **Origine degli infiltrati polmonari:** insufficienza respiratoria non completamente spiegata da insufficienza cardiaca o sovraccarico di liquidi. Necessità di una valutazione oggettiva (es. ecocardiografia) per escludere la causa idrostatica di infiltrazioni/ edema, se fattore di rischio non presente. **Riduzione dell'ossigenazione negli adulti:** - ARDS lieve: 200 mmHg <PaO_2/FiO_2 ≤ 300 mmHg (con PEEP o CPAP≥5 cmH_2O). - ARDS moderata: 100 mmHg < PaO_2/FiO_2≤ 200 mmHg (con PEEP ≥ 5 cmH_2O). - ARDS severa: PaO_2/FiO_2 ≤100 mmHg (con PEEP ≥5 cmH_2O). **Riduzione dell'ossigenazione nei bambini**: OI e OSI. Usare OI quando disponibile. Se PaO_2 non disponibile, modulare la FiO_2 per mantenere SpO_2 ≤97% per calcolare OSI o il rapporto SpO_2/FiO_2: - Pressione positiva bifasica (NIV o CPAP) ≥5 cm H_2O tramite maschera facciale: PaO_2/FiO_2 ≤ 300 mmHg o SpO_2/FiO_2 ≤ 264. - ARDS lieve (ventilazione invasiva): 4 ≤OI <8 o 5 ≤OSI <7,5. - ARDS moderato (ventilazione invasiva): 8 ≤OI< 16 o 7,5 ≤OSI<12,3. - ARDS gravi (ventilazione invasiva): OI ≥16 o OSI ≥12,3.
Stato critico di malattia	Sepsi	**Adulti**: disfunzione d'organo acuta con pericolo di vita causata da una disregolazione della risposta dell'ospite a una sospetta o comprovata infezione. Segni di disfunzione d'organo includono: alterazione dello stato mentale, respirazione difficoltosa o tachipnea, ridotta saturazione di ossigeno, riduzione della diuresi, aumento della frequenza cardiaca, polso debole, estremità fredde o bassa

Classificazione di gravità	Principali manifestazioni cliniche	Descrizione
	Shock settico	pressione sanguigna, macchie cutanee, evidenza di coagulopatia da esami di laboratorio, trombocitopenia, acidosi, aumento del lattato o iperbilirubinemia. **Bambini**: sospetta o dimostrata infezione e ≥ di 2 criteri della sindrome da risposta infiammatoria (SIRS) sistemica età correlata, di cui uno deve essere alterazione della temperatura o del numero di globuli bianchi. **Adulti:** ipotensione persistente nonostante il ripristino del volume sanguigno, che richiede vasopressori per mantenere MAP ≥65 mmHg e livello di lattato siero > 2 mmol/L. **Bambini**: qualsiasi grado di ipotensione (SBP <5° centile o > 2 SD sotto il limite di norma per età) o due o tre dei seguenti criteri: alterazione dello stato mentale; bradicardia o tachicardia (HR< 90 bpm o > 160 bpm nei neonati e frequenza cardiaca <70 bpm o > 150 bpm nei bambini); aumento del riempimento capillare (> 2 sec) o polso debole; tachipnea; cute marezzata o fredda o con petecchie o *rash* purpurico; elevati livelli di lattato; riduzione della diuresi; ipertermia o ipotermia.

Alle differenti fasi della malattia corrispondono approcci terapeutici differenti (66) (Figura 7). Deve essere infine ricordato che SARS-CoV-2 può indurre un danno a livello anche di altri organi oltre al polmone; tra questi meritano menzione i danni osservati a livello cardiaco, renale e del sistema nervoso sia centrale sia periferico.

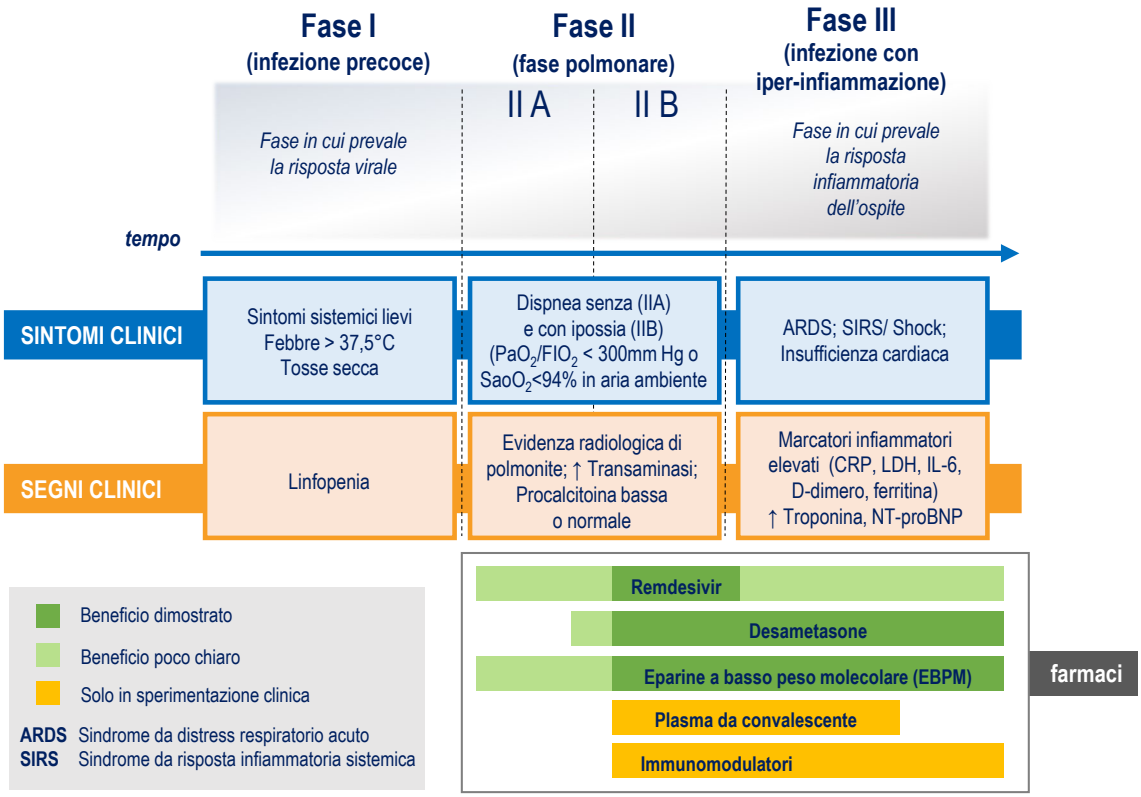


Figura 7. Terapie ritenute efficaci per stadio clinico della malattia COVID-19 - modificato da (66)

Corticosteroidi

L'utilizzo dei corticosteroidi è raccomandato dalle principali linee guida internazionali, in assenza di controindicazioni specifiche, nei soggetti ospedalizzati con malattia COVID-19 severa che necessitano di supplementazione di ossigeno (inclusi i soggetti in ventilazione meccanica invasiva e non invasiva). In base alle evidenze ad oggi disponibili, i glucocorticoidi rappresentano l'unica classe di farmaci che ha dimostrato un beneficio in termini di riduzione della mortalità.

Razionale

A causa del loro potente effetto antinfiammatorio, i corticosteroidi sono stati utilizzati in patologie strettamente correlate a COVID-19, tra cui SARS, MERS, influenza grave, polmonite acquisita in comunità, ARDS o sindrome da rilascio di citochine. Tuttavia, le prove a sostegno dell'uso di corticosteroidi in queste condizioni sono sempre state controverse a causa di vari motivi, tra cui la mancanza di studi randomizzati sufficientemente robusti in termini di dimensione campionaria, l'eterogeneità delle popolazioni studiate e le modalità spesso inadeguate di raccogliere i dati riguardanti i dosaggi, la gravità della malattia di base, e gli effetti collaterali.

Principali evidenze

Le principali evidenze a supporto dell'utilizzo del desametasone nel COVID-19 derivano dallo studio RECOVERY (*Randomized Evaluation of COVID-19 Therapy*), studio randomizzato controllato in aperto, condotto in UK sotto l'egida del R*andomized Evaluation of COVID-19 Therapy*, che confrontava differenti trattamenti in soggetti ospedalizzati con COVID-19 (67). L'analisi dei 6.425 soggetti randomizzati (2.104 nel braccio con desametasone e 4.321 nel braccio *usual care*) ha dimostrato, nella popolazione generale, una mortalità statisticamente inferiore nel braccio in trattamento con desametasone rispetto al braccio di controllo (22,9% *vs* 25,7%; RR 0,83; IC95% 0,75-0,93; p<0,001). Nell'analisi per sottogruppi, la riduzione del tasso di mortalità nel braccio trattato con desametasone rispetto al gruppo di controllo si osservava anche nel sottogruppo dei soggetti in ventilazione meccanica invasiva (29,3% *vs* 41,4%; RR 0,64; IC95% 0,51-0,81), mentre non si riscontrava nel sottogruppo di soggetti che non ricevevano alcuna supplementazione di ossigeno (17,8% *vs* 14,0%; RR 1,19; IC95% 0,91-1,55).

Altri studi clinici randomizzati, alcuni dei quali precocemente interrotti dopo la divulgazione dei risultati de RECOVERY trial, sono stati pubblicati (68-71) e una recente meta-analisi del *WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies* (*REACT*) *Working Group* ha confermato il beneficio dei farmaci steroidei nel ridurre la mortalità (OR 0,66; IC95% 0,53-0,82; p<0,001) (72).

L'efficacia viene riportata essere simile tra il desametasone e l'idrocortisone, suggerendo che il beneficio è da ricondurre in generale alla classe dei farmaci steroidei e non a uno specifico steroide, senza una chiara superiorità tra basse dosi (6 mg/die di desametasone) e dosi più elevate (20 mg desametasone per 5 gg + 10 mg per ulteriori 5 gg o fino alla dimissione dall'unità di terapia intensiva). Sulla base dei dati della meta-analisi, l'OMS ha emanato specifiche raccomandazioni relative all'utilizzo di corticosteroidi (73):

- **Raccomandazione 1.** I corticosteroidi sistemici sono raccomandati nel trattamento di pazienti con manifestazioni gravi o critiche di COVID-19 (raccomandazione forte con una moderata certezza dell'evidenza)
- **Raccomandazione 2.** Si suggerisce di non usare farmaci steroidei nel trattamento di pazienti con manifestazioni non gravi da COVID-19 (raccomandazione condizionale basata su una bassa certezza dell'evidenza).

Sono in fase di prossima pubblicazione le indicazioni dell'AIFA, secondo cui l'utilizzo dei corticosteroidi è raccomandato nei soggetti ospedalizzati con malattia COVID-19 severa che necessitano di supplementazione di ossigeno (inclusi i soggetti in ventilazione meccanica invasiva e non invasiva).

Remdesivir

L'utilizzo di remdesivir può essere considerato, nei soggetti ospedalizzati con malattia COVID-19 severa, che necessitano di supplementazione standard di ossigeno, ma che non richiedono ossigeno ad alti flussi e ventilazione meccanica.

Il dosaggio raccomandato di remdesivir nei pazienti di età pari o superiore a 12 anni e peso pari ad almeno 40 kg è:

- giorno 1: singola dose di carico di remdesivir 200 mg somministrata tramite infusione endovenosa
- dal giorno 2 in poi: 100 mg somministrati una volta al giorno tramite infusione endovenosa.

La durata totale del trattamento deve essere di almeno 5 giorni e non deve eccedere i 10 giorni.

Gli studi finora condotti non hanno evidenziato una differenza in termini di efficacia tra il trattamento a 5 giorni e il trattamento a 10, sia nei pazienti con malattia moderata, sia nella coorte di malattia severa.

Razionale

Il remdesivir è un analogo nucleotidico della adenosina che ha dimostrato efficacia clinica inibendo la replicazione di SARS-CoV-2 a livello della RNA polimerasi RNA dipendente (74). Inizialmente utilizzato per la Malattia da Virus Ebola, remdesivir è il primo farmaco antivirale ad aver ottenuto l'autorizzazione dall'Agenzia Europea dei Medicinali (EMA) con indicazione specifica per il "trattamento della malattia da coronavirus 2019 (COVID-19) negli adulti e negli adolescenti (di età pari o superiore a 12 anni e peso pari ad almeno 40 kg) con polmonite che richiede ossigenoterapia supplementare". Remdesivir è stato autorizzato in Europa con procedura *conditional approval*.

Al momento, in Italia, remdesivir può essere fornito esclusivamente nell'ambito dell'*Emergency Support Instrument* secondo le modalità operative riportate sul sito dell'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA) (75).

Principali evidenze

Il principale studio che ha valutato l'efficacia e la sicurezza di remdesivir è stato lo studio ACTT-1, un trial clinico randomizzato, in doppio-cieco, multinazionale, sponsorizzato dai *National Health Institutes* negli Stati Uniti che ha valutato l'efficacia del remdesivir *vs* placebo (entrambi somministrati per 10 giorni) in una popolazione che comprendeva soggetti ricoverati, in gran parte con necessità di ossigenoterapia (74). I dati ottenuti hanno evidenziato, nella popolazione generale di pazienti ospedalizzati con COVID-19, una superiorità statisticamente significativa del remdesivir rispetto al placebo di 4 giorni nel tempo di recupero clinico nei pazienti del gruppo remdesivir rispetto a quelli nel gruppo placebo (11 *vs* 15 giorni HR: 1,32; IC95% 1,12-1,55; p<0,001). Nello strato di popolazione che presentava polmonite e necessità di ossigeno supplementare la differenza nel tempo mediano di recupero è stata di 12 giorni nel gruppo remdesivir contro i 18 del gruppo placebo (RR 1,36; IC95% 1,143-1,623; p<0,001). Nessuna differenza è stata osservata nel sottogruppo di pazienti con malattia 'lieve-moderata' (stadio 4; RR 1,38; IC95% 0,94-2,03). Non sono, inoltre, emerse differenze, rispetto al placebo, nei pazienti ospedalizzati in supporto ventilatorio (ventilazione non invasiva e ossigenoterapia ad alti flussi; RR 1,20; IC95% 0,79-1,81) e in ventilazione meccanica (ventilazione meccanica invasiva ed ECMO; RR0,95; IC95% 0,64-1,42). Nella popolazione generale in trattamento con remdesivir è stato osservato un andamento più favorevole in termini di mortalità a 14 rispetto al gruppo placebo senza raggiungere la significatività statistica; HR 0,70; IC95% 0,47-1,04).

Un precedente studio clinico randomizzato in doppio-cieco, condotto in Cina, ma prematuramente sospeso per difficoltà nel completamento del reclutamento, non aveva invece evidenziato alcun beneficio in termini di mortalità (77). Sono, infine, stati pubblicati i due studi aziendali "SIMPLE" condotti, rispettivamente, nella popolazione con malattia moderata (78) o severa (79).

In base ai dati ad oggi disponibili (seppur derivanti da studi con rilevanti criticità metodologiche), il beneficio clinico di remdesivir sembra essere dimostrato nella sola popolazione in ossigenoterapia supplementare che non richiede l'erogazione di ossigeno ad alti flussi, ventilazione non invasiva, ventilazione meccanica invasiva o ossigenazione extracorporea a membrana (ECMO). Inoltre, gli studi finora condotti non hanno evidenziato una differenza in termini di efficacia tra il trattamento a 5 giorni e il trattamento a 10, sia nei pazienti con malattia moderata sia nei pazienti con malattia severa.

Eparine a basso peso molecolare (EBPM)

L'uso delle eparine a basso peso molecolare (EBPM) nella profilassi degli eventi trombo-embolici nel paziente con infezione respiratoria acuta e ridotta mobilità è raccomandato dalle principali linee guida e deve continuare per l'intero periodo dell'immobilità.

Nei casi gravi di COVID-19 può essere considerato l'uso delle EBPM a dosaggi terapeutici nei pazienti che presentano livelli di D-dimero molto superiori alla norma (4-6 volte) e/o un punteggio elevato in una scala di "coagulopatia indotta da sepsi" (*Sepsis induced Coagulopathy*, SIC, score ≥4) che considera parametri di laboratorio e clinici.

Razionale

In considerazione del coinvolgimento del sistema micro-vascolare e della presenza di tromboembolie venose e polmonari osservate nel riscontro autoptico effettuato su malati deceduti per COVID-19 (80, 81), vi è razionale biologico e clinico per la terapia con EBPM (82). L'impatto di questo trattamento nelle Terapie Intensive (TI) è di difficile valutazione in quanto tutti i pazienti ammessi in TI ricevono una profilassi da linea guida contro le trombosi venose profonde, a base di EBPM, avendo già una "protezione" di base.

Numerosi studi hanno confermato l'importanza degli eventi trombotici associati al COVID (83-87).

Nel complesso quadro fisio-patogenetico che contraddistingue la malattia COVID-19 è possibile identificare due scenari di utilizzo delle EBPM:

- nella fase iniziale della malattia quando è presente una polmonite e si determina una ipo-mobilità del paziente con allettamento. In questa fase, l'EBPM dovrà essere utilizzata a dose profilattica allo scopo di prevenire il tromboembolismo venoso.
- nella fase più avanzata, in pazienti ricoverati per contenere i fenomeni trombotici a partenza dal circolo polmonare come conseguenza dello stato iperinfiammatorio che connota COVID-19. In tale caso, le EBPM dovranno essere utilizzate a dosi terapeutiche.

Principali evidenze

I primi dati che hanno valutato l'impatto della terapia anticoagulante sul decorso del COVID sono relativi a un'analisi retrospettiva su 415 casi consecutivi di polmonite grave in corso di COVID-19 ricoverati nell'ospedale cinese di Wuhan (82).

Lo studio suggeriva che, nei pazienti in cui si dimostra l'attivazione della coagulazione, la somministrazione di eparina (non frazionata o EBPM) per almeno 7 giorni poteva determinare un vantaggio in termini di sopravvivenza. L'effetto terapeutico positivo era evidente solo in quei pazienti che mostrano un livello molto elevato di D-dimero (6 volte i valori massimi superiori) o un punteggio elevato in una scala di SIC (score ≥ 4). Successivi studi retrospettivi hanno fornito ulteriore supporto a un vantaggio in termini di mortalità correlato all'utilizzo di anti-coagulanti a dosi terapeutiche (88, 89).

Immunomodulatori

Non sono disponibili al momento risultati da studi randomizzati sull'immunoterapia (anticorpi monoclonali anti-IL-6, anti-IL-1, inibitori della tirosin-kinasi) che confermino l'efficacia della stessa nel trattamento del COVID-19. Per tale motivo, l'impiego di questi farmaci dovrebbe essere riservato prioritariamente all'interno di studi clinici randomizzati che ne valutino l'efficacia.

Razionale

Nei soggetti con COVID-19 si osserva un profilo citochinico simile a quello documentato nella linfoistiocitosi emofagocitica (HLH), condizione caratterizzata da una sindrome iper-infiammatoria e da una iper-citochinemia spesso a esito fatale, che si associa in genere alla severità della malattia.

Alla luce di queste osservazioni, l'utilizzo di farmaci modulanti la risposta citochinica e infiammatoria nel COVID-19 andrebbe preferenzialmente destinato ai pazienti con evidenza di risposta iper-infiammatoria (un marcatore o più tra linfocitopenia, livelli elevati di D-dimero, ferritina, PCR e LDH).

Principali evidenze

Rimane ancora controverso in letteratura il ruolo degli immunomodulatori (in particolare anticorpi monoclonali che inibiscono IL-6, IL-1 e varie tirosin-kinasi) nel trattamento delle fasi della malattia COVID-19 caratterizzate da una maggiore attivazione immunitaria. In particolare, malgrado studi osservazionali o studi non controllati abbiano suggerito un beneficio clinico connesso all'utilizzo di questi farmaci (90, 91), l'assenza di risultati derivanti da studi clinici randomizzati controllati ne rende difficilmente valutabile il loro valore terapeutico. Report preliminari di due studi relativi rispettivamente all'utilizzo di Tocilizumab e Sarilumab sembrano indicare una mancanza di beneficio del trattamento nelle popolazioni studiate (91, 93), mentre sono stati recentemente comunicati i dati dello studio di fase III EMPACTA che dimostrerebbe un vantaggio del Tocilizumab rispetto allo standard di cura in termini di progressione alla ventilazione meccanica o decesso (94). Per il momento questi risultati non sono ancora pubblicati e nel complesso le evidenze disponibili non consentono di valutarne in maniera incontrovertibile l'efficacia. L'utilizzo di tali farmaci andrebbe, quindi, considerato solo all'interno di studi clinici randomizzati controllati.

Plasma da convalescente

I dati di letteratura disponibili al momento non consentono di supportare raccomandazioni in merito all'uso routinario del plasma da convalescente per il trattamento del COVID-19; il suo impiego dovrebbe essere riservato esclusivamente all'interno di studi randomizzati che ne valutino l'efficacia.

Razionale

L'impiego del plasma da convalescente o di immunoglobuline iperimmuni si basa sull'ipotesi che un incremento dell'immunità umorale ottenibile attraverso l'infusione di anticorpi diretti contro SARS-CoV-2 sia una strategia efficace nella terapia dell'infezione da nuovo coronavirus. Questo approccio terapeutico trova le sue origini in diverse situazioni epidemiche ed è stato impiegato per il trattamento della malattia da virus Ebola, nella MERS, e nell'influenza A H1N1.

Principali evidenze

Un trial clinico condotto in Cina nel periodo febbraio-aprile 2020, ma terminato precocemente a causa delle difficoltà di arruolamento per l'evoluzione epidemiologica dell'epidemia, in cui sono stati arruolati 103 soggetti con COVID di stadio severo o critico, ha dimostrato un beneficio del plasma da convalescente rispetto allo *standard of care* in termini di tempo al miglioramento clinico nel sottogruppo di soggetti con malattia severa (95). Al contrario, non vi era efficacia correlabile all'infusione di plasma nei soggetti con manifestazioni meno gravi attribuibili a COVID-19 così come nei pazienti in una situazione critica/avanzata. Alla luce dei dati disponibili al momento le principali linee guida internazionali concordano nel non poter

considerare il plasma da convalescente come standard di cura e con la necessità di documentarne l'eventuale efficacia attraverso la conduzione di ulteriori studi clinici controllati (96). In questa prospettiva, è opportuno sottolineare che in Italia è stato attivato lo studio clinico randomizzato multicentrico TSUNAMI (*vedi* Pilastro 5), mirato a documentare in maniera solida e incontrovertibile l'efficacia della terapia con plasma di soggetto guarito/convalescente nei pazienti affetti da forme di COVID-19 connotate da quadri d'insufficienza respiratoria.

Farmaci in sviluppo clinico

In virtù della selettività del meccanismo d'azione e della potenziale grande efficacia, deve essere, infine, ricordato che è in fase di sperimentazione l'utilizzo di anticorpi monoclonali che potrebbero neutralizzare il virus e rappresentare un'opzione terapeutica importante nei pazienti COVID-19.

Farmaci attualmente non raccomandati

L'AIFA ha sospeso l'autorizzazione all'utilizzo *off-label* per COVID-19 di alcuni farmaci utilizzati durante la prima fase della epidemia, quali la clorochina e l'idrossiclorochina (29 maggio 2020), lopinavir/ritonavir e darunavir/cobicistat (17 luglio 2020), il cui impiego è al momento previsto solo all'interno di studi clinici.

Relativamente all'azitromicina, la mancanza di un solido razionale e l'assenza di prove di efficacia nel trattamento di pazienti COVID-19, non consente di raccomandarne l'uso, da sola o associata ad altri farmaci, con particolare riferimento all'idrossiclorochina, al di fuori di eventuali sovrainfezioni batteriche.

Per ulteriormente e compiutamente definire il ruolo delle diverse opzioni terapeutiche, fungono certamente da riferimento le raccomandazioni dell'*Infectious Diseases Society of America* (IDSA) per il trattamento e la gestione dei pazienti affetti da COVID-19. Infatti, nel marzo 2020, l'IDSA ha costituito un panel di esperti al fine di individuare delle raccomandazioni utili al trattamento e alla gestione dei pazienti con COVID-19. Dopo una prima pubblicazione di raccomandazioni l'11 aprile 2020, il gruppo di esperti ha continuato a lavorare, aggiornando le conoscenze sulla letteratura esistente e ha prodotto degli aggiornamenti sul tema. In particolare, l'ultimo aggiornamento risale al giorno **25 settembre 2020**.

In quest'ultimo documento, vengono identificate differenti raccomandazioni, supportate *dall'evidence based medicine*, in linea con quanto sopra riportato rispetto anche alle determinazioni assunte da AIFA e così riassumibili:

- **Raccomandazione 1.** IDSA raccomanda di NON utilizzare idrossiclorochina (o classi equivalenti di farmaci, quali la clorochina) nei pazienti con COVID-19 (raccomandazione forte, certezza delle evidenze moderata).
- **Raccomandazione 2.** Nei pazienti ospedalizzati con COVID-19, IDSA raccomanda di NON utilizzare l'associazione idrossiclorochina (o equivalenti) /azitromicina (raccomandazione forte, certezza delle evidenze bassa).
- **Raccomandazione 3.** Nei pazienti ospedalizzati con COVID-19, IDSA raccomanda l'associazione lopinavir/ritonavir solo all'interno di un *clinical trial* (gap nelle conoscenze ad oggi disponibili).
- **Raccomandazione 4.** Nei pazienti ospedalizzati con malattia non severa da SARS-CoV-2 (pazienti con SpO_2 > 94% in aria ambiente che non necessitino di supplementazione di ossigeno), ISDA NON raccomanda l'uso di glucocorticoidi (raccomandazione condizionale, certezza delle evidenze bassa).
- **Raccomandazione 5.** Nei pazienti ammessi in ospedale con COVID-19, IDSA NON raccomanda l'utilizzo routinario di tocilizumab, anticorpo monoclonale che inibisce l'Interleukina-6 (raccomandazione condizionale certezza delle evidenze bassa).

- **Raccomandazione 6.** Nei pazienti ammessi in ospedale con COVID-19, IDSA raccomanda l'uso di plasma di convalescente solo nel contesto di un *clinical trial* (gap nelle conoscenze ad oggi disponibili).
- **Raccomandazione 7.** Nei pazienti ospedalizzati con malattia severa da SARS-CoV-2 (definita come una SpO_2 ≤94% in aria ambiente, includendo pazienti in supplementazione di ossigeno e pazienti in ventilazione meccanica o in ECMO) IDSA suggerisce l'utilizzo di remdesivir senza altri trattamenti antivirali (raccomandazione condizionale, certezza delle evidenze moderata).

  In situazioni connotate da limitate scorte del farmaco, deve essere considerato che remdesivir ha dimostrato maggiore efficacia nei pazienti che hanno una malattia severa in supplementazione di ossigeno rispetto a quelli in ventilazione meccanica e/o ECMO (vedi sopra).
- **Raccomandazione 8.** Nei pazienti con malattia severa da SARS-CoV-2 in supplementazione di ossigeno, ma non in ventilazione meccanica o ECMO, IDSA suggerisce un trattamento con il farmaco antivirale remdesivir in schedula da 5 giorni e non da 10 giorni (raccomandazione condizionale, certezza delle evidenze bassa). Si noti che nei pazienti in ventilazione meccanica o ECMO la durata del trattamento è di 10 giorni.
- **Raccomandazione 9.** Nei pazienti ospedalizzati in condizioni critiche (paziente in ventilazione meccanica o in ECMO. Malattia in fase critica include le condizioni di marcata disfunzione d'organo secondaria a sepsi/shock settico. Nei pazienti COVID-19 la più comune forma d'insufficienza d'organo è rappresentata dall'insufficienza respiratoria dovuta ad ARDS), IDSA raccomanda l'utilizzo di desametasone (raccomandazione forte, certezza delle evidenze moderata).
- **Raccomandazione 10.** Nei pazienti ospedalizzati con malattia severa ma non critica da SARS-CoV-2 (definita come una SpO_2 ≤ 94% in aria ambiente, includendo pazienti in supplementazione di ossigeno), ISDA raccomanda l'utilizzo del desametasone (raccomandazione forte, certezza delle evidenze moderata). Per quel che pertiene alle raccomandazioni 9 e 10, deve essere sottolineato che qualora il desametasone non fosse disponibile dovrebbe essere utilizzata una dose equivalente di un altro glucocorticoide. La dose raccomandata di desametasone è di 6 mg per via endovenosa o per via orale per 10 giorni (o fino alla dimissione) o una dose equivalente di un altro glucocorticoide qualora il desametasone non fosse disponibile. Esempi di dose equivalente/alternativa rispetto a 6 mg/die di desametasone sono: metilprednisolone 32 mg e prednisone 40 mg.
- **Raccomandazione 11.** Nei pazienti ospedalizzati con malattia severa da SARS-CoV-2, IDSA NON raccomanda l'uso di famotidina al di fuori di un *clinical trial* (raccomandazione condizionale, certezza delle evidenze molto bassa).

Capacità delle Terapie Intensive e la risposta programmatica alla pandemia

Durante la fase acuta della pandemia da SARS-CoV-2 uno degli elementi cruciali è stata la forte pressione sul Servizio Sanitario Nazionale e in particolare sulle capacità di gestione dei malati delle TI italiane.

Nel periodo tra l'inizio del mese di marzo e il mese di aprile 2020, le terapie intensive italiane sono giunte a saturazione, nonostante l'allestimento di nuovi letti dedicati alla gestione intensiva in aree dell'ospedale al di fuori delle Rianimazioni. Un report dei medici della terapia intensiva di Bergamo bene illustrava la situazione, con saturazione completa dei nuovi letti intensivi pur aumentati del 200% rispetto alla capienza usuale (97).

In ragione di questa situazione, il Ministero della Salute (98) ai sensi delle circolari DG del Ministero della Salute (DGPROG) circolari del 29 febbraio e del 1° marzo 2020 e in seguito dell'articolo 2 del decreto-legge

19 maggio 2020 n. 34, ha effettuato un censimento dei posti letto disponibili nel periodo prima della pandemia da COVID-19, evidenziando poi l'esigenza di un incremento per poter offrire un trattamento rianimatorio adeguato al numero dei pazienti che necessitavano di TI. Questo potenziamento è stato messo in atto in emergenza, creando centinaia di posti letto aggiuntivi, attrezzati anche nei reparti convenzionali e per i quali il decreto-legge citato ha sancito il consolidamento. Dagli originari 5179 PL in Terapia intensiva si è arrivati a stabilire un aumento fino a 8679 PL, tradottosi in un ampliamento dei posti di TI da 12 a 14 ogni 100.000 abitanti, in questo modo andando a rispondere agli standard raccomandati dalle società internazionali di settore (*vedi* Pilastro 1).

La fornitura dei ventilatori meccanici ha costituito un problema nelle fasi iniziali, in considerazione dell'elevato numero contemporaneo di pazienti critici ricoverati in TI. La struttura commissariale delegata al contrasto dell'emergenza da COVID-19 si è fatta carico di recuperare i ventilatori necessari all'emergenza, ora parte dell'armamentario consolidato delle TI. Nel solo mese di marzo la struttura commissariale ha consegnato 1.231 ventilatori e 6.831 caschi per CPAP (*vedi* Pilastro 8).

A conferma delle necessità e delle corrette decisioni prese a livello governativo, uno studio europeo recentemente pubblicato (99) ha posto in luce una notevole disomogeneità nei paesi europei per i livelli di accesso ai posti letti di terapia intensiva durante la pandemia, calcolato in base al numero di posti letto per 100.000 abitanti e altri fattori quali i tempi necessari per trasportare un malato dal luogo di residenza alla TI.

L'indice di accessibilità più alto veniva, infatti, evidenziato per la Germania (35,5), essendosi dimostrato per l'Italia un indice tra i più bassi (8,1). Questo studio ha anche evidenziato una correlazione negativa tra l'indice di accessibilità alle TI e l'indice di fatalità dei casi correlati al SARS-CoV-2. Le conclusioni sottolineavano la possibilità di utilizzare i risultati dello studio per elaborare a livello nazionale un piano logistico proporzionato alle esigenze epidemiologiche, come è stato fatto in Italia.

Terapia e tecniche di supporto alle funzioni vitali in TI

Il quadro dell'insufficienza respiratoria della SARS-CoV-2 ha sostanzialmente ricalcato quello descritto dalle definizioni internazionali di Berlino per l'ARDS (100-102) e riassunte nella Tabella 3 (100).

Tabella 3. Definizione di Berlino della ARDS

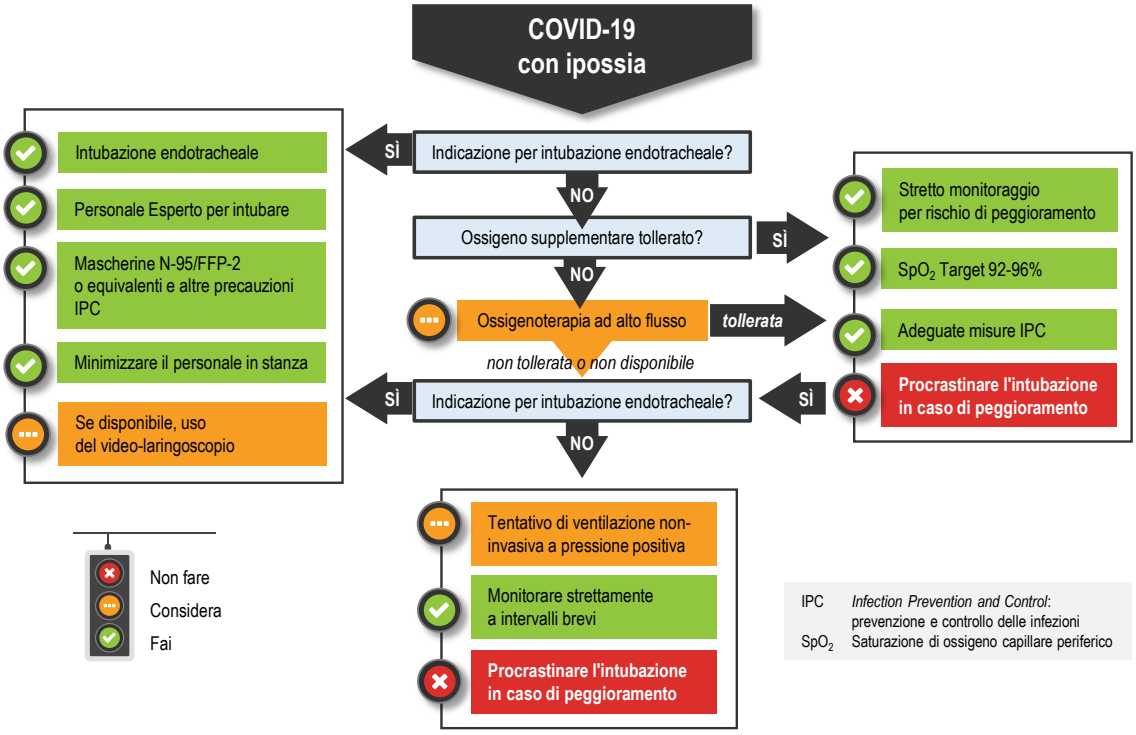
Timing	Entro una settimana da un insulto clinico o sintomi respiratori nuovi o in peggioramento
Immagini radiologiche	Opacità nodulari bilaterali diffuse non pienamente spiegate da suffusioni, collasso polmonare /lobare o noduli
Origini dell'edema	Insufficienza respiratoria non spiegata pienamente da insufficienza cardiaca o sovraccarico fluidico con la necessità di una conferma oggettiva (es. ecocardiografia, volta ad escludere l'edema idrostatico
Ossigenazione	
Quadro lieve	200 mmHg < PaO_2/FiO_2 < 300 mmHg con PEEP o CPAP > 5 cm H_2O
Quadro moderato	100 mmHg < $PaO_2/Fi\ O_2$ ≤ 200 mmHg con PEEP o CPAP ≥ 5 cm H_2O
Quadro severo	$PaO_2/Fi\ O_2$ ≤ 100 mmHg con PEEP o CPAP ≥ 5 cm H_2O

ARDS: *Adult Respiratory Distress Syndrome*; **PEEP**: *Positive End-Expiratory Pressure* (pressione di fine espirazione)

Come tutte le ARDS trattate sino ad ora, anche l'insufficienza respiratoria grave da COVID-19 ha visto applicare le **tradizionali tecniche** di ossigenoterapia ad alti flussi umidificati e riscaldati (HFOT), di ventilazione non-invasiva e invasiva protettiva (bassi Volumi correnti, livelli moderati di Pressione di fine Espirazione (PEEP) tarati in ragione della risposta respiratoria, nonché l'utilizzo di farmaci con azione bloccante neuromuscolari nelle prime 24-48 ore, di tecniche di pronazione fino al ricorso all' ECMO

(ossigenazione extracorporea) (103). In ottemperanza alle raccomandazioni, il ricorso alle varie tecniche è stato modulato, come di norma, in base alla gravità del quadro respiratorio.

L'algoritmo tecnico-terapeutico di riferimento è stato elaborato per la *Surviving Sepsis Campaign* dalla *Society of Critical Care Medicine* e dalla *European Society of Intensive Care Medicine* (Figura 8) (104).



Tradotto e riprodotto con il permesso della *Society of Critical Care Medicine* e della *European Society of Intensive Care Medicine*

Figura 8. Algoritmo tecnico-terapeutico di riferimento per la gestione clinica di pazienti COVID-19 ipossiemici (104)

Molti malati sono stati trattati inizialmente o per tutto il decorso della malattia utilizzando il casco come sistema di erogazione di CPAP o *Pressure Support* in ventilazione non-invasiva (105, 106), in alcuni casi ottenendo buoni risultati ponendo in posizione prona i malati con il casco per la CPAP (107).

Coloro che, nonostante questi ausili, non miglioravano la loro ossigenazione (come determinato dal rapporto PaO_2/FiO_2) venivano poi intubati e trattati in modo invasivo come descritto. I trattamenti ventilatori si sono perciò attenuti alle raccomandazioni e alle line guida esistenti, a quelle pubblicate dall'OMS il 13 marzo 2020 nel documento dal titolo "Clinical management of severe acute respiratory infection (SARI) when COVID-19 disease is suspected" e aggiornate nella versione pubblicata il 27 maggio 2020 (108,109).

Tali raccomandazioni sono state applicate nel trattamento dei pazienti con ARDS da COVID 19 durante a pandemia, così come lo sono state in era pre-COVID 19 per altre forme di ARDS.

Il campione dei primi 1500 pazienti trattati nelle TI della Regione Lombardia dimostra come questi criteri siano stati rispettati (88-90% di pazienti ventilati invasivamente con intubazione endotracheale, il 12 % con ventilazione non-invasiva o ossigenoterapia ad alto flusso, 30% con l'utilizzo della pronazione e circa l'1-2% in ECMO) (110).

L'utilizzo della ventilazione non-invasiva, nei vari quadri di insufficienza respiratoria, anche al di fuori delle TI si è tradotto in tassi di mortalità in linea con i dati riportati in letteratura (21% per le forme lievi, 28% nelle forme moderate e 40% nelle forme gravi (111, 112).

A supporto dei deficit di funzione multiorgano sono state e vengono seguite le raccomandazioni correntemente applicate in queste condizioni e valide anche prima della pandemia, ricorrendo all'ausilio della dialisi o del sostegno del circolo con farmaci vasoattivi e inotropi (104, 113).

Iniziative per rafforzare la preparazione alla stagione autunno-invernale

Nel caso in cui si dovesse nuovamente verificare un aumento rilevante del numero di casi di infezione nei mesi autunno-invernali, potrebbe nuovamente aumentare la domanda di assistenza ospedaliera in regime ordinario o in TI da parte di pazienti in condizioni cliniche gravi e/o con insufficienza respiratoria acuta. Questo andrebbe a sommarsi all'accesso usuale ai servizi ospedalieri in una stagione in cui è prevista la co-circolazione di altri patogeni respiratori come i virus influenzali, per un periodo che può prolungarsi nel tempo.

Gli elementi di programmazione sanitaria descritti nel Pilastro 1 sono volti ad ampliare in modo mirato e modulabile l'offerta ospedaliera in Italia. Le attività di Prevenzione e Controllo delle Infezioni descritte nel Pilastro 6, hanno inoltre l'obiettivo di diminuire il rischio di infezione del personale sanitario e a prevenire l'insorgenza di infezioni correlate all'assistenza.

Al fine di ottimizzare la gestione dei malati nelle TI anche nel contesto di eventi epidemici è stato inoltre deciso per l'anno accademico corrente un incremento del numero delle borse per le scuole di specializzazione in Anestesiologia e Rianimazione con cifre oscillanti tra il 30 e il 50%, rispetto all'anno precedente.

Di interesse è infine l'azione concertata della Società Europea di Terapia Intensiva (ESICM) e la UE nell'ambito del programma della Comunità Europea C 19 SPACE, per un training mirato a garantire la formazione di operatori sanitari che normalmente non lavorano in terapia intensiva, onde offrire supporto alle TI durante la pandemia da SARS-CoV-2. Lo scopo del programma è quello di aumentare le competenze e il numero degli operatori sanitari che possono essere impegnati nei trattamenti intensivologici di base ove vi fosse nuovamente la necessità di un nuovo rapido, temporaneo incremento delle capacità delle terapie Intensive (https://www.esicm.org/european-commission-c19-space-information-webinar/).

La Tabella A7 in Appendice riporta la raccolta integrale per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di gestione clinica dei casi volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

Pilastro 8. Supporto operativo e logistica

Attuazione del piano di potenziamento dei presidi ospedalieri sul territorio nazionale previsto dal Decreto Rilancio

Nel Decreto Rilancio è previsto il potenziamento delle strutture di terapia intensiva e sub-intensiva, con un incremento di 5.612 posti letto per le prime (3.500 stabili e 2.112 posti letto di terapia sub-intensiva trasformabili, in caso di emergenza, in posti letto di terapia intensiva) e di 4.225 per le seconde.

Per la realizzazione del potenziamento sono previste due tipologie di interventi:

- Lavori infrastrutturali di adeguamento dei presidi ospedalieri;
- Approvvigionamento delle apparecchiature necessarie ad attrezzare i posti letto.

Il Decreto Rilancio individua il Commissario quale soggetto attuatore dei Piani, una volta realizzati i seguenti adempimenti: redazione dei piani da parte delle Regioni, approvazione da parte del Ministero della Salute e registrazione da parte della Corte dei Conti.

Il percorso di approvazione dei Piani regionali si è concluso con la registrazione degli stessi da parte della Corte dei Conti, conclusasi il 28 luglio 2020.

Solo dopo tale data il Commissario ha potuto avviare le attività volte alla realizzazione dei previsti piani di potenziamento, anche avvalendosi, eventualmente, della possibilità prevista dall'articolo 2 di delegare ai singoli Presidenti di Regione tale attività.

Il Commissario, nel frattempo, ha avviato le procedure per l'acquisizione dei beni e la realizzazione dei lavori necessari. Le procedure sono valide per tutto il territorio nazionale e garantiscono efficienza e trasparenza al processo:

- ***Procedure per la realizzazione dei lavori infrastrutturali di potenziamento dei presidi ospedalieri***
  - Sono previste procedure che consentono la realizzazione delle opere attraverso l'impiego di accordi quadro stipulati dal Commissario oppure attraverso procedure pubbliche di affidamento attivate dalle Regioni, in caso di delega dei poteri del Commissario;
  - Strutture mobili: è previsto il noleggio di 4 strutture mobili, ciascuna con 75 posti di terapia intensiva, da attivare in caso di necessità.
- ***Fornitura di attrezzature necessarie alla predisposizione di posti letto in Terapia Intensiva e Sub Intensiva***
  - Definizione di accordi quadro con i fornitori entro settembre, considerando che la dotazione di apparecchiature sarà necessaria nel momento in cui saranno completati i lavori infrastrutturali nei presidi ospedalieri.
  - Sulla base degli accordi quadro le attrezzature verranno acquisite direttamente dai soggetti attuatori.
  - Completata la verifica con Regioni e Province autonome, per la puntuale individuazione delle apparecchiature necessarie nei singoli presidi ospedalieri. Le Regioni hanno inviato i propri fabbisogni.

In generale occorre precisare che:

- all'avvio dell'emergenza erano attivi in Italia 5.179 posti letto di terapia intensiva. Il decreto pone l'obiettivo di incrementarli di 5.612 unità (3.500 posti letto stabili e 2.112 posti letto di terapia sub-intensiva trasformabili, in caso di emergenza, in posti letto di terapia intensiva). Nel corso dell'emergenza il Commissario ha distribuito 3.125 ventilatori per terapia intensiva ed ha disponibilità per ulteriori 1.354 ventilatori.
- Ad oggi sono attivi 15.755 posti letto in terapia sub-intensiva (+9.230 rispetto all'avvio dell'emergenza). L'obiettivo del decreto è di rendere stabili 4.225 posti letto tra quelli già realizzati. Non sono pertanto necessari ulteriori ventilatori rispetto a quelli già forniti.

Approvvigionamento di Test, Tamponi e Dispositivi di protezione individuale

La Struttura Commissariale assicura quotidianamente a titolo gratuito alle Regioni e alle Province autonome la fornitura di dispositivi medici (DM), di dispositivi di protezione individuale (DPI) e del restante materiale, i cui fabbisogni vengono comunicati due volte la settimana dalle Amministrazioni.

Dall'inizio dell'emergenza ad oggi, le Regioni/PA hanno ricevuto oltre **900,4 milioni di prodotti** tra DPI, DM e apparecchiature elettromedicali: una curva in costante aumento. In sintesi, le giacenze presso i magazzini regionali rilevate dal suddetto sistema lasciano intendere che al momento le stesse abbiano complessivamente quantità superiori ai loro attuali fabbisogni, nonché alle loro effettive distribuzioni alla cittadinanza.

Tutti i dati sulla distribuzione di dispositivi e attrezzature per il contenimento e il contrasto dell'epidemia sono visionabili sul sistema "Analisi Distribuzione Aiuti" (ADA), presente sui siti della Presidenza del Consiglio, del Ministero della Salute e della Protezione Civile. I dati sono aggiornati quotidianamente.

Le quantità e le tipologie di prodotti distribuiti nel tempo tengono conto dell'andamento epidemiologico e delle giacenze di prodotti presso i magazzini regionali. Ogni giorno, infatti, la struttura commissariale notifica alle Amministrazioni l'imminente arrivo dei prodotti e le Regioni, nelle 24/48h successive, riscontrano le effettive quantità e disponibilità arrivate. Ciò consente di avere una mappatura trasparente e aggiornata in tempo reale dedicata a dispositivi e apparecchiature per il contrasto al Coronavirus, distribuiti ogni giorno alle Regioni/PA per fronteggiare l'emergenza, consultabile come detto sul sistema ADA.

Test molecolari e relativi tamponi

La struttura del Commissario ha avviato una fornitura aggiuntiva di **test molecolari**. Sono stati distribuiti alle Regioni oltre 9 milioni tra kit stand alone e reagenti nonché 44 macchinari per processare i suddetti test. Tale fornitura ha consentito alle Regioni di incrementare potenzialmente del 50% la propria capacità di somministrazione di tamponi (prima al massimo circa 60.000 al giorno) e di poter realizzare, quindi, fino al 31 dicembre oltre 106.000 test molecolari al giorno.

Test antigenici rapidi

Il Commissario Straordinario per l'emergenza ha pubblicato una Richiesta pubblica di offerta per la fornitura di 5 milioni di test rapidi, destinati alla rilevazione qualitativa di antigeni specifici di SARS-CoV-2 presenti su tampone nasofaringeo o campione salivare.

La richiesta è stata pubblicata sui siti istituzionali della Presidenza del Consiglio dei Ministri – Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19 – e del Ministero della Salute.

È previsto il trasporto dei test su tutto il territorio nazionale con veicoli idonei, oltre alla disponibilità a fornire in comodato d'uso gratuito, qualora fossero necessari, un sufficiente numero di macchinari, presso i siti di distribuzione indicati dal Commissario straordinario, per la somministrazione dei test consegnati.

La richiesta di offerta per la fornitura di test rapidi rappresenta un passo importante per intensificare ulteriormente le attività di prevenzione, già messe in atto dal Governo, per contrastare l'epidemia. L'obiettivo è quello di soddisfare i fabbisogni connessi ai movimenti internazionali di passeggeri da zone ad alto contagio e alle necessità derivanti dalla riapertura delle scuole, soprattutto in un periodo, quale quello autunnale, di accertata, aumentata circolazione di tutti i virus respiratori.

Sempre la struttura commissariale, infine, in ragione della estrema necessità e urgenza di provvedere all'effettuazione dei **test rapidi per l'antigene SARS-CoV-2**, al fine di contenere il rischio di contagi sul territorio nazionale dovuti all'ingresso nel Paese di soggetti provenienti dagli Stati indicati nell'ordinanza del Ministro della Salute del 12 agosto 2020, su indicazione del Ministero della Salute, ha provveduto all'acquisto di **255.000 test** destinati agli aeroporti e ai porti.

Test sierologici

A seguito di un bando di gara la struttura del Commissario ha acquisito **2 milioni di kit sierologici rapidi** da utilizzare per la campagna di screening preventivo sul personale docente e non docente, da realizzare prima dell'avvio delle scuole. I kit sono stati già distribuiti alle Regioni le quali, in questi giorni, stanno provvedendo alla somministrazione degli stessi.

Mascherine

Ad oggi la struttura del Commissario ha una giacenza di circa 746 milioni di mascherine.

A tali giacenze vanno aggiunte da un lato la produzione nazionale, che sta rendendo progressivamente disponibili ulteriori 30 milioni di mascherine al giorno, e dall'altro la quantità di mascherine attualmente in stock presso le Regioni, pari a circa 150 milioni. Considerando un fabbisogno giornaliero complessivo di circa 16,5 milioni al giorno, le disponibilità della struttura commissariale (fino al 31 dicembre 2020) consentirebbero di soddisfare il fabbisogno sino all'agosto 2021.

Altri dispositivi

Ad oggi sono disponibili e già contrattualizzati numerosi altri dispositivi, quali ad esempio 32 milioni di camici e tute, 905 milioni di guanti, 8 milioni di occhiali e visiere e 21 milioni di litri di gel igienizzante. Tale sommatoria di dispositivi può assicurare la fornitura almeno per la parte residua dell'anno, se non, in qualche caso, sino al primo trimestre del 2021.

Iniziative di contrasto alle carenze di farmaci

Nella prima fase della pandemia, AIFA ha predisposto una rete operativa con i referenti delle Regioni e delle associazioni delle aziende farmaceutiche (Assogenerici e Farmindustria), per garantire l'approvvigionamento in tempo reale dei prodotti critici agli ospedali (farmaci per rianimazione, antivirali) e fornire supporto logistico rispetto a tutte le problematiche specifiche legate al farmaco (es. produzione di ossigeno, distribuzione territoriale di prodotti oggetto di donazione o sequestro).

Le principali iniziative implementate sono:

- istituzione di un punto unico di contatto in continuità operativa;
- semplificazioni operative per creare azioni coordinate pubblico-privato con risultati evidenti in termini di velocità di risposta alle richieste delle Regioni;
- snellimento delle modalità di importazione di medicinali dai Paesi extra UE;
- gestione della distribuzione di farmaci a supporto della protezione civile e della Struttura Commissariale governativa;
- predisposizione, in accordo con le associazioni industriali, della raccolta dei fabbisogni dei farmaci connessi con l'emergenza COVID-19, attraverso la "comunità di esperti" delle Regioni.

La rete operativa AIFA/Regioni/Aziende, che aveva evitato carenze durante la crisi di marzo-aprile, è stata mantenuta attiva, e attualmente sta raccogliendo dati sui fabbisogni di medicinali previsti e sulle scorte già costituite, per ottimizzare la distribuzione dei farmaci critici verso le strutture territoriali.

La Tabella A8 in Appendice riporta raccolta integrale per argomento delle norme, circolari, ordinanze e strumenti di livello nazionale prodotte in materia di supporto operativo e logistica volte ad affrontare la pandemia da SARS-CoV-2 e operativi per la stagione autunno-invernale 2020.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Capitolo 5

Approccio alla ri-modulazione delle misure di contenimento/mitigazione a livello regionale/PA in ambito di ipotetici scenari di trasmissione del virus SARS-CoV-2 sul territorio nazionale nel periodo autunno-invernale

Ai sensi del DPCM n.126 del 17 maggio 2020, alle Regioni e le Province Autonome è riconosciuta l'autorità di definire modalità e tempistica delle diverse attività ripristinate durante la riapertura post *lockdown*:

> "*a condizione che abbiano preventivamente accertato la compatibilità dello svolgimento delle suddette attività con l'andamento della situazione epidemiologica nei propri territori e che individuino i protocolli o le linee guida applicabili idonei a prevenire o ridurre il rischio di contagio nel rispetto dei principi contenuti nei protocolli o nelle linee guida nazionali*" (114).

A supporto della valutazione della situazione epidemiologica regionale, il Ministero della Salute in collaborazione con ISS ha istituito un sistema di monitoraggio del rischio e della resilienza dei servizi sanitari su base settimanale che viene condiviso con le Regioni/PA e valutato da una Cabina di Regia costituita da esperti del Ministero della Salute, dell'ISS e di una rappresentanza delle Regioni/PA (29).

Questa sezione propone un approccio comune alla scalabilità delle misure sulla base degli scenari di trasmissione descritti nel documento ipotizzati a livello nazionale nella consapevolezza che in ciascuna Regione/PA si possano verificare condizioni epidemiologiche molto diverse tali da prevedere misure di controllo/mitigazione specifiche e non uniformi sul territorio nazionale.

Le misure declinate negli scenari hanno la funzione di supportare ed orientare il processo decisionale delle singole Regioni e Province Autonome in relazione al proprio scenario epidemiologico e, proprio per la loro funzione di orientamento, **non sono da intendersi vincolanti**.

Per ciascuno scenario nazionale vengono quindi ipotizzate misure scalabili in base al verosimile livello di **rischio che potrebbe essere identificato nella classificazione settimanale** fornita a ciascuna Regione/PA in base al monitoraggio definito ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020 (29) (es. non sono considerati verosimili livelli di rischio molto bassi in scenari di trasmissione critici come lo scenario 4).

La ri-modulazione proposta sia in senso restrittivo che permissivo (*escalation* e *de-escalation*) è coerente con quanto indicato all'allegato 10 (28) "Principi per il monitoraggio del rischio sanitario" al DPCM del 26 aprile 2020 "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19", applicabili sull'intero territorio nazionale (Figura 9) che declina in modo più dettagliato in base agli scenari di trasmissione descritti in questo documento.

Per la modulazione in *escalation* e *de-escalation* delle misure vengono posti dei criteri temporali che tengono conto sia del ritardo fisiologico di almeno 3 settimane nell'osservazione di cambiamenti epidemiologici dai dati di sorveglianza e legati all'incubazione della malattia e ai tempi di notifica/trasmissione dei dati, sia di possibili ulteriori ritardi in scenari a più elevata trasmissione per un aumento rilevante nel numero di casi da segnalare tale da sovrastare la capacità di mantenere adeguati livelli di tempestività e completezza.

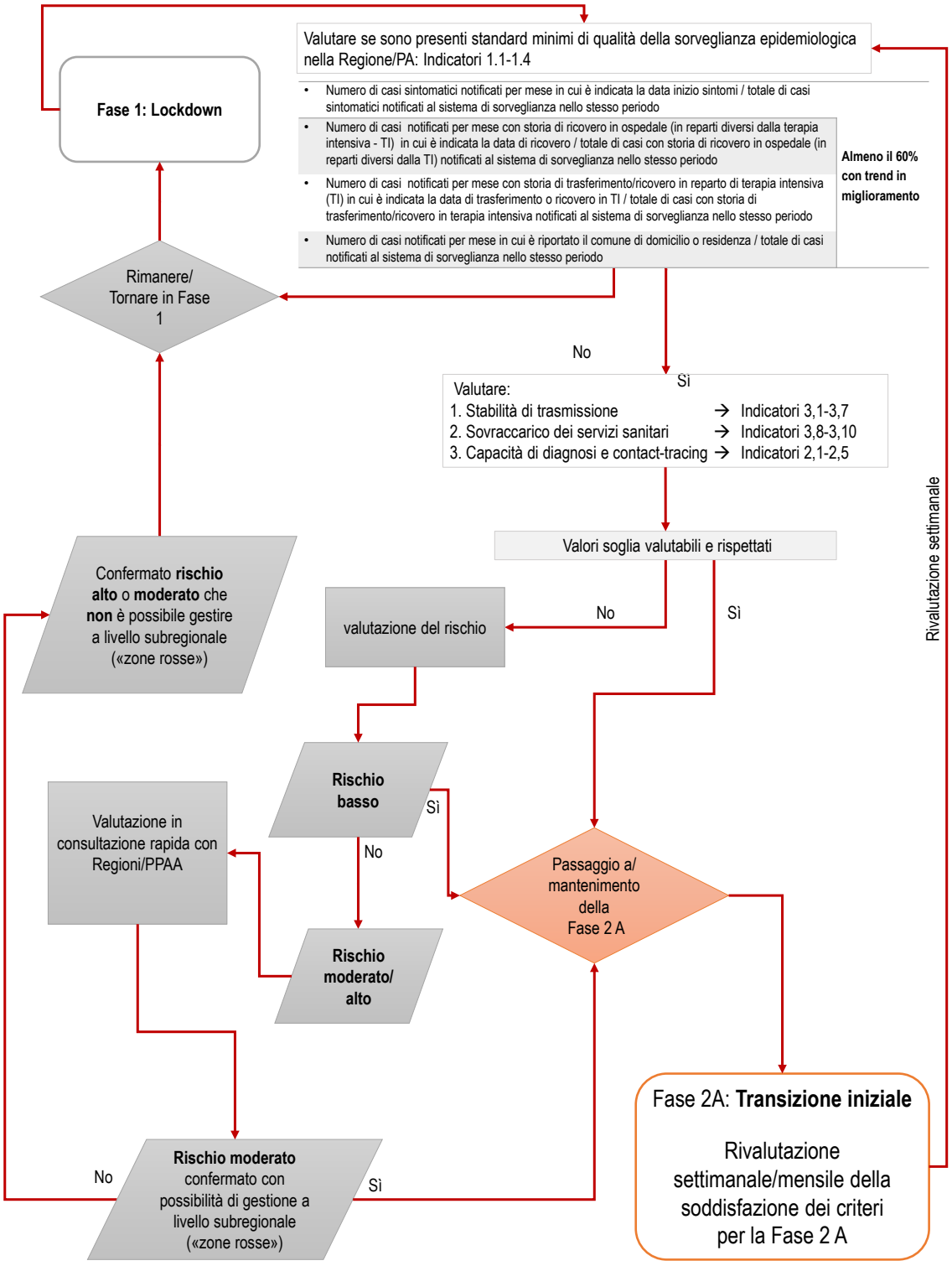


Figura 9. Principi per il monitoraggio del rischio sanitario (All. 10 DPCM n.108 del 27-04-2020)

SCENARIO 1. Situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto al periodo luglio-agosto 2020

Descrizione dello scenario 1

Rt regionali sopra soglia per periodi limitati (inferiore a 1 mese) e bassa incidenza, con trasmissione prevalentemente associata a focolai identificati, nel caso in cui le scuole abbiano un impatto modesto sulla trasmissibilità e i sistemi sanitari regionali riescano a tracciare e tenere sotto controllo i nuovi focolai, inclusi quelli scolastici.

In uno scenario nazionale di questo tipo è presumibile che molte Regioni/PA siano classificate a rischio basso o moderato, anche se sono possibili situazioni di rischio alto, magari a livello sub-regionale.

1. Classificazione del rischio settimanale: MOLTO BASSA/BASSA

Azione: ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti (*de-escalation*) o mantenimento

Interventi: ordinari, tra cui:

- Isolamento casi
- Quarantena contatti
- Precauzioni standard (DPI, distanziamento fisico, igiene individuale/ambientale) definite dalle Istituzioni competenti (CTS, Ministeri, ISS, INAIL ecc.).

2. Classificazione del rischio settimanale: MODERATA

Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*) o mantenimento

Valutazione del rischio nella Regione/PA per definire situazioni sub-regionali di rischio più elevato (circolazione nelle provincie/comuni; focolai scolastici)

Interventi: ordinari + straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate

- Maggiore controllo della reale implementazione delle misure già adottate sul territorio (vedi criteri minimi)
- Precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici (es. scuole) solo in aree con maggiore rischio di esposizione
- Possibilità di chiusura di attività, sospensione di eventi e limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali (comuni/province)

La Figura 10 propone un diagramma di flusso relativo alla ri-modulazione delle misure in base alla classificazione settimanale del rischio in una Regione/PA.

La Tabella 4 riporta la stessa ri-modulazione con declinazione di un dettaglio della ri-modulazione delle misure territoriali a livello regionale, anche considerando il periodo dell'anno che è rilevante per la diversa l'incidenza attesa di sindromi simil-influenzali - ILI di varia eziologia (es. virus influenzali) che impatteranno contemporaneamente i servizi sanitari. Nella tabella vengono assegnate delle indicazioni sugli attori coinvolti dove **N**: Livello Nazionale Centrale; **R**: Livello Regionale; **L**: Livello Locale.

SCENARIO 1
Situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto al periodo luglio-agosto 2020

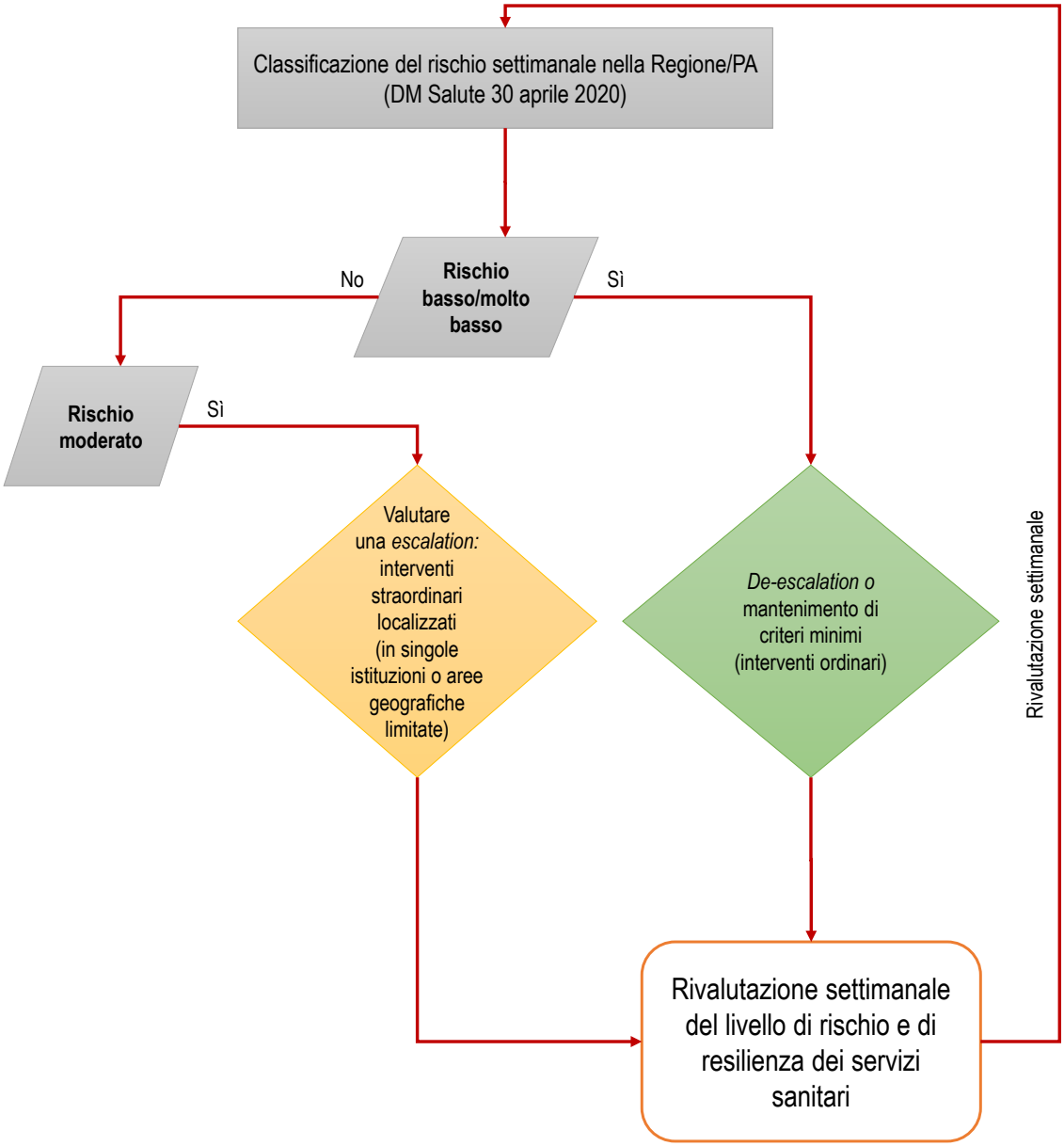


Figura 10. Rimodulazione delle misure (*escalation*/*de-escalation*) in base alla classificazione del rischio settimanale in una regione/PA in un contesto nazionale di trasmissione localizzata (scenario 1)

Tabella 4. SCENARIO 1: situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto al periodo luglio-agosto 2020

Classificazione del rischio settimanale nella Regione/PA	
BASSA/MOLTO BASSA	**MODERATA**
Trasmissione di SARS-CoV-2 limitata a cluster con catene di trasmissione note	**Numero di casi di infezione da virus SARS-CoV-2 in aumento, presenza di casi a trasmissione locale (non di importazione), alcune catene di trasmissione non note**
Obiettivo: *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Obiettivo:*** *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate*
SETT. – OTT. 2020 (incidenza ILI attesa BASSA)	
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - possibile semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]**
Comunità	
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione di alcune attività sociali/culturali maggiormente a rischio (es. discoteche, bar - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]**
Scuole e Università	
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**
NOV. – DIC. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA)	
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità	
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**
Scuole e Università	
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di

	2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**
GEN. – MAR. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA/ALTA)	
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità	
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**
Scuole e Università	
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi - possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - favorire lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - considerare con maggior attenzione la possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, in particolare per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**

SCENARIO 2. Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo

Descrizione dello scenario 2

Valori di Rt regionali prevalentemente e significativamente compresi tra Rt=1 e Rt=1,25 (ovvero con stime dell'IC 95% di Rt comprese tra 1 e 1,25), nel caso in cui non si riesca a tenere completamente traccia dei nuovi focolai, inclusi quelli scolastici, ma si riesca comunque a limitare di molto il potenziale di trasmissione di SARS-CoV-2 con misure di contenimento/mitigazione ordinarie e straordinarie. Un'epidemia con queste caratteristiche di trasmissibilità potrebbe essere caratterizzata, oltre che dalla evidente impossibilità di contenere tutti i focolai, da una costante crescita dell'incidenza di casi (almeno quelli sintomatici; è infatti possibile che si osservi una riduzione della percentuale di casi asintomatici individuati rispetto al totale vista l'impossibilità di svolgere l'investigazione epidemiologica per tutti i nuovi focolai) e corrispondenti ospedalizzazioni e ammissioni in terapia intensiva. **La crescita del numero di casi potrebbe però essere relativamente lenta, senza comportare un rilevante sovraccarico dei servizi assistenziali per almeno 2-4 mesi.**

In uno scenario nazionale di questo tipo è presumibile che molte Regioni/PA siano classificate a rischio da moderato ad alto, anche se sono possibili situazioni di basso rischio, almeno se si dovesse riuscire a limitare la trasmissibilità nelle aree con trasmissione sostenuta in un breve periodo, limitando quindi la trasmissione interregionale.

1. Classificazione del rischio settimanale: BASSA/MOLTO BASSA per almeno 3 settimane consecutive ad una valutazione del rischio più elevata

Azione: ri-modulazione delle attività con misure meno stringenti (*de-escalation*) o mantenimento

Interventi: ordinari, tra cui:

- Isolamento casi
- Quarantena contatti
- Precauzioni standard (DPI, distanziamento fisico, igiene individuale/ambientale) definite dalle Istituzioni competenti (CTS, Ministeri, ISS, INAIL ecc.).

2. Classificazione del rischio: MODERATA

Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*) o mantenimento

Valutazione del rischio nella Regione/PA per definire situazioni sub-regionali di rischio più elevato (circolazione nelle provincie/comuni; focolai scolastici)

Interventi: ordinari + straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate

- Maggiore controllo della reale implementazione delle misure già adottate sul territorio (vedi criteri minimi)
- Precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici (es. scuole) solo in aree con maggiore rischio di esposizione
- Possibilità di chiusura di attività, sospensione di eventi e limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali (comuni/province)

3. Classificazione del rischio settimanale: ALTA/MOLTO ALTA (per meno di 3 settimane consecutive)

Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*)

Interventi: straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)

- Distanziamento fisico: es. chiusura locali notturni, bar, ristoranti (inizialmente potenzialmente solo in orari specifici – es. la sera/notte in modo da evitare la "movida")
- Chiusura scuole/università (incrementale: classe, plesso, su base geografica in base alla situazione epidemiologica)
- Limitazioni della mobilità (da/per zone ad alta trasmissione ed eventuale ripristino del lavoro agile in aree specifiche.
- Restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale (zone rosse) per almeno 3 settimane con monitoraggio attento nella fase di riapertura. In caso non si mantenga una incidenza relativamente bassa ed Rt <1,2 nel valore medio per almeno 3 settimane dopo la riapertura valutare la necessità di ripristino con eventuale estensione geografica.

In caso persista una classificazione del rischio Alta/Molto Alta per oltre 3 settimane consecutive ed evidenza di una situazione non gestibile con le misure straordinarie già messe in atto, valutare le opzioni di risposta negli scenari successivi.

La Figura 11 propone un diagramma di flusso relativo alla ri-modulazione delle misure in base alla classificazione settimanale del rischio in una Regione/PA.

La Tabella 5 riporta la stessa ri-modulazione con declinazione di un dettaglio della ri-modulazione delle misure territoriali a livello regionale anche considerando il periodo dell'anno che è rilevante per la diversa l'incidenza attesa di sindromi simil-influenzali - ILI (*Influenza-like Illnesses*) di varia eziologia (es. virus influenzali) che impatteranno contemporaneamente i servizi sanitari. Nella tabella vengono assegnate delle indicazioni sugli attori coinvolti dove **N**: Livello Nazionale Centrale; **R**: Livello Regionale; **L**: Livello Locale.

SCENARIO 2
Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo

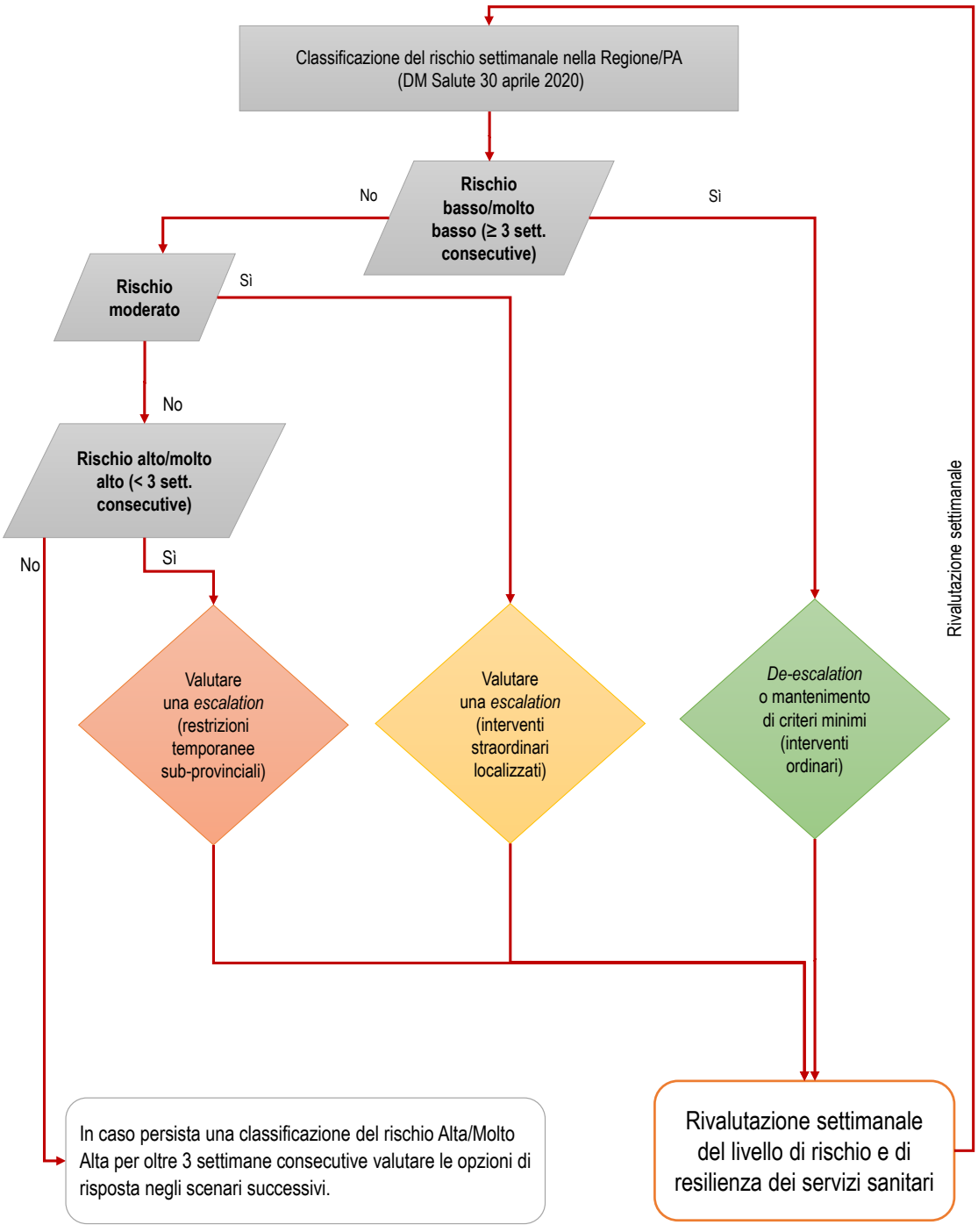


Figura 11. Ri-modulazione delle misure (*escalation*/*de-escalation*) in base alla classificazione del rischio settimanale in una regione/PA in un contesto nazionale di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile (scenario 2)

Tabella 5. SCENARIO 2: situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo

Classificazione del rischio settimanale nella Regione/PA		
BASSA/MOLTO BASSA per almeno 3 settimane consecutive a una valutazione del rischio più elevata	**MODERATA**	**ALTA/MOLTO ALTA (per meno di 3 settimane consecutive)**
Trasmissione di SARS-CoV-2 limitata a cluster con catene di trasmissione note	**Numero di casi di infezione da virus SARS-CoV-2 in aumento, presenza di casi a trasmissione locale (non di importazione), alcune catene di trasmissione non note**	**Cluster non più distinti tra loro, nuovi casi non correlati a catene di trasmissione note, graduale aumento della pressione per i Dipartimenti di Prevenzione**
Obiettivo: *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Obiettivo:*** *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate*	***Obiettivo****: Mitigazione della diffusione del virus* ***Interventi****: Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*
SETT. – OTT. 2020 (incidenza ILI attesa BASSA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - possibile semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione di alcune attività sociali/culturali maggiormente a rischio (es. discoteche, bar - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto **[R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**
Scuole e Università		
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione della situazione epidemiologica locale (es. singola struttura **[R, L]** o più strutture in un'area) **[R, L]**

NOV. – DIC. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanei (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, A]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**
Scuole e Università		
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare, la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**
GEN. – MAR. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA/ALTA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]**

- attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - introduzione obbligo utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**
Scuole e Università		
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi - possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - favorire lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - considerare con maggior attenzione la possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, in particolare per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - attivare, ovunque possibile, lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**

SCENARIO 3. Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo

Descrizione dello scenario 3

Valori di Rt regionali prevalentemente e significativamente compresi tra Rt=1,25 e Rt=1,5 (ovvero con stime IC 95% di Rt comprese tra 1,25 e 1,5), e in cui si riesca a limitare solo modestamente il potenziale di trasmissione di SARS-CoV-2 con misure di contenimento/mitigazione ordinarie e straordinarie. Un'epidemia con queste caratteristiche di trasmissibilità dovrebbe essere caratterizzata da una più rapida crescita dell'incidenza di casi rispetto allo scenario 2), mancata capacità di tenere traccia delle catene di trasmissione e iniziali segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali in seguito all'aumento di casi ad elevata gravità clinica (con aumento dei tassi di occupazione dei posti letto ospedalieri - area critica e non critica) riconducibile ad un livello di rischio elevato o molto elevato in base al sistema di monitoraggio rilevato ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020. La crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 2-3 mesi. È però importante osservare che qualora l'epidemia dovesse diffondersi prevalentemente tra le classi di età più giovani, come osservato nel periodo luglio-agosto 2020, e si riuscisse a proteggere le categorie più fragili (es. gli anziani), il margine di tempo entro cui intervenire si potrebbe allungare anche di molto.

In uno scenario nazionale di questo tipo è presumibile che molte Regioni/PA siano classificate a rischio alto, anche se sono possibili situazioni di rischio inferiore, almeno se si dovesse riuscire a limitare la trasmissibilità nelle aree con trasmissione sostenuta in un breve periodo, limitando quindi la trasmissione interregionale. Se la situazione di rischio alto dovesse persistere per un periodo di più di tre settimane, si rendono molto probabilmente necessarie misure di contenimento più aggressive.

1. **Classificazione del rischio settimanale: BASSA/MOLTO BASSA per almeno 4 settimane consecutive in base a una rivalutazione dei dati consolidati in modo da ridurre il rischio di una sottostima del rischio dovuto ad un ritardo nella notifica/trasmissione dei dati di sorveglianza**

   Azione: ri-modulazione con cautela delle attività con misure meno stringenti (*de-escalation*) qualora incrementati condizionalmente o mantenimento

   Interventi: ordinari, tra cui:
   - Isolamento casi
   - Quarantena contatti
   - Precauzioni standard (DPI, distanziamento fisico, igiene individuale/ambientale) definite dalle Istituzioni competenti (CTS, Ministeri, ISS, INAIL ecc.).

2. **Classificazione del rischio settimanale: MODERATA persistente o per almeno 4 settimane consecutive in base a una rivalutazione dei dati consolidati in modo da ridurre il rischio di una sottostima del rischio dovuto ad un ritardo nella notifica/trasmissione dei dati di sorveglianza**

   Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*) o mantenimento

   Valutazione del rischio nella Regione/PA per definire situazioni sub-regionali di rischio più elevato (circolazione nelle provincie/comuni; focolai scolastici)

Interventi: ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate

- Maggiore controllo della reale implementazione delle misure già adottate sul territorio (vedi criteri minimi)
- Precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici (es. scuole) solo in aree con maggiore rischio di esposizione
- Possibilità di chiusura di attività, sospensione di eventi e limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali (comuni/province)

3. Classificazione del rischio settimanale: ALTA/MOLTO ALTA (per meno di 3 settimane consecutive)

Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*)

Interventi: straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)

- Distanziamento fisico: es. chiusura locali notturni, bar, ristoranti (inizialmente potenzialmente solo in orari specifici, es. la sera/notte in modo da evitare la "movida")
- Chiusura scuole/università (incrementale: classe, plesso, su base geografica in base alla situazione epidemiologica)
- Limitazioni della mobilità (da/per zone ad alta trasmissione ed eventuale ripristino del lavoro agile in aree specifiche.
- Restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale (zone rosse) per almeno 3 settimane con monitoraggio attento nella fase di riapertura. In caso non si mantenga una incidenza relativamente bassa ed Rt <1,2 nel valore medio per almeno 3 settimane dopo la riapertura valutare la necessità di ripristino con eventuale estensione geografica.

4. Classificazione del rischio settimanale: ALTA/MOLTO ALTA (per 3 o più settimane consecutive) ed evidenza di una situazione non gestibile con le misure straordinarie già messe in atto

Azione: considerare la possibilità di restrizioni Regionali/provinciali

- Definire una forma di restrizione più estesa su scala Provinciale o Regionale in base alla situazione epidemiologica
- Ripristino su vasta scala del lavoro agile e di limitazione della mobilità individuale

Interventi: straordinari (Tabella 6)

La Figura 12 propone un diagramma di flusso relativo alla ri-modulazione delle misure in base alla classificazione settimanale del rischio in una Regione/PA.

La Tabella 6 riporta la stessa ri-modulazione con declinazione di un dettaglio della ri-modulazione delle misure territoriali a livello regionale anche considerando il periodo dell'anno che è rilevante per la diversa l'incidenza attesa di sindromi simil-influenzali - ILI (*Influenza-like Illnesses*) di varia eziologia (es. virus influenzali) che impatteranno contemporaneamente i servizi sanitari. Nella tabella vengono assegnate delle indicazioni sugli attori coinvolti dove **N**: Livello Nazionale Centrale; **R**: Livello Regionale; **L**: Livello Locale.

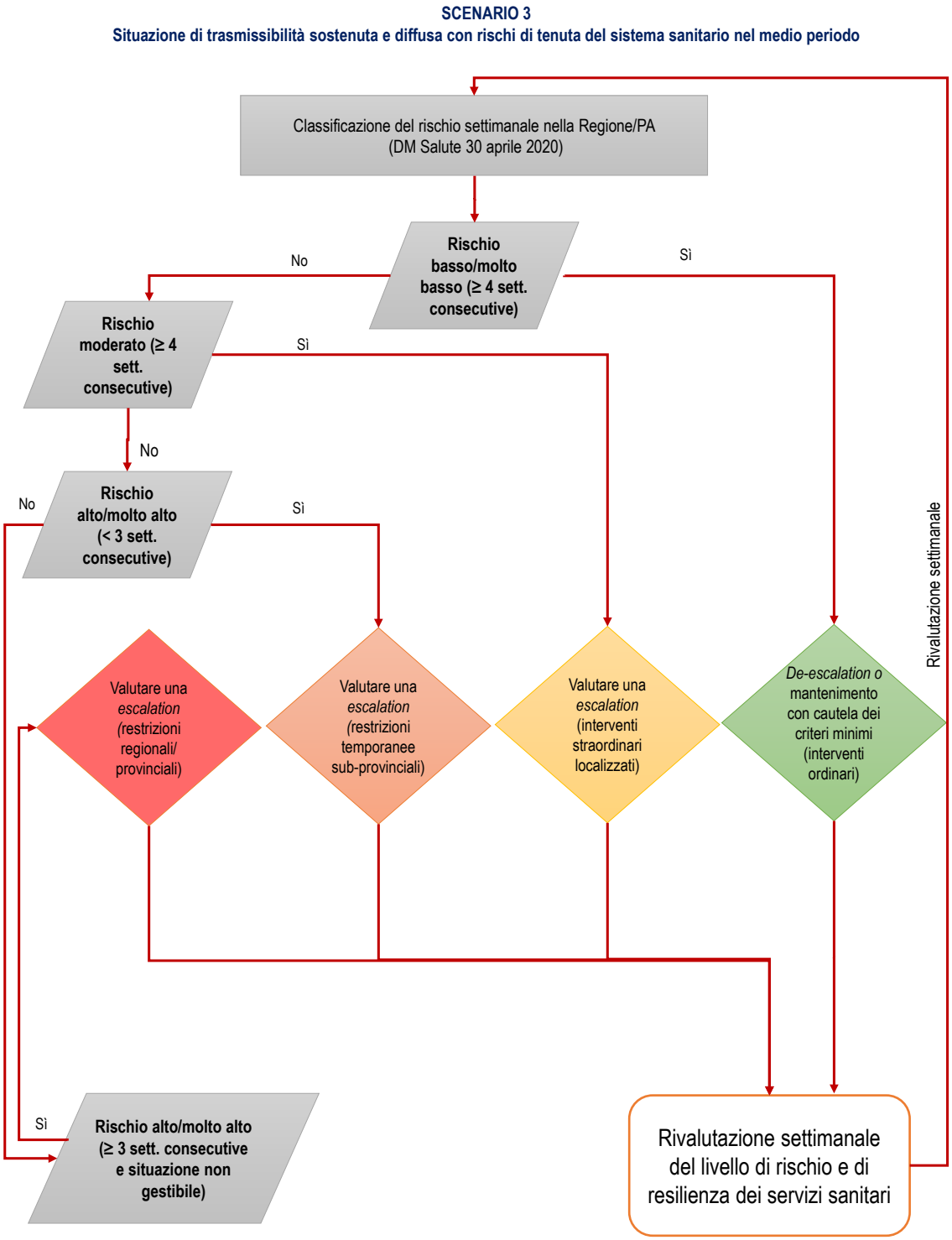


Figura 12. Ri-modulazione delle misure (*escalation*/*de-escalation*) in base alla classificazione del rischio settimanale in una regione/PA in un contesto nazionale di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo (scenario 3)

Tabella 6. SCENARIO 3: situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo

Classificazione del rischio settimanale nella Regione/PA			
BASSA/MOLTO BASSA per almeno 4 settimane consecutive a una valutazione del rischio più elevata	**MODERATA per almeno 4 settimane consecutive ad una valutazione del rischio più elevata**	**ALTA/MOLTO ALTA (per meno di 3 settimane consecutive)**	**ALTA/MOLTO ALTA (per 3 o più settimane consecutive e situazione non gestibile)**
Trasmissione di SARS-CoV-2 limitata a cluster con catene di trasmissione note	**Numero di casi di infezione da virus SARS-CoV-2 in aumento, presenza di casi a trasmissione locale (non di importazione), alcune catene di trasmissione non note**	**Cluster non più distinti tra loro, nuovi casi non correlati a catene di trasmissione note, graduale aumento della pressione per i Dipartimenti di Prevenzione**	**Trasmissione comunitaria diffusa, Cluster non più distinti tra loro, nuovi casi non correlati a catene di trasmissione note, a pressione sostenuta per i Dipartimenti di Prevenzione**
Obiettivo: *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Obiettivo:*** *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate*	***Obiettivo****: Mitigazione della diffusione del virus* ***Interventi****: Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	***Obiettivo:*** *Mitigazione della diffusione del virus, riduzione del numero di casi, porre fine alla trasmissione comunitaria diffusa* ***Interventi:*** *possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
SETT. – OTT. 2020 (incidenza ILI attesa BASSA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti			
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - possibile semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità			
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione di alcune attività sociali/culturali maggiormente a rischio (es. discoteche, bar - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto **[R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università			
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina	- obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

- limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione della situazione epidemiologica locale (es. singola struttura **[R, L]** o più strutture in un'area) **[R, L]**	
NOV. – DIC. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti			
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità			
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, A]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**

Scuole e Università			
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare, la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**
GEN. – MAR. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA/ALTA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti			
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - *contact tracing*, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità			
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es.	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - introduzione obbligo utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**

- possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	
Scuole e Università			
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi - possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - favorire lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - considerare con maggior attenzione la possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, in particolare per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - attivare ovunque possibile lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

SCENARIO 4. Situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo

Descrizione dello scenario 4

Valori di Rt regionali prevalentemente e significativamente maggiori di 1,5 (ovvero con stime dell'IC95% di Rt maggiore di 1,5). Uno scenario di questo tipo potrebbe portare rapidamente a una numerosità di casi elevata e chiari segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali, senza la possibilità di tracciare l'origine dei nuovi casi. La crescita del numero di casi potrebbe comportare un sovraccarico dei servizi assistenziali entro 1-1,5 mesi, a meno che l'epidemia non si diffonda prevalentemente tra le classi di età più giovani, come osservato nel periodo luglio-agosto 2020, e si riuscisse a proteggere le categorie più fragili (es. gli anziani). A questo proposito, si rimarca che appare piuttosto improbabile riuscire a proteggere le categorie più fragili in presenza di un'epidemia caratterizzata da questi valori di trasmissibilità.

In uno scenario nazionale di questo tipo è presumibile che molte Regioni/PA siano classificate a rischio alto e, vista la velocità di diffusione e l'interconnessione tra le varie Regioni/PA, è improbabile che vi siano situazioni di rischio inferiore al moderato. Se la situazione di rischio alto dovesse persistere per un periodo di più di tre settimane, si rendono molto probabilmente necessarie misure di contenimento molto aggressive.

1. Classificazione del rischio settimanale: MODERATA per almeno 4 settimane consecutive in base a una rivalutazione dei dati consolidati in modo da ridurre il rischio di una sottostima del rischio dovuto ad un ritardo nella notifica/trasmissione dei dati di sorveglianza

Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*) o mantenimento o ri-modulazione con cautela delle attività con misure meno stringenti (*de-escalation*) qualora incrementati precedentemente in situazioni di rischio alto/molto alto

Valutazione del rischio nella Regione/PA per definire situazioni sub-regionali di rischio più elevato (circolazione nelle provincie/comuni; focolai scolastici)

Interventi: ordinari + straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate

- Maggiore controllo della reale implementazione delle misure già adottate sul territorio (vedi criteri minimi)
- Precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici (es. scuole) solo in aree con maggiore rischio di esposizione
- Possibilità di chiusura di attività, sospensione di eventi e limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali (comuni/province)

2. Classificazione del rischio settimanale: ALTA/MOLTO ALTA (per meno di 3 settimane consecutive)

Azione: valutare la ri-modulazione delle attività con misure più stringenti (*escalation*)

Interventi: straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)

- Distanziamento fisico: es. chiusura locali notturni, bar, ristoranti (inizialmente potenzialmente solo in orari specifici, es. la sera/notte in modo da evitare la "movida")

- Chiusura scuole/università (incrementale: classe, plesso, su base geografica in base alla situazione epidemiologica)
- Limitazioni della mobilità (da/per zone ad alta trasmissione ed eventuale ripristino del lavoro agile in aree specifiche.
- Restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale (zone rosse) per almeno 3 settimane con monitoraggio attento nella fase di riapertura. In caso non si mantenga una incidenza relativamente bassa ed Rt <1,2 nel valore medio per almeno 3 settimane dopo la riapertura valutare la necessità di ripristino con eventuale estensione geografica.

3. Classificazione del rischio settimanale: ALTA/MOLTO ALTA (per 3 o più settimane consecutive) ed evidenza di una situazione non gestibile con le misure straordinarie già messe in atto

Azione: considerare la possibilità di restrizioni estese Regionali/provinciali

- Definire una forma di restrizione più estesa su scala Provinciale o Regionale in base alla situazione epidemiologica
- Ripristino su vasta scala del lavoro agile e di limitazione della mobilità individuale.

Interventi: straordinari (Tabella 7)

La Figura 12 propone un diagramma di flusso relativo alla ri-modulazione delle misure in base alla classificazione settimanale del rischio in una Regione/PA.

La Tabella 7 riporta la stessa ri-modulazione con declinazione di un dettaglio della ri-modulazione delle misure territoriali a livello regionale anche considerando il periodo dell'anno che è rilevante per la diversa l'incidenza attesa di sindromi simil-influenzali - ILI (*Influenza-like Illnesses*) di varia eziologia (es. virus influenzali) che impatteranno contemporaneamente i servizi sanitari. Nella tabella vengono assegnate delle indicazioni sugli attori coinvolti dove **N**: Livello Nazionale Centrale; **R**: Livello Regionale; **L**: Livello Locale.

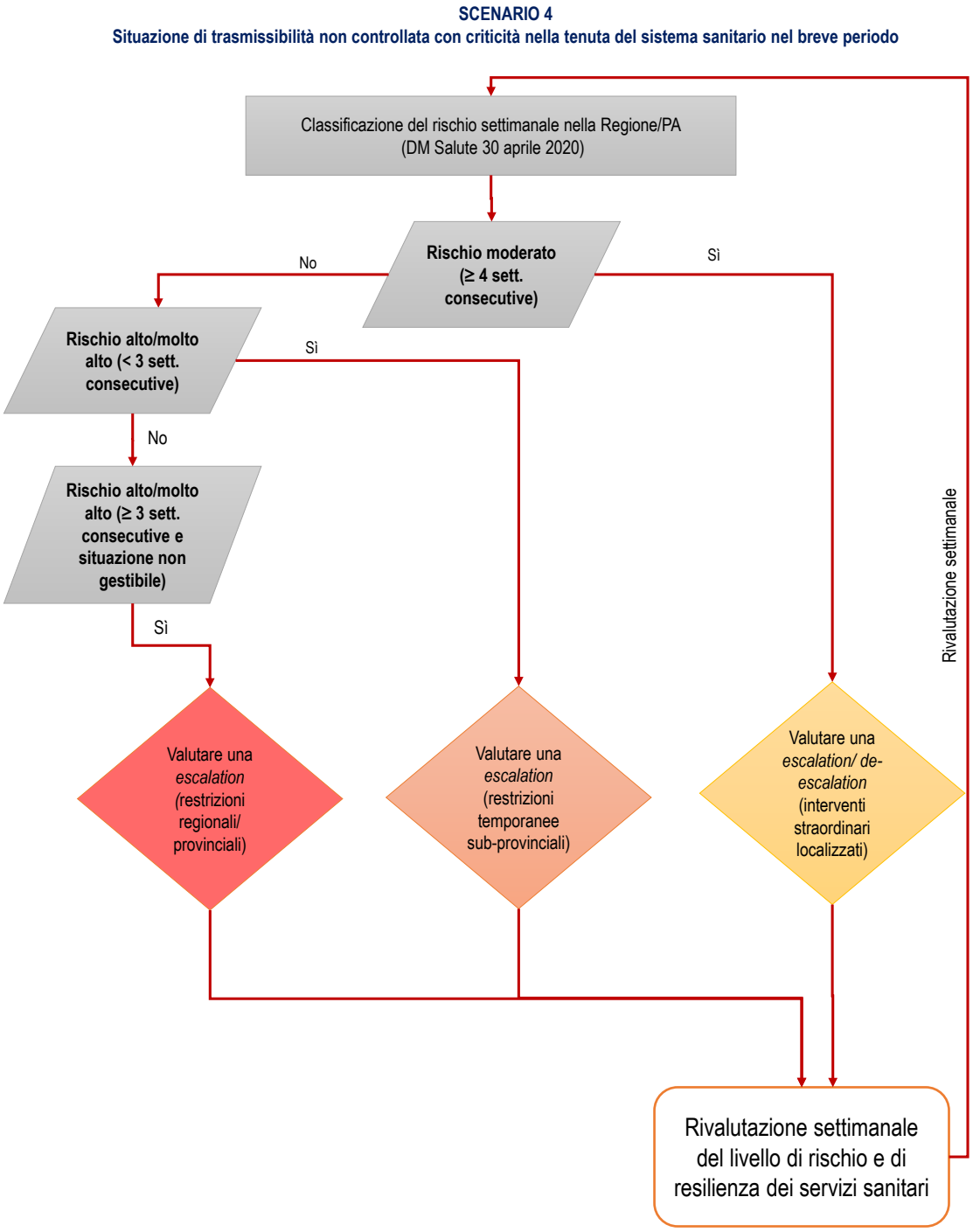


Figura 12. Ri-modulazione delle misure (*escalation*/*de-escalation*) in base alla classificazione del rischio settimanale in una regione/PA in un contesto nazionale di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo (scenario 4)

Tabella 7. SCENARIO 4: Situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo

Classificazione del rischio settimanale nella Regione/PA		
MODERATA **per almeno 4 settimane consecutive ad una valutazione del rischio più elevata**	**ALTA/MOLTO ALTA** **(per meno di 3 settimane consecutive)**	**ALTA/MOLTO ALTA** **(per 3 o più settimane consecutive e situazione non gestibile)**
Numero di casi di infezione da virus SARS-CoV-2 in aumento, presenza di casi a trasmissione locale (non di importazione), alcune catene di trasmissione non note	**Cluster non più distinti tra loro, nuovi casi non correlati a catene di trasmissione note, graduale aumento della pressione per i Dipartimenti di Prevenzione**	**Trasmissione comunitaria diffusa, Cluster non più distinti tra loro, nuovi casi non correlati a catene di trasmissione note, a pressione sostenuta per i Dipartimenti di Prevenzione**
Obiettivo: *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es. scuole) o aree geografiche limitate*	***Obiettivo****: Mitigazione della diffusione del virus* ***Interventi****: Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	***Obiettivo:*** *Mitigazione della diffusione del virus, riduzione del numero di casi, porre fine alla trasmissione comunitaria diffusa* ***Interventi:*** *possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
SETT. - OTT. 2020 (incidenza ILI attesa BASSA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - possibile semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione di alcune attività sociali/culturali maggiormente a rischio (es. discoteche, bar - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto **[R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università		
- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione della situazione epidemiologica locale (es. singola struttura **[R, L]** o più strutture in un'area) **[R, L]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

NOV. - DIC. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, A]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università		
- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare, la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**
GEN. - MAR. 2021 (incidenza ILI attesa MODERATA/ALTA)		
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti		
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]**	- semplificazione *contact tracing* **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]**

- attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità		
- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - introduzione obbligo utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, ecc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università		
- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - favorire lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - considerare con maggior attenzione la possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, in particolare per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - attivare ovunque possibile lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, ecc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

TRASMISSIBILITÀ E DIFFUSIONE DI COVID-19			
1 - Trasmissione localizzata (focolai) invariata rispetto al periodo Luglio-Agosto 2020	**2 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo**	**3 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo**	**4 - Trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo**
Descrizione: *Rt sopra soglia per periodi limitati (<1 mese) valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; bassa incidenza, con trasmissione limitata a cluster con catene di trasmissione note* ***Obiettivo:*** *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Descrizione:*** *Rt regionali compresi tra 1 e 1.25 valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; crescita dell'incidenza di casi con riduzione della percentuale di casi asintomatici; poche catene di trasmissione non note, buona limitazione del potenziale di trasmissione* ***Obiettivo:*** *contenimento e repressione focolai* ***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es scuole) o aree geografiche limitate*	***Descrizione:*** *Rt regionali compresi tra 1.25 e 1.5 valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; rapida crescita dell'incidenza di casi e gravità clinica; cluster non più distinti tra loro; nuovi casi spesso non correlati a catene di trasmissione note; graduale aumento della pressione per i DdP e per i servizi assistenziali; modesta limitazione del potenziale di trasmissione* ***Obiettivo:*** *Mitigazione della diffusione del virus* ***Interventi:*** *Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	***Descrizione:*** *Rt regionali >1.5 valutando anche la percentuale di tamponi positivi/tamponi totali, esclusi screening e retesting; incidenza dei casi e gravità clinica elevate; trasmissione comunitaria diffusa con cluster non più distinti tra loro; pressione sostenuta per i DdP e per i servizi assistenziali* ***Obiettivo:*** *Mitigazione della diffusione del virus, riduzione del numero di casi, porre fine alla trasmissione comunitaria diffusa* ***Interventi:*** *possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
SETT. – OTT. 2020 (incidenza ILI attesa BASSA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - contact tracing, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - possibile semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità	**Comunità**	**Comunità**	**Comunità**
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione di alcune attività sociali/culturali maggiormente a rischio (es. discoteche, bar - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - possibili obblighi anche su base locale su utilizzo mascherine anche all'aperto **[R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, etc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- obbligo di mascherina (> 6 anni) anche in situazioni statiche e se si rispetta il metro di distanza **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]** - lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione della situazione epidemiologica locale (es. singola struttura **[R, L]** o più strutture in un'area) **[R, L]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

TRASMISSIBILITÀ E DIFFUSIONE DI COVID-19			
1 - Trasmissione localizzata (focolai) invariata rispetto al periodo Luglio-Agosto 2020	**2 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo**	**3 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo**	**4 - Trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo**
Interventi: *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es scuole) o aree geografiche limitate*	***Interventi:*** *Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	***Interventi:*** *possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
NOV. – DIC. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - contact tracing, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione screening per SARS-CoV-2 con priorità su categorie target (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione (es. operatori sanitari) **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità	**Comunità**	**Comunità**	**Comunità**
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, A]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, etc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, limitazioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi	- possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - possibilità di attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]** - possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[L]** - attivare lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare spazi **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare, la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

TRASMISSIBILITÀ E DIFFUSIONE DI COVID-19			
1 - Trasmissione localizzata (focolai) invariata rispetto al periodo Luglio-Agosto 2020	**2 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario nel breve-medio periodo**	**3 - Trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario nel medio periodo**	**4 - Trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo**
Interventi: *Criteri minimi – Interventi Ordinari*	***Interventi:*** *Interventi Ordinari + Interventi straordinari in singole istituzioni (es scuole) o aree geografiche limitate*	***Interventi:*** *Interventi straordinari estesi (restrizioni locali temporanee su scala sub-provinciale)*	***Interventi:*** *possibilità di restrizioni regionali e/o provinciali*
GEN. – MAR. 2020 (incidenza ILI attesa MODERATA/ALTA)			
Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**	**Testing e gestione di sospetti, confermati e contatti**
- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - isolamento dei contatti stretti e a rischio - contact tracing, tampone e quarantena contatti stretti e contatti a rischio - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio - azioni di carotaggio epidemiologico - screening categorie target di popolazione - monitoraggio puntuale di tutti i casi e focolai - monitoraggio indicatori trasmissione virale in comunità - sistemi di *early warning*	- ricerca e conferma diagnostica di tutti i casi sospetti - semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - isolamento dei contatti stretti e a rischio - isolamento per coorte dei pazienti - attivazione di personale aggiuntivo a supporto delle attività COVID **[R, L]** - attivazione percorsi di formazione rapida di personale aggiuntivo a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti e contatti a rischio, con priorità ai soggetti sintomatici - rafforzamento ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening su specifiche categorie target di popolazione **[R, L]** - attivazione alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - attivazione di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione e delle attività COVID **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**	- semplificazione contact tracing **[N, R, L]** - semplificazione sorveglianza attiva **[N, R, L]** - isolamento per coorte dei pazienti - priorità delle azioni associate al COVID sulle altre attività del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - impiego di personale aggiuntivo esterno a supporto del Dipartimento di Prevenzione **[R, L]** - tampone offerto a casi sospetti e contatti stretti con priorità ai soggetti sintomatici - valutare ulteriore rimodulazione ricerca attiva di SARS-CoV-2 con screening con priorità su categorie target di popolazione **[R, L]** - potenziamento alberghi per isolamento casi **[R, L]**
Comunità	**Comunità**	**Comunità**	**Comunità**
- precauzioni standard (mascherine a protezione delle vie respiratorie, distanza sociale, igiene delle mani e respiratoria, igiene ambientale) - precauzioni scalate laddove indicato nei documenti prodotti per ambiti e contesti specifici in aree con maggiore rischio di esposizione **[R, L]** - possibilità di interruzione, su base locale, di attività/eventi sociali/culturali a maggior rischio di assembramenti **[N, R]**	- rafforzamento del distanziamento sociale **[R, L]** - zone rosse locali **[R, L]** - valutare l'introduzione di obblighi sull'utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto (es. su base orario o del luogo frequentato) **[N, R, L]** - possibilità di interruzione attività sociali/culturali/sportive maggiormente a rischio (es. discoteche, bar, palestre - anche su base oraria) **[R, L]** - favorire il lavoro agile al fine di ridurre l'affollamento dei trasporti pubblici e delle sedi lavorative **[N, R]** - possibilità di limitazione della mobilità della popolazione in aree geografiche sub-regionali **[R, L]**	- azioni (locali/provinciali/regionali) per l'aumento delle distanze sociali **[R, L]** - introduzione obbligo utilizzo di mascherine a protezione delle vie respiratorie anche all'aperto **[N, R, L]** - zone rosse con restrizioni temporanee (<2-3 settimane) con riapertura possibile valutando incidenza e Rt **[R, L]** - interruzione attività sociali/culturali/sportive a maggior rischio di assembramenti **[R, L]** - valutare l'interruzione di alcune attività produttive con particolari situazioni di rischio **[N, R, L]** - possibili restrizioni della mobilità interregionale ed intraregionale (da/per zone ad alta trasmissione: area definita, singola località, comune, provincia, etc.) **[N, R]**	- restrizioni generalizzate con estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico; in caso di restrizioni localizzate, restrizioni della mobilità da/per zone interessate **[N]**
Scuole e Università	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**	**Scuole e Università**
- lezioni in presenza - obbligo di mascherina in situazioni dinamiche e in assenza della distanza interpersonale di almeno 1 mt - limitare le attività con intersezioni tra classi e gruppi - possibilità di introdurre l'obbligo, anche su base locale, di utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - favorire lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio, se serve aumentare gli spazi **[R, L]** - possibilità di sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]** - considerare con maggior attenzione la possibilità di attivare, a garanzia del distanziamento interpersonale e della prevenzione degli assembramenti, in particolare per gli studenti della scuola secondaria di 2° grado e dell'università, parte delle lezioni con DAD, in funzione della specifica situazione locale di circolazione virale **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatisi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]**	- possibilità di obbligare all'utilizzo della mascherina anche in situazioni statiche e con il rispetto del distanziamento interpersonale, su base locale **[L]** o regionale **[R]** - attivare ovunque possibile lezioni scaglionate a rotazione mattina e pomeriggio **[R, L]** - sospensione di alcune tipologie di insegnamenti che presentano condizioni di rischio più elevato (es. educazione fisica, lezioni di canto, strumenti a fiato, laboratori ad uso promiscuo, etc.) **[R, L]** - riduzione delle ore di didattica in presenza, integrando con DAD per gli alunni delle scuole di ogni ordine e grado, in particolare della scuola secondaria di primo e secondo grado e per gli studenti universitari **[N, R, L]** - chiusura temporanea di scuole/università in funzione del numero di casi sospetti/confermati verificatesi nella singola comunità scolastica e/o della circolazione virale locale comunitaria (es. sospensione preventiva plesso/gruppi di classi o singola struttura scolastica/universitaria) **[L]** - considerare la chiusura temporanea (2-3 settimane) delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione modalità DAD sempre ove possibile **[N, R]**	- chiusura delle strutture scolastiche/universitarie di estensione e durata da definirsi rispetto allo scenario epidemiologico ed attivazione della modalità DAD sempre ove possibile **[N]**

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Appendice A
Strumenti e provvedimenti per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020

Tabella A1. Pilastro 1: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Aggiornamento dati epidemiologici 9 marzo ore 16.00	Verbale CTS N. 23 del 14 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	10/03/2020
Aggiornamento scenari pandemici ex DPCM 10/4/2020, misure gestione contagi in RSA, varie	Verbale CTS N. 50 del 11 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	11/04/2020
Analisi attività emergenza territoriale Lombardia e stratificazione interventi patologie infettive e respiratorie, Analisi per riduzione graduale misure di contenimento	Verbale CTS N. 43 del 3 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	03/04/2020
Analisi dati epidemiologici al fine della rimodulazione delle misure di contenimento del contagio, varie	Verbale CTS N. 57 del 22 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	22/04/2020
Analisi epidemiologica, test molecolari rapidi per diagnosi infezione SARS-CoV-2	Verbale CTS N. 35 del 24 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	24/03/2020
Analisi DPCM 14/07/2020, modalità svolgimento consultazioni elettorali del 20-21 settembre 2020, varie	Verbale CTS N. 95 del 16 e 20 luglio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	20/07/2020
Aspetti epidemiologici, analisi riduzione graduale misure di contenimento, varie	Verbale CTS n. 40 del 31 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	31/03/2020
Assicurazione obbligatoria	I dati sulle denunce da COVID-19 (VIII Report nazionale -monitoraggio al 31 agosto 2020)	INAIL	21/09/2020
Autismo	Rapporto ISS COVID-19 n. 8/2020 Rev. - Indicazioni *ad interim* per un appropriato sostegno delle persone nello spettro autistico e/o con disabilità intellettiva nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2	ISS	30/04/2020
Celiachia	Rapporto ISS COVID-19 n. 38/2020 - Indicazioni *ad interim* per un'adeguata gestione delle persone affette da celiachia nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2	ISS	29/05/2020
Consultazioni elettorali/referendarie	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni sulle misure di prevenzione dal rischio di infezione da SARS-CoV-2 per lo svolgimento delle elezioni referendarie, suppletive, regionali e comunali del 20-21 settembre 2020, con particolare riferimento alla formazione del personale dedicato alla raccolta del voto presso il domicilio di elettori sottoposti a trattamento domiciliare o in condizioni di quarantena o di isolamento fiduciario per COVID-19, nonché nelle strutture sanitarie con Reparti Covid19 con meno di 100 posti letto n. 0029600-11/09/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria	11/09/2020
Consultazioni elettorali/referendarie	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni sulle misure di prevenzione dal rischio di infezione da SARS-CoV-2 per lo svolgimento delle elezioni referendarie, suppletive, regionali e comunali del 20-21 settembre 2020, con particolare riferimento alla raccolta del voto presso le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali (RSA) n. 0029601-11/09/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria	11/09/2020
Consultazioni elettorali/referendarie	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni sulle misure di prevenzione dal rischio di infezione da SARS-CoV-2 per lo svolgimento delle elezioni referendarie, suppletive, regionali e comunali del 20-21 settembre 2020, con particolare riferimento al voto di pazienti in quarantena e in isolamento domiciliare n.27319 del 14/08/2020 DGPRE 0027319-P	Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria	14/08/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Contenimento epidemico	Decreto-Legge 30 luglio 2020, n. 83 Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020. (20G00112) (GU Serie Generale n.190, 30/7/2020)	Governo Italiano	30/07/2020
Coperture vaccinali nel periodo di emergenza COVID-19	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Impatto dell'emergenza COVID-19 sulle attività di vaccinazione – analisi del fenomeno e raccomandazioni operative n. 025631-30/07/2020-DGPRE	Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria	30/07/2020
Definizione, certificazione e codifica decessi attribuibili a COVID19, FIGC: valutazioni ripresa gare serie A, varie	Verbale CTS N. 88 del 12 giugno 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	12/06/2020
Fase 2: Indicatori monitoraggio	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 Del DPCM 26/4/2020 n. 0015279-30/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria-Direzione generale della programmazione sanitaria	30/04/2020
Formazione	Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020 - Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: il case report dell'Istituto Superiore di Sanità	ISS	31/05/2020
Gestione della rete assistenziale	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19. n. 0011254-29/05/2020-DGPROGS-MDS-P	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	29/05/2020
Gestione della rete assistenziale	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19. n. 0011408-01/06/2020-DGPROGS-MDS-P	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	01/06/2020
Gestione della rete assistenziale	Legge 17 luglio 2020, n. 77. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU n. 180, 18/7/2020)	Governo Italiano	19/09/2020
Gestione della rete assistenziale	Legge 24 aprile 2020, N. 27 Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, recante misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Proroga dei termini per l'adozione di decreti legislativi. (20G00045) (GU Serie Generale n.110, 29/4/2020 - Suppl. Ordinario n. 16)	Governo Italiano	30/04/2020
Gestione della rete assistenziale	Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile corso di emergenza da COVID-19, 16 marzo. n. 2020 0007422-16/03/2020-DGPROGS-MDS-P - Allegato Utente 1 (A01)	Ministero della Salute, DGPROGS	16/03/2020
Gestione di casi sospetti/probabili e focolai SARS-CoV-2 nelle scuole e servizi per l'infanzia	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia n.017167-21/08/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della prevenzione sanitaria - Direzione generale della programmazione sanitaria	21/08/2020
Incremento disponibilità posti letto a livello nazionale, trasporti pazienti critici	Verbale CTS N. 14 del 1° marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	01/03/2020
Istanze dicasteri: rimodulazioni misure contenimento contagio SARS-CoV-2	Verbale CTS N. 59 del 24 e 25 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	25/04/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19 e utilizzo DPI	Verbale CTS N. 13 del 29 febbraio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	29/02/2020
Linee di indirizzo Ministero della Salute per la rimodulazione delle attività programmate differibili in corso di emergenza CODIV-19, varie	Verbale CTS N. 25 del 12 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	12/03/2020
Malattie rare	Rapporto ISS COVID-19 n. 24/2020 - Indicazioni *ad interim* per una appropriata gestione dell'iposurrenalismo in età pediatrica nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2.	ISS	10/05/2020
Malattie rare	Rapporto ISS COVID-19 n. 39/2020 - Censimento dei bisogni (23 marzo - 5 aprile 2020) delle persone con malattie rare in corso di pandemia da SARS-CoV-2	ISS	30/05/2020
Misure a carattere nazionale (DPCM 25/02/2020)	Verbale CTS N. 12 del 28 febbraio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	28/02/2020
Modello Italia di fase 2 per la gestione integrata emergenza pandemica SARS-CoV-2 per il ritorno all'ordinario, DPI, varie	Verbale CTS N. 39 del 30 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	30/03/2020
Monitoraggio e sorveglianza anziani e fragili, Centro Nazionale Sangue, diagnostica TC e Intelligenza Artificiale	Verbale CTS N. 36 del 25 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	25/03/2020
Offerta assistenziale	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di Emergenza COVID-19. n.007865-25/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	25/03/2020
Open data ISS, sequenziamento genomico	Verbale CTS N. 86 del 5 giugno 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	05/06/2020
Operazioni di primo soccorso e formazione dei soccorritori	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni emergenziali per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nelle operazioni di primo soccorso e per la formazione in sicurezza dei soccorritori. Aggiornamento. n. 021859-23/06/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	23/06/2020
Organizzazione attività didattiche universitarie, rete nazionale sviluppo studi controllati efficacia nuove terapie contro patogeni infettivi emergenti	Verbale CTS N. 53 del 16 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	16/04/2020
Organizzazione PL TI	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Incremento disponibilità posti letto del Servizio Sanitario Nazionale e ulteriori indicazioni relative alla gestione dell'emergenza COVID-19 n. 002627-01/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	01/03/2020
Organizzazione PL TI	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19 n. 002619-29/02/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	29/02/2020
Parere richiesta Ministro Salute chiusura scuole	Verbale CTS N. 18 del 4 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	04/03/2020
Potenziamento rete ospedaliera Piano di riorganizzazione	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Trasmissione Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19 n. 011254-29/05/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	29/05/2020
Preparazione delle risposte a ripresa epidemica stagione autunno-inverno 2020	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Trasmissione documento "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale" n.027007-11/08/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria-Direzione generale della programmazione sanitaria	11/08/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Preparazione e risposta	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale. n. 0027007-11/08/2020-DGPRE-MDS-P	Ministero della Salute - DGPRE, DGPROGS	11/08/2020
Prevenzione dell'infezione	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni sulle misure di prevenzione dal rischio di infezione da SARS-CoV-2 per lo svolgimento delle elezioni referendarie, suppletive, regionali e comunali del 20-21 settembre 2020, con particolare riferimento al voto di pazienti in quarantena e in isolamento domiciliare - Aggiornamento. n. 0029599-11/09/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	12/09/2020
Protezione dei dati personali	Rapporto ISS COVID-19 n. 42/2020 - Protezione dei dati personali nell'emergenza COVID-19	ISS	28/05/2020
Protezione del lavoratore	Circolare INAIL n. 22 del 20 maggio 2020. Tutela infortunistica nei casi accertati di infezione da coronavirus (SARS-CoV-2) in occasione di lavoro. Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 "Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" - Articolo 42 comma 2, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27. Chiarimenti.	INAIL	20/05/2020
Protezione del lavoratore	Gestione dello stress e prevenzione del burnout negli operatori sanitari nell'emergenza COVID-19.	INAIL-CNOP	11/04/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 22/2020 Rev. - Indicazioni *ad interim* per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-CoV-2 .	ISS	28/05/2020
Protezione del lavoratore	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Circolare del Ministero della Salute del 29 aprile 2020 recante "Indicazione operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività". Aggiornamenti e chiarimenti, con particolare riguardo ai lavoratori e alle lavoratrici "fragili".	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	04/09/2020
Ricerca	Rapporto ISS COVID-19 n. 47/2020 - Etica della ricerca durante la pandemia di COVID-19: studi osservazionali e in particolare epidemiologici.	ISS	29/05/2020
Rimodulazione misure contenimento: Modello Italia di fase 2 per la gestione integrata dell'emergenza pandemica da SARS-CoV-2 per il ritorno nell'ordinario	Verbale CTS N. 49 del 9 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	09/04/2020
Rimodulazione prestazioni garantite dall'SSN	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Chiarimenti Rif. Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività programmata differibile In corso di emergenza da COVID-19 n.008076-30/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	30/03/2020
Rimodulazione prestazioni garantite dall'SSN	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Linee di indirizzo per la rimodulazione dell'attività Programmata differibile corso di emergenza da COVID-19 n.007422-16/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	16/03/2020
Ripristino attività ambulatoriali mediche e chirurgiche in elezione, test sierologici ricerca anticorpi anti SARS-CoV-2	Verbale CTS N. 80 del 25 maggio 2020	CTS -Dipartimento Protezione Civile	25/05/2020
Salute mentale	Rapporto ISS COVID-19 n. 41/2020 - Indicazioni per prendersi cura delle difficoltà e dei bisogni dei familiari di pazienti ricoverati in reparti ospedalieri COVID-19	ISS	29/05/2020
Scuola	Decreto-legge 8 settembre 2020, n. 111. Disposizioni urgenti per far fronte a indifferibili	Governo Italiano	09/09/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	esigenze finanziarie e di sostegno per l'avvio dell'anno scolastico, connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20G00134) (GU Serie Generale, n. 223, 8/9/2020)		
Sistema nazionale di previsione/allerta per ondate di calore, denominato Heat Health Watch Warning System	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Sistema operativo nazionale di previsione e prevenzione degli effetti del caldo sulla salute in relazione all'epidemia COVID19 - Attività 2020 n. 20278-11/06/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	11/06/2020
Studenti e docenti provenienti da zone a rischio	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni per la gestione degli studenti e dei docenti di ritorno o in partenza verso aree affette della Cina.	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	01/02/2020
Test sierologici per individuazione SARS-CoV-2	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Test di screening e diagnostici n. 016106-09/05/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	09/05/2020
Trasmissione di dati sanitari aggregati	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Proroga al 31 luglio 2020 dei termini relativi agli adempimenti previsti dell'art. 40(1) del DL.vo 81/2008 n. 011056-31/03/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	31/03/2020
Trasporti ferroviari, aerei e trasporti pubblici locali, vaccinazioni e tutela età evolutiva	Verbale CTS N. 63 del 30 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	30/04/2020
Utilizzo di sostanze/dispositivi	Rapporto ISS COVID-19 n. 56/2020 - Focus on: utilizzo professionale dell'ozono anche in riferimento al COVID-19.	ISS-INAIL	23/07/2020

Tabella A2. Pilastro 2: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Animali da compagnia	Rapporto ISS COVID-19 n. 16/2020 - Animali da compagnia e SARS-CoV-2: cosa occorre sapere, come occorre comportarsi. Versione del 19 aprile 2020	ISS	19/04/2020
Comunicazione del rischio	Coronavirus - Guida pratica per chi si prende cura degli anziani	ISS-INAIL-CEPSAG	24/04/2020
Comunicazione del rischio	COVID-19 e protezione degli operatori sanitari - seconda edizione	INAIL	24/03/2020
Comunicazione del rischio	Rapporto ISS COVID-19 n. 15/2020 - Indicazioni relative ai rischi di acquisto online di farmaci per la prevenzione e terapia dell'infezione COVID-19 e alla diffusione sui social network di informazioni false sulle terapie.	ISS	16/04/2020
Etica	Rapporto ISS COVID-19 n. 40/2020 - Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica.	ISS	25/05/2020
Protezione del lavoratore	Video su Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro del 24/04/2020	INAIL	28/05/2020
Servizio di ascolto psicologico gratuito	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Attivazione del Servizio di ascolto psicologico gratuito del Ministero della Salute n. 0001165-06/05/2020-DGCOREI-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	06/05/2020

Tabella A3. Pilastro 3: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Contact tracing e App Immuni	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (*Contact tracing*) e app Immuni n. 018584-29/05/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria-Direzione generale della programmazione sanitaria	29/05/2020
Contact tracing e Isolamento	Rapporto ISS COVID-19 n. 53/2020 - Guida per la ricerca e gestione dei contatti (*contact tracing*) dei casi di COVID-19	ISS	25/06/2020
Contact tracing e Isolamento	Tecnologie a supporto del rilevamento della prossimità: riflessioni per il cittadino, i professionisti e gli stakeholder in era COVID-19	ISS	31/05/2020
Definizione dei casi da sottoporre al tampone	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Richiamo in ordine a indicazioni fornite con la Circolare del 22 febbraio 2020. n. 005889-25/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	25/02/2020
Definizione di caso COVID-19	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso, n. 007922-09/03/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	09/03/2020
Definizione di caso COVID-19	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-19. Aggiornamento. n. 006360-27/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	27/02/2020
Definizione di caso e di contatto stretto	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-2019. Nuove indicazioni e chiarimenti n. 005443-22/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	22/02/2020
Definizione di caso e modalità di raccolta di campioni clinici	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina n. 002302-27/01/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	27/01/2020
Definizione di Paziente guarito da COVID-19	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Parere del Consiglio Superiore di Sanità: definizione di Paziente guarito da COVID-19 e di paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2 n. 006607-29/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	29/02/2020
Diagnosi di laboratorio	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Annullamento e sostituzione della Circolare del Ministero della Salute n. 0009480 del 19 marzo 2020 "COVID-19: rintraccio dei contatti in ambito di sorveglianza sanitaria e aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio di casi di infezione da SARS-CoV-2" n. 009774-20/03/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	20/03/2020
Identificazione di un nuovo coronavirus (2019-nCoV)	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina n. 001997-22/01/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	22/01/2020
Scuola	Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 Rev. - Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia	Gruppo di Lavoro ISS, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, INAIL, Fondazione Bruno Kessler, Regione Emilia-Romagna, Regione Veneto	28/08/2020
Varie	Verbale CTS N. 93 del 3 luglio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	03/07/2020
Sorveglianza epidemiologica	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Aggiornamento della definizione di caso. n. 0007922-09/03/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	09/03/2020
Sorveglianza epidemiologica	COVID-19: indicazioni per la compilazione della scheda di morte (modello ISTAT d4). Istituto nazionale di statistica	ISTAT	16/04/2020
Sorveglianza epidemiologica	Rapporto ISS COVID-19 n. 34/2020 - Sorveglianza territoriale e tutela della salute pubblica: alcuni aspetti etico-giuridici.	ISS	25/05/2020
Sorveglianza epidemiologica	Verbale CTS N. 38 del 27 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	27/03/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Sorveglianza epidemiologica e clinica	Rapporto ISS COVID-19 n. 18/2020 - Raccomandazioni per la raccolta e analisi dei dati disaggregati per sesso relativi a incidenza, manifestazioni, risposta alle terapie e outcome dei pazienti COVID-19.	ISS	26/04/2020
Sorveglianza microbiologica	Verbale CTS N. 69 del 11 maggio 2020	CTS -Dipartimento Protezione Civile	11/05/2020
Studenti provenienti da zone a rischio	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Aggiornamenti alla circolare ministeriale prot. del 01.02.2020 con riferimento alle indicazioni per la gestione nel settore scolastico degli studenti di ritorno dalle città a rischio della Cina. n. 004001-08/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	08/02/2020
Studio nazionale sieroprevalenza, terapie sperimentali, varie	Verbale CTS N. 44 del 4 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	04/09/2020
Test diagnostici per asintomatici	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Documento relativo ai criteri per sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca d'infezione da SARS-CoV-2 attraverso tampone rino-faringeo e Test diagnostico. n. 006337-27/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	27/02/2020

Tabella A4. Pilastro 4: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Canale sanitario aeroportuale	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-2019: indicazioni per la gestione degli atleti che provengono da aree affette. n. 005257-20/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	20/02/2020
Gestione potenziali casi di COVID-19	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Potenziali casi di coronavirus (nCoV) e relativa gestione. n. 002993-31/01/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	31/01/2020
Misure preventive aeroportuali	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Epidemia cinese da coronavirus nCoV: Misure urgenti a tutela della salute pubblica. Divieto di atterraggio di tutti i voli provenienti dalla Cina negli aeroporti di Ciampino, Roma Urbe, Perugia, Ancona n.2.31.152/165- 27/01/2020 DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	27/01/2020
Monitoraggio dei passeggeri provenienti dalla Cina	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: 2019 nCov: Indicazioni operative per il monitoraggio dello stato di salute dei passeggeri su voli con provenienza Cina. n. 002265-24/01/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	24/01/2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella A5. Pilastro 5: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Diagnostica di laboratorio/ strategie di testing	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio, n. 0011715-03/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	03/04/2020
Diagnostica di laboratorio/ strategie di testing	Rapporto ISS COVID-19 n. 11/2020 Rev. 2- Raccomandazioni per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone oro/rino-faringeo per la diagnosi di COVID-19	ISS	29/05/2020
Diagnostica di laboratorio/ strategie di testing	Rapporto ISS COVID-19 n. 13/2020 - Raccomandazioni per raccolta, trasporto e conservazione di campioni biologici COVID-19	ISS	15/04/2020
Diagnostica di laboratorio/ strategie di testing	Rapporto ISS COVID-19 n. 28/2020 - Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 1: normativa e tipologie	ISS	18/05/2020
Diagnostica di laboratorio/ strategie di testing	Rapporto ISS COVID-19 n. 46/2020 - Dispositivi diagnostici in vitro per COVID-19. Parte 2: evoluzione del mercato e informazioni per gli stakeholder	ISS	23/05/2020

Tabella A6. Pilastro 6: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Attività differibilii	Verbale CTS n. 83 del 29/05/2020 Parere Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate ritenute differibili in corso di emergenza da COVID-19	CTS	29/05/2020
Attività economiche e produttive	DPCM 11/06/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 147, 11/6/2020) Allegato 9 - Linee guida per la riapertura delle attività economiche e produttive della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome dell'11 giugno 2020. 20/95/CR1/COV19.	Presidenza del Consiglio dei Ministri	11/06/2020
Attività economiche e produttive	DPCM 14/07/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 176, 14/7/2020) Allegato 1 - Linee guida per la riapertura delle Attività Economiche, Produttive e Ricreative della Conferenza delle Regioni e delle province autonome del 14 luglio 2020. 20/127/CR7ter-a/COV19.	Presidenza del Consiglio dei Ministri	14/07/2020
Attività economiche e produttive	DPCM 17/05/2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 126, 17/5/2020). Allegato 17 - Linee guida per la riapertura delle attività economiche e produttive della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 16 maggio 2020.20/81/CR01/COV19.	Presidenza del Consiglio dei Ministri	17/05/2020
Attività odontoiatrica	Verbale CTS n. 72 del 13/05/2020 Parere Indicazioni operative per l'attività odontoiatrica durante la fase 2 della pandemia covid-19	CTS - Dipartimento Protezione Civile	13/05/2020
Cantieri	DPCM 26/04/2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale, n. 108, 27/4/2020). Allegato 7 – Protocollo condiviso per la regolamentazione della diffusione del COVID-19 nei cantieri	Presidenza del Consiglio dei Ministri	27/04/2020
Centri commerciali	Verbale CTS n. 74 del 15/05/2020 Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 per il settore del commercio al dettaglio: i centri commerciali, parchi commerciali, factory outlet e i mercati	CTS - Dipartimento Protezione Civile	15/05/2020
Conferenze / Chiese / Comunità	DPCM 17/05/2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 126, 17/5/2020). Allegato 1 - Protocollo con la Conferenza Episcopale Italiana circa la ripresa delle celebrazioni con il popolo. Allegato 2 - Protocollo Comunità ebraiche italiane Allegato 3 - Protocollo Chiese Protestanti, Evangeliche,	Presidenza del Consiglio dei Ministri	17/05/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	Anglicane Allegato 4 - Protocollo Comunità ortodosse Allegato 5 - Protocollo Comunità Induista, Buddista (Unione Buddista e Soka Gakkai), Baa'i e Sikh Allegato 6 - Protocollo Comunità Islamiche Allegato 7 - Protocollo Comunità della Chiesa di Gesù Cristo dei Santi degli ultimi giorni		
Consultazioni elettorali/referendarie	Protocollo sanitario e di sicurezza per lo svolgimento delle consultazioni elettorali e referendarie dell'anno 2020	Ministero dell'Interno e Ministero della Salute	07/08/2020
Contact tracing e isolamento	Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2020 Rev. - Indicazioni *ad interim* per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19	ISS	24/07/2020
Contenimento diffusione SARS-CoV-2 attività competenza MIBACT, rischi esposizione Polizia di Stato, varie	Verbale CTS N. 62 del 29 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	29/04/2020
Contenimento e gestione	Ordinanza 16 agosto 2020. Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04564). (GU Serie Generale, n. 204, 17/8/2020)	Ministero della Salute	17/08/2020
Criteri generali protocolli di settore	DPCM 11/06/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 147, 11/6/2020) Allegato 10 - Criteri generali per l'elaborazione dei protocolli di settore	Presidenza del Consiglio dei Ministri	11/06/2020
Cura della persona	Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 nel settore della cura della persona: servizi dei parrucchieri e di altri trattamenti estetici	INAIL-ISS	13/05/2020
Cura della persona	Documento tecnico sull'analisi di rischio e le misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nelle attività ricreative di balneazione e in spiaggia	INAIL-ISS	12/05/2020
Diagnostica per immagini	Rapporto ISS COVID-19 n. 50/2020 Rev. - Contributo dell'innovazione tecnologica alla sicurezza del paziente diabetico da sottoporre ad esame del fondo oculare in tempi di COVID-19	AUSL Pescara; ISS, Roma; Università di Torino; Agenzia Internazionale per la Prevenzione della Cecità, Roma; Università Vita-Salute, Ospedale San Raffaele, Milano; Università di Chieti Pescara	24/06/2020
Disinfezione degli ambienti esterni	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Disinfezione degli ambienti esterni e utilizzo di disinfettanti (ipoclorito di sodio) su superfici stradali e pavimentazione urbana per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 n. 0009361-18/03/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	18/03/2020
Dispositivi di protezione individuale (DPI)	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Polmonite da nuovo coronavirus COVID-19 - ulteriori informazioni e precauzioni e indicazioni operative su utilizzo DPI	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	18/03/2020
Dispositivi di protezione individuale (DPI)	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Polmonite da nuovo coronavirus COVID-19 ulteriori precisazioni su utilizzo dei dispositivi di protezione individuale da parte degli operatori di Polizia locale n. 011392-01/04/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	01/04/2020
DPI nelle attività sanitarie e sociosanitarie	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni *ad interim* per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	29/03/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	SARS-CoV-2 . Aggiornato al 28 marzo 2020 n. 010736-29/03/2020-DGPRE		
DPI, Dispositivi medici	Verbale CTS N. 65 del 3 maggio 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	03/05/2020
DPI, tamponi naso-faringei per la ricerca di SARS-CoV-2	Verbale CTS N. 45 del 6 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	06/04/2020
DPI, varie	Verbale CTS N. 28 del 15 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	15/03/2020
Emergenza navi: casi sospetti navi da crociera	Verbale CTS N. 3 del 12 febbraio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	12/02/2020
Esercizi commerciali	DPCM 26/04/2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale, n. 108, 27/4/2020). Allegato 5 - Misure per gli esercizi commerciali	Presidenza del Consiglio dei Ministri	27/04/2020
Gestione dei rifiuti	Rapporto ISS COVID-19 n. 3/2020 Rev. 2 - Indicazioni *ad interim* per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2	ISS	31/05/2020
Gestione persone elevata fragilità e marginalità sociosanitaria	Verbale CTS n. 96 del 24/07/2020 Gestione di persone ad elevata fragilità e marginalità sociosanitaria nel quadro dell'epidemia di COVID-19	CTS	24/07/2020
Gestione smaltimento DPI, varie	Verbale CTS N. 27 del 14 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	14/03/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 19/2020 Rev.- Raccomandazioni *ad interim* sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico-chirurgici e biocidi.	ISS	13/07/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 - Indicazioni *ad interim* per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2.	ISS	07/07/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 21/2020 - Guida per la prevenzione della contaminazione da Legionella negli impianti idrici di strutture turistico recettive e altri edifici ad uso civile e industriale, non utilizzati durante la pandemia COVID-19.	ISS	03/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 - Raccomandazioni *ad interim* sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento.	ISS	15/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 26/2020 - Indicazioni ad interim sulla gestione e smaltimento di mascherine e guanti monouso provenienti da utilizzo domestico e non domestico	ISS	18/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 27/2020 - Indicazioni per la prevenzione del rischio Legionella nei riuniti odontoiatrici durante la pandemia da COVID-19.	ISS	17/04/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 33/2020 - Indicazioni sugli impianti di ventilazione/climatizzazione in strutture comunitarie non sanitarie e in ambienti domestici in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2.	ISS	25/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 36/2020 - Indicazioni sulle attività di balneazione in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2	ISS	31/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 37/2020 - Indicazioni per le piscine, di cui all'Accordo 16/1/2003 tra il Ministro della salute, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, in relazione alla diffusione del virus SARS-CoV-2.	ISS	31/05/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 5/2020 Rev. 2 - Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2.	ISS	25/05/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 7/2020 - Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2	ISS	29/03/2020
Igiene degli ambienti	Rapporto ISS COVID-19 n. 9/2020 - Indicazioni *ad interim* sulla gestione dei fanghi di depurazione per la prevenzione della diffusione del virus SARS-CoV-2	ISS	03/04/2020
Igiene e sicurezza degli alimenti	Rapporto ISS COVID-19 n. 17/2020 - Indicazioni *ad interim* sull'igiene degli alimenti durante l'epidemia da virus SARS-CoV-2	ISS	19/04/2020
Indicazioni *ad interim* isolamento e assistenza domiciliare in contesto COVID 19	Verbale CTS N. 22 del 9 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	09/03/2020
IPC nelle Strutture residenziali sociosanitarie	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in Strutture residenziali e sociosanitarie n. 0013468-18/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria-Direzione generale della programmazione sanitaria	18/04/2020
IPC settore funebre	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione - Aggiornamento alla luce della mutata situazione giuridica e epidemiologica (pdf, 0.07 Mb) n. 018457-28/05/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	28/05/2020
IPC settore funebre	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione (Revisione post DPCM 26 aprile 2020) n. 015280-02/05/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	02/05/2020
IPC settore funebre	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni emergenziali connesse ad epidemia COVID-19 riguardanti il settore funebre, cimiteriale e di cremazione n. 012302-08/04/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	08/04/2020
Linee orientamento attività servizi educativi estivi per l'infanzia (0-3 anni), varie	Verbale CTS N. 84 del 3 giugno 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	03/06/2020
Luoghi di lavoro	Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione.	Inail	23/04/2020
Luoghi di lavoro	DPCM 26/04/2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale, n. 108, 27/4/2020). Allegato 6 - Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro del 24/04/2020.	Presidenza del Consiglio dei Ministri	27/04/2020
Manifestazioni ciclistiche	Verbale CTS n. 94 del 07/07/2020 Parere Procedure di sicurezza per la ripresa delle manifestazioni ciclistiche	CTS	07/07/2020
Mass gathering	Verbale CTS N. 66 del 4, 5, 6 maggio 2020 - Azioni e modalità per la riapertura dei Musei	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	06/05/2020
Mass gathering	Verbali CTS n. 98 del 05/08/2020, n. 96 del 24/07/2020 e n. 95 del 16-20/07/2020 Pareri riguardanti i c.d. Mass gatherings	CTS	luglio-agosto 2020
Misure contenitive SARS-CoV-2	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni per l'attuazione di misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 attraverso procedure di sanificazione di strutture non sanitarie (superfici, ambienti interni) e Abbigliamento n. 017644-22/05/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	22/05/2020
Misure di contenimento contagio luoghi di lavoro, varie	Verbale CTS N. 48 del 8 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	08/04/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Misure profilattiche connazionali rimpatriati	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Precisazioni in ordine all'ordinanza del Ministro della salute del 21 febbraio 2020 recante "Ulteriori misure profilattiche contro la diffusione della Malattia infettiva COVID19" n. 006144-27/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	27/02/2020
Modalità ripresa attività didattiche prossimo anno scolastico	Verbale CTS N. 81 del 26/05/2020	CTS -Dipartimento della Protezione Civile	26/05/2020
Modalità ripresa sport di contatto, quesiti vari misure di contenimento rischio contagio da SARS-CoV-2	Verbale CTS N. 91 del 23 giugno 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	23/06/2020
Modalità svolgimento esami stato scuola secondo grado, varie	Verbale CTS N. 67 del 07/05/2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	18/05/2020
Navi da crociera	DPCM 7/08/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.198, 8/8/2020). Allegato 17 - Misure per la gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 a bordo delle navi da crociera	Presidenza del Consiglio dei Ministri	08/08/2020
Negozi di gioco pubblico regolamentati	Verbale CTS n. 87 del 08/06/2020 Parere Riapertura di casinò, sale bingo, gaming hall e altri negozi di gioco pubblico regolamentati	CTS	08/06/2020
Prevenzione	Ordinanza 12 agosto 2020. Ulteriori misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04514). (GU Serie Generale, n. 202, 13/8/2020)	Ministero della Salute	13/08/2020
Prevenzione dell'infezione	Aggiornamento delle misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili, 9 marzo 2020. Integrata dalla Circolare del 16 marzo 2020	ISS-CNS	09/03/2020
Prevenzione dell'infezione	Integrazione alla circolare Prot. n. 0653.CNS.2020 del 09 marzo 2020 "Aggiornamento misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili"	ISS-CNT	16/03/2020
Prevenzione dell'infezione	Integrazione alla circolare Prot. n. 0653.CNS.2020 del 09 marzo 2020 "Aggiornamento misure di prevenzione della trasmissione dell'infezione da nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2) mediante la trasfusione di emocomponenti labili"	ISS-CNT	16/03/2020
Prevenzione dell'infezione	Protocollo Coronavirus & dialisi, 27 febbraio 2020	Società Italiana di Nefrologia	27/02/2020
Procedure per servizi/esercizi a contatto con il pubblico	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni per gli operatori dei servizi/esercizi a contatto con il pubblico. n. 003190-03/02/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	03/02/2020
Procedure preventive per i Tecnici verificatori	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-19. Raccomandazioni operative per i Tecnici verificatori n. 009268-18/03/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	18/03/2020
Protezione degli operatori sanitari	Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2 Indicazioni *ad interim* per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2	Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni	10/05/2020
Protezione del lavoratore	Protocollo quadro per la prevenzione e la sicurezza dei dipendenti pubblici sui luoghi di lavoro in ordine all'emergenza sanitaria da "COVID-19". Approvato in verbale CTS 95 del 16/07/2020	Ministro per la Pubblica Amministrazione – Organizzazioni sindacali Roma 24 luglio 2020	24/07/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Protezione del lavoratore	Verbale CTS N. 24 del 11 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	11/03/2020
Protezione del lavoratore	Verbale CTS N. 26 del 13 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	13/03/2020
Protezione del lavoratore	Verbale CTS N. 37 del 26 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	26/03/2020
Protezione del lavoratore	Circolare 04/09/2020 - Indicazioni e chiarimenti circolare 29 aprile 2020 con particolare riguardo ai lavoratori e alle lavoratrici "fragili". n. 00028877-04/09/2020-DGPRE-DGPRE-P e n. 13 –04/09/2020 Ministero del Lavoro e PS	Ministero della Salute; Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali	04/09/2020
Protezione del lavoratore	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV-2 negli ambienti di lavoro e nella collettività. n 0014915-29/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute, DGPRE Ufficio 4	04/09/2020
Protezione del lavoratore	Circolare n. 1585 dell'11/09/2020. Circolare interministeriale del Ministero della Salute e del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali 4 settembre 2020, n. 13 - Indicazioni operative relative alle procedure di competenza del dirigente scolastico riguardo ai lavoratori fragili con contratto a tempo indeterminato e determinato.	Ministero dell'Istruzione	11/09/2020
Protezione del lavoratore	Decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18 - Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19 – convertito in in L. 24 aprile 2020, n. 27. Art. 15 - (Disposizioni straordinarie per la produzione di mascherine chirurgiche e dispositivi di protezione individuale) Commi 2 e 3 – validazione straordinaria e in deroga di mascherine chirurgiche e DPI	Governo italiano	17/03/2020
Protezione del lavoratore	DPCM 7/8/2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04399). (GU Serie Generale, n. 198, 8/8/2020) Art. 2; Allegato 9; Allegato 13	Presidenza del Consiglio dei Ministri	08/08/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2 - Indicazioni *ad interim* per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2	ISS	10/05/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 32/2020 - Indicazioni *ad interim* sul contenimento del contagio da SARS-CoV-2 e sull'igiene degli alimenti nell'ambito della ristorazione e somministrazione di alimenti.	ISS	27/05/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 Rev. 2 - Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali.	ISS	24/08/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 52/2020 - Protocollo di gestione dell'emergenza epidemiologica da SARS-CoV-2 nelle strutture veterinarie universitarie	SISVet, ISS	11/06/2020
Protezione del lavoratore	Istruzione operativa del 19/03/2020. Emergenza Covid – 19. Attuazione art. 15 decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18. Validazione straordinaria dei dispositivi di protezione individuale	Inail	19/03/2020
Protezione del lavoratore	Protocollo condiviso per la tutela dei lavoratori del settore cine-audiovisivo	Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali e OOSS	07/07/2020
Protezione del lavoratore	Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 - Raccomandazioni *ad interim* sulla sanificazione di	ISS	15/05/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento		
Protezione della popolazione	DPCM 26 aprile 2020 Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6 recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. Art. 3 - Misure di informazione e prevenzione sull'intero territorio nazionale; commi 2, 3 e 4 mascherine di comunità	Presidenza del Consiglio dei Ministri	27/04/2020
Protocolli cerimonie religiose, modalità effettuazione esami di stato e ripresa attività didattiche prossimo anno scolastico, varie	Verbale CTS N. 73 del 14 maggio 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	14/05/2020
Quesito Ministero Giustizia	Verbale CTS N. 70 del 11 maggio 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	11/05/2020
Raccomandazioni popolazione anziana	Verbale CTS N. 58 del 23 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	23/04/2020
Rideterminazione modalità quarantena e isolamento fiduciario, modalità ripresa attività didattiche prossimo anno scolastico, varie	Verbale CTS N. 90 del 22 giugno 2020	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	22/06/2020
Rimodulazione misure contenimento contagi stabilimenti termali e balneo-termali, parere tecnico su campagna vaccinazione antiinfluenzale 2020-21, varie	Verbale CTS N. 78 del 21 maggio 2020	CTS -Dipartimento della Protezione Civile	21/05/2020
Ristorazione	Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 nel settore della ristorazione.	Inail-Iss	12/05/2020
Scuola	Aggiornamento del Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive nel settore scolastico. Approvato in verbale CTS 90 del 22/06/2020	CTS	23/06/2020
Scuola	Documento tecnico sulla rimodulazione delle misure contenitive nel settore scolastico per lo svolgimento dell'esame di stato nella scuola secondaria di secondo grado. Approvato in verbale CTS 73 del 14/05/2020	CTS	14/05/2020
Scuola	Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive nel settore scolastico. Approvato in verbale CTS 82 del 28/05/2020	CTS	28/05/2020
Scuola	Misure di prevenzione e raccomandazioni per gli studenti delle scuole di ogni ordine e grado per la ripresa dell'anno scolastico 2020-2021. Approvato in verbale CTS 104 del 31/08/2020	CTS	31/08/2020
Scuola	Risposta a quesiti del Ministero dell'istruzione relativi all'inizio del nuovo anno scolastico. In verbale CTS 94 del 07/07/2020	CTS	07/07/2020
Scuola	Risposta a quesito del Ministero dell'Istruzione sull'uso delle mascherine. In verbale CTS 100 del 10/08/2020	CTS	10/08/2020
Scuola	Decreto Ministero dell'Istruzione del 03/08/2020 n. 80. Documento di indirizzo e orientamento per la ripresa delle attività in presenza dei servizi educativi e delle scuole dell'infanzia per la fascia 0-6	Ministero dell'Istruzione	03/08/2020
Scuola	Decreto Ministero dell'Istruzione del 06/08/2020 n. 87. Protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID-19	Ministero dell'Istruzione e OOSS	06/08/2020
Scuola	Decreto Ministero dell'Istruzione del 26/06/2020 n. 39. Adozione del Documento per la pianificazione delle attività scolastiche, educative e formative in tutte le Istituzioni del Sistema nazionale di Istruzione per l'anno scolastico 2020/2021.	Ministero dell'Istruzione	26/06/2020
Scuola	DPCM 7/9/2020. Allegato D. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19,	Presidenza del Consiglio dei Ministri	07/09/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04814). (GU Serie Generale, n. 222, 7/9/2020)		
Scuola	Protocollo d'intesa per garantire la ripresa delle attività in presenza dei servizi educativi e delle scuole dell'infanzia, nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione del COVID-19	Ministero dell'Istruzione	ND
Socialità e giochi per bambini e adolescenti	DPCM 17/05/2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 126, 17/5/2020). Allegato 8 - Linee guida per la gestione in sicurezza di opportunità organizzate di socialità e gioco per bambini e adolescenti nella fase 2 dell'emergenza COVID-19	Presidenza del Consiglio dei Ministri	17/05/2020
Spettacoli	DPCM 17/05/2020 - Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n. 126, 17/5/2020). Allegato 9 - Spettacoli dal vivo e cinema	Presidenza del Consiglio dei Ministri	17/05/2020
Sport	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Modalità attuative della quarantena per i contatti stretti dei casi COVID-19, in particolari contesti di riferimento, quali l'attività agonistica di squadra professionista n. 0021463-18/06/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	18/06/2020
Sport	Verbale CTS n. 65 del 03/05/2020	CTS	03/05/2020
Stabilimenti termali e balneo-termali	Verbale CTS n. 78 del 21/05/2020 Rimodulazione delle misure di contenimento del contagio per gli stabilimenti termali e balneo-termali	CTS	21/05/2020
Tamponi rino-faringei, gestione casi sospetti COVID-19 positivi in età evolutiva	Verbale CTS N. 30 del 17 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	17/03/2020
Trasporti	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Indicazioni per la rimodulazione delle misure contenitive di fase 2 in relazione al trasporto pubblico collettivo terrestre, nell'ottica della ripresa del pendolarismo, nel contesto dell'emergenza da SARS-CoV-2 n, 0014916-29/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute	29/04/2020
Trasporti	Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive in relazione al trasporto pubblico collettivo terrestre, nell'ottica della ripresa del pendolarismo, nel contesto dell'emergenza da SARS-CoV-2	Inail-Iss	27/04/2020
Trasporti	DPCM 26/04/2020 -Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (GU Serie Generale, n. 108, 27/4/2020). Allegato 8 – Protocollo condiviso per la regolamentazione della diffusione del COVID-19 nel settore dei trasporti e della logistica	Presidenza del Consiglio dei Ministri	27/04/2020
Trasporti	DPCM 7/08/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.198, 8/8/2020). Allegato 15 - Linee guida per l'informazione agli utenti	Presidenza del Consiglio dei Ministri	08/08/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	e le modalità organizzative per il contenimento della diffusione del COVID-19 in materia di trasporto pubblico.		
Trasporti	DPCM 7/9/2020. Allegato A. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04814)	Presidenza del Consiglio dei Ministri	07/09/2020
Trasporti	DPCM 7/9/2020. Allegato B. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04814)	Presidenza del Consiglio dei Ministri	07/09/2020
Trasporti	DPCM 7/9/2020. Allegato C. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04814). (GU Serie Generale, n. 222, 7/9/2020)	Presidenza del Consiglio dei Ministri	07/09/2020
Trasporti	Verbale CTS N. 61 del 28 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	28/04/2020
Trasporto pubblico terrestre, varie	Verbale CTS N. 55 del 18 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	18/04/2020
Trasporto scolastico	DPCM 7/08/2020 - Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (GU Serie Generale n.198, 8/8/2020). Allegato 16 - Linee guida per il trasporto scolastico dedicato.	Presidenza del Consiglio dei Ministri	08/08/2020
Tutela pazienti oncologici e onco-ematologici	Verbale CTS N. 19 del 5 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	05/03/2020
Università	DPCM 7/9/2020. Allegato E. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A04814). (GU Serie Generale, n. 222, 7/9/2020)	Presidenza del Consiglio dei Ministri	07/09/2020
Vaccinazioni, problemi urgenti età evolutiva, varie	Verbale CTS N. 52 del 15 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	15/04/2020
Varie	Verbale CTS n. 68 del 8-10/05/2020 Parere Protocollo nazionale Accoglienza sicura Parere Uso di protezioni oculari e per il viso per i controllori a bordo dei mezzi di trasporto pubblico Parere su gestione e utilizzo degli impianti aeraulici e sulla dotazione di DPI da prevedere per tutto il personale della Presidenza del Consiglio	CTS - Dipartimento della Protezione Civile	10/05/2020
Varie	Verbale CTS n. 77 del 19/05/2020 Valutazione circa la ripresa degli allenamenti delle squadre di calcio di serie A Elezioni regionali e amministrative anno 2020	CTS	21/05/2020
Varie	Verbale CTS n. 82 28/05/2020 Considerazioni sul trasporto aereo Parere su Ripresa delle attività chirurgiche elettive Criteri sintetici e riferimenti tecnici per l'acquisizione di DPI e per la valutazione delle caratteristiche di sicurezza preliminare Risposta al quesito del Ministero del Lavoro e delle	CTS	28/05/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
	Politiche sociali sulle attività formative in materia di salute e sicurezza sul lavoro		
Varie	Verbale CTS n. 92 del 1-2/07/2020 Risposta all'istanza del Commissario straordinario per il reperimento dei banchi monoposti da distribuire alle scuole Parere Protocollo dl regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus covid-19 nello svolgimento dei concorsi pubblici dl competenza della commissione RIPAM	CTS	1-2/07/2020
Varie	Verbale CTS n. 97 del 30/07/2020 Documento tecnico su misure di prevenzione dal rischio di infezione da SARS-CoV-2 per lo svolgimento delle elezioni referendarie, suppletive, regionali e comunali Parere Modalità di ripresa delle attività didattiche per l'Anno Accademico 2020-2021 nelle Università	CTS	30/07/2020

Tabella A7. Pilastro 7: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Criteri di guarigione, farmaci antiipertensivi	Verbale CTS N. 32 del 19 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	19/03/2020
Diagnostica di laboratorio/strategie di testing	Indicazioni sull'effettuazione del tampone per la ricerca di SARS-CoV-2 nei riceventi di trapianto d'organo da donatore vivente e donatore deceduto, 16 marzo 2020	ISS-CNT; Ministero della Salute	16/03/2020
Diagnostica per immagini	Stato dell'arte sull'impiego della diagnostica per immagini per COVID-19	ISS - Università Tor Vergata	07/07/2020
Gestione clinica	Rapporto ISS COVID-19 n. 29/2020 - Indicazioni *ad interim* su malattia di Kawasaki e sindrome infiammatoria acuta multisistemica in età pediatrica e adolescenziale nell'attuale scenario emergenziale da infezione da SARS-CoV-2.	ISS	21/05/2020
Gestione clinica	Rapporto ISS COVID-19 n. 48/2020 - Strategie immunologiche *ad interim* per la terapia e prevenzione della COVID-19	ISS	04/06/2020
Gestione clinica	Rapporto ISS COVID-19 n. 6/2020 - Procedura per l'esecuzione di riscontri diagnostici in pazienti deceduti con infezione da SARS-CoV-2.	ISS	23/03/2020
Gestione clinica Malattie rare	Rapporto ISS COVID-19 n. 14/2020 - Indicazioni *ad interim* per un appropriato sostegno delle persone con enzimopenia G6PD (favismo) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2.	ISS	14/04/2020
Gestione clinico-organizzativa	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-19: Indicazioni emergenziali per le attività assistenziali e le misure di prevenzione e controllo nei Dipartimenti di Salute Mentale e nei Servizi di Neuropsichiatria Infantile dell'Infanzia e dell'Adolescenza. n. 0014314-23/04/2020-DGPRE-DGPRE-P	Ministero della Salute, DGPRE, DGPROGS	23/04/2020
Gestione della rete assistenziale	Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020 - Indicazioni *ad interim* per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19	ISS	13/04/2020
Gestione della rete assistenziale	Rapporto ISS COVID-19 n. 35/2020 - Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione.	ISS	25/05/2020
Gestione pazienti immunodepressi	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Raccomandazioni per la gestione dei pazienti immunodepressi residenti nel nostro Paese in corso di emergenza da COVID-19 n.007942-27/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	27/03/2020
Gestione pazienti oncologici	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Raccomandazioni per la gestione dei pazienti oncologici e onco-ematologici in corso di emergenza da COVID-19 n.007023-10/03/2020-DGPROGS	Ministero della Salute - Direzione generale della programmazione sanitaria	10/03/2020
Percorso Nascita	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: COVID-19: indicazioni per gravida-partoriente, puerpera, neonato e allattamento n.011257-31/03/2020-DGPRE	Ministero della Salute- Direzione generale della prevenzione sanitaria- Direzione generale della programmazione sanitaria	31/03/2020
Plasma di pazienti siero convertiti ad uso terapeutico, varie	Verbale CTS N. 46 del 7 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	07/04/2020
Raccomandazioni per la gestione dei pazienti immunodepressi	Verbale CTS N. 31 del 18 marzo 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	18/03/2020
Salute materno-infantile	Rapporto ISS COVID-19 n. 44/2020 - Indicazioni di un programma di intervento per la gestione dell'ansia e della depressione perinatale nell'emergenza e post emergenza COVID-19	ISS	31/05/2020
Salute materno-infantile	Rapporto ISS COVID-19 n. 45/2020 - Indicazioni *ad interim* per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19	ISS	31/05/2020

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Salute mentale	Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020 - Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19.	ISS	24/05/2020
Salute mentale	Rapporto ISS COVID-19 n. 31/2020 - Indicazioni *ad interim* per il supporto psicologico telefonico di secondo livello in ambito sanitario nello scenario emergenziale COVID-19.	ISS	26/05/2020
Salute Mentale/ Età evolutiva	Rapporto ISS COVID-19 n. 43/2020 - Indicazioni *ad interim* per un appropriato sostegno della salute mentale nei minori di età durante la pandemia COVID-19.	ISS	31/05/2020
Sorveglianza clinica	Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020 - COVID-19: rapporto *ad interim* su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte.	ISS, INAIL, ISTAT	08/06/2020
Sorveglianza clinica	Linee di indirizzo assistenziali del paziente critico affetto da COVID-19, 29 febbraio 2020	Gruppo di esperti: M. Antonelli, L. Richeldi, R. Bernabei, A. Villani	29/02/2020
Sorveglianza clinica	Raccomandazioni per la gestione dei pazienti oncologici e onco-ematologici, in corso di emergenza da COVID-19,10 marzo 2020. n. 0007023-10/03/2020-DGPROGS-MDS-P - Allegato Utente 1 (A01)	Ministero della Salute, DGPROGS; CTS Protezione Civile	10/03/2020
Trattamenti con plasma da convalescenti o immunoglobuline iperimmuni	Verbale CTS N. 51 del 14 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	14/04/2020
Utilizzo di sostanze/dispositivi	Rapporto ISS COVID-19 n. 51/2020 - Integratori alimentari o farmaci? Regolamentazione e raccomandazioni per un uso consapevole in tempo di COVID-19	ISS	31/05/2020
Valutazione documento su criteri di utilizzo dei sistemi invasivi e non invasivi per la gestione dell'insufficienza respiratoria acuta dell'adulto e relativi costi	Verbale CTS N. 11 del 27 febbraio 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	27/02/2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tabella A8. Pilastro 8: strumenti e provvedimenti operativi per la risposta a COVID-19 in Italia nella stagione autunno-invernale 2020 per argomento principale trattato

Argomento principale	Titolo del documento	Autore	Data emissione
Dispositivi diagnostici	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Covid19: Aggiornamento Elenco Dispositivi Diagnostici n. 012413-08/04/2020-DGPRE	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	08/04/2020
Donazioni di sangue ed emocomponenti	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Emergenza epidemiologica da COVID-19: donazioni di sangue ed emocomponenti. n. 0008138-10/03/2020-DGPRE-MDS-P	Ministero della Salute-Direzione generale della prevenzione sanitaria	10/03/2020
Farmaci	Donazioni di farmaci per l'emergenza COVID-19 Coordinate da AIFA	AIFA	18/05/2020
Farmaci	Procedure di importazione di farmaci carenti e supporto alle regioni per l'emergenza COVID	AIFA	21/05/2020
Protezione del lavoratore	Circolare del Ministero della Salute Oggetto: Verifica dei requisiti di qualità e sicurezza delle mascherine facciali ad uso medico (DM) e dei dispositivi di protezione individuale (DPI) n. 0003572-18/03/2020-GAB-GAB-P	Ministero della Salute	18/03/2020
Supporto operativo e logistica	Verbale CTS N. 54 del 17 aprile 2020	CTS - Dipartimento Protezione Civile	17/04/2020

Bibliografia

1. World Health Organization. *COVID-19 Strategy Update, 14 April 2020*. Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-strategy-update-14april2020.pdf?sfvrsn=29da3ba0_19
2. World Health Organization. *WHO Coronavirus Disease (COVID-19) Dashboard*. Ultima consultazione 18/9/2020. https://covid19.who.int/
3. European Centre for Disease Prevention and Control. *COVID-19 pandemic.* Ultima consultazione 18/9/2020. https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic
4. Istituto Superiore di Sanità. *Dati della Sorveglianza integrata COVID-19 in Italia.* Ultima consultazione 18/9/2020. https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard
5. European Centre for Disease Prevention and Control. *Rapid Risk Assessment. Outbreak of acute respiratory syndrome associated with a novel coronavirus, China: first local transmission in the EU/EEA – eighth update*. ECDC: Stockholm; 2020. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-eighth-update-8-april-2020.pdf
6. He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, *et al.* Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. *Nat Med* 15 April 2020;1-4.
7. Liu Y, Yan L-M, Wan L, Xiang T-X, Le A, Liu J-M, *et al.* Viral dynamics in mild and severe cases of COVID-19. *Lancet Infect Dis* 2020;20(6)656-7. https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(20)30232-2/abstract
8. Li R, Pei S, Chen B, Song Y, Zhang T, Yang W, *et al.* Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV-2). *Science* 2020;368(6490):489-93. https://science.sciencemag.org/content/early/2020/03/13/science.abb3221
9. World Health Organization. *Pandemic Influenza Risk Management. A WHO guide to inform & harmonize national & international pandemic preparedness and response*. Geneva: WHO; 2017. (WHO/WHE/IHM/GIP/2017.1) http://www.who.int/influenza/preparedness/pandemic/influenza_risk_management/en/
10. European Centre for Disease Prevention and Control. *Guide to revision of national pandemic influenza preparedness plans - Lessons learned from the 2009 A(H1N1) pandemic.* Stockholm: ECDC; 2017. https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Guide-to-pandemic-preparedness-revised.pdf
11. Anderson RM, Heesterbeek H, Klinkenberg D, Hollingsworth TD. How will country-based mitigation measures influence the course of the COVID-19 epidemic? *The Lancet* 2020;395(10228):931-4.
12. Ferguson NM, *et al.* on behalf of the Imperial College COVID-19 Response Team. *Impact of non-pharmaceutical interventions (NPIs) to reduce COVID19 mortality and healthcare demand*. London: Imperial College; 2020. https://www.imperial.ac.uk/media/imperial-college/medicine/sph/ide/gida-fellowships/Imperial-College-COVID19-NPI-modelling-16-03-2020.pdf
13. Gottlieb S, Caitlin Rivers C, McClellan MB, Lauren Silvis L, Watson C. *National Coronavirus Response: a road to reopening.* Washington, DC: American Enterprise Institute; 2020. https://www.aei.org/wp-content/uploads/2020/03/National-Coronavirus-Response-a-Road-Map-to-Recovering-2.pdf
14. World Health Organization. *Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019-nCoV). 30 January 2020 Statement.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/news-room/detail/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov)
15. World Health Organization. *Timeline: WHO's COVID-19 response.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/interactive-timeline

16. Ministero della Salute. Circolare n. 1997 del 22 gennaio 2020 "Polmonite da nuovo coronavirus (2019-nCoV) in Cina". https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=72796&parte=1%20&serie=null

17. Ministero della Salute. *Circolare n. 9774 del 20 marzo 2020. Annullamento e sostituzione della Circolare del Ministero della Salute n. 0*09480 del 19 marzo 2020 "COVID-19: rintraccio dei contatti in ambito di sorveglianza sanitaria e aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio di casi di infezione da SARS-CoV-2". https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73714&parte=1%20&serie=null

18. Ministero della Salute. *Circolare n. 11715 del 3 aprile 2020. Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio*. https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73799&parte=1%20&serie=null

19. Cereda D, Tirani M, Rovida F, Demicheli V, Ajelli M, Poletti P, *et al.* The early phase of the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy. *ArXiv200309320 Q-Bio* 20 marzo 2020 http://arxiv.org/abs/2003.09320

20. Guzzetta G, Poletti P, Ajelli M, Trentini F, Marziano V, Cereda D, *et al.* Potential short-term outcome of an uncontrolled COVID-19 epidemic in Lombardy, Italy, February to March 2020. *Eurosurveillance* 2020;25(12):2000293.

21. Riccardo F, Ajelli M, Andrianou X, Bella A, Manso MD, Fabiani M, *et al.* Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in Italy and estimates of the reproductive numbers one month into the epidemic. *medRxiv*. 11 aprile 2020;2020.04.08.20056861.

22. World Health Organization. Joint WHO and ECDC mission in Italy to support COVID-19 control and prevention efforts. Geneva: WHO; 2020. https://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/2/joint-who-and-ecdc-mission-in-italy-to-support-covid-19-control-and-prevention-efforts

23. Italia. Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile. Ordinanza 27 febbraio 2020 Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. (Ordinanza n. 640). (20A01348). *Gazzetta Ufficiale Serie Generale*, n. 50 del 28 febbraio 2020. http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=73469

24. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 11 marzo 2020. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (20A01605). *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 64 del 11 marzo 2020. http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=73643

25. World Health Organization. *WHO characterizes COVID-19 as a pandemic*. Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020#:~:text=WHO%20has%20been%20assessing%20this,to%20use%20lightly%20or%20carelessly

26. Istituto Superiore di Sanità. *Sistema di sorveglianza integrata COVID-19.* https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza

27. Dipartimento Protezione Civile. *COVID-19 Situazione Italia.* Roma: Presidenza del Consiglio dei Ministri; 2020. http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1

28. Presidenza del Consiglio dei Ministri. Allegato 10 "Principi per il monitoraggio del rischio sanitario" al DPCM del 26 aprile 2020 "Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale. (20A02352). *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 108 del 27-04-2020. https://www.gazzettaufficiale.it/do/atto/serie_generale/caricaPdf?cdimg=20A02352010000101100001&dgu=2020-04-27&art.dataPubblicazioneGazzetta=2020-04-27&art.codiceRedazionale=20A02352&art.num=1&art.tiposerie=SG

29. Ministero della Salute. *Decreto del 30 aprile 2020. Emergenza COVID-19: attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio dalla fase 1 alla fase 2A di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/2020*. https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73981&parte=1%20&serie=null

30. INAIL. *Documento tecnico sulla possibile rimodulazione delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nei luoghi di lavoro e strategie di prevenzione*. Roma: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro; 2020. https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-rimodulazione-contenimento-covid19-sicurezza-lavoro.pdf

31. INAIL-ISS. *Documento tecnico sull'ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive in relazione al trasporto pubblico collettivo terrestre, nell'ottica della ripresa del pendolarismo, nel contesto dell'emergenza da SARS-CoV-2.* Roma: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Istituto Superiore di Sanità; 2020. https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-documento-tecnico-trasporto-pubblico-covid-2_6443146338089.pdf

32. Ministero della Salute. *COVID-19, illustrati i risultati dell'indagine di sieroprevalenza.* Roma: Ministero della Salute; 2020. http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4998

33. Ministero della Salute. *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia.* Roma: Ministero della Salute; 2020. http://www.salute.gov.it/portale/documentazione/p6_2_2_1.jsp?lingua=italiano&id=2944

34. Ministero della Salute. Circolare dell'11 agosto 2020. Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale. Roma: Ministero della Salute; 2020. https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=75670&parte=1%20&serie=null

35. Leeb RT, Price S, Sliwa S, *et al.* COVID-19 Trends Among School-Aged Children — United States, March 1–September 19, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2020;69(39);1410-5 DOI: http://dx.doi.org/10.15585/mmwr.mm6939e2

36. World Health Organization. *High-level virtual meeting on schooling during the COVID-19 pandemic.* Geneva: WHO; 2020. https://www.euro.who.int/en/media-centre/events/events/2020/08/high-level-virtual-meeting-on-schooling-during-the-covid-19-pandemic

37. World Health Organization. *COVID-19 Strategic preparedness and response plan operational planning guidelines to support country preparedness and response*. Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/covid-19-sprp-unct-guidelines.pdf?sfvrsn=81ff43d8_4

38. World Health Organization. *COVID-19 operationalization of the global response strategy in the WHO European Region. August 2020.* Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/334167/WHO-EURO-2020-1073-408190-55167-eng.pdf

39. World Health Organization. *Updated country preparedness and response status for COVID-19 as of 9 June 2020*. Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/publications/i/item/updated-country-preparedness-and-response-status-for-covid-19-as-of-9-june-2020

40. Filia A, Urdiales AM, Rota MC. *Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19. Versione del 25 giugno 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 53/2020)

41. La Rosa G, Mancini P, Bonanno Ferraro G, Veneri C, Iaconelli M, Bonadonna L, Lucentini L, Suffredini E. SARS-CoV-2 has been circulating in Northern Italy since December 2019: Evidence from environmental monitoring. *Sci Total Environ* 2020;750:141711. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2020.141711

42. La Rosa G, Iaconelli M, Mancini P, Bonanno Ferraro G, Veneri C, Bonadonna L, Lucentini L, Suffredini E. First detection of SARS-CoV-2 in untreated wastewaters in Italy. *Sci Total Environ.* 2020;736:139652. DOI: https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2020.139652

43. Hart OE, Halden RU. Computational analysis of SARS-CoV-2/COVID-19 surveillance by wastewater-based epidemiology locally and globally: Feasibility, economy, opportunities and challenges. *Sci Total Environ.* 2020;730:138875. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2020.138875

44. European Commission. *Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Short-term EU health preparedness for COVID-19 outbreaks.* Brussels: European Commission, 2020. https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication_-_short-term_eu_health_preparedness.pdf

45. World Health Organization. *Status of environmental surveillance for SARS-CoV-2 virus.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/news-room/commentaries/detail/status-of-environmental-surveillance-for-sars-cov-2-virus

46. Gruppo di Lavoro ISS, Ministero della Salute, Ministero dell'Istruzione, INAIL, Fondazione Bruno Kessler, Regione Emilia-Romagna, Regione Veneto. *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia. Versione del 28 agosto 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 58/2020 Rev.). https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5470148?

47. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri. Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n. 222 del 7 settembre 2020. https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/09/07/20A04814/sg

48. Italia. Legge del 17/07/2020 n. 77. Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, recante misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonche' di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. *Gazzetta Ufficiale* n. 180 del 18 luglio 2020 - Allegato. https://def.finanze.it/DocTribFrontend/getAttoNormativoDetail.do?ACTION=getArticolo&id=%7BBD9BD795-8B0D-43A3-B02A-27121FB87DED%7D&codiceOrdinamento=600000000000000&articolo=Allegato

49. GISAID Iniziative [Homepage]. https://www.gisaid.org/

50. Ministero della Salute. Circolare n. 5443 del 22 febbraio 2020. COVID-2019. Nuove indicazioni e chiarimenti. https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73195&parte=1%20&serie=null

51. Mancini F, Barbanti F, Scaturro M, Fontana S, di Martino A, Marsili G, Puzelli S, Calzoletti L, Facchini M, Di Mario G, Fabiani C, Bella A, Riccardo F, Pezzotti P, Stefanelli P, Rezza G, Ciervo A. Multiplex rt-Real Time PCR assays for diagnostic testing of SARS-CoV-2 and seasonal influenza viruses. A challenge of the phase 3 pandemic setting. Submitted

52. Lohse S, Pfuhl T, Berkó-Göttel B, Rissland J, Geißler T, Gärtner B, Becker SL, Schneitler S, Smola S. Pooling of samples for testing for SARS-CoV-2 in asymptomatic people. *Lancet Infect Dis.* 2020; (published online April 28.) DOI: https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30362-5

53. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19. Versione del 24 luglio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.1/ 2020 Rev.)

54. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-CoV-2 . Versione del 10 maggio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/ 2020 Rev. 2).

55. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni – COVID-19. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali. Versione del 24 agosto 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/ 2020 Rev 2.).

56. Gruppo di lavoro ISS Ambiente e Qualità dell'aria indoor. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 25 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 5/ 2020 Rev. 2).

57. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni COVID-19. *Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 20/2020 Rev. 2).

58. Gruppo di Lavoro ISS Biocidi COVID-19. *Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: superfici, ambienti interni e abbigliamento. Versione del 15 maggio 2020.* Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020)

59. INAIL-ISS. *Documento tecnico sull'analisi di rischio e le misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2 nelle attività ricreative di balneazione e in spiaggia.* Roma: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli

Infortuni sul Lavoro, Istituto Superiore di Sanità; 2020. https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-doc-tencico-att-ricr-balenzione-spiaggia-covid-2.pdf

60. INAIL-ISS. *Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 nel settore della cura della persona: servizi dei parrucchieri e di altri trattamenti estetici.* Roma: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Istituto Superiore di Sanità; 2020. https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-doc-tecn-ipotesi-rimod-parrucchieri-trat-estetici.pdf
61. INAIL-ISS. *Documento tecnico su ipotesi di rimodulazione delle misure contenitive del contagio da SARS-CoV-2 nel settore della ristorazione*. Roma: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro, Istituto Superiore di Sanità; 2020. https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-doc-tec-ipotesi-rimod-misure-cont-ristoraz-covid-2_6443147014458.pdf
62. Governo Italiano - Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19.* Roma: Governo Italiano; 2020. http://www.governo.it/it/cscovid19
63. Governo Italiano Presidenza del Consiglio dei Ministri. *Attività*. Roma: Governo Italiano; 2020. http://www.governo.it/it/dipartimenti/commissario-straordinario-lemergenza-covid-19/cscovid19-attivita/14420
64. National Institutes of Health. *COVID-19 Treatment Guidelines. Management of persons with COVID-19*. Bethesda, MD NIH; 2020. https://files.covid19treatmentguidelines.nih.gov/guidelines/covid19treatmentguidelines.pdf
65. World Health Organization. *Clinical management of COVID-19; Interim guidance 27 May 2020.* Geneva: WHO; 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332196/WHO-2019-nCoV-clinical-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
66. Siddiqi HK, Mehra MR. COVID-19 illness in native and immunosuppressed states: A clinical-therapeutic staging proposal. *J Heart Lung Transplant* 2020;39(5):405-7. DOI: 10.1016/j.healun.2020.03.012
67. The RECOVERY Collaborative Group, Horby P, Lim WS, *et al.* Dexamethasone in hospitalized patients with COVID-19 - Preliminary Report. *N Engl J Med.* 2020 Jul 17;NEJMoa2021436. doi: 10.1056/NEJMoa2021436
68. Dequin PF, Heming N, Meziani F, *et al.* Effect of hydrocortisone on 21-day mortality or respiratory support among critically Ill patients with COVID-19: a randomized clinical trial *JAMA* 2020;324(13):1298-306. doi:10.1001/jama.2020.16761
69. Prescott HC, Rice TW. Corticosteroids in COVID-19 ARDS: evidence and hope during the pandemic. *JAMA* 2020;324(13):1292-5. doi:10.1001/jama.2020.16747
70. Tomazini BM, Maia IS, Cavalcanti AB, *et al.* Effect of Dexamethasone on days alive and ventilator-free in patients with moderate or severe acute respiratory distress syndrome and COVID-19: The CoDEX Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020;324(13):1307-16. doi:10.1001/jama.2020.17021
71. Writing Committee for the REMAP-CAP Investigators, Angus DC, Derde L, *et al.* Effect of Hydrocortisone on mortality and organ support in patients with severe COVID-19: The REMAP-CAP COVID-19 Corticosteroid Domain Randomized Clinical Trial. *JAMA* 2020;324(13):1317-29. doi:10.1001/jama.2020.17022 [
72. WHO Rapid Evidence Appraisal for COVID-19 Therapies (REACT) Working Group, Sterne JAC, Murthy S, *et al.* Association between administration of systemic corticosteroids and mortality among critically Ill patients with COVID-19: A Meta-analysis. *JAMA* 2020;324(13):1330-41. doi:10.1001/jama.2020.17023
73. World Health Organization. *Corticosteroids for COVID-19. Living Guidance.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Corticosteroids-2020.1
74. Beigel JH, Tomashek KM, Dodd LE, *et al.* Remdesivir for the treatment of COVID-19 - Preliminary Report [published online ahead of print, 2020 May 22]. *N Engl J Med.* 2020
75. Agenzia Italiana del Farmaco. *Procedura di richiesta per il farmaco Veklury® (remdesivir).* Roma: AIFA; 2020. https://www.aifa.gov.it/-/procedura-di-richiesta-per-il-farmaco-veklury-remdesivir-
76. Wang Y, Zhang D, Du G, *et al.* Remdesivir in adults with severe COVID-19: a randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial. *Lancet* 2020;395:1569-78
77. Spinner CD, Gottlieb RL, Criner GJ, *et al.* Effect of remdesivir vs standard care on clinical status at 11 days in patients with moderate COVID-19: a randomized clinical trial. *JAMA* 2020;324(11):1048-57

78. Goldman JD, Lye DCB, Hui DS, *et al.* Remdesivir for 5 or 10 Days in Patients with Severe COVID-19. *N Engl J Med*. 2020 May 27;NEJMoa2015301

79. Wichmann D, Sperhake JP, Lütgehetmann M, *et al.* Autopsy Findings and Venous Thromboembolism in Patients With COVID-19: A Prospective Cohort Study. *Ann Intern Med.* 2020;173(4):268-77

80. Carsana L, Sonzogni A, Nasr A, *et al.* Pulmonary post-mortem findings in a series of COVID-19 cases from northern Italy: a two-centre descriptive study. *Lancet Infect Dis*. 2020;20(10):1135-40

81. Tang N, Bai H, Chen X, *et al.* Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. *J Thromb Haemost*. 2020;18(5):1094-9

82. Helms J, Tacquard C, Severac F, *et al.*; CRICS TRIGGERSEP Group (Clinical Research in Intensive Care and Sepsis Trial Group for Global Evaluation and Research in Sepsis). High risk of thrombosis in patients with severe SARS-CoV-2 infection: a multicenter prospective cohort study. *Intensive Care Med* 2020;46(6):1089-98

83. Llitjos JF, Leclerc M, Chochois C, *et al.* High incidence of venous thromboembolic events in anticoagulated severe COVID-19 patients. *J Thromb Haemost* 2020;18(7):1743-6

84. Poissy J, Goutay J, Caplan M, *et al.*; Lille ICU Haemostasis COVID-19 Group. Pulmonary embolism in patients with COVID-19: Awareness of an increased prevalence. *Circulation* 2020;142(2):184-6

85. Klok FA, Kruip MJHA, van der Meer NJM, *et al.* Incidence of thrombotic complications in critically ill ICU patients with COVID-19. *Thromb Res* 2020;191:145-7

86. Lodigiani C, Iapichino G, Carenzo L, *et al.*; Humanitas COVID-19 Task Force. Venous and arterial thromboembolic complications in COVID-19 patients admitted to an academic hospital in Milan, Italy. *Thromb Res* 2020;191:9-14

87. Thomas W, Varley J, Johnston A, *et al.* Thrombotic complications of patients admitted to intensive care with COVID-19 at a teaching hospital in the United Kingdom. *Thromb Res* 2020;191:76-7

88. Paranjpe I, Fuster V, Lala A, *et al.* Association of treatment dose anticoagulation with in-hospital survival among hospitalized patients with COVID-19. *J Am Coll Cardiol* 2020;76(1):122-4

89. Motta JK, Ogunnaike RO, Shah R, *et al.* Clinical outcomes with the use of prophylactic versus therapeutic anticoagulation in COVID-19. *medRxiv* 2020.07.20.20147769; DOI: https://doi.org/10.1101/2020.07.20.20147769 [pre-print]

90. Guaraldi G, Meschiari M, Cozzi-Lepri A, *et al.* Tocilizumab in patients with severe COVID-19: a retrospective cohort study. *Lancet Rheumatol* 2020;2(8):e474-e484

91. Biran N, Ip A, Ahn J, *et al.* Tocilizumab among patients with COVID-19 in the intensive care unit: a multicentre observational study. *Lancet Rheumatol* 2020;2(10):e603-e612

92. Sanofi Media Relations. *Sanofi provides update on Kevzara® (sarilumab) Phase 3 trial in severe and critically ill COVID-19 patients outside the U.S.* Paris: SANOFI; 2020. https://www.sanofi.com/-/media/Project/One-Sanofi-Web/Websites/Global/Sanofi-COM/Home/media-room/press-releases/2020/2020-09-01-07-00-00-2086564-en.pdf

93. Roche Group Media Relations. *Roche provides an update on the phase III COVACTA trial of Actemra/RoActemra in hospitalised patients with severe COVID-19 associated pneumonia*. July 29, 2020. https://www.roche.com/investors/updates/inv-update-2020-07-29.htm

94. Indiana Pharmacists. *Phase 3 EMPACTA Study: Tocilizumab shows efficacy in COVID-19 associated pneumonia*. Greensburg, IN: Indiana Pharmacists Association; 2020. https://www.indianapharmacists.org/news/phase-3-empacta-study-tocilizumab-shows-efficacy-in-covid-19-associated-pneumonia/

95. Li L, Zhang W, Hu Y, *et al.* Effect of Convalescent plasma therapy on time to clinical improvement in patients with severe and life-threatening COVID-19: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2020;324(5):460-70

96. Paul AK, *et al.* for the National Institutes of Health COVID-19 Treatment Guidelines Panel. *Ann Intern Med.* 2020 Sep 25. doi: 10.7326/M20-6448

97. Fagiuoli S, Lorini FL, Remuzzi G. Adaptations and lessons in the province of Bergamo. *N Engl J Med* 2020;382(21):e71

98. Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri. *Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19, art 2 decreto-legge 19 maggio 2020 n. 34.* Roma: FNOMCEO; 2020. https://portale.fnomceo.it/wp-content/uploads/2020/05/Copia_DocPrincipale_Circolare_Rete_Ospedaliera_-_28.5.2020.pdf

99. Bauer J, Brüggmannet D, Klingelhöfer D, *et al.* Access to intensive care in 14 European countries: a spatial analysis of intensive care need and capacity in the light of COVID-19. *Intensive Care Med* 2020 Sep 4;1-9.

100. ARDS Definition Task Force; V Marco Ranieri, Gordon D Rubenfeld, B Taylor Thompson, *et al.* Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA* 2012;307(23):2526-33

101. Grasselli G, Tonetti T, Protti A, *et al.* Pathophysiology of COVID-19-associated acute respiratory distress syndrome: a multicentre prospective observational study. *Lancet Respir Med.* 2020:S2213-2600(20)30370-2

102. Grieco DL, Bongiovanni F, Chen L, *et al.* Respiratory physiology of COVID-19-induced respiratory failure compared to ARDS of other etiologies. *Crit Care* 2020;24(1):529

103. Ramanathan K, Antognini D, Combes A, *et al.* Planning and provision of ECMO services for severe ARDS during the COVID-19 pandemic and other outbreaks of emerging infectious diseases. *Lancet Respir Med* 2020;8(5):518-26

104. Alhazzani W, Hylander Møller M, Arabi YM, *et al.* Surviving Sepsis Campaign: guidelines on the management of critically ill adults with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). *Intensive Care Med.* 2020;48(6):e440-e469

105. Antonelli M, Conti G, Pelosi P *et al*. New treatment of acute hypoxemic respiratory failure: noninvasive pressure support ventilation delivered by helmet--a pilot controlled trial. *Crit Care Med.* 2002;30(3):602-8

106. Patel BK, Wolfe KS, Pohlman AS, *et al.* Effect of noninvasive ventilation delivered by helmet vs face mask on the rate of endotracheal intubation in patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. A randomized clinical trial. *JAMA* 2016;315(22):2435-2441

107. Coppo A, Bellani G, Winterton D, *et al.* Feasibility and physiological effects of prone positioning in non-intubated patients with acute respiratory failure due to COVID-19 (PRON-COVID): a prospective cohort study. *Lancet Respir Med* 2020;8(8):765-774

108. World Health Organization. *Coronavirus disease (COVID-19) technical guidance: Patient management.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/patient-management

109. Petrucci N, De Feo C. Lung protective ventilation strategy for the acute respiratory distress syndrome. *Cochrane Database Syst Rev* 2013;2013(2):CD003844

110. Grasselli G, Zangrillo A, Zanella A, *et al.* Baseline characteristics and outcomes of 1591 patients infected with SARS-CoV-2 admitted to ICUs of the Lombardy Region, Italy. *JAMA* 2020;323(16):1574-81

111. Bellani G, Laffey JG, Pham T, *et al.* Noninvasive ventilation of patients with Acute Respiratory Distress Syndrome. Insights from the LUNG SAFE Study. *Respir Crit Care Med* 2017;195(1):67-77

112. Grasselli G, Greco M, Zanella A, *et al.* Risk factors associated with mortality among patients with COVID-19 in Intensive Care Units in Lombardy, Italy. *JAMA Intern Med* 2020 Jul 15:e203539

113. Stevens PE, Levin A, Kidney Disease: Improving Global Outcomes Chronic Kidney Disease. Guideline Development Work Group Members. Evaluation and management of chronic kidney disease: synopsis of the kidney disease: improving global outcomes 2012 clinical practice guideline. *Ann Intern Med.* 2013;158(11):825-30

114. Italia. Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 maggio 2020 Disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19. (20A02717). *Gazzetta Ufficiale Serie Generale* n.126 del 17 magio 2020. https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/05/17/20A02717/sg

Chiuso in Redazione

Roma, 12 ottobre 2020

. . .

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Bur n. 163 del 31/10/2020

(Codice interno: 431847)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 1422 del 21 ottobre 2020

Approvazione del nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" e contestuale modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e della successiva D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020.

[Sanità e igiene pubblica]

Note per la trasparenza:
Con il presente provvedimento si intende approvare il nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" e procedere contestualmente alla modifica della D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e della successiva D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020. Il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale.

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

Con la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 la Giunta Regionale ha approvato uno specifico Piano, denominato "Epidemia COVID 19: interventi urgenti di sanità pubblica", contenente le indicazioni operative garantite sotto il coordinamento dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS del Veneto, in relazione all'emergenza COVID-19.

Le indicazioni contenute nel suddetto Piano erano aggiuntive rispetto a quelle già fornite con i documenti "Procedura regionale Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2)", "Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) - Istruzioni operative per la sorveglianza del personale dei Sistema Sanitario Regionale" e "Nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) - Indicazioni operative per la tutela della salute negli ambienti di lavoro non sanitari".

Successivamente, con nota prot. n. 247521 del 23/06/2020, la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria ha fornito nuove indicazioni rispetto al Piano di cui alla citata D.G.R. n. 344/2020, al fine di adattare le stesse allo scenario epidemiologico in continua evoluzione.

Con l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 64 del 06/07/2020 sono state adottate misure di adeguamento delle restrizioni disposte con precedenti provvedimenti per il contenimento e la gestione dell'emergenza da virus COVID-19.

Inoltre, con note regionali sono state fornite specifiche indicazioni per l'esecuzione del tampone di ricerca SARS-CoV-2 nel personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili, di ritorno dall'estero e, in generale, nel personale sanitario di rientro dall'estero.

In considerazione dell'aumento della circolazione del virus SARS-CoV-2 e della proroga dello stato di emergenza fino al 15/10/2020, è stata approvata dalla Giunta Regionale la D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020, con la quale è stato disposto l'aggiornamento delle azioni del Piano, di cui alla citata D.G.R. n. 344/2020, mediante l'approvazione di un nuovo Piano, denominato "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici e di Screening", elaborato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, acquisito il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico regionale COVID-19.

Con la D.G.R. n. 1103 del 06/08/2020 è stato approvato il documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020", elaborato dalle Strutture regionali dell'Area Sanità e Sociale, in collaborazione con Azienda Zero, con il quale è stato adeguato il sistema assistenziale all'attuale scenario pandemico, prevedendo interventi specifici nei differenti contesti.

Vengono anche proposte azioni di prevenzione, quali la definizione di un modello aziendale per la gestione delle emergenze di sanità pubblica, una campagna vaccinale pneumococcica per RSA e per i nuovi 65enni e di recupero (PCV13), livelli di rischio sulla base degli indicatori di monitoraggio e delle eventuali misure integrative di sanità pubblica, un Progetto di sorveglianza epidemiologica di SARS-CoV-2 attraverso le acque reflue urbane, lo sviluppo di interfaccia software per la registrazione delle vaccinazioni non eseguite presso il servizio vaccinale, la regolamentazione degli accessi e delle visite strutture residenziali per

anziani, l'intensificazione del piano regionale di screening per ricerca di SARS-CoV-2 e il rafforzamento della stretta integrazione delle Strutture coinvolte nella gestione dell'emergenza.

Il documento conferma, inoltre, la validità del modello veneto delle Cure Primarie, organizzato in medicine di gruppo integrate, e della sua evoluzione in team di assistenza primaria.

Da ultimo, dedica una sezione alle attività della UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero, per la raccolta di tutti gli esiti dei test per Covid-19, nel rispetto della normativa che regola la protezione dei dati personali, al fine di identificare e prevenire l'insorgenza di focolai nei differenti contesti assistenziali, sociali e lavorativi, per incentivare la Telemedicina e per coordinare i sistemi informativi delle strutture pubbliche e private interessate nella gestione dell'emergenza, con lo scopo di garantire la continuità informativa a tutti gli attori coinvolti.

In data 08/10/2020, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha approvato il documento recante "Prevenzione e risposta a COVID-19: evoluzione della strategia e pianificazione nella fase di transizione per il periodo autunno-invernale", predisposto dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, nel quale sono indicate le misure di sanità pubblica da adottare in funzione dei differenti scenari epidemiologici previsti, al fine di supportare e orientare il processo decisionale dei soggetti coinvolti.

Successivamente, con il DPCM del 13/10/2020 sono state previste, tra le altre cose, misure urgenti di contenimento del contagio sull'intero territorio nazionale, nonché alcuni obblighi a cui attenersi nel caso di ingresso nel territorio nazionale dall'estero, con efficacia fino al 13/11/2020.

Alla luce del suddetto DPCM, con l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 141 del 17/10/2020 sono state adottate ulteriori disposizioni in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19, con particolare riferimento allo svolgimento di attività economiche e sociali, alle misure per il rientro a scuola a seguito di malattia, alle misure riguardanti i Medici di Medicina Generale (MMG) e ai Pediatri di Libera Scelta (PLS), nonché all'accesso alle residenze socio-sanitarie assistenziali.

Con la Circolare del Ministero della Salute n. 31400 del 29/09/2020 sono state fornite informazioni in ordine alla natura e all'efficacia dei test attualmente disponibili per la rilevazione dell'infezione da SARS-CoV-2 e per evidenziarne l'utilità dei test antigenici rapidi come strumento di prevenzione nell'ambito del sistema scolastico.

In data 16/10/2020, la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome ha approvato il documento recante "Test di laboratorio per Covid-19 e il loro uso in sanità pubblica", predisposto dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, che nasce dalla necessità di chiarire le indicazioni per la diagnostica di SARS-CoV-2 e i criteri di scelta dei test a disposizione nei diversi contesti per un uso razionale e sostenibile delle risorse.

In particolare, alla luce delle evidenze al momento disponibili, della situazione epidemiologica e della necessità di garantire test in tempi compatibili con le diverse esigenze di salute pubblica, nel sopra indicato documento si precisa che l'elevata sensibilità e specificità dei test non possono rappresentare l'unico criterio nella scelta del tipo di test da utilizzare, ma rimane essenziale la rapidità di diagnosi nei soggetti con sospetto clinico e/o sintomatici e dei contatti, per controllare il focolaio limitando la diffusione del virus e avvalendosi di quarantena e isolamento.

Alla luce di quanto sopra e in considerazione dell'aumentare della circolazione del virus SARS-CoV-2, con la presente delibera si ritiene necessario integrare e modificare il Piano, di cui alla citata D.G.R. n. 344/2020 e successiva D.G.R. n. 1104/2020, e si propone all'approvazione della Giunta Regionale il nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione", elaborato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, acquisito il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico regionale COVID-19, contenuto all'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale.

L'obiettivo generale del nuovo Piano è quello di mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile del COVID-19, individuando ed isolando tutti i possibili nuovi casi o focolai, attraverso il rafforzamento dell'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria e/o di importazione di casi dall'estero, nonché attraverso azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio, soprattutto dei focolai familiari, scolastici, ospedalieri, lavorativi e delle Strutture residenziali.

Tra le misure che sono previste nel nuovo Piano, sono di particolare rilevanza quelle volte a:

- impiegare il test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2 nelle attività del Piano per garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica, in base a quanto indicato dai principali organismi internazionali e dalla Circolare del Ministero della Salute n. 31400 del 29/09/2020, nonché per garantire uno screening periodico,

rapido e frequente che possa, in particolare per i contesti più fragili, garantire l'isolamento precoce dei positivi e la loro presa in carico;
- garantire l'offerta di Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2 attraverso l'organizzazione da parte delle Aziende ULSS di Punti di accesso territoriali, assicurando almeno un punto h24, 7 giorni su 7;
- ampliare l'accessibilità ai test rapidi anche presso le sedi di Continuità Assistenziale, attraverso il coinvolgimento delle USCA;
- mettere a disposizione dei MMG e dei PLS i suddetti Test, così come previsto dalla Nota tecnica ad interim del Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica", aggiornata al 16 ottobre 2020, che potranno essere utilizzati a loro discrezione durante l'attività ambulatoriale o domiciliare a favore della popolazione assistita, in particolare con lo scopo di favorire la diagnosi differenziale,
- estendere l'offerta dello screening, di cui alla citata D.G.R. n. 1104/2020, oltre che alle categorie prevalentemente sanitarie, anche ad altri gruppi target di popolazione.

Il nuovo Piano ribadisce anche la necessità che venga garantita, da parte delle Aziende ULSS e di tutti gli attori coinvolti nell'esecuzione dei test, la registrazione e la tracciabilità dei dati relativi alle attività di screening e alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19.

Inoltre, al fine di garantire l'efficienza, la sostenibilità e la tempestività delle attività di presa in carico dei positivi, di rintraccio dei contatti, di sorveglianza, prevenzione e controllo dell'epidemia in corso, il nuovo Piano indica alle Aziende ULSS di rafforzare i Dipartimenti di Prevenzione, che nell'attuale emergenza vedono un costante incremento del carico di lavoro, sia sotto un profilo organizzativo che di personale, in conformità con quanto indicato nel "Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione", approvato con la D.G.R. n. 782 del 16/06/2020 (Allegato "B"), e prevedendo un riorientamento delle attività del Dipartimento come specificato nell'**Allegato A** al presente provvedimento. Allo stesso modo andranno potenziati i Distretti, incrementando il numero delle USCA, nonché garantendo un adeguato profilo organizzativo e di personale per le Cure domiciliari.

Si dà atto che il contenuto del nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" potrà essere ulteriormente rimodulato al variare dell'attuale scenario epidemiologico.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTO il Regolamento UE 2016/679 e il D.lgs. 196/2003, come modificato e integrato dal D.lgs. n. 101/2018;

VISTO il DPCM del 13/10/2020;

VISTA la Circolare del Ministero della Salute n. 31400 del 29/09/2020;

VISTA la L.R. n. 19 del 25/10/2016;

VISTI l'art. 2, comma 2 e l'art. 4 della L.R. n. 54 del 31/12/2012;

VISTA la L.R. n. 1 del 10/1/1997;

VISTE la D.G.R. n. 344 del 17/03/2020, la D.G.R. n. 782 del 16/06/2020, la D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020, la D.G.R. n. 1103 del 06/08/2020;

VISTE l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 64 del 06/07/2020, l'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 141 del 17/10/2020;

delibera

1. di approvare le premesse quale parte integrale e sostanziale della presente deliberazione;

2. di approvare il nuovo Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione", a modifica del precedente contenuto nella D.G.R. n. 344 del 17/03/2020 e successiva D.G.R. n. 1104 del 06/08/2020, elaborato dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e contenuto all'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;

3. di dare atto che il contenuto del Piano "Emergenza COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione" potrà essere ulteriormente rimodulato al variare dell'attuale scenario epidemiologico;

4. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spese a carico del bilancio regionale;

5. di incaricare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria all'esecuzione del presente atto;

6. di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale della Regione Veneto.

PROTOCOLLO:0004236:15-03-2023:REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Piano di Sanità Pubblica

Aggiornamento delle indicazioni di screening per SARS-CoV-2 e riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione

(DGR 344/2020, DGR 1104/2020 e successive modifiche ed integrazioni)

OTTOBRE 2020

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Area Sanità e Sociale
Regione del Veneto

70d261fc

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

SOMMARIO

1. PREMESSA **3**

2. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA **3**

3. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE **3**

3.1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica 5

3.2 Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro 6

3.3 Attività di promozione della salute 6

3.4 Attività certificative e medico legali 7

3.5 Attività da remoto e a distanza 7

4. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI DI SCREENING PER SARS-COV-2 **7**

4.1 Test di screening per la ricerca di sars-cov-2 7

4.2 Popolazione target 8

4.3 Registrazione e tracciabilità dei dati 11

5. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI TEST ANTIGENICI RAPIDI **11**

5.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali 12

5.1.1 Sedi h24 7gg/7 12

5.1.2 Sedi di Continuità Assistenziale potenziate 12

5.1.3 Studi della medicina generale o spazi alternativi organizzati 12

5.2 Indicazioni operative 13

5.3 Attuazione e Monitoraggio 13

70d261fc

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

1. PREMESSA

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e dei risultati delle attività di screening fin qui condotte, che evidenziano un aumento della circolazione di SARS-CoV-2 in specifici contesti, si ritiene di aggiornare il Piano di Sanità Pubblica della Regione del Veneto.

Il Piano, nella sua realizzazione, sarà attuato sotto il coordinamento dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS.

Le indicazioni contenute nel presente documento integrano le indicazioni fornite dagli altri documenti regionali per i seguenti ambiti:

- gestione dei casi sospetti e confermati e attività di contact tracing - *"EMERGENZA COVID-19 - Procedura regionale Nuovo Coronavirus SARS-CoV-2",*
- gestione dei casi sospetti, confermati e dei contatti in ambito scolastico - *"EMERGENZA COVID-19 - Protocollo operativo per la gestione dei contatti di caso confermato di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia",*
- "*Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie – Fase 2 – COVID-19",*
- *"EMERGENZA COVID-19 - Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale"* e successive note integrative.

2. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

Mantenere sotto controllo e monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19, intercettando ed isolando tutti i possibili nuovi casi o focolai. La strategia prevede di **rafforzare l'intercettazione precoce di eventuali nuovi casi in contesti specifici, in presenza di soggetti fragili e/o ad alto rischio di trasmissione comunitaria** e/o di importazione di casi dall'estero, e le conseguenti azioni allargate di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio soprattutto dei **focolai familiari, scolastici, ospedalieri e delle Strutture residenziali**.

3. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Le attività di *contact tracing* rivestono un ruolo cardine nella strategia di Sanità Pubblica di prevenzione e contenimento del contagio della Regione del Veneto. Il recente aumento dei nuovi casi positivi su base giornaliera determina un costante incremento del carico di lavoro richiesto al personale dei Dipartimenti di Prevenzione, impegnato senza sosta e a pieno ritmo, fin dalle prime fasi dell'epidemia, per far fronte all'emergenza sanitaria. Anche nell'attuale scenario epidemiologico, l'obiettivo di Sanità Pubblica da porre in essere con assoluta urgenza, è quello di interrompere tutte le possibili catene di trasmissione del virus responsabile di COVID-19.

Al fine di garantire l'efficienza, la sostenibilità e la tempestività delle attività di presa in carico dei positivi, di rintraccio dei contatti, di sorveglianza, prevenzione e controllo dell'epidemia in corso, è necessario che le Aziende ULSS rafforzino i Dipartimenti di Prevenzione da un punto di vista organizzativo e di personale, in modo da garantire ai suddetti Dipartimenti di riorientare le attività

70d261fc

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

al proprio interno a supporto della gestione dell'emergenza, in conformità con quanto indicato nel "Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione" previsto con DGR n. 782 del 16.06.2020[1].

In particolare dovranno essere garantite le attività di inchiesta epidemiologica e di rintraccio di tutti i contatti istituendo delle "**Centrali Operative di Contact Tracing"** dedicate. Le attività di *contact tracing* dovranno essere **coordinate dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, individuando un medico specialista in Igiene come referente,** e garantite da personale afferente ai diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione con il supporto, in caso di bisogno, del personale di altri servizi aziendali. Tali attività potranno essere garantite, per i diversi ambiti di competenza, da medici, assistenti sanitari e infermieri ma anche tecnici della prevenzione, medici in formazione, studenti dei corsi di laurea delle professioni sanitarie, personale amministrativo, etc. Per quanto riguarda gli operatori che non hanno esperienza di conduzione delle indagini epidemiologiche deve essere garantito dal Sisp una rapida formazione "sul campo".

Si ribadisce l'importanza, sulla base dell'organizzazione locale e in accordo con la Direzione Aziendale, di supportare le attività del Dipartimento di Prevenzione e delle **Centrali Operative di Contact Tracing con personale aggiuntivo afferente anche ad altri servizi dell'Azienda ULSS.** L'articolazione organizzativa sarà valutata da ogni singola Azienda in funzione delle specifiche esigenze e realtà territoriale. La numerosità del personale dedicato a tali attività dovrà essere commisurata al carico di lavoro e allo scenario epidemiologico e in numero tale da **garantire il rapporto di 1:10.000 abitanti** come previsto dai documenti internazionali[2], nazionali[3] e regionali[4] di riferimento.

Si evidenzia di seguito la tabella, riportata nella DGR. 782 del 16.06.2020 "Piano di potenziamento dei Dipartimenti di Prevenzione", relative alle dotazione organiche dei GORR per le attività relative alle gestione dell'emergenza, attivabili anche su base modulare con particolare riferimento alle indispensabili attività di inchiesta epidemiologica da garantire da parte delle "*Centrali Operative di Contact Tracing*".

[1] *DGR n. 782 del 16 giugno 2020 "Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria"*

[2] *ECDC Technical Report - Resource estimation for contact tracing, quarantine and monitoring activities for COVID-19 cases in the EU/EEA - 2 marzo 2020.*

[3] *Decreto del Ministero della Salute del 30.04.2020 - "Adozione dei Criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'Allegato 10 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020".*

[4] *DGR n. 782 del 16 giugno 2020 - Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

	Popolazione assistita > 18 anni	Dotazione organica del GORR attivabile su base modulare in corso di emergenza n. Operatori Sanitari
ULSS 1	174.027	17
ULSS 2	736.992	73
ULSS 3	531.290	53
ULSS 4	193.445	19
ULSS 5	205.667	20
ULSS 6	785.758	78
ULSS 7	304.700	30
ULSS 8	412.681	41
ULSS 9	770.841	77
Regione Veneto	**4.115.401**	**411**

3.1 Servizio Igiene e Sanità Pubblica

Si dà indicazione di differire tutte le chiamate vaccinali rivolte ai 12enni e 14enni, fino a prossima comunicazione che sarà legata all'andamento dello scenario epidemiologico. Inoltre, andranno differite tutte le attività vaccinali non urgenti a richiesta dell'utenza.

Si raccomanda inoltre di rivedere l'organizzazione Aziendale delle sedi vaccinali territoriali prevedendo un accorpamento delle stesse, con particolare attenzione alle sedi vaccinali minori e periferiche al fine di ottimizzare l'impegno orario e l'organizzazione delle attività, riducendo il tempo legato agli spostamenti del personale e la relativa presenza di personale su più sedi, fornendo anche in questo modo supporto alla gestione dell'emergenza COVID-19.

Per le attività di **relative allo screening oncologico,** allo stato attuale non vi sono indicazioni alla sospensione delle attività di primo livello, e si ribadisce la necessità di garantire in tempi congrui le prestazioni di secondo livello. E' importante che le aziende attivino il portale screening, promuovendone l'uso nella popolazione, perchè tale strumento informatico, oltre ad agevolare le utenti, può ridurre il carico degli operatori delle segreteria di screening e potenzialmente rendere più efficiente la gestione delle sedute disponibili per screening mammografico e screening della cervice uterina. Per quanto inerente lo screening del colon retto, si raccomanda di avviare, dal 1 novembre, il progetto della Farmacie dei Servizi, poichè le farmacie possono rappresentare un utile supporto a tale screening. Si invitano, inoltre, le Aziende a monitorare periodicamente i tassi di adesione della popolazione invitata ai programmi di screening oncologici.

70d261fc

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

3.2 Servizio Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Considerata l'accelerazione nell'evoluzione dell'epidemia, con aumento progressivo del numero di casi ed evidenze di criticità nei servizi territoriali, si forniscono le seguenti indicazioni al fine di promuovere l'adozione di comportamenti omogenei da parte dei Servizi interessati:

- Incrementare l'attività di supporto e assistenza alle attività economiche e produttive, mediante informazione e diffusione di indirizzi operativi, privilegiando, rispetto ad accessi presso le singole aziende, attività di coinvolgimento simultaneo di più aziende con attività a distanza.
- Mantenere l'attività di supporto alle altre strutture del Dipartimento di Prevenzione, sia mediante la condivisione delle informazioni relative alle aziende e al tessuto produttivo del territorio di competenza, sia collaborando ad attività trasversali per una maggiore copertura delle attività economiche del territorio ed anche nelle attività di contact tracing sulla base delle risorse disponibili.
- Garantire le prestazioni urgenti o indifferibili (es. interventi a seguito di segnalazione del SUEM 118 per infortuni sul lavoro; richiesta dell'Autorità Giudiziaria o di Forze dell'Ordine; interventi a seguito di segnalazione per situazioni lavorative ritenute di pericolo grave e imminente; atti non ripetibili nell'ambito di attività di indagine giudiziaria; altre attività per le quali sono previsti termini di carattere perentorio).

Per le attività certificative e formative, si rimanda alle indicazioni di cui ai punti **4.4** e **4.5**.

3.3 Attività di promozione della salute

Le attività di promozione della salute, anche in considerazione di quanto affermato dall'OMS, che nel futuro prossimo prevede un aumento delle patologie croniche non trasmissibili, dovuto proprio agli stili di vita assunti dalla popolazione durante l'emergenza, vanno mantenute nei limiti delle possibilità connesse alla gestione dell'emergenza. Si evidenzia inoltre che obesità, ipertensione, sedentarietà, consumo di tabacco sono fortemente correlati non solo all'insorgenza e aggravarsi di malattie croniche, ma, come hanno evidenziato i dati relativi all'epidemia di Covid-19, anche alle complicanze di patologie infettive. Pertanto i Servizi di prevenzione MCNT, programmi di Screening sono tenuti con le proprie équipe a:

a) sensibilizzare su quanto sopra gli operatori sanitari
b) prestare particolare attenzione alle fasce d'età maggiormente penalizzate durante la fase 1 Covid-19, dal punto di vista del benessere psico-fisico, quali infanzia, adolescenza, malati cronici e anziani, veicolando strumenti di comunicazione e informazione rivolti sia alla popolazione scolastica che ai gruppi target.

Tali azioni di possono essere attuate tramite gli strumenti già disponibili (alcuni esempi: Programma delle attività congiunte - Strumenti didattici multimediali; Video per la promozione della prescrizione dell'esercizio fisico; FAD specifiche).

Per quanto concerne la medicina di iniziativa, dovranno essere mantenute le attività già in essere, per quanto possibile in base alla disponibilità di risorse.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

3.4 Attività certificative e medico legali

Si dà indicazione a differire tutte le attività certificative che non rivestono carattere di urgenza e non rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Dovranno continuare ad essere garantite le attività previste nei LEA, incluse commissioni patenti provinciali e commissioni invalidi che, dove possibile, possono essere espletate agli atti attraverso la valutazione documentale da parte delle commissioni preposte, anche in considerazione di evitare gli affollamenti degli spazi comuni, riducendo allo stesso tempo gli spostamenti e gli accessi alle strutture di persone con particolari fragilità.

Le Aziende ULSS, in considerazione dei nuovi carichi di lavoro previsti per i Dipartimenti di Prevenzione, dovranno coinvolgere nelle attività di medicina necroscopica altro personale medico afferente ad altri servizi aziendali, a supporto del personale medico dei Dipartimenti di Prevenzione.

3.5 Attività da remoto e a distanza

Si evidenzia, inoltre, che tutti i Dipartimenti di Prevenzione dovranno garantire lo svolgimento in sicurezza in modalità da remoto o a distanza, con l'ausilio di supporti tecnologici quali videoconferenza, di tutte le attività che possono essere svolte con tale modalità, siano esse incontri interni e riunioni o attività rivolte all'utenza esterna. A titolo di esempio dovranno essere considerate tali modalità per i colloqui pre-vaccinali con i genitori, colloqui informativi e attività strutturata di formazione/divulgazione con l'utenza in genere. Per tutte le attività di follow-up andrà valutata sempre la possibilità di esecuzione da remoto e la consultazione esami non in presenza del paziente.

4. AGGIORNAMENTO DELLE INDICAZIONI DI SCREENING PER SARS-COV-2

4.1 Test di screening per la ricerca di sars-cov-2

Preso atto dello sviluppo di nuove metodiche di test in grado di fornire una risposta rapida, con il vantaggio di poter essere processati non solo in laboratorio ma anche nel cosiddetto "punto di cura" ("*point of care*"), la Regione del Veneto ha valutato l'opportunità di impiegare il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* nelle attività del presente Piano di Sanità Pubblica.

La scelta di tale test consente di garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di Sanità Pubblica[5], sulla base di quanto indicato dai principali organismi internazionali (OMS, ECDC, CDC, Circolare del Ministero della Salute n.31400 del 29.09.2020 e Nota tecnica ad interim del Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità "*Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica*" aggiornata al 16.10.2020) e al fine garantire uno screening periodico, rapido e frequente che possa, in particolare per i contesti più fragili, garantire un possibile filtro per SARS-CoV-2. Nella tabella sotto riportata, dove non specificato diversamente, il test di riferimento è il test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2.

[5] *Documento "EMERGENZA COVID-19 - Indicazioni operative per l'utilizzo dei test per la ricerca di SARS-CoV-2" versione del 05.10.2020, trasmesso con nota della Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare, Veterinaria prot. 422973 del 5.10.2020*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

4.2 Popolazione target

Le attività di screening previste dalla DGR 1104/2020 (che aggiornava la DGR 344/2020) saranno rimodulate, come di seguito specificato, oltre alle categorie prevalentemente sanitarie si aggiungono gruppi target di popolazione. In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, ci si riserva la possibilità di rimodulare l'offerta in relazione alle future evoluzioni dello stesso.

PROSPETTO RIASSUNTIVO SCREENING PER SARS-CoV-2 NELLA REGIONE DEL VENETO		
CATEGORIA	**GRUPPO TARGET**	**TEMPISTICHE ED INDICAZIONI**
SERVIZIO SANITARIO REGIONALE	Operatori Sanitari ospedalieri e territoriali coinvolti principalmente nell'assistenza di pazienti Covid 19 (Mal. infettive, ter.Intensiva, USCA, PS, etc.)	**ogni 8 giorni**
	Operatori Sanitari ospedalieri e territoriali	**ogni 20 giorni**
	MMG, PLS, MCA	**ogni 20 giorni**
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 20 giorni**
	Pazienti in previsione di ricovero programmato	**entro le 48 ore precedenti il ricovero (Test di biologia molecolare)**
	Soggetti autorizzati a prestare assistenza continuativa in ambito ospedaliero a pazienti non autonomi e assistenza al momento del parto	**all'inizio dell'attività di assistenza (Test di biologia molecolare e/o test antigenico rapido)** con eventuale ripetizione da valutare dalla struttura ospedaliera *NB: la scelta della tipologia di test è effettuata in funzione del tipo di assistenza e della tempistica (elezione/urgenza)*
ALTRI OPERATORI A SUPPORTO SANITARIO	Farmacisti	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS*
	Volontari dei servizi a supporto delle attività sanitarie (es. volontari e soccorritori delle varie Associazioni)	**ogni 20 giorni**
	Personale sanitario INPS e INAIL	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dai Servizi stessi con eventuale supporto delle Aziende ULSS*
	Operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa di persone affette da disabilità sensoriali, psichiche	**ogni 20 giorni**

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

	ed intellettive	
STRUTTURE RESIDENZIALI EXTRAOSPEDALIERE PER ANZIANI E/O NON AUTOSUFFICIENTI	Operatori sanitari	**ogni 8 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Personale non sanitario (amministrativo, tecnico e professionale)	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Ospiti	**ogni 20 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Visitatori (da intendersi per i visitatori che accedono al nucleo di degenza e laddove non sia possibile il rigoroso rispetto delle misure previste per la prevenzione del contagio)	**ogni 7 giorni** (è preferibile che i visitatori siano sempre gli stessi, al fine di garantirne il monitoraggio). *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
DONATORI	Donatori di sangue ed emocomponenti	All'atto della donazione *NB: Nel rispetto dei protocolli definiti dagli organi competenti*
CENTRI DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI	Ospiti ed Operatori	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale
RIENTRI DALL'ESTERO	Operatori che prestano assistenza domiciliare continuativa ad anziani e soggetti affetti da disabilità parzialmente o completamente non autosufficienti (es. badanti)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
	Operatori sanitari che prestano servizio presso strutture ospedaliere ed extraospedaliere (hospice, ospedale di comunità, URT)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
	Operatori sanitari che prestano servizio presso strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni** *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalla Struttura*
	Soggetti rientranti da trasferta di lavoro all'estero < 5gg (esonerati dall'obbligo di quarantena ai sensi delle normative vigenti)	In caso di rientro dall'estero, test all'**arrivo e a distanza di 5-7 giorni**
AZIENDE PRODUTTIVE	Lavoratori rientranti nel progetto specifico *Back to Veneto* (DGR 601/2020)	**ogni 30 giorni**, o comunque nel rispetto del protocollo sanitario disposto dal Medico Competente (test sierologico e/o

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale

		test antigenico) *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dalle Aziende partecipanti*
SERVIZI ESSENZIALI*	Lavoratori dei Servizi pubblici essenziali a maggior contatto con il pubblico	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale (test sierologico qualitativo con successiva conferma con test di biologia molecolare per i casi positivi) *NB: Test forniti dalle Aziende ULSS e garantiti dai Servizi stessi*
ALTRO	Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale	**Su valutazione del SISP** in considerazione della situazione epidemiologica locale

**Per tali categorie si rimanda alle indicazioni operative specifiche sotto riportate.*

Particolare attenzione va posta nel caso di **operatori sanitari** che prestano servizio presso strutture ospedaliere, extraospedaliere (hospice, URT, ospedali di comunità) e strutture residenziali extraospedaliere per anziani e/o non autosufficienti e che hanno **transitato o soggiornato (o che comunque si sono recati) all'estero nei 14 giorni precedenti**. A tal proposito, si raccomanda agli operatori sanitari che soggiornano all'estero di comunicare suddetto soggiorno alla loro Azienda di riferimento in modo che possa essere opportunamente organizzato lo screening con tampone antigenico.

Inoltre, si ribadisce quanto già riportato con la DGR 1104/2020 circa la necessità di porre particolare attenzione a quelle categorie di viaggiatori che fanno ingresso in Italia e per le quali non è previsto o risulta di più difficile attuazione il rispetto sia dell'obbligo di segnalazione al Dipartimento di Prevenzione, previsto dal DPCM 11 giugno 2020 e successivi aggiornamenti ai fini dell'isolamento fiduciario e della sorveglianza, sia delle misure igienico-sanitarie e di distanziamento sociale volte al contrasto della diffusione virale, in considerazione delle specifiche condizioni lavorative, abitative e sociali (es. promiscuità abitativa, marginalità sociale, lavoratori stagionali, lavoratori impegnati in attività di assistenza di soggetti anziani e/o fragili, possibili barriere di accesso all'assistenza sanitaria, ecc.). Tale approccio da attuare in stretta collaborazione tra i diversi attori coinvolti che, a vario titolo, possono favorire l'applicazione delle presenti raccomandazioni. Un ruolo fondamentale in tale strategia è svolto dal Datore di Lavoro, che dovrà favorire e raccomandare il rispetto delle indicazioni nazionali e regionali, anche in considerazione della tutela della salute degli altri dipendenti.

Oltre al funzionamento delle strutture sanitarie, tra le attività da garantire in caso di pandemia, riveste un ruolo cruciale l'attività svolta dal **personale appartenente ai servizi pubblici essenziali** a tutela della sicurezza della popolazione (es. Forze dell'Ordine, Guardia di Finanza, Polizia Locale, Protezione Civile, Vigili del Fuoco). Al fine di monitorare, all'interno di tali categorie, i lavoratori a particolare rischio (individuati in base alle valutazioni effettuate da parte di ciascun servizio essenziale), le Aziende ULSS, a seguito di richiesta, mettono a disposizione i test sierologici, condividendo le modalità di ritiro con i rispettivi Medici Competenti o altro personale appartenente ai rispettivi servizi sanitari interni, che poi provvederanno alla successiva somministrazione e

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

registrazione dell'esito di tali test nei sistemi informativi messi a disposizione a livello regionale secondo le modalità previste al punto 4.2.
Si raccomanda che tutti gli operatori coinvolti nell'esecuzione del Test, nel rispetto delle procedure aziendali, indossino i Dispositivi di Protezione individuale previsti. Sarà previsto un adeguato supporto formativo per l'esecuzione dei test e la registrazione degli esiti.

L'Azienda ULSS, in funzione della particolare situazione epidemiologica locale, anche in considerazione di eventuali focolai identificati in **specifici gruppi di popolazione**, potrà avviare ulteriori indagini, definendo la tipologia di test utilizzato e la relativa frequenza, comunicando l'estensione delle attività di screening alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare e Veterinaria della Regione del Veneto e provvedendo a garantire per tutti i test effettuati, in accordo con Azienda Zero, la registrazione sui sistemi informativi regionali anche del dato della specifica categoria target di popolazione individuata e sottoposta a screening.

4.3 Registrazione e tracciabilità dei dati

Per tutti i test effettuati **deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato (esito, motivazione e categoria)**. A tale scopo, per tutti i dati relativi alle attività di screening delle categorie sopra elencate, oltre che per quelli relativi alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19, dovranno essere alimentati tempestivamente gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, per il successivo inserimento nel *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Azienda Zero provvederà ad aggiornare le specifiche procedure per consentire la registrazione dei dati da parte delle Aziende ULSS (e degli altri attori coinvolti), con particolare riferimento alla registrazione, per i test effettuati, dell'informazione relativa alla motivazione di esecuzione del test e l'eventuale categoria target di popolazione sottoposta a screening.

Si raccomanda alle Aziende ULSS e a tutti gli attori coinvolti (es. medici competenti aziendali) la completezza della registrazione di tutti i dati con le modalità definite da Azienda Zero per alimentare il *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Qualsiasi laboratorio regionale del SSR, ed i laboratori privati accreditati autorizzati ad effettuare tali prestazioni, devono garantire la tracciabilità dei test. Le modalità e i relativi flussi, se non già in essere, andranno concordati tempestivamente dagli stessi laboratori con l'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero.

5. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI PER LA SOMMINISTRAZIONE DEI TEST ANTIGENICI RAPIDI

In accordo quanto previsto dalla Nota tecnica ad interim del Ministero della Salute ed Istituto Superiore di Sanità "T*est di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica*", aggiornata al 16 ottobre 2020, in ragione della semplicità di esecuzione e della previsione di un uso diffuso del test antigenico rapido, è "*ipotizzabile attuare un coinvolgimento della rete dei pediatri di libera*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

scelta e del medico di medicina generale per l'uso nei diversi contesti organizzativi, incluso quello delle indagini di comunità".
In ogni Azienda ULSS al fine di consentire una diagnosi tempestiva di COVID-19, di ampliare ulteriormente l'offerta di *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* e di coinvolgere opportunamente la Medicina territoriale potranno essere organizzati **Punti di accesso territoriali.**

5.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali

L'esecuzione presso i Punti di accesso territoriali è destinata a persone:

1. con sintomatologia compatibile con COVID (caso sospetto);
2. a persone identificate come contatto stretto di un caso confermato.

L'accesso ai Punti è possibile solo con **mascherina chirurgica e dopo aver effettuato accurata igiene delle mani**.
I Punti di accesso territoriale individuati dalle ULSS secondo un Piano di Attuazione sono quelli di seguito riportati.

5.1.1 Sedi h24 7gg/7

Si tratta di sedi dedicate alla somministrazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, attive 7gg/7 h24, che vedano la presenza di équipe di Medici di Continuità Assistenziale, medici e personale USCA, personale infermieristico e tecnico e/o altro personale per l'accoglienza e la gestione dei pazienti. Per ogni Azienda Ulss deve essere presente almeno un punto Covid 19 h24.

L'accesso è libero, potendo prevedere anche alcune fasce orarie su prenotazione; l'esecuzione del tampone rapido è **eseguita previa prescrizione del Medico curante o su indicazione del Medico presente.**

5.1.2 Sedi di Continuità Assistenziale potenziate

Per ampliare ulteriormente l'accessibilità dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* e sfruttare la capillarità di offerta delle attuali 105 sedi di Continuità Assistenziale le stesse potranno essere rafforzate attraverso il potenziamento con personale USCA, al fine di garantire l'esecuzione del *Test*. L'esecuzione dei Test sarà offerta anche attraverso l'individuazione di fasce orarie e/o percorsi dedicati.

5.1.3 Studi della medicina generale o spazi alternativi organizzati

Al fine di potenziare la presa in carico degli assistiti da parte dei Medici di medicina generale vengono messi a disposizione degli stessi i *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* che potranno essere utilizzati a loro discrezione durante l'attività ambulatoriale o domiciliare a favore della popolazione assistita, in particolare con lo scopo di favorire la diagnosi differenziale.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Saranno da privilegiare le forme organizzate di medici convenzionati, in particolare le Medicine di gruppo e le Medicine di gruppo integrate, fondate su una organizzazione dell'accesso e dotate di personale infermieristico.

L'effettuazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* potrà essere gestita anche con modalità drive-in presso gli studi dei Medici curanti stessi. Alternativamente potranno essere utilizzati gli spazi ad oggi già organizzati per la somministrazione delle vaccinazioni antinfluenzali. Valorizzando la collaborazione delle amministrazioni locali, anche attraverso accordi con ANCI, detti spazi potranno anche rappresentare punti screening per popolazione-target.

Visto l'impegno concomitante anche sul versante delle vaccinazioni antinfluenzali, per suddetta attività potranno essere riconosciute fino ad un massimo di 3 ore aggiuntive/settimana di presenza infermieristica (riconosciute secondo indennità infermieristica prevista da ACN); il riconoscimento dell'indennità di cui sopra sarà erogato a seguito della valutazione dell'effettiva documentata presenza infermieristica e dell'attività svolta e registrata sull'apposito applicativo regionale. Detto riconoscimento sarà limitato alla durata dell'emergenza COVID.

5.2 Indicazioni operative

L'esecuzione del *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* ed il suo esito dovranno essere tempestivamente registrati sul Portale Regionale o negli applicativi dedicati.

Gli operatori che eseguono il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, nel rispetto delle procedure aziendali, dovranno indossare i Dispositivi di Protezione Individuale previsti (FFP2, camice/grembiule monouso, guanti, occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera). Specifica formazione sull'esecuzione del Test dovrà essere prevista dalle Aziende ULSS.

Per l'esecuzione del tampone rapido non è necessaria una sanificazione straordinaria dell'ambiente, bensì l'applicazione delle normali procedure di sanificazione degli ambienti sanitari previsti durante la pandemia da SARS-CoV-2. Negli ambienti dove è eseguita la procedura deve essere assicurata adeguata ventilazione. Secondo quanto previsto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 in generale le aree pubbliche in cui un caso COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.
A completamento si precisa che l'introduzione del tampone nella provetta contenente il liquido precedentemente dispensato inattiva completamente il virus.

5.3 Attuazione e Monitoraggio

Ogni Azienda ULSS è tenuta a redigere un Piano di attuazione dei Punti di Accesso Territoriale che preveda la localizzazione dei punti, le fasce orarie, le modalità di accesso e le tempistiche di attivazione, che dovrà essere trasmesso alla Unità Organizzativa Cure Primarie e Strutture Socio-sanitarie territoriali.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ministero della Salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive IRCCS "Lazzaro Spallanzani"

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

NOTA TECNICA AD INTERIM

Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica

Aggiornata al 23 ottobre 2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

NOTA TECNICA

Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica

Aggiornato al 23 ottobre 2020

Ministero della Salute
Anna Caraglia, Alessia D'Alisera, Jessica Iera, Francesco Maraglino, Giovanni Rezza

Istituto Superiore di Sanità
Silvio Brusaferro, Alessandra Ciervo, Fortunato D'Ancona, Annalisa Pantosti, Flavia Riccardo, Paola Stefanelli

INAIL
Diana Gagliardi, Sergio Iavicoli, Benedetta Persechino

Comitato Tecnico Scientifico

Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome
Emanuela Balocchini, Piergiuseppe Calà, Danilo Cereda, Angelo D'Argenzio, Giuseppe Diegoli, Maria Gramegna, Michele Mongillo, Kyriakoula Petropulacos, Roberto Rigoli, Francesca Russo, Michele Tonon

Consiglio Superiore di Sanità
Franco Locatelli

FNOMCeO - Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

INMI Lazzaro Spallanzani
Maria Rosaria Capobianchi, Giuseppe Ippolito

Organizzazione Mondiale della Sanità
Raniero Guerra

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità
Nota tecnica ad interim. Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica. Aggiornata al 23 ottobre 2020.
iii, 10 p.

Il documento fornisce le indicazioni ad interim per la diagnostica di SARS-CoV-2 e i criteri di scelta dei test disponibili a seconda dei diversi contesti per un loro uso razionale e sostenibile in termini di risorse.

Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità
Interim Technical note. Laboratory testing for SARS-CoV-2 and their use in public health. Updated on October 23, 2020.
iii, 10 p.

This document provides current interim guidance on the correct, rational and sustainable use of SARS-CoV-2 diagnostics and the ongoing criteria for choosing the right available test in each context.

Citare questo documento come segue:

Nota tecnica ad interim. Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica. Aggiornata al 23 ottobre 2020. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2020.

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità
(Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità – Ministero della Salute 2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Indice

Acronimi ii

Introduzione e scopo del documento 1

Considerazioni per l'uso dei test diagnostici 2
Strategia d'uso 2

Tabella sinottica dei test 5

APPENDICE

Test attualmente disponibili per scopi di sanità pubblica 7
Test molecolare mediante tampone 8
Test antigenico rapido (mediante tampone nasale, naso-oro-faringeo, salivare) 8
Test sierologici 9

Bibliografia 10

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Acronimi

COVID-19	*Corona Virus Disease - 2019*
DdP	Dipartimento di Prevenzione
ECDC	*European Centre for Disease Prevention and Control*
INMI	Istituto Nazionale Malattie Infettive
ISS	Istituto Superiore di Sanità
IVD	*In Vitro diagnostic medical Device*
RSA	Residenza Sanitaria Assistita
SARS-CoV-2	*Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2*
WHO	World Health Organization

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Introduzione e scopo del documento

Il documento nasce dalla necessità di chiarire le indicazioni per la diagnostica di SARS-CoV-2 e i criteri di scelta dei test a disposizione nei diversi contesti per un uso razionale e sostenibile delle risorse.

Questo documento riassume le informazioni disponibili al momento della sua pubblicazione e può essere aggiornato se ulteriori evidenze scientifiche saranno disponibili.

Le indicazioni riportate in questo documento sono in linea con le indicazioni riportate dalla *World Health Organization* (WHO) per i profili dei prodotti per diagnostica che hanno come target COVID-19 così come riportati nel documento "Target product profiles for priority diagnostics to support response to the COVID-19 pandemic v.1.0" (1) del 28 settembre 2020 che descrivono le caratteristiche principali dei test per SARS-CoV-2, ma che sottolineano anche la necessità che essi soddisfino non solo i criteri di specificità e sensibilità, ma anche caratteristiche di test rapido che ne favorisca l'uso in determinati contesti.

Lo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) riconosce 5 obiettivi per il testing:

- controllare la trasmissione;
- monitorare l'incidenza, l'andamento e valutare la gravità nel tempo;
- mitigare l'impatto del COVID-19 nelle strutture sanitarie e socioassistenziali;
- rilevare cluster o focolai in contesti specifici;
- prevenire la (re)introduzione nelle aree che hanno raggiunto un controllo sostenuto del virus.

Questo documento rappresenta uno degli strumenti della strategia di testing che andrebbe implementata per quanto possibile e organizzata in modo omogeneo sul territorio nazionale.

Considerazioni per l'uso dei test diagnostici

Alla luce delle evidenze al momento disponibili, della situazione epidemiologica e della necessità di garantire test in tempi compatibili con le diverse esigenze di salute pubblica, è fondamentale una scelta appropriata tra i test disponibili in funzione delle diverse strategie per la identificazione di infezione da SARS-CoV-2.

Come riportato da altre esperienze (2), infatti, l'elevata sensibilità e specificità dei test non possono rappresentare l'unico criterio nella scelta del tipo di test da utilizzare nell'ambito di una strategia che prevede non solo la diagnosi clinica in un preciso momento ma anche la ripetizione del test all'interno di una attività di sorveglianza che sia sostenibile e in grado di rilevare i soggetti positivi nel loro reale periodo di contagiosità.

Rimane essenziale la rapidità di diagnosi nei soggetti con sospetto clinico e/o sintomatici e dei contatti per controllare il focolaio limitando la diffusione del virus avvalendosi di quarantena e isolamento.

Appaiono quindi importanti per la valutazione della scelta del test da utilizzare diversi parametri come, ad esempio:

- i tempi di esecuzione del test (alcune ore per i test molecolari, contro i 15-30 minuti di un test antigenico rapido ad esempio);
- la necessità di personale specializzato e di strumentazione dedicata disponibile solo in laboratorio vs. piccole strumentazioni portatili da utilizzare ovunque;
- i costi da affrontare per una politica basata sulla ripetizione dei test; il trasporto dei campioni vs l'esecuzione in loco;
- l'accettabilità del test da parte dei soggetti per l'invasività del test; la facilità di raccolta del campione; l'addestramento necessario a raccogliere/processare i campioni;
- la disponibilità dei reagenti; la stabilità dei campioni (1).

Critica è anche la raccolta dati relativamente ai test eseguiti con la conseguente possibilità di analisi e valutazione delle strategie adottate piuttosto che della diffusione della infezione.

Strategia d'uso

Si riportano alcune proposte di indicazioni a supporto della strategia d'uso:

- **Casi sospetti e casi positivi**
  - Il test è mirato alla ricerca del virus nel contesto delle indagini cliniche ed epidemiologiche di soggetti con sintomatologia compatibile con una infezione da SARS-CoV-2, inclusi i contatti stretti sintomatici, e ai test effettuati per definire la guarigione dei casi positivi.
- **Contatti stretti asintomatici**
  - I test devono essere limitati ai contatti stretti di un caso confermato sia che il test sia prescritto all'inizio che alla fine della quarantena di 10 giorni. A tal proposito si faccia riferimento alla circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12 ottobre 2020 "COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena".
  - Non è raccomandato prescrivere test diagnostici a contatti di contatti stretti di caso confermato; qualora essi vengano richiesti in autonomia, i soggetti non devono essere considerati sospetti

né essere sottoposti ad alcuna misura di quarantena né segnalati al Dipartimento di Prevenzione tranne i positivi che vanno sempre comunicati.

- Se la richiesta dei test diagnostici, anche in ambito scolastico, per i contatti stretti, viene effettuata dal PLS/MMG, deve essere sempre accompagnata dalla segnalazione al Dipartimento di Prevenzione di competenza. Allo stesso tempo deve essere raccomandato al soggetto di rispettare l'isolamento domiciliare in attesa del risultato del test.

- **Indicazioni e considerazioni generali**
  - L'analisi diagnostica può essere effettuata solo presso laboratori, altamente specializzati, di riferimento regionali e laboratori aggiuntivi individuati dalle Regioni secondo le modalità e le procedure concordate con il Laboratorio di Riferimento Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità.
  - I dati relativi ai test da qualsiasi soggetto vengano eseguiti devono essere riportati al Dipartimento di Prevenzione (DdP) per evitare ripetizioni di test e soprattutto un allineamento tra risultati dei test e azioni di sanità pubblica da parte del DdP.
  - La persona in attesa del risultato del test deve essere posta in quarantena. Se il risultato del test è positivo il DdP prescriverà l'isolamento alla persona interessata e la quarantena ai contatti stretti. Sebbene i test molecolari siano quelli di riferimento per sensibilità e specificità, in molte circostanze si può ricorrere ai test antigenici rapidi che, oltre essere meno laboriosi e costosi, possono fornire i risultati in meno di mezz'ora e sono eseguibili anche in modo delocalizzato e consentono se c'è link epidemiologico di accelerare le misure previste; per maggiori dettagli si veda la tabella sinottica allegata.
  - Nei punti di esecuzione dei test (inclusi i drive-in) va definito un accesso prioritario per i test diagnostici prescritti ai soggetti sintomatici e ai contatti stretti asintomatici di un caso confermato e alle altre categorie previste. L'esecuzione di test non prioritari potrebbe essere organizzata in altri contesti separati e con altre modalità per evitare di allungare i tempi di prelievo (ad esempio presso laboratori accreditati) e di risposta del risultato essenziali per le successive indagini cliniche e per azioni di sanità pubblica.
  - Nel caso di test antigenici rapidi si suggerisce un adeguato approvvigionamento di strumentazione per la lettura dei tamponi al fine di ottimizzare la capacità di fornire risultati in meno di 30 minuti direttamente sul luogo di prelievo. La strumentazione viene fornita insieme ai test per quelli che usano la fluorescenza (FIA) o altri sistemi strumentali mentre i test immunocromatografici non necessitano di lettori.
  - Alla luce del previsto diffuso uso del test antigenici rapidi e della loro semplicità di esecuzione, è ipotizzabile attuare un coinvolgimento della rete dei pediatri di libera scelta e del medico di medicina generale per l'uso nei diversi contesti organizzativi, incluso quello delle indagini di comunità, fermo restando la necessità di garantire le misure organizzative, di prevenzione e protezione adeguate.
  - Allo stato attuale i test rapidi salivari (antigenici o molecolari) sono in fase di valutazione anche in contesti territoriali. Le attuali esperienze pilota permetteranno raccogliere dati utili per definire le loro indicazioni di utilizzo nel prossimo futuro.
  - Si rappresenta che la definizione di "caso confermato" dovrebbe essere aggiornata in relazione all'utilizzo dei test antigenici rapidi senza una conferma con test molecolari soprattutto in presenza di situazioni con link epidemiologico dove la positività del test rapido individua di per sè l'intervento come "caso", per l'attivazione rapida delle azioni di controllo.

- È importante la condivisione dei dati a livello locale/regionale/nazionale delle validazioni su vari tipi di test antigenici rapidi, inclusi quelli salivari, in commercio nel nostro paese per ottimizzare le strategie del loro uso.
- Si sottolinea che l'evoluzione delle diverse tipologie dei test è continua e che ai fini della loro valutazione possono essere considerate affidabili le validazioni effettuate dalle agenzie regolatorie dei Paesi del G7.

Nella tabella sinottica, l'uso dei test indicati come alternativa, deve essere considerato in base alla situazione epidemiologica e alla organizzazione sanitaria regionale.

Tabella sinottica dei test nei principali contesti

Contesto	Tipo di test		Commenti
	prima scelta	alternativo	
Caso sospetto sintomatico con o senza link epidemiologico Soggetto in quarantena se compare sintomatologia (es. contatto stretto di caso confermato)	Test molecolare su tampone oro/naso faringeo (**)	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale + conferma con test molecolare per i casi positivi (*)	Anche se in questo caso il test rapido potrebbe avere una affidabilità maggiore perché il soggetto è sintomatico (con una minore probabilità di falsi negativi), tuttavia il tampone molecolare rimane la prima scelta
Soggetto pauci-sintomatico in assenza di link epidemiologico Contatto stretto di caso confermato (incluso in ambiente scolastico o lavorativo) che è asintomatico senza conviventi che siano fragili o non collaboranti Soggetto asintomatico proveniente da paese a rischio come da DPCM	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale senza conferma con test molecolare su tampone oro/naso faringeo per i casi positivi	Test molecolare su tampone oro-naso faringeo	In caso di *contact tracing* il test antigenico rapido può essere uno strumento strategico e sostenibile rispetto ai test molecolari tradizionali qualora le capacità diagnostiche di test molecolari siano già saturate. La rapidità del risultato permette un veloce monitoraggio di eventuali contagi e il conseguente isolamento del soggetto limitando la diffusione dell'infezione in ambiente comunitario. In questo caso, il rischio di risultati falsi negativi può essere accettabile in quanto bilanciato dalla velocità di risposta nel percorso di controllo delle infezioni e dalla possibilità di ripetere il test se ritenuto opportuno. Si attendono maggiori dati sull'uso di questo test in soggetti asintomatici per i quali questi test non sono stati finora indicati.
Contatto stretto di caso confermato che vive o frequenta regolarmente soggetti fragili a rischio di complicanze o soggetti non collaboranti Asintomatico per ricovero programmato(***), ingresso in larghe comunità chiuse laddove previsto (es. RSA, prigioni, strutture per soggetti con disabilità mentale, altro) Screening degli operatori sanitari/personale in contesti ad alto rischio	Test molecolare su tampone oro/naso faringeo	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale + conferma con test molecolare su tampone oro/naso faringeo (*)	Il test molecolare permette di identificare con la massima sensibilità i soggetti positivi per tutelare i fragili a rischio di complicanze e le larghe comunità a rischio di cluster. Il test antigenico rapido potrebbe essere indicato in quei contesti in cui sono vantaggiosi l'identificazione e l'isolamento rapido dei positivi a tutela dei soggetti fragili a rischio di complicanze e delle larghe comunità chiuse.
Screening di comunità (ricerca di persone con infezione in atto in un gruppo esteso di persone) per motivi di sanità pubblica	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale + conferma con test molecolare su tampone oro/naso faringeo per i casi positivi in assenza di link epidemiologico	Test sierologico + conferma con test molecolare su tampone oro/naso faringeo per i casi positivi (*)	I test rapidi antigenici hanno il vantaggio di essere eseguiti e dare risultato in un tempo minore dei test molecolari, mentre i test sierologici possono essere processati rapidamente sia presso un lab o direttamente in sede di prelievo se si tratta dei test POCT. Nell'ambito della strategia di comunità dove necessita avere rapidamente, a seguito di positività, la possibilità di isolare il soggetto ed intercettare rapidamente tutti i possibili contatti non è necessario confermare il test rapido antigenico con il test di biologia molecolare. Il principale limite del test sierologico è la capacità di confermare o meno una infezione in atto a causa (risposta anticorpale tempo-dipendente, scarso valore predittivo positivo dei test) né nelle prime fasi della malattia. Per questo necessita in caso di positività di un test molecolare su tampone per conferma. Pertanto, la strategia d'uso del test sierologico in questo contesto è in via di valutazione

Contesto	Tipo di test		Commenti
	prima scelta	alternativo	
Soggetto in isolamento per la conferma di guarigione	Test molecolare su tampone oro/naso faringeo		
Contatto asintomatico in quarantena per la chiusura a 10 giorni	Test molecolare su tampone oro/naso faringeo	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale	
Asintomatico che effettua il test su base volontaria, esame richiesto per motivi di lavoro o di viaggio ((fatte salve specifiche prescrizioni dei paesi di destinazione che possano prevedere specificatamente test molecolare) o per richieste non correlate a esigenze cliniche o di salute pubblica ricadenti nei casi precedenti ecc.	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale + conferma con test molecolare su tampone oro/naso faringeo per i casi positivi	Test molecolare su tampone oro/naso faringeo o nasale	Effettuazione del test sulla base dell'organizzazione regionale (a pagamento o inclusa in programmi di sanità pubblica).

(*) in caso di collegamento epidemiologico + positività a test antigenico rapido si considera "confermato" e si procede ad avviare gli interventi di controllo.

(**) tampone biologia molecolare anche con tecnica a "crudo"

(***) nel caso di ricovero non programmato come ad esempio un accesso al pronto soccorso, il test rapido potrebbe essere la prima scelta, in base all'organizzazione della struttura sanitaria, al fine di indirizzare il paziente nel corretto percorso.

NOTA. I test antigenici rapidi salivari, attualmente in fase di sperimentazione, andranno considerati come alternativa ai test antigenici rapidi su tampone oro-naso faringeo o nasali se le validazioni e le esperienze pilota oggi in corso in Italia, daranno risultati che ne indicano un uso anche nella routine di sanità pubblica. Si sottolinea che i sistemi di raccolta della saliva tipo "Salivette" non appaiono al momento adeguati, per modalità di svolgimento, per i soggetti non collaboranti a causa del rischio di ingestione del dispositivo di raccolta.

APPENDICE

Test attualmente disponibili per scopi di sanità pubblica

La Commissione Europea ha pubblicato un documento sui dati disponibili per test IVD commerciali marcati CE (3) che includono sensibilità e specificità analitica, sensibilità e specificità clinica, e sta raccogliendo, in una banca dati consultabile, i dati del produttore dei test IVD commerciali marcati CE e rivedendo i test sviluppati in laboratorio internamente con i dati sulle prestazioni in pubblicazioni scientifiche (4). Queste liste sono in continuo aggiornamento.

Attualmente i test possono essere suddivisi in tre grandi gruppi: tampone molecolare, tampone antigenico rapido, test sierologici.

Test molecolare mediante tampone

Si tratta di una indagine molecolare reverse transcription (rt)-Real Time PCR per la rilevazione del genoma (RNA) del virus SARS-CoV-2 nel campione biologico. Questa metodica permette di identificare in modo altamente specifico e sensibile uno o più geni bersaglio del virus presenti nel campione biologico e di misurare in tempo reale la concentrazione iniziale della sequenza target. I saggi in rt-Real Time PCR, seppur con indicazioni qualitative così come descritti e suggeriti dagli organi internazionali di riferimento, permettono di ottenere una curva di amplificazione il cui Cycle Threshold o ciclo soglia (CT) è inversamente proporzionale alla quantità del bersaglio genico come stampo iniziale presente nel campione. Quindi, in base a questo principio, maggiore è il numero delle "molecole stampo" presenti all'inizio della reazione e minore sarà il numero di cicli necessari per raggiungere un determinato valore di CT. Viceversa, un alto valore di CT, ottenuto dopo numerosi cicli di amplificazione, indica una bassa quantità di target genico iniziale e quindi di genoma virale.

La rt-Real Time PCR è il "gold standard" per la diagnosi di COVID-19. La rilevazione dell'RNA virale di SARS-CoV-2 eseguita in laboratorio da campioni clinici (in genere tamponi nasofaringei o orofaringei) ad oggi rimane il saggio di riferimento internazionale per sensibilità e specificità ed è in grado di rilevare il patogeno anche a bassa carica virale in soggetti sintomatici, pre-sintomatici o asintomatici. Per la complessità della metodica, la rilevazione di SARS-CoV-2 viene eseguita esclusivamente in laboratori specializzati con operatori esperti (5). Il risultato può esser ottenuto in un minimo di 3-5 ore ma situazioni organizzative e logistiche possono richiedere anche 1-2 giorni. È necessario ricordare che ai fini della segnalazione dei casi nel sistema della sorveglianza integrata COVID-19, coordinata da ISS, vengono considerati solo i risultati positivi ottenuti tramite rt-Real Time PCR dai laboratori di riferimento regionali o dai laboratori identificati/autorizzati da questi (https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza). Si aggiunge la possibilità di effettuare l'analisi dei test molecolari senza effettuare l'estrazione e la purificazione dell'RNA dal campione biologico, ma di utilizzare la tecnica della inattivazione al calore (95°C/98°C) ("a crudo"). Ciò permette di semplificare, massimizzare e velocizzare il primo step dell'analisi stessa, specialmente in condizioni di forte pressione sui laboratori dovuti all'aumentare dei tamponi da processare. Il rischio di perdita di sensibilità può considerarsi minimo e presente solo ad alti numeri di cicli di amplificazione della PCR, come riportato da lavori scientifici internazionali (6-7). Tuttavia, la sensibilità risulta essere superiore al test antigenico.

Test antigenico rapido (mediante tampone nasale, naso-oro-faringeo, salivare)

Negli ultimi mesi, sono stati sviluppati nuovi tipi di test che promettono di offrire risultati più rapidamente (30-60 minuti), con minor costo e senza la necessità di personale specializzato (8). Questi sono i test antigenici rapidi, strumenti potenzialmente utili soprattutto per le indagini di screening. Analogamente ai test molecolari, i saggi antigenici sono di tipo diretto, ossia valutano direttamente la presenza del virus nel campione clinico, a differenza dei test sierologici che sono di tipo indiretto, cioè rilevano la presenza di

anticorpi specifici che indicano una infezione pregressa o in atto. A differenza dei test molecolari, però, i test antigenici rilevano la presenza del virus non tramite il suo acido nucleico ma tramite le sue proteine (antigeni). Questi test contengono come substrato anticorpi specifici in grado di legarsi agli antigeni virali di SARS-CoV-2 ed il risultato della reazione antigene-anticorpo può essere direttamente visibile a occhio nudo o letto mediante una semplice apparecchiatura al "point of care" senza la necessità di essere effettuato in un laboratorio. Negli Stati Uniti 3 test antigenici rapidi sono stati autorizzati da FDA. In Europa, numerosi test hanno già ottenuto il marchio CE e diverse aziende di diagnostica stanno lavorando per ottenere l'approvazione normativa idonea per essere immessi sul mercato con un sufficiente grado di affidabilità (9).

I test antigenici sono di tipo qualitativo (sì/no) e intercettano, tramite anticorpi policlonali o monoclonali, specifici peptidi (porzioni proteiche) della proteina S (Spike) o N (nucleocapside) presenti sulla superficie virale di SARS-CoV-2.

Il test può risultare negativo se la concentrazione degli antigeni è inferiore al limite di rilevamento del test (es. se il prelievo è stato eseguito troppo precocemente rispetto all'ipotetico momento di esposizione) o se il campione è stato prelevato, trasportato o conservato impropriamente. Per questo, i produttori di tali kit evidenziano che un risultato negativo del test non esclude la possibilità di un'infezione da SARS-CoV-2 e la negatività del campione, a fronte di forte sospetto di COVID-19, dovrebbe essere confermata mediante test molecolare. I test molecolari sembrano avere una maggiore sensibilità prima della comparsa dei sintomi, mentre nella fase iniziale immediatamente successiva all'inizio dell'infezione i test rapidi antigenici e quelli molecolari hanno una sensibilità simile, rendendo utile l'uso anche dei primi (2). Inoltre, il test rapido antigenico può essere utilizzato per l'identificazione dei contatti asintomatici dei casi, anche se questo tipo di test non è specificamente autorizzato per questa destinazione d'uso, poiché è stato dimostrato che i casi asintomatici hanno cariche virali simili ai casi sintomatici (10).

Purtroppo, fino ad oggi non vi sono sufficienti studi pubblicati che, a fronte di contesti specifici e di una ampia casistica, forniscano indicazioni sulla sensibilità e specificità di questi test rapidi. Allo stato attuale, i dati disponibili dei vari test per questi parametri sono quelli dichiarati dal produttore: 70-86% per la sensibilità e 95-97% per la specificità (11-14)

La Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) (https://www.finddx.org/covid-19/pipeline/?section=show-all#diag_tab) ha creato una piattaforma online in rapida evoluzione che raccoglie una vasta serie di saggi per SARS-CoV-2 che vanno dalle prime fasi di sviluppo fino alla piena approvazione normativa.

Riguardo i test su tampone salivare, il dispositivo di rilevazione è lo stesso, ma cambiando il campione analizzato possono cambiare le caratteristiche di sensibilità e specificità del test. In conclusione, la sensibilità e la specificità di questi test antigenici rapidi dovranno essere valutate per i loro valori predittivi nel corso del loro sviluppo tecnologico.

È importante la condivisione dei dati a livello locale/regionale/nazionale delle validazioni su vari tipi di test antigenici rapidi, inclusi quelli salivari, in commercio nel nostro paese.

Test sierologici

I test sierologici rilevano l'esposizione al virus SARS-COV- 2 ma non sono in grado di confermare o meno una infezione in atto. Per questo, in caso di positività si necessita di un test molecolare su tampone per conferma. Come da circolare del Ministero della Salute 16106 del 9 maggio 2020, si ribadisce che " la qualità e l'affidabilità di un test dipendono in particolare dalle due caratteristiche di specificità e sensibilità, e pertanto, sebbene non sussistano in relazione ad esse obblighi di legge, è fortemente raccomandato l'utilizzo di test del tipo CLIA e/o ELISA che abbiano una specificità non inferiore al 95% e una sensibilità non inferiore al 90%, al fine di ridurre il numero di risultati falsi positivi e falsi negativi. Al di sotto di queste soglie, l'affidabilità del risultato ottenuto non è adeguata alle finalità per cui i test vengono eseguiti".

Bibliografia

1. World Health Organization. *Target product profiles for priority diagnostics to support response to the COVID-19 pandemic v.1.0*. Geneva: WHO; 2020
2. Mina MJ, Parker R, Larremore DB. Rethinking Covid-19 test sensitivity — A strategy for containment. *N Engl J Med* 2020 Sep 30. DOI: 10.1056/NEJMp2025631
3. European Commission. *Current performance of COVID-19 test methods and devices and proposed performance criteria (16 April 2020)*. Brussels: EC; 2020. https://ec.europa.eu/docsroom/documents/40805.
4. European Commission. *COVID-19 in vitro diagnostic devices and test methods database.* Brussels: EC; 2020. https://covid-19-diagnostics.jrc.ec.europa.eu/).
5. Ministero della salute. Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio (0011715-03/04/2020). Roma: Ministero della Salute; 2020.
6. Mancini F, Barbanti F, Scaturro M, *et al.* Laboratory management for SARS-CoV-2 detection: a user-friendly combination of the heat treatment approach and rt-Real-time PCR testing. *Emerg Microb Infect.* 2020;9(1):1393-1396. DOI: 10.1080/22221751.2020.1775500.
7. Fomsgaard AS, Rosenstierne MW. An alternative workflow for molecular detection of SARS CoV-2 – escape from the NA extraction kit-shortage, Copenhagen. Denmark. *Euro Surveill.* 2020;25:2000398. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.14.2000398
8. Cheng MP, Papenburg J, Desjardins M, *et al.* Diagnostic testing for severe acute respiratory syndrome-related Coronavirus-2: a narrative review [published online ahead of print, 2020 Apr 13]. Ann Intern Med. 2020:M201301 10.7326/M20-1301.
9. Centers for Disease Control and Prevention. *Overview of Testing for SARS-CoV-2 (COVID-19).* Atlanta, GA: CDC; 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-overview.html
10. World Heald Organization. *Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays. Interim guidance.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays
11. Dinnes J, Deeks JJ, Adriano A, Berhane S, Davenport C, Dittrich S, Emperador D, Takwoingi Y, Cunningham J, Beese S, Dretzke J, Ferrante di Ruffano L, Harris IM, Price MJ, Taylor-Phillips S, Hooft L, Leeflang MMG, Spijker R, Van den Bruel A. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 8. Art. No.: CD013705. DOI: 10.1002/14651858.CD013705
12. Castro R, Luz PM, Wakimoto MD, Veloso VG, Grinsztejn B, Perazzo H. COVID-19: a meta-analysis of diagnostic test accuracy of commercial assays registered in Brazil [published online ahead of print, 2020 Apr 18]. *Braz J Infect Dis.* 2020;S14138670(20):530029. DOI:10.1016/j.bjid.2020.04.003
13. Russo A, Minichini C, Starace M, *et al.* Current status of laboratory Diagnosis for COVID-19: a narrative review. *Infect Drug Resist.* 2020;13:2657-2665. doi:10.2147/IDR.S264020
14. SARS-CoV-2 Diagnostic pipeline. https://www.finddx.org/covid-19/pipeline/ .

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

INTESA 30 ottobre 2020

Intesa, ai sensi dell'Accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, Rep. Atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni: ACN per il rafforzamento delle attivita' territoriali di diagnostica di primo livello e di prevenzione della trasmissione di Sars-Cov-2. (Rep. Atti n. 177/CSR 30 ottobre 2020). (20A06125)

(GU n.277 del 6-11-2020)

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO,
LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 30 ottobre 2020;

Vista la legge 26 maggio 2004, n. 138 di conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 29 marzo 2004, n. 81, che all'art. 2-nonies dispone che l'Accordo collettivo nazionale concernente il personale sanitario a rapporto convenzionale e' reso esecutivo con intesa sancita in Conferenza Stato-regioni;

Visto l'Accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013 avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli accordi con il personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale (Rep. atti n. 164/CSR);

Vista la nota pervenuta a questo ufficio di segreteria il 29 ottobre 2020, con la quale la Conferenza delle regioni e delle province autonome, al fine di completare l'iter procedurale con il perfezionamento della prevista intesa in sede di Conferenza Stato-regioni, ha trasmesso copia dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e dell'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta: ACN per il rafforzamento delle attivita' territoriali di diagnostica di primo livello e di prevenzione della trasmissione di Sars-Cov-2;

Vista la nota del 30 ottobre 2020, con la quale detta documentazione, corredata del parere della Corte dei conti pervenuto in data 29 ottobre 2020, e' stata portata a conoscenza delle amministrazioni centrali interessate;

Considerato che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole al perfezionamento dell'intesa sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta di cui in epigrafe;

Acquisito, quindi, l'assenso del Governo, delle regioni e delle

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Province Autonome di Trento e Bolzano;

Sancisce intesa

ai sensi dell'Accordo Stato-regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale e sull'ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta, ai sensi dell'art. 8 del decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni: ACN per il rafforzamento delle attivita' territoriali di diagnostica di primo livello e di prevenzione della trasmissione di Sars-Cov-2, che in allegato A al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Roma, 30 ottobre 2020

Il Presidente: Boccia

Il segretario: Grande

Allegato A

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. n. 502 DEL 1992 e successive modificazioni ed integrazioni
ACN per il rafforzamento delle attivita' territoriali di diagnostica di primo livello e di prevenzione della trasmissione di Sars-Cov-2

Parte di provvedimento in formato grafico

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. n. 502 DEL 1992 e successive modificazioni ed integrazioni
ACN per il rafforzamento delle attivita' territoriali di diagnostica di primo livello e di prevenzione della trasmissione di Sars-Cov-2

Parte di provvedimento in formato grafico

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ALLEGATO *A*

Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

ACN PER IL RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI DI DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO E DI PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE DI SARS-COV-2

In data 28 ottobre 2020 alle ore 11:00 ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Marco Luca Caroli _____*firmato*_____

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMMG _____*firmato*_____

SNAMI _____

SMI _____

INTESA SINDACALE

CISL MEDICI – FP CGIL MEDICI – SIMET – SUMAI _____*firmato*_____

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'articolo 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli Accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'articolo 1, commi 449 e 450 della Legge 27 dicembre 2019, n. 160;

Visto l'articolo 38 del Decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1 della Legge 5 giugno 2020, n. 40;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

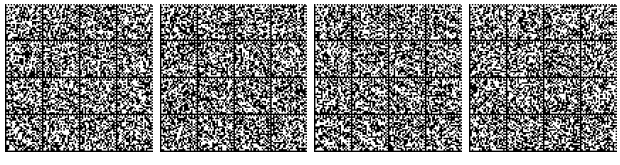
Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, Intesa sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016";



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante “Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117”;

Vista l’Intesa Stato-Regioni, n. 112/CSR del 21 giugno 2018, Intesa, sensi dell’Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull’ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale- triennio 2016-2018;

Vista l’Intesa Stato-Regioni, n. 85/CSR del 18 giugno 2020, Intesa, sensi dell’Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull’ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale- triennio 2016-2018.

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l’allegato Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

INDICE

INDICE

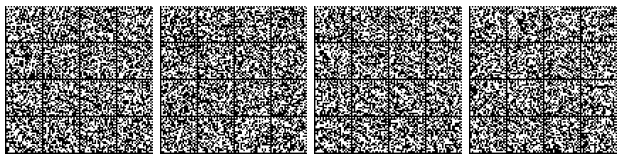
Art. 1 – Contesto di riferimento.

Art. 2 – Disposizioni in merito alla diagnostica di primo livello.

Art. 3 – Effettuazione tamponi antigenici rapidi.

Art. 4 – Trattamento economico.

Art. 5 – Disposizioni finali.

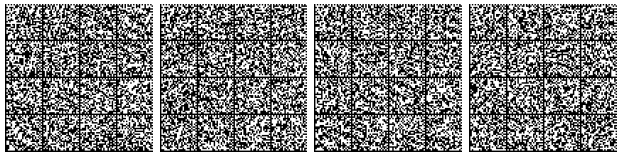


PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 1 – CONTESTO DI RIFERIMENTO.

1. La grave situazione emergenziale che il Paese sta affrontando e lo scenario epidemico che si prospetta per il periodo autunno-invernale, caratterizzato da una trasmissibilità sostenuta e diffusa di SARS-CoV-2, rendono quanto mai necessario assicurare che la risposta dell'assistenza territoriale sia realizzata in tutte le sue potenzialità per contribuire a mantenere sotto controllo la trasmissione del virus.

2. In considerazione di quanto esposto al comma precedente le Parti negoziali, in adesione all'atto di indirizzo pervenuto, provvedono a sottoscrivere il presente ACN contenente disposizioni negoziali per il potenziamento dei servizi erogati dalla medicina generale con l'ausilio di strumenti di diagnostica di primo livello nel rafforzamento delle attività di prevenzione ed il coinvolgimento dei medici stessi nel rafforzamento dell'attività di indagine epidemiologica attraverso l'accertamento diagnostico al fine di contribuire ad identificare rapidamente i focolai e ad isolare i casi.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 2 – DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO.

1. In attuazione di quanto previsto dall'art. 1, commi 449 e 450 della Legge 27 dicembre 2019, n. 160, al fine di far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei medici di medicina generale, il miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché a ridurre il fenomeno delle liste di attesa, lo Stato ha disposto uno specifico finanziamento. Con Direttiva del Ministro della Salute 14 ottobre 2020 è stato demandato al Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19 il compito di procedere all'acquisto e alla distribuzione delle apparecchiature. Inoltre, come indicato dalla citata Direttiva e dall'Atto di Indirizzo per la Medicina Convenzionata approvato da Comitato di Settore Regioni-Sanità il 15 ottobre 2020, le Regioni provvederanno a distribuire le apparecchiature sanitarie anche attraverso opportuni AA.II.RR. per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera scelta.
2. L'utilizzo delle apparecchiature sanitarie di cui al comma 1, integrate o integranti quelle già in possesso del medico e rese note all'Azienda, è finalizzato, attraverso la necessaria interazione applicativa con la piattaforma di cui all'art. 38 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito con legge 5 giugno 2020, n. 40, al miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché alla riduzione del fenomeno delle liste d'attesa anche al fine di ridurre la pressione sui servizi ospedalieri e sulle strutture sanitarie, limitando altresì le occasioni di esposizione al rischio di contagio nel corso dell'emergenza epidemiologica in atto, infine al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale come declinati nell'ambito dei rispettivi AA.II.RR.
3. L'utilizzo delle apparecchiature di cui al presente articolo viene disciplinato dagli AAIIRR preferibilmente all'interno di percorsi di presa in carico per i soggetti affetti da patologie croniche e da fragilità o per categorie di assistiti e tenendo conto degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'articolo 1 dell'ACN 21 giugno 2018.
4. Le Regioni, sulla base della propria programmazione, distribuiscono le apparecchiature privilegiando prioritariamente e non esclusivamente l'utilizzo presso le UCCP (Case della Salute ecc.) e/o le sedi delle forme associative dei medici convenzionati presso le quali l'accesso da parte dei pazienti risulti più agevole ed in maggior sicurezza. A tal proposito, nell'ambito degli AAIIRR sono stabilite le modalità di individuazione dei medici assegnatari delle stesse.
5. L'assegnazione delle apparecchiature è subordinata ad una specifica formazione ed a una conseguente certificazione delle competenze acquisite. Le Regioni, nell'ambito degli AAIIRR, possono prevedere l'inclusione di tale formazione nei corsi di cui all'articolo 20, comma 11, dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i. ovvero disporne l'effettuazione nell'ambito di quelli di cui all'articolo 20, comma 12 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., tenendo conto anche delle diverse modalità di erogazione delle prestazioni (ad es. telemedicina).
6. I costi di gestione corrente (ad esempio, materiale di consumo, assicurazione, piattaforma di cui al comma 2) sono a carico dei medici destinatari delle apparecchiature.
7. I medici di medicina generale assegnatari utilizzano le apparecchiature affidate esclusivamente al fine di migliorare il processo di presa in cura degli assistiti.
8. Le Aziende provvedono a regolamentare le procedure di consegna, ritiro e controllo delle apparecchiature e del loro effettivo utilizzo.
9. Nell'ambito degli AAIIRR sono sancite altresì le modalità di erogazione delle prestazioni rese nei confronti degli assistiti di altri medici operanti nella stessa forma associativa.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 3 – EFFETTUAZIONE TAMPONI ANTIGENICI RAPIDI.

1. Per evitare che l'attività di indagine epidemiologica con il tracciamento dei contatti (*contact tracing*) e l'accertamento diagnostico per l'identificazione rapida dei focolai, l'isolamento dei casi e l'applicazione delle misure di quarantena gravino esclusivamente sui Dipartimenti di Sanità Pubblica è disposto il coinvolgimento dei medici di medicina generale per il rafforzamento del servizio esclusivamente per l'effettuazione dei tamponi antigenici rapidi o di altro test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sanitarie che si rendesse disponibile dall'Azienda/Agenzia.

2. Per il periodo dell'epidemia influenzale sul territorio nazionale, come definita dalle disposizioni di legge, i medici di assistenza primaria integrano tra i loro compiti di cui all'articolo 13-bis dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., prevedendo l'accesso su prenotazione e previo triage telefonico, le attività di effettuazione di tamponi antigenici rapidi o di altro test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sanitarie, che si rendesse disponibile dall'Azienda/Agenzia, di concerto ed in collaborazione con i Dipartimenti di Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione.

3. Le Regioni, nell'ambito degli AAIIRR:

   - possono prevedere il coinvolgimento nell'effettuazione dei predetti tamponi dei medici di continuità assistenziale, dei medici di medicina dei servizi, dei medici dell'emergenza sanitaria territoriale, inclusi gli incaricati di attività territoriali programmate di cui alla norma finale n. 15 dell'ACN 23 marzo 2005 e s.m.i., al fine di integrare eventuali situazioni di disagio;

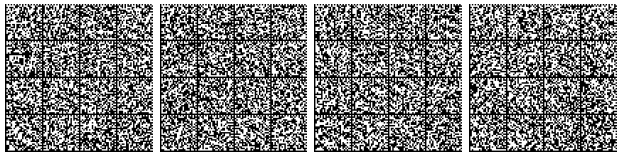
   - organizzano, concordando per la parte di interesse dei medici di medicina generale con le rappresentanze di categoria degli stessi, l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi, o di altro test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sanitarie, che si rendesse disponibile dall'Azienda/Agenzia, nelle sedi messe a disposizione dalle Aziende/Agenzie (incluse eventuali strutture fisse e/o mobili rese disponibili dalla Protezione Civile o dal Comune ovvero da forme organizzative complesse dell'assistenza primaria);

   - in forza delle disponibilità rilevate, possono prevedere anche forme di adesione dei medici al servizio di esecuzione del tampone al domicilio del paziente.

4. Nel caso in cui il medico di assistenza primaria svolga l'attività di cui al presente articolo presso il proprio studio ovvero presso quello della forma organizzativa nella quale opera ne dà comunicazione all'Azienda/Agenzia.

5. La fornitura dei tamponi antigenici rapidi, o altro test di cui al comma 2, ai medici è assicurata dal Commissario per l'emergenza Covid-19 unitamente ai necessari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, visiere e camici), secondo le modalità comunicate dalla Regione, ovvero dalle Aziende/Agenzie relativamente ai medici che non effettuano i tamponi presso lo studio professionale, ai quali saranno in ogni caso assicurati i necessari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, visiere e camici) forniti dal Commissario per l'emergenza Covid-19.

6. Il target affidato al personale convenzionato di cui al presente articolo riguarda per i propri assistiti:



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

a) i contatti stretti asintomatici individuati dal medico di medicina generale oppure individuati e segnalati dal Dipartimento di Prevenzione in attesa di tampone rapido;

b) caso sospetto di contatto che il medico di medicina generale si trova a dover visitare e che decide di sottoporre a test rapido;

qualora il medico si trovi ad operare in strutture rese disponibili dall'Azienda/Agenzia, per gli assistiti di altri medici di medicina generale:

c) contatti stretti asintomatici allo scadere dei 10 giorni di isolamento identificati in base ad una lista trasmessa dal Dipartimento di Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione al medico individuato.

7. Il medico che esegue il tampone provvede alla registrazione della prestazione eseguita e del risultato ottenuto sul sistema informativo messo a disposizione dalla Regione anche grazie alla cooperazione applicativa del gestionale del medico.

   In caso di esito positivo il medico provvede a darne tempestiva comunicazione al Servizio Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione della propria Azienda/Agenzia per i provvedimenti conseguenti e raccomanda l'isolamento domiciliare fiduciario in attesa dell'esito del tampone molecolare di conferma.

   In caso di esito negativo il medico che ha eseguito il tampone rilascia attestazione al paziente.

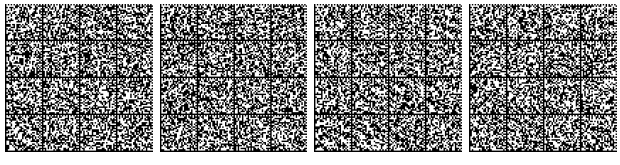
8. L'attività è erogata nel rispetto delle indicazioni di sicurezza e di tutela degli operatori e dei pazienti, definite dagli organi di sanità pubblica.

9. In assenza dei necessari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, visiere e camici), forniti ai sensi del precedente comma 5 per l'effettuazione dei tamponi antigenici rapidi, il medico non è tenuto ai compiti del presente articolo e il conseguente rifiuto non corrisponde ad omissione, né è motivo per l'attivazione di procedura di contestazione disciplinare.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 4 – TRATTAMENTO ECONOMICO.

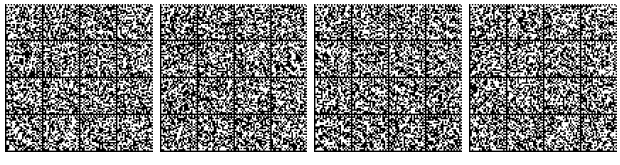
1. Le Parti, in considerazione della complessità organizzativa per la somministrazione dei tamponi antigenici rapidi, o altro test di cui all'art. 3, comma 2, convengono che la tariffa per l'attività svolta presso gli studi medici è stabilita pari a 18 Euro. e che la tariffa per l'attività svolta fuori dagli studi medici è pari a 12 Euro.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 5 – DISPOSIZIONI FINALI.

1. Le Parti prendono atto che è in corso di adozione da parte del Governo un provvedimento di urgenza per lo stanziamento di Euro 30.000.000 per la copertura degli oneri derivanti dalla somministrazione dei tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta fino al 31 dicembre 2020, che rappresenta il limite di spesa per il periodo di riferimento.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati

RELAZIONE TECNICO - ILLUSTRATIVA DELL'IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I MEDICI DI MEDICINA GENERALE*

ACN PER IL RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI DI DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO E DI PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE DI SARS-COV-2

RIFERITO AL

TRIENNIO NORMATIVO ED ECONOMICO 2016-2018

*RELAZIONE REDATTA AI SENSI DEI COMMI 3, 4 E 5 DELL'ART. 47 E COMMA 3 DELL'ART. 48 D.LGS. 30 MARZO 2001, N. 165 E SMI.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

INDICE

RELAZIONE ILLUSTRATIVA E DI COMPATIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA

PARTE I – OBIETTIVI GENERALI

PARTE II – ACN MEDICINA GENERALE

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PARTE I – OBIETTIVI GENERALI

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEL TESTO CONTRATTUALE

I. PREMESSA.

La grave situazione emergenziale che il Paese sta affrontando e lo scenario epidemico che si prospetta per il periodo autunno-invernale, caratterizzato da una trasmissibilità sostenuta e diffusa di SARS-CoV-2, rendono quanto mai necessario assicurare che la risposta dell'assistenza territoriale sia realizzata in tutte le sue potenzialità per contribuire a mantenere sotto controllo la trasmissione del virus.

In considerazione di quanto esposto le parti, in adesione all'atto di indirizzo pervenuto, provvedono a sottoscrivere l'ACN contenente disposizioni negoziali per il potenziamento dei servizi erogati dalla medicina generale con l'ausilio di strumenti di diagnostica di primo livello ed il coinvolgimento dei medici stessi nel rafforzamento dell'attività di indagine epidemiologica per l'accertamento diagnostico al fine di contribuire alla rapida identificazione dei focolai ed isolare i casi.

ASPETTI METODOLOGICI ED ANALISI FINANZIARIA GENERALE.

La presente parte della relazione è disposta, secondo quanto previsto dagli artt. 47, comma 4 e 48, comma 3 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come recepito dalla Legge 27 dicembre 2002, n. 289, allo scopo di rendere una efficace e chiara esposizione delle clausole negoziali.

Per meglio inquadrare il contesto si riportano di seguito due tabelle riepilogative e di quantificazione del settore aggiornate al dato più recente rilevato (1 gennaio 2019).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

TABELLA n. 1 (tabella n. medici al 1 gennaio 2019)

MEDICINA CONVENZIONATA	medici al 01/01/2019
TOTALE MEDICINA GENERALE	**64.799**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	42.651
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	17.617
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.569
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	2.962
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**7.459**

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2019

Il contingente di personale convenzionato in questione contabilizza una assistenza sanitaria in termini di assistiti (per i comparti a quota capitaria) e di ore (per i comparti a quota oraria), come determinato in coerenza con l'impianto illustrativo delle relazioni già prodotte nei confronti della Corte dei Conti nei recenti rinnovi negoziali.

TABELLA n. 2 (tabella scelte 1 gennaio 2019/ore remunerate anno 2018)

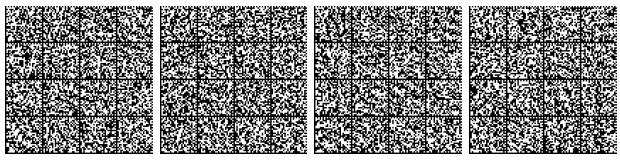
MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore scelte al 01/01/2019 - ore anno 2018
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	51.961.181
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	21.382.950
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.628.410
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	6.021.852
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.599.532

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2019

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

DISPONIBILITÀ FINANZIARIE

L'ACN in esame dispone di specifico finanziamento per le prestazioni di cui all'art. 3, come determinato nei successivi art. 4 e 5. L'impegno di tali risorse, individuate con decretazione d'urgenza dal Governo, è esplicitato nel prosieguo per la parte che determina oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione che ammontano fino al 31 dicembre 2020 ad un valore complessivo, per la medicina generale e la pediatria di libera scelta, di **30 milioni** di euro fino al 31 dicembre 2020.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PARTE II – ACN MEDICINA GENERALE

ANALISI ILLUSTRATIVA DELLE DISPOSIZIONI

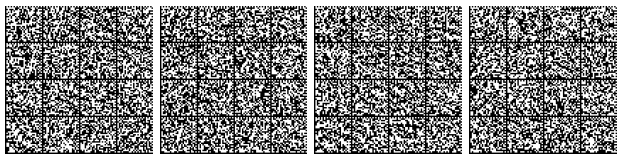
Si commentano di seguito, articolo per articolo, le clausole introdotte.

ART. 1 – CONTESTO DI RIFERIMENTO.

La clausola è meramente descrittiva delle motivazioni di urgenza che hanno indotto a provvedere alla sottoscrizione dell'ACN in questione. L'aggravarsi della situazione epidemiologica ha determinato la necessità di ricorrere al personale convenzionato, ed in genere ai medici operanti nell'assistenza territoriale, per fornire assistenza specifica alla popolazione e mantenere sotto controllo la trasmissione del virus anche tramite l'attivazione delle funzioni e dei compiti specifici definiti negozialmente.

Con il **secondo comma** si anticipa il contenuto delle clausole negoziali seguenti che vertono, appunto, sul potenziamento dei servizi della medicina generale con l'ausilio di strumenti di diagnostica di primo livello nel rafforzamento delle attività di prevenzione ed il coinvolgimento dei medici stessi nel rafforzamento dell'attività di indagine epidemiologica per l'accertamento diagnostico al fine di contribuire alla rapida identificazione dei focolai e ad isolare i casi.

Tale articolo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 2 – DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO.

L'articolo in questione attiene l'attivazione per i medici di medicina generale delle attività diagnostiche di primo livello previste dall'art. 1, commi 449 e 450 della Legge 27 dicembre 2019, n. 160. L'intervento negoziale dispone in merito ai principi individuati dal livello contrattuale nazionale e la determinazione delle competenze affidate da quest'ultima alla contrattazione regionale.

Il **comma 1** ribadisce i richiami normativi che hanno definito il finanziamento e le modalità di assegnazione delle apparecchiature fornite, finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei medici di medicina generale il miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché a ridurre il fenomeno delle liste di attesa. Il comma riferisce, altresì, che con Direttiva del Ministro della Salute 14 ottobre 2020 è stato demandato al Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19 il compito di procedere all'acquisto e alla distribuzione delle apparecchiature. Inoltre, come indicato dalla citata Direttiva e dall'Atto di Indirizzo per la Medicina Convenzionata approvato da Comitato di Settore Regioni-Sanità il 15 ottobre 2020 le Regioni provvederanno a distribuire le apparecchiature sanitarie anche attraverso opportuni AA.II.RR. per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera scelta.

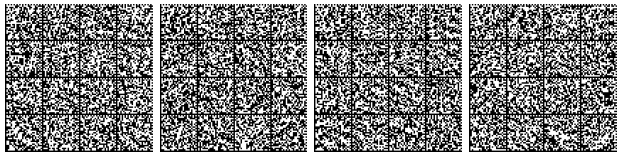
Il **comma 2** esplicita la finalizzazione dell'utilizzo delle apparecchiature fornite, che possono essere integrate o integranti rispetto a quelle di cui il medico ha già disponibilità e che rende note all'Azienda per la quale opera, al miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché alla riduzione del fenomeno delle liste d'attesa anche al fine di ridurre la pressione sui servizi ospedalieri e sulle strutture sanitarie oltre che al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale come declinati nell'ambito degli AA.II.RR.. L'utilizzo delle apparecchiature determina anche il ricorso alla piattaforma digitale di cui all'art. 38, del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito con legge 5 giugno 2020, n. 40. La necessità di intervenire in tempi ristretti, data la contingente emergenza epidemiologica, è chiarita nella necessità di limitare le occasioni di esposizione al rischio di contagio.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Il successivo **comma 3** assegna agli AAIIRR il compito di disciplinare l'utilizzo delle apparecchiature all'interno di percorsi di presa in carico per i soggetti affetti da patologie croniche e da fragilità o per categorie di assistiti e tenendo conto degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'ACN 21 giugno 2018 che già richiamavano il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, la problematica dell'accesso improprio al Pronto Soccorso ed il governo delle liste di attesa e appropriatezza.

Il **comma 4** si fa carico di indicare alle Regioni, sulla base della loro programmazione e in forza dei criteri stabiliti dagli AA.II.RR., alcune priorità di assegnazione delle apparecchiature, premettendo prioritariamente, anche se non esclusivamente, le UCCP (Unità Complesse delle Cure Primarie, tra cui le Case della Salute, ecc.) e comunque le forme associative dei medici anche allo scopo di favorire il ricorso a strutture che consentano migliore fruibilità da parte degli assistiti grazie ad accessi più agevoli ed in maggior sicurezza. Gli Accordi Regionali quindi determineranno, sulla base delle priorità indicate, le modalità di individuazione dei medici assegnatari.

Nel **comma 5** si prevede che l'utilizzo degli strumenti diagnostici affidati è subordinato ad una specifica formazione e a una conseguente certificazione delle competenze acquisite. Si dispone che gli AAIIRR possano prevedere che tale formazione rientri nei corsi disposti dal vigente art. 20, comma 11 dell'ACN 23 marzo 2005 e smi. L'articolo in questione dispone che i medici di medicina generale possano partecipare a proprie spese a corsi anche attraverso la Formazione a distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma che siano comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della medicina generale, fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento. Gli stessi AAIIRR possono disporne anche l'effettuazione nell'ambito dei corsi obbligatori di cui allo stesso art. 20, comma 12 dell'ACN 23 marzo 2005 e smi ove è disciplinata la modalità di effettuazione di tali corsi che sono già individuati, a normativa contrattuale invariata, tra quelli in carico alle Aziende. La clausola dunque integra esclusivamente queste nuove tipologie formative tra quelle sulle quali è già disposta specifica disciplina negoziale.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Con il **comma 6** si sancisce che l'onere di gestione corrente delle apparecchiature fornite (ad esempio materiale di consumo, assicurazione, costo della piattaforma di cui al comma 2) è a carico dei medici destinatari delle stesse.

Al **comma 7** si determina il limite di utilizzo degli strumenti diagnostici forniti indicando un principio generale ricondotto al miglioramento del processo di presa in cura degli assistiti.

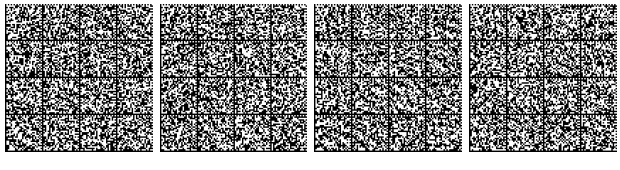
Con il **comma 8** è rimesso alle singole Aziende il compito di provvedere a regolamentare le procedure di consegna, ritiro e controllo delle apparecchiature e del loro effettivo utilizzo.

Infine la facoltà attribuita agli AAIIRR di stabilire le modalità di erogazione delle prestazioni rese nei confronti degli assistiti di altri medici operanti nella medesima forma associativa è riprodotta nel **comma 9**.

L'intero articolo 2, essendo di carattere meramente dispositivo, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 3 – EFFETTUAZIONE TAMPONI ANTIGENICI RAPIDI.

Con il **comma 1** dell'articolo 3 si provvede a disciplinare il coinvolgimento diretto dei medici di medicina generale, per evitare che l'attività di indagine epidemiologica con il tracciamento dei contatti (*contact tracing*), l'accertamento diagnostico per l'identificazione rapida dei focolai, l'isolamento dei casi e l'applicazione delle misure di quarantena gravino esclusivamente sui Dipartimenti di Sanità Pubblica. L'attività del medico di medicina generale è riferita esclusivamente alla effettuazione di tamponi antigenici rapidi o di altro tipo di test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sanitarie che si rendesse disponibile dall'Azienda o Agenzia sanitaria (a seconda delle denominazioni che gli Enti del SSN assumono a livello regionale).



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

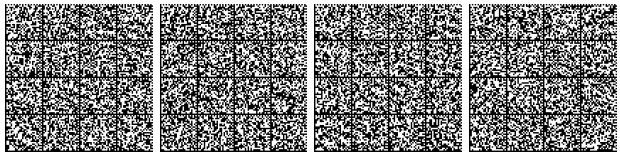
Nel **comma 2** si sancisce che per il periodo di sovrapposizione dell'emergenza con l'epidemia influenzale sul territorio nazionale, e quindi allo scopo di agevolare la diagnosi differenziale delle due patologie, i medici di assistenza primaria integrano i compiti già fissati dall'art. 13-bis dell'ACN 23 marzo 2005 e smi, con lo svolgimento delle attività citate nel comma precedente. L'attività in questione si svolge, prevedendo l'accesso su prenotazione e previo triage telefonico a mezzo di utilizzo di tamponi rapidi antigenici o altro test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sanitarie, che si rendesse disponibile dalle Aziende/Agenzie Sanitarie. L'attività è operata di concerto ed in collaborazione con i Dipartimenti di Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione.

Il **comma 3**, come indicato nell'atto di indirizzo, individua le competenze dell'AIR in merito.

Nel **primo alinea** si prevede che gli AAIIRR stessi, al fine di integrare eventuali situazioni di disagio a livello decentrato, possano prevedere il coinvolgimento anche dei medici di continuità assistenziale, dei medici di medicina dei servizi, dei medici dell'emergenza sanitaria territoriale, inclusi gli incaricati di attività territoriali programmate di cui alla norma finale n. 15 dell'ACN 23 marzo 2005 e smi, nell'attività di effettuazione dei tamponi di cui all'articolo in esame.

Nel **secondo alinea** si dispone che negli accordi decentrati regionali venga concordata l'organizzazione dell'esecuzione dei tamponi, individuando con le OO.SS. rappresentative della categoria le sedi ove svolgere l'attività di somministrazione dei tamponi antigenici rapidi o altro tipo di test. In questo contesto sono indicate le sedi messe a disposizione dalle Aziende/Agenzie Territoriali che includono anche strutture fisse e/o mobili rese disponibili dalla Protezione Civile o dai Comuni ed infine, le sedi delle forme associative complesse dei medici di assistenza primaria.

Il **terzo alinea** consente agli AAIIRR la possibilità di prevedere che, in forza delle disponibilità rilevate tra i medici, si possa disporre anche di forme di adesione di questi ultimi al servizio di esecuzione del tampone al domicilio del paziente.



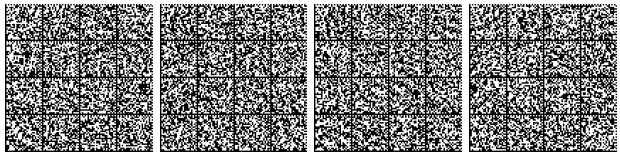
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Con il **comma 4** si disciplina, invece, il caso in cui il medico di assistenza primaria svolga le attività di cui all'articolo in esame, direttamente nel proprio studio ovvero presso quello della forma organizzativa in cui lo stesso medico opera. In tal caso, data la necessità di attivare con urgenza il servizio, si dispone che ciò avvenga anche in assenza di un AAIIRR, consentendo al medico di attivare da subito il servizio di esecuzione dei tamponi dandone comunicazione all'Azienda/Agenzia, in osservanza di quanto disposto direttamente dall'ACN in esame.

Il **comma 5** chiarisce che la fornitura dei tamponi o test come indicato al comma 2 necessari allo svolgimento dell'attività è assicurata dal Commissario per l'emergenza Covid-19 unitamente alla fornitura dei DPI (mascherine, visiere e camici). Si provvederà, secondo le modalità comunicate dalla Regione in forza di specifica procedura di acquisizione del fabbisogno già attivata, nel caso di esecuzione dei tamponi stessi presso lo studio professionale. Nel caso di effettuazione dei tamponi al di fuori degli studi professionali i DPI saranno assicurati dall'Azienda tramite le forniture dello stesso Commissario per l'emergenza Covid-19.

Il **comma 6** provvede ad individuare il target affidato ai medici operanti sul territorio, nei confronti dei propri assistiti, con l'indicazione della casistica epidemiologica da testare. Si tratta in particolare di contatti stretti asintomatici individuati dal medico stesso o individuati e segnalati dal Dipartimento di Prevenzione ed in attesa di tampone rapido. È altresì oggetto dell'attività in esame il caso sospetto di contatto che il medico di medicina generale si trova a dover visitare e per il quale ritiene necessaria la sottoposizione al test. Infine, qualora il medico si trovi ad operare in strutture rese disponibili dall'Azienda/Agenzia si prevede anche il caso in cui il medico possa operare nei confronti di assistiti di altri medici di assistenza primaria, che si individuano nei contatti stretti asintomatici allo scadere dei 10 giorni di isolamento, identificati in base ad una lista trasmessa dal Dipartimento di Sanità pubblica/Igiene e prevenzione.

Nel **comma 7** si identificano le attività cui deve attendere il medico che effettua il tampone. Nel primo capoverso si indica la necessità per la Regione di mettere



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

a disposizione un sistema informativo sul quale il medico effettua la registrazione del tampone eseguito anche con la cooperazione applicativa del gestionale di cui il medico dispone. Nel secondo capoverso sono indicate le attività conseguenti l'esito positivo del test. In ossequio alle disposizioni normative vigenti, in tali casi il medico provvede a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione della propria Azienda/Agenzia per i provvedimenti conseguenti, raccomandando l'isolamento fiduciario in attesa dell'esito del tampone molecolare di conferma. Nel terzo capoverso si prevede invece il rilascio dell'attestazione al paziente in caso di esito negativo del tampone.

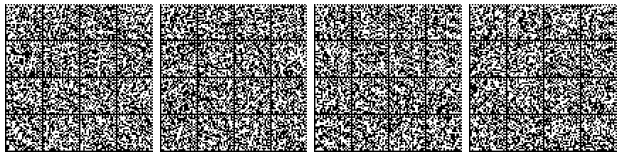
Il **comma 8** precisa che l'attività in questione va prestata nel rispetto delle indicazioni di sicurezza e di tutela degli operatori e dei pazienti, definiti dagli organi di sanità pubblica.

Nel **comma 9**, infine si determina che in caso di assenza dei Dispositivi di Protezione Individuale forniti ai sensi del precedente comma 5, il medico non è tenuto ai compiti dell'articolo in esame ed il conseguente rifiuto della prestazione non corrisponde ad una omissione né a motivo per l'attivazione della procedura disciplinare.

L'intero articolo in esame non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 4 – TRATTAMENTO ECONOMICO.

L'**unico comma** che compone l'articolo disciplina, in ragione della complessità organizzativa che tale scelta richiede, la tariffa applicabile per la somministrazione dei tamponi antigenici rapidi o altro test di cui all'art. 3, comma 2. La tariffa è individuata in Euro 18 (diciotto) se la prestazione è svolta presso lo studio del medico, ed in 12 (dodici) Euro se la somministrazione avviene al di fuori degli studi medici.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Tale comma comporta un onere che viene esplicitamente determinato in apposito provvedimento d'urgenza disposto dal Governo e che viene richiamato al successivo articolo 5 per un importo complessivo di **30 milioni** di euro fino al 31 dicembre 2020.

Nel limite delle risorse indicate si consente, dunque, di provvedere alla somministrazione da parte di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, fino al 31 dicembre 2020, di un numero di tamponi, ad integrazione di quelli già eseguiti dai Dipartimenti di Sanità pubblica/Igiene e prevenzione, che è stimato in numero 2.000.000 (due milioni).

La stima dell'onere complessivo viene effettuata ipotizzando, nel limite delle risorse disponibili assegnate alle Regioni, una percentuale del 50% svolta presso gli studi professionali ed un altro 50% somministrato al di fuori degli studi professionali come riportato nella successiva **Tabella n. 3**

Tabella 3 - Numero massimo di tamponi eseguibili con le disponibilità teoriche fino al 31/12/2020

MEDICINA CONVENZIONATA	limite disponibilità teoriche tamponi valori in €	numero complessivo tamponi	numero complessivo tamponi per tipologia di costo	costo per tampone valori in €	costo effettivo stimato valori in €
MEDICINA GENERALE e PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	30.000.000	2.000.000	1.000.000	18	18.000.000
			1.000.000	12	12.000.000

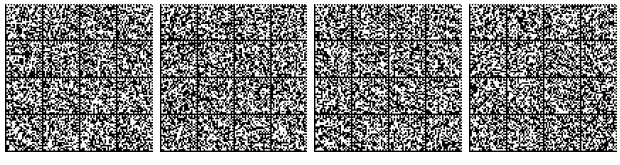
L'articolo 4 genera oneri diretti o indiretti stimati ai fini della presente relazione, nel limite dalla specifica copertura economica contenuta nel provvedimento di emergenza disposto dal Governo (**30 milioni** di euro fino al 31 dicembre 2020).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 5 – DISPOSIZIONI FINALI.

L'**unico comma** che compone l'articolo attiene ad una mera dichiarazione di aderenza dell'articolato contrattuale alla disposizione normativa d'urgenza che provvede alla copertura economica dell'onere connesso a quanto disposto nei precedenti articoli 3 e 4. L'onere complessivo indicato (**30 milioni** di euro) è riferito complessivamente alla medicina generale ed alla pediatria di libera scelta.

L'articolo 5, di esclusivo carattere declaratorio e programmatico, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

INDICE DELLE TABELLE - MEDICINA GENERALE
Tabella 1 - Numero medici al 01/01/2019
Tabella 2 - Numero scelte e numero ore remunerate (scelte al 01/01/2019 - ore anno 2018)
Tabella 3 - Numero massimo di tamponi eseguibili con le disponibilità teoriche fino al 31/12/2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati

IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA AI SENSI DELL'ART. 8 DEL D.LGS. N. 502 DEL 1992 E SUCCESSIVE MODIFICAZIONI ED INTEGRAZIONI

ACN PER IL RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI DI DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO E DI PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE DI SARS-COV-2

In data 27 ottobre 2020 alle ore 23:00, ha avuto luogo l'incontro per la firma dell'Ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i pediatri di libera scelta ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni tra

la **SISAC** nella persona del Coordinatore dott. Marco Luca Caroli _____*firmato*_____

E LE SEGUENTI ORGANIZZAZIONI SINDACALI:

FIMP _____*firmato*_____

SIMPEF _____*firmato*_____

FEDERAZIONE CIPE-SISPE-SINSPE _____*firmato*_____

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Vista la Legge 23 dicembre 1978, n. 833;

Visto il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto l'articolo 4, comma 9, Legge 30 dicembre 1991, n. 412 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge Costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, recante modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione della Repubblica Italiana;

Visto l'articolo 52, comma 27, Legge 27 dicembre 2002, n. 289 e successive integrazioni e modificazioni;

Vista la Legge 8 novembre 2012, n. 189;

Visto il Patto per la Salute per gli anni 2019-2021 di cui all'intesa sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome (Rep. 209/CSR del 18 dicembre 2019);

Visto l'Accordo tra le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano, il Ministero della Salute, il Ministero dell'economia e delle finanze, il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, avente ad oggetto la disciplina del procedimento di contrattazione collettiva per il rinnovo degli Accordi con il personale convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale, ai sensi dell'articolo 52, comma 27 della Legge 27 dicembre 2002, n. 289, del 5 dicembre 2013 (Rep. 164/CSR);

Visto l'articolo 2 nonies della Legge 26 maggio 2004, n. 138;

Visto l'articolo 1, commi 449 e 450 della Legge 27 dicembre 2019, n. 160;

Visto l'articolo 38 del Decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1 della Legge 5 giugno 2020, n. 40;

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 settembre 2015, n. 178 recante regolamento in materia di fascicolo sanitario elettronico (FSE);

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 28/CSR del 21 febbraio 2019, Intesa sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni e Province Autonome di Trento e di Bolzano, sul Piano Nazionale di Governo delle Liste di Attesa per il triennio 2019- 2021, di cui all'articolo 1, comma 280, della legge 23 dicembre 2005, n. 266;

Vista l'Intesa Stato-Regioni, n. 10/CSR del 19 gennaio 2017, Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante «Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019»;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 36/CSR del 7 febbraio 2013 recante linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale;

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 160/CSR del 15 settembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento "Piano nazionale della cronicità" di cui all'art. 5, comma 21, dell'Intesa n. 82/CSR del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014-2016";

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Visto l'Accordo Stato-Regioni, n. 221/CSR del 24 novembre 2016, Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante “Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117”;

Vista l’Intesa Stato-Regioni, n. 113/CSR del 21 giugno 2018, Intesa, sensi dell’Accordo Stato-Regioni del 5 dicembre 2013, rep. atti n. 164/CSR, sull’ipotesi di Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta- triennio 2016-2018.

Al termine della riunione, le parti hanno sottoscritto l’allegato Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici pediatri di libera scelta.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

INDICE

INDICE

Art. 1 – Contesto di riferimento.

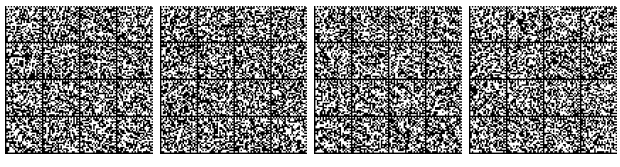
Art. 2 – Rappresentatività.

Art. 3 – Disposizioni in merito alla diagnostica di primo livello.

Art. 4 – Effettuazione tamponi antigenici rapidi.

Art. 5 – Trattamento economico.

Art. 6 – Disposizioni finali.

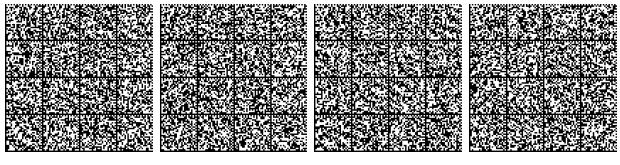


PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 1 – CONTESTO DI RIFERIMENTO.

1. La grave situazione emergenziale che il Paese sta affrontando e lo scenario epidemico che si prospetta per il periodo autunno-invernale, caratterizzato da una trasmissibilità sostenuta e diffusa di SARS-CoV-2, rendono quanto mai necessario assicurare che la risposta dell'assistenza territoriale sia realizzata in tutte le sue potenzialità per contribuire a mantenere sotto controllo la trasmissione del virus.

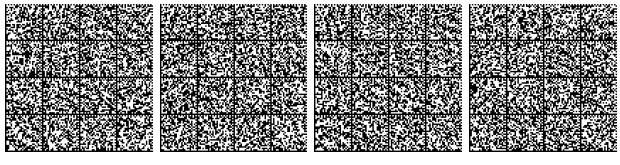
2. In considerazione di quanto esposto al comma precedente le Parti negoziali, in adesione all'atto di indirizzo pervenuto, provvedono a sottoscrivere il presente ACN contenente disposizioni negoziali per il potenziamento dei servizi erogati dalla pediatria di libera scelta con l'ausilio di strumenti di diagnostica di primo livello nel rafforzamento delle attività di prevenzione ed il coinvolgimento dei pediatri stessi nel rafforzamento dell'attività di indagine epidemiologica attraverso l'accertamento diagnostico al fine di contribuire ad identificare rapidamente i focolai e ad isolare i casi.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 2 – RAPPRESENTATIVITÀ.

1. La consistenza associativa è rilevata in base alle deleghe conferite per la ritenuta del contributo sindacale alle singole Aziende dai pediatri convenzionati titolari di incarico a tempo indeterminato e provvisorio. La decorrenza della delega coincide con le ritenute effettive accertate alla data del 1° gennaio di ogni anno. Le Aziende provvedono alla trattenuta delle quote sindacali, in ottemperanza all'articolo 8, comma 1 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni ed in ossequio alle previsioni dell'articolo 43 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i., esclusivamente sulla base della delega rilasciata dall'iscritto.
2. Sono considerate maggiormente rappresentative, ai sensi dell'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni, ai fini della contrattazione sul piano nazionale, le Organizzazioni Sindacali che abbiano un numero di iscritti, risultanti dalle deleghe per la ritenuta del contributo sindacale, non inferiore al 5% delle deleghe complessive.
3. Le Organizzazioni Sindacali firmatarie del presente Accordo, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Regione di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Integrativi Regionali.
4. Le Organizzazioni Sindacali, firmatarie dell'Accordo Integrativo Regionale, purché dotate di un terminale associativo riferito al presente ambito contrattuale domiciliato nella Azienda di riferimento, sono legittimate alla trattativa e alla stipula degli Accordi Attuativi Aziendali.
5. I rappresentanti sindacali devono essere formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti, la composizione delle quali è definita, rispettivamente, dalla Regione e dalle Aziende prima dell'avvio della negoziazione, in accordo con le Organizzazioni Sindacali. L'Accordo Collettivo Nazionale e gli Accordi decentrati sono validamente sottoscritti se stipulati da Organizzazioni Sindacali che rappresentano, complessivamente, almeno il 50% più uno degli iscritti.
6. La rilevazione delle deleghe sindacali è effettuata annualmente dalla SISAC, che certifica la consistenza associativa. Entro il mese di febbraio di ciascun anno le Aziende comunicano alla SISAC e all'Assessorato regionale alla Sanità la consistenza associativa risultante alla data del 1° gennaio di ogni anno.
7. In tutti i casi in cui occorra applicare il criterio della consistenza associativa si fa riferimento alle deleghe rilevate al 1° gennaio dell'anno precedente. Per le trattative disciplinate dall'articolo 8 del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni la consistenza associativa è determinata sulla base dei dati riferiti all'anno precedente a quello in cui si procede all'avvio delle trattative, indipendentemente dalla durata delle stesse.
8. Sono prese in considerazione ai fini della misurazione del dato associativo esclusivamente le deleghe rilasciate dai pediatri di libera scelta di importo superiore alla metà del valore medio delle trattenute richieste da tutte le Organizzazioni Sindacali rappresentative nel corso del precedente anno solare. La SISAC rende noto annualmente il relativo valore mensile di riferimento.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 3 – DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO.

1. In attuazione di quanto previsto dall'art. 1, commi 449 e 450 della Legge 27 dicembre 2019, n. 160, al fine di far fronte al fabbisogno di apparecchiature sanitarie finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei pediatri di libera scelta, il miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché a ridurre il fenomeno delle liste di attesa, lo Stato ha disposto uno specifico finanziamento. Con Direttiva del Ministro della Salute 14 ottobre 2020 è stato demandato al Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19 il compito di procedere all'acquisto e alla distribuzione delle apparecchiature. Inoltre, come indicato dalla citata Direttiva e dall'Atto di Indirizzo per la Medicina Convenzionata approvato dal Comitato di Settore Regioni-Sanità il 15 ottobre 2020, le Regioni provvederanno a distribuire le apparecchiature sanitarie anche attraverso opportuni AA.II.RR. per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera scelta.
2. L'utilizzo delle apparecchiature sanitarie di cui al comma 1, integrate o integranti quelle già in possesso del pediatra di libera scelta e rese note all'Azienda, è finalizzato, attraverso la necessaria interazione applicativa con la piattaforma di cui all'art. 38 del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito con legge 5 giugno 2020, n. 40, al miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché alla riduzione del fenomeno delle liste d'attesa anche al fine di ridurre la pressione sui servizi ospedalieri e sulle strutture sanitarie, limitando altresì le occasioni di esposizione al rischio di contagio nel corso dell'emergenza epidemiologica in atto, infine al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale come declinati nell'ambito dei rispettivi AA.II.RR.
3. L'utilizzo delle apparecchiature di cui al presente articolo viene disciplinato dagli AAIIRR preferibilmente all'interno di percorsi di presa in carico per i soggetti affetti da patologie croniche e da fragilità o per categorie di assistiti e tenendo conto degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'articolo 1 dell'ACN 21 giugno 2018.
4. Le Regioni, sulla base della propria programmazione, distribuiscono le apparecchiature privilegiando prioritariamente e non esclusivamente l'utilizzo presso le UCCP (Case della Salute ecc.) e/o le sedi delle forme associative dei pediatri convenzionati presso le quali l'accesso da parte dei pazienti risulti più agevole ed in maggior sicurezza. A tal proposito, nell'ambito degli AAIIRR sono stabilite le modalità di individuazione dei pediatri assegnatari delle stesse.
5. L'assegnazione delle apparecchiature è subordinata ad una specifica formazione ed a una conseguente certificazione delle competenze acquisite. Le Regioni, nell'ambito degli AAIIRR, possono prevedere l'inclusione di tale formazione nei corsi di cui all'articolo 20, comma 11, dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i. ovvero disporne l'effettuazione nell'ambito di quelli di cui all'articolo 20, comma 12 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., tenendo conto anche delle diverse modalità di erogazione delle prestazioni (ad es. telemedicina).
6. I costi di gestione corrente (ad esempio, materiale di consumo, assicurazione, piattaforma di cui al comma 2) sono a carico dei pediatri destinatari delle apparecchiature.
7. I pediatri di libera scelta assegnatari utilizzano le apparecchiature affidate esclusivamente al fine di migliorare il processo di presa in cura degli assistiti.
8. Le Aziende provvedono a regolamentare le procedure di consegna, ritiro e controllo delle apparecchiature e del loro effettivo utilizzo.
9. Nell'ambito degli AAIIRR sono sancite altresì le modalità di erogazione delle prestazioni rese nei confronti degli assistiti di altri pediatri operanti nella stessa forma associativa.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 4 – EFFETTUAZIONE TAMPONI ANTIGENICI RAPIDI.

1. Per evitare che l'attività di indagine epidemiologica con il tracciamento dei contatti (*contact tracing*) e l'accertamento diagnostico per l'identificazione rapida dei focolai, l'isolamento dei casi e l'applicazione delle misure di quarantena gravino esclusivamente sui Dipartimenti di Sanità Pubblica è disposto il coinvolgimento dei pediatri di libera scelta per il rafforzamento del servizio esclusivamente per l'effettuazione dei tamponi antigenici rapidi o di altro test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sanitarie che si rendesse disponibile dall'Azienda/Agenzia.

2. Per il periodo dell'epidemia influenzale sul territorio nazionale, come definita dalle disposizioni di legge, i pediatri di libera scelta integrano tra i loro compiti di cui all'articolo 13-bis dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., prevedendo l'accesso su prenotazione e previo triage telefonico, le attività di effettuazione di tamponi antigenici rapidi o di altro test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sanitarie, che si rendesse disponibile dall'Azienda/Agenzia, di concerto ed in collaborazione con i Dipartimenti di Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione.

3. Le Regioni, nell'ambito degli AAIIRR:

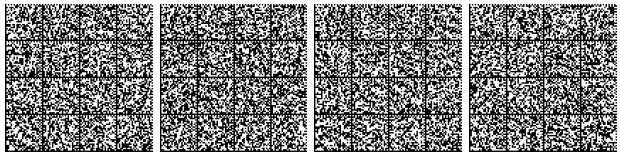
   - possono prevedere il coinvolgimento nell'effettuazione dei predetti tamponi dei medici di continuità assistenziale, dei medici di medicina dei servizi, dei medici dell'emergenza sanitaria territoriale, inclusi gli incaricati di attività territoriali programmate di cui all'articolo 61 dell'ACN 15 dicembre 2005 e s.m.i., al fine di integrare eventuali situazioni di disagio;

   - organizzano, concordando per la parte di interesse dei pediatri di libera scelta con le rappresentanze di categoria degli stessi, l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi, o di altro test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sanitarie, che si rendesse disponibile dall'Azienda/Agenzia, nelle sedi messe a disposizione dalle Aziende/Agenzie (incluse eventuali strutture fisse e/o mobili rese disponibili dalla Protezione Civile o dal Comune ovvero da forme organizzative complesse della pediatria di libera scelta);

   - in forza delle disponibilità rilevate, possono prevedere anche forme di adesione dei pediatri al servizio di esecuzione del tampone al domicilio del paziente.

4. Nel caso in cui il pediatra di libera scelta svolga l'attività di cui al presente articolo presso il proprio studio ovvero presso quello della forma organizzativa nella quale opera ne dà comunicazione all'Azienda/Agenzia.

5. La fornitura dei temponi antigenici rapidi, o altro test di cui al comma 2, ai pediatri di libera scelta è assicurata dal Commissario per l'emergenza Covid-19 unitamente ai necessari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, visiere e camici), secondo le modalità comunicate dalla Regione, ovvero dalle Aziende/Agenzie relativamente ai pediatri di libera scelta che non effettuano i tamponi presso lo studio professionale, ai quali saranno in ogni caso assicurati i necessari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, visiere e camici) forniti dal Commissario per l'emergenza Covid-19.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

6. Il target affidato al personale convenzionato di cui al presente articolo riguarda per i propri assistiti:

   a) i contatti stretti asintomatici individuati dal pediatra di libera scelta oppure individuati e segnalati dal Dipartimento di Prevenzione in attesa di tampone rapido;

   b) caso sospetto di contatto che il pediatra si trova a dover visitare e che decide di sottoporre a test rapido;

   qualora il pediatra si trovi ad operare in strutture rese disponibili dall'Azienda/Agenzia, per gli assistiti di altri pediatri di libera scelta:

   c) contatti stretti asintomatici allo scadere dei 10 giorni di isolamento identificati in base ad una lista trasmessa dal Dipartimento di Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione al pediatra individuato.

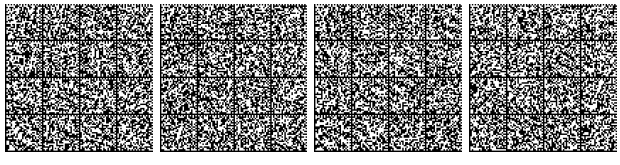
7. Il pediatra che esegue il tampone provvede alla registrazione della prestazione eseguita e del risultato ottenuto sul sistema informativo messo a disposizione dalla Regione anche grazie alla cooperazione applicativa del gestionale del pediatra.

   In caso di esito positivo il pediatra provvede a darne tempestiva comunicazione al Servizio Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione della propria Azienda/Agenzia per i provvedimenti conseguenti e raccomanda l'isolamento domiciliare fiduciario in attesa dell'esito del tampone molecolare di conferma.

   In caso di esito negativo il pediatra che ha eseguito il tampone rilascia attestazione al paziente.

8. L'attività è erogata nel rispetto delle indicazioni di sicurezza e di tutela degli operatori e dei pazienti, definite dagli organi di sanità pubblica.

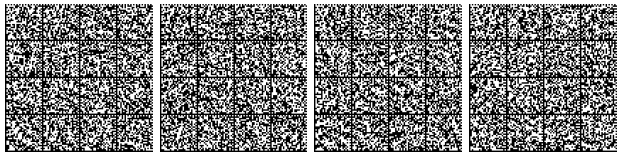
9. In assenza dei necessari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, visiere e camici), forniti ai sensi del precedente comma 5 per l'effettuazione dei tamponi antigenici rapidi, il pediatra non è tenuto ai compiti del presente articolo e il conseguente rifiuto non corrisponde ad omissione, né è motivo per l'attivazione di procedura di contestazione disciplinare.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 5 – TRATTAMENTO ECONOMICO.

1. Le Parti, in considerazione della complessità organizzativa per la somministrazione dei tamponi antigenici rapidi, o altro test di cui all'art. 4, comma 2, convengono che la tariffa per l'attività svolta presso gli studi medici è stabilita pari a 18 Euro e che la tariffa per l'attività svolta fuori dagli studi medici è pari a 12 Euro.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 6 – DISPOSIZIONI FINALI.

1. Le Parti prendono atto che è in corso di adozione da parte del Governo un provvedimento di urgenza per lo stanziamento di euro 30.000.000 per la copertura degli oneri derivanti dalla somministrazione dei tamponi antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta fino al 31 dicembre 2020, che rappresenta il limite di spesa per il periodo di riferimento.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

SISAC
Struttura Interregionale Sanitari Convenzionati

RELAZIONE TECNICO - ILLUSTRATIVA DELL'IPOTESI DI ACCORDO COLLETTIVO NAZIONALE PER LA DISCIPLINA DEI RAPPORTI CON I PEDIATRI DI LIBERA SCELTA*

ACN PER IL RAFFORZAMENTO DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI DI DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO E DI PREVENZIONE DELLA TRASMISSIONE DI SARS-COV-2

RIFERITO AL

TRIENNIO NORMATIVO ED ECONOMICO 2016-2018

*RELAZIONE REDATTA AI SENSI DEI COMMI 3, 4 E 5 DELL'ART. 47 E COMMA 3 DELL'ART. 48 D.LGS. 30 MARZO 2001, N. 165 E SMI.

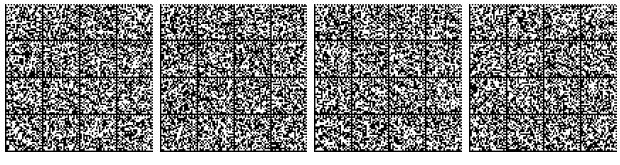
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

INDICE

RELAZIONE ILLUSTRATIVA E DI COMPATIBILITÀ ECONOMICA E FINANZIARIA

PARTE I – OBIETTIVI GENERALI

PARTE II – ACN PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PARTE I – OBIETTIVI GENERALI

RELAZIONE ILLUSTRATIVA DEL TESTO CONTRATTUALE

I. PREMESSA.

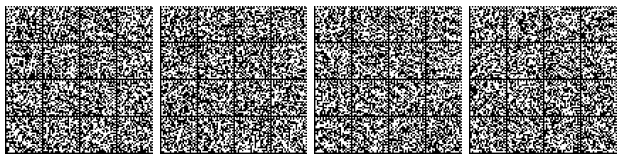
La grave situazione emergenziale che il Paese sta affrontando e lo scenario epidemico che si prospetta per il periodo autunno-invernale, caratterizzato da una trasmissibilità sostenuta e diffusa di SARS-CoV-2, rendono quanto mai necessario assicurare che la risposta dell'assistenza territoriale sia realizzata in tutte le sue potenzialità per contribuire a mantenere sotto controllo la trasmissione del virus.

In considerazione di quanto esposto le parti, in adesione all'atto di indirizzo pervenuto, provvedono a sottoscrivere l'ACN contenente disposizioni negoziali per il potenziamento dei servizi erogati dalla pediatria di libera scelta con l'ausilio di strumenti di diagnostica di primo livello ed il coinvolgimento dei pediatri stessi nel rafforzamento dell'attività di indagine epidemiologica per l'accertamento diagnostico al fine di contribuire alla rapida identificazione dei focolai ed isolare i casi.

ASPETTI METODOLOGICI ED ANALISI FINANZIARIA GENERALE.

La presente parte della relazione è disposta, secondo quanto previsto dagli artt. 47, comma 4 e 48, comma 3 del D.Lgs. 30 marzo 2001, n. 165, come recepito dalla Legge 27 dicembre 2002, n. 289, allo scopo di rendere una efficace e chiara esposizione delle clausole negoziali.

Per meglio inquadrare il contesto si riportano di seguito due tabelle riepilogative e di quantificazione del settore aggiornate al dato più recente rilevato (1 gennaio 2019).



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

TABELLA n. 1 (tabella n. medici al 1 gennaio 2019)

MEDICINA CONVENZIONATA	medici al 01/01/2019
TOTALE MEDICINA GENERALE	**64.799**
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	42.651
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	17.617
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.569
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	2.962
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	**7.459**

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2019

Il contingente di personale convenzionato in questione contabilizza una assistenza sanitaria in termini di assistiti (per i comparti a quota capitaria) e di ore (per i comparti a quota oraria), come determinato in coerenza con l'impianto illustrativo delle relazioni già prodotte nei confronti della Corte dei Conti nei recenti rinnovi negoziali.

TABELLA n. 2 (tabella scelte 1 gennaio 2019/ore remunerate anno 2018)

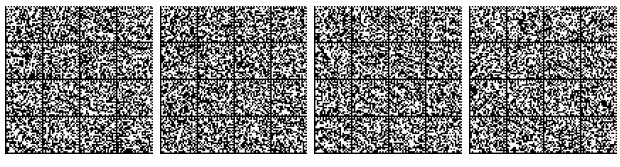
MEDICINA CONVENZIONATA	scelte/ore scelte al 01/01/2019 - ore anno 2018
MEDICINA GENERALE	
MEDICINA GENERALE - ASSISTENZA PRIMARIA	51.961.181
MEDICINA GENERALE - CONTINUITA' ASSISTENZIALE	21.382.950
MEDICINA GENERALE - MEDICINA DEI SERVIZI	1.628.410
MEDICINA GENERALE - EMERGENZA SANITARIA TERRITORIALE	6.021.852
PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	6.599.532

Fonte: SISAC - rilevazione al 01/01/2019

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

DISPONIBILITÀ FINANZIARIE

L'ACN in esame dispone di specifico finanziamento per le prestazioni di cui all'art. 4, come determinato nei successivi art. 5 e 6. L'impegno di tali risorse, individuate con decretazione d'urgenza dal Governo, è esplicitato nel prosieguo per la parte che determina oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione che ammontano fino al 31 dicembre 2020 ad un valore complessivo, per la medicina generale e la pediatria di libera scelta, di **30 milioni** di euro fino al 31 dicembre 2020.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PARTE II – ACN PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA

ANALISI ILLUSTRATIVA DELLE DISPOSIZIONI

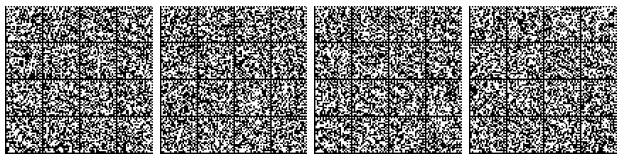
Si commentano di seguito, articolo per articolo, le clausole introdotte.

ART. 1 – CONTESTO DI RIFERIMENTO.

La clausola è meramente descrittiva delle motivazioni di urgenza che hanno indotto a provvedere alla sottoscrizione dell'ACN in questione. L'aggravarsi della situazione epidemiologica ha determinato la necessità di ricorrere al personale convenzionato, ed in genere ai pediatri operanti nell'assistenza territoriale, per fornire assistenza specifica alla popolazione e mantenere sotto controllo la trasmissione del virus anche tramite l'attivazione delle funzioni e dei compiti specifici definiti negozialmente.

Con il **secondo comma** si anticipa il contenuto delle clausole negoziali seguenti che vertono, appunto, sul potenziamento dei servizi della pediatria di libera scelta con l'ausilio di strumenti di diagnostica di primo livello nel rafforzamento delle attività di prevenzione ed il coinvolgimento dei pediatri stessi nel rafforzamento dell'attività di indagine epidemiologica per l'accertamento diagnostico al fine di contribuire alla rapida identificazione dei focolai e ad isolare i casi.

Tale articolo non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

ART. 2 – RAPPRESENTATIVITÀ.

Con l'articolo in questione si dispone in merito alla determinazione dei criteri di rappresentatività conseguenti alla sottoscrizione dell'ACN in esame.

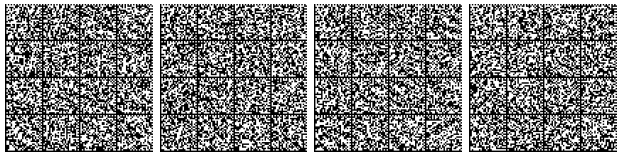
La clausola negoziale ribadisce i criteri di rappresentatività nazionale per la firma e la sottoscrizione degli AACCNN e individua quelli per la partecipazione agli Accordi decentrati (Accordi Integrativi Regionali e Accordi Attuativi Aziendali).

Il **comma 1** ripropone quanto già contenuto nel vigente ACN. Esso definisce la modalità di rilevazione della consistenza associativa in base alle deleghe rilasciate per la ritenuta del contributo sindacale alle singole Aziende da parte del personale di cui all'ACN in esame operante con titolarità di incarico (tempo indeterminato, determinato ed incarico provvisorio). Si precisa che la delega non può che essere rilasciata per iscritto.

Al **comma 2** si ribadisce il livello di rappresentatività ai fini della contrattazione sul piano nazionale già stabilito dal previgente ACN in forza delle disposizioni di legge. Sono considerate rappresentative le OO.SS. che abbiano un numero di iscritti non inferiore al 5% delle deleghe complessivamente espresse nel settore.

Al **comma 3** si conferma il livello di rappresentatività ai fini della contrattazione sul piano regionale. Sono considerate rappresentative a tale livello le OO.SS. che abbiano sottoscritto l'Accordo Collettivo Nazionale purché dotate di un terminale associativo riferito all'ambito contrattuale di interesse e domiciliato in Regione.

Al **comma 4** si riafferma il livello di rappresentatività ai fini della contrattazione sul piano aziendale. Sono considerate rappresentative a tale livello le OO.SS. che abbiano sottoscritto l'Accordo Integrativo Regionale (AIR) purché dotate di un terminale associativo riferito all'ambito contrattuale di interesse e domiciliato in Azienda.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Il **comma 5** prevede che i rappresentanti sindacali siano formalmente accreditati quali componenti delle delegazioni trattanti. Inoltre il comma in esame prevede che gli Accordi (Nazionale, Regionale ed Aziendale) siano validamente sottoscritti se stipulati da OO.SS. che rappresentino almeno il 50% più uno degli iscritti.

Con il **comma 6** si ripropone quanto già sancito nel previgente ACN e si ribadisce la cadenza annuale e la tempistica della rilevazione delle deleghe per il contributo associativo sindacale effettuata dalla SISAC.

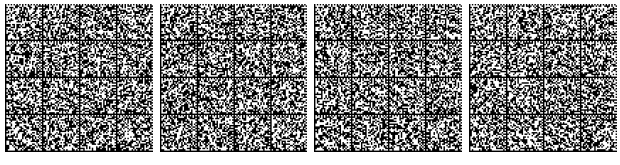
Il **comma 7** precisa che in tutti i casi in cui occorra far riferimento alla consistenza associativa si ricorre ai dati rilevati al primo gennaio dell'anno precedente. In particolare ai fini delle trattative si ricorrerà alla consistenza associativa rilevata l'anno precedente a quello in cui si provvede all'avvio della contrattazione.

Con il **comma 8** si preclude la possibilità di considerare valide ai fini del computo quelle deleghe per le quali è richiesto un importo eccessivamente basso rispetto al 50% della media di settore. Ciò, per escludere forme di proselitismo sindacale basate su trattenute eccessivamente basse. La SISAC renderà noto annualmente il valore mensile di riferimento a livello nazionale.

L'intero articolo 2 – Rappresentatività non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 3 – DISPOSIZIONI IN MERITO ALLA DIAGNOSTICA DI PRIMO LIVELLO

L'articolo in questione attiene l'attivazione per i medici di medicina generale delle attività diagnostiche di primo livello previste dall'art. 1, commi 449 e 450 della Legge 27 dicembre 2019, n. 160. L'intervento negoziale dispone in merito ai principi individuati dal livello contrattuale nazionale e la determinazione delle competenze affidate da quest'ultima alla contrattazione regionale.

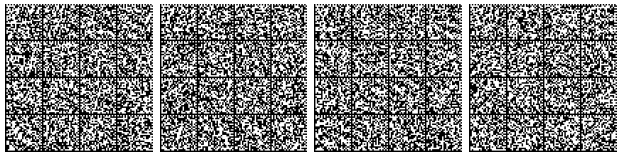


PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Il **comma 1** ribadisce i richiami normativi che hanno definito il finanziamento e le modalità di assegnazione delle apparecchiature fornite, finalizzate a garantire l'espletamento delle prestazioni di competenza dei pediatri di libera scelta il miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché a ridurre il fenomeno delle liste di attesa. Il comma riferisce, altresì, che con Direttiva del Ministro della Salute 14 ottobre 2020 è stato demandato al Commissario straordinario per l'emergenza Covid-19 il compito di procedere all'acquisto e alla distribuzione delle apparecchiature. Inoltre, come indicato dalla citata Direttiva e dall'Atto di Indirizzo per la Medicina Convenzionata approvato da Comitato di Settore Regioni-Sanità il 15 ottobre 2020 le Regioni provvederanno a distribuire le apparecchiature sanitarie anche attraverso opportuni AA.II.RR. per la Medicina Generale e la Pediatria di Libera scelta.

Il **comma 2** esplicita la finalizzazione dell'utilizzo delle apparecchiature fornite, che possono essere integrate o integranti rispetto a quelle di cui il pediatra di libera scelta ha già disponibilità e che rende note all'Azienda per la quale opera, al miglioramento del processo di presa in cura dei pazienti nonché alla riduzione del fenomeno delle liste d'attesa anche al fine di ridurre la pressione sui servizi ospedalieri e sulle strutture sanitarie oltre che al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale come declinati nell'ambito degli AA.II.RR.. L'utilizzo delle apparecchiature determina anche il ricorso alla piattaforma digitale di cui all'art. 38, del decreto-legge 8 aprile 2020, n. 23 convertito con legge 5 giugno 2020, n. 40. La necessità di intervenire in tempi ristretti, data la contingente emergenza epidemiologica, è chiarita nella necessità di limitare le occasioni di esposizione al rischio di contagio.

Il successivo **comma 3** assegna agli AAIIRR il compito di disciplinare l'utilizzo delle apparecchiature all'interno di percorsi di presa in carico per i soggetti affetti da patologie croniche e da fragilità o per categorie di assistiti e tenendo conto degli obiettivi prioritari di politica sanitaria nazionale di cui all'ACN 21 giugno 2018 che già richiamavano il Piano Nazionale della Cronicità, il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale, la problematica dell'accesso improprio al Pronto Soccorso ed il governo delle liste di attesa e appropriatezza.



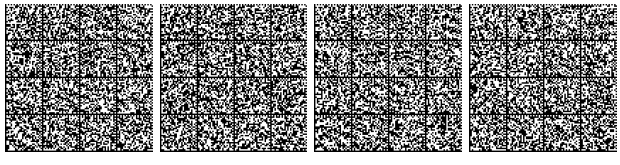
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Il **comma 4** si fa carico di indicare alle Regioni, sulla base della loro programmazione e in forza dei criteri stabiliti dagli AA.II.RR., alcune priorità di assegnazione delle apparecchiature, premettendo prioritariamente, anche se non esclusivamente, le UCCP (Unità Complesse delle Cure Primarie, tra cui le Case della Salute, ecc.) e comunque le forme associative dei pediatri convenzionati anche allo scopo di favorire il ricorso a strutture che consentano migliore fruibilità da parte degli assistiti grazie ad accessi più agevoli ed in maggior sicurezza. Gli Accordi Regionali quindi determineranno, sulla base delle priorità indicate, le modalità di individuazione dei medici assegnatari.

Nel **comma 5** si prevede che l'utilizzo degli strumenti diagnostici affidati è subordinato ad una specifica formazione e a una conseguente certificazione delle competenze acquisite. Si dispone che gli AAIIRR possano prevedere che tale formazione rientri nei corsi disposti dal vigente art. 20, comma 11 dell'ACN 15 dicembre 2005 e smi. L'articolo in questione dispone che i pediatri di libera scelta possano partecipare a proprie spese a corsi anche attraverso la Formazione a distanza (FAD), non organizzati né gestiti direttamente dalle Aziende, ma che siano comunque svolti da soggetti accreditati ed attinenti alle tematiche della pediatria, fino alla concorrenza del 30% dei crediti previsti per l'aggiornamento. Gli stessi AAIIRR possono disporne anche l'effettuazione nell'ambito dei corsi obbligatori di cui allo stesso art. 20, comma 12 dell'ACN 15 dicembre 2005 e smi ove è disciplinata la modalità di effettuazione di tali corsi che sono già individuati, a normativa contrattuale invariata, tra quelli in carico alle Aziende. La clausola dunque integra esclusivamente queste nuove tipologie formative tra quelle sulle quali è già disposta specifica disciplina negoziale.

Con il **comma 6** si sancisce che l'onere di gestione corrente delle apparecchiature fornite (ad esempio materiale di consumo, assicurazione, costo della piattaforma di cui al comma 2) è a carico dei pediatri destinatari delle stesse.

Al **comma 7** si determina il limite di utilizzo degli strumenti diagnostici forniti indicando un principio generale ricondotto al miglioramento del processo di presa in cura degli assistiti.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Con il **comma 8** è rimesso alle singole Aziende il compito di provvedere a regolamentare le procedure di consegna, ritiro e controllo delle apparecchiature e del loro effettivo utilizzo.

Infine la facoltà attribuita agli AAIIRR di stabilire le modalità di erogazione delle prestazioni rese nei confronti degli assistiti di altri pediatri operanti nella medesima forma associativa è riprodotta nel **comma 9**.

L'intero articolo 3, essendo di carattere meramente dispositivo, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 4 – EFFETTUAZIONE TAMPONI ANTIGENICI RAPIDI.

Con il **comma 1** dell'articolo 4 si provvede a disciplinare il coinvolgimento diretto dei pediatri di libera scelta, per evitare che l'attività di indagine epidemiologica con il tracciamento dei contatti (*contact tracing*), l'accertamento diagnostico per l'identificazione rapida dei focolai, l'isolamento dei casi e l'applicazione delle misure di quarantena gravino esclusivamente sui Dipartimenti di Sanità Pubblica. L'attività del pediatra di libera scelta è riferita esclusivamente alla effettuazione di tamponi antigenici rapidi o di altro tipo di test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sanitarie che si rendesse disponibile dall'Azienda o Agenzia sanitaria (a seconda delle denominazioni che gli Enti del SSN assumono a livello regionale).

Nel **comma 2** si sancisce che per il periodo di sovrapposizione dell'emergenza con l'epidemia influenzale sul territorio nazionale, e quindi allo scopo di agevolare la diagnosi differenziale delle due patologie, i pediatri di libera scelta integrano i compiti già fissati dall'art. 13-bis dell'ACN 15 dicembre 2005 e smi, con lo svolgimento delle attività citate nel comma precedente. L'attività in questione si svolge, prevedendo l'accesso su prenotazione e previo triage telefonico a mezzo di utilizzo di tamponi rapidi antigenici o altro test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sa-

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

nitarie, che si rendesse disponibile dalle Aziende/Agenzie Sanitarie. L'attività è operata di concerto ed in collaborazione con i Dipartimenti di Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione.

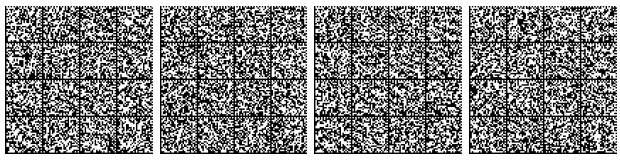
Il **comma 3**, come indicato nell'atto di indirizzo, individua le competenze dell'AIR in merito.

Nel **primo alinea** si prevede che gli AAIIRR stessi, al fine di integrare eventuali situazioni di disagio a livello decentrato, possano prevedere il coinvolgimento anche dei medici di continuità assistenziale, dei medici di medicina dei servizi, dei medici dell'emergenza sanitaria territoriale, inclusi gli incaricati di attività territoriali programmate di cui all'articolo 61 dell'ACN 15 dicembre 2005 e smi, nell'attività di effettuazione dei tamponi di cui all'articolo in esame.

Nel **secondo alinea** si dispone che negli accordi decentrati regionali venga concordata l'organizzazione dell'esecuzione dei tamponi, individuando con le OO.SS. rappresentative della categoria le sedi ove svolgere l'attività di somministrazione dei tamponi antigenici rapidi o altro tipo di test. In questo contesto sono indicate le sedi messe a disposizione dalle Aziende/Agenzie Territoriali che includono anche strutture fisse e/o mobili rese disponibili dalla Protezione Civile o dai Comuni ed infine, le sedi delle forme associative complesse dei pediatri di libera scelta.

Il **terzo alinea** consente agli AAIIRR la possibilità di prevedere che, in forza delle disponibilità rilevate tra i pediatri, si possa disporre anche di forme di adesione di questi ultimi al servizio di esecuzione del tampone al domicilio del paziente.

Con il **comma 4** si disciplina, invece, il caso in cui il pediatra di libera scelta svolga le attività di cui all'articolo in esame, direttamente nel proprio studio ovvero presso quello della forma organizzativa in cui lo stesso medico opera. In tal caso, data la necessità di attivare con urgenza il servizio, si dispone che ciò avvenga anche in assenza di un AIR, consentendo al pediatra di attivare da subito il servizio di esecuzione dei tamponi dandone comunicazione all'Azienda/Agenzia, in osservanza di quanto disposto direttamente dall'ACN in esame.

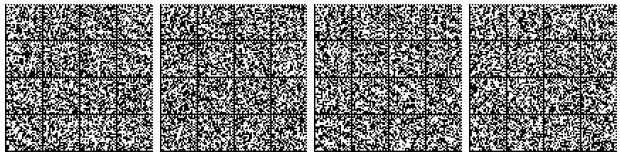


PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Il **comma 5** chiarisce che la fornitura dei tamponi o test come indicato al comma 2 necessari allo svolgimento dell'attività è assicurata dal Commissario per l'emergenza Covid-19 unitamente alla fornitura dei DPI (mascherine, visiere e camici). Si provvederà, secondo le modalità comunicate dalla Regione in forza di specifica procedura di acquisizione del fabbisogno già attivata, nel caso di esecuzione dei tamponi stessi presso lo studio professionale. Nel caso di effettuazione dei tamponi al di fuori degli studi professionali i DPI saranno assicurati dall'Azienda tramite le forniture dello stesso Commissario per l'emergenza Covid-19.

Il **comma 6** provvede ad individuare il target affidato ai pediatri operanti sul territorio, nei confronti dei propri assistiti, con l'indicazione della casistica epidemiologica da testare. Si tratta in particolare di contatti stretti asintomatici individuati dal pediatra stesso o individuati e segnalati dal Dipartimento di Prevenzione ed in attesa di tampone rapido. È altresì oggetto dell'attività in esame il caso sospetto di contatto che il pediatra di libera scelta si trova a dover visitare e per il quale ritiene necessaria la sottoposizione al test. Infine, qualora il pediatra si trovi ad operare in strutture rese disponibili dall'Azienda/Agenzia si prevede anche il caso in cui il pediatra possa operare nei confronti di assistiti di altri pediatri di libera scelta, che si individuano nei contatti stretti asintomatici allo scadere dei 10 giorni di isolamento, identificati in base ad una lista trasmessa dal Dipartimento di Sanità pubblica/Igiene e prevenzione.

Nel **comma 7** si identificano le attività cui deve attendere il pediatra che effettua il tampone. Nel primo capoverso si indica la necessità per la Regione di mettere a disposizione un sistema informativo sul quale il pediatra effettua la registrazione del tampone eseguito anche con la cooperazione applicativa del gestionale di cui il pediatra dispone. Nel secondo capoverso sono indicate le attività conseguenti l'esito positivo del test. In ossequio alle disposizioni normative vigenti, in tali casi il pediatra provvede a dare tempestiva comunicazione al Servizio Sanità Pubblica/Igiene e Prevenzione della propria Azienda/Agenzia per i provvedimenti conseguenti, raccomandando l'isolamento fiduciario in attesa dell'esito del tampone molecolare di conferma. Nel terzo capoverso si pre-



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

vede invece il rilascio dell'attestazione al paziente in caso di esito negativo del tampone.

Il **comma 8** precisa che l'attività in questione va prestata nel rispetto delle indicazioni di sicurezza e di tutela degli operatori e dei pazienti, definiti dagli organi di sanità pubblica.

Nel **comma 9**, infine si determina che in caso di assenza dei Dispositivi di Protezione Individuale forniti ai sensi del precedente comma 5, il pediatra non è tenuto ai compiti dell'articolo in esame ed il conseguente rifiuto della prestazione non corrisponde ad una omissione né a motivo per l'attivazione della procedura disciplinare

L'intero articolo in esame non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.

ART. 5 – TRATTAMENTO ECONOMICO.

L'**unico comma** che compone l'articolo disciplina, in ragione della complessità organizzativa che tale scelta richiede, la tariffa applicabile per la somministrazione dei tamponi antigenici rapidi o altro test di cui all'art. 4, comma 2. La tariffa è individuata in Euro 18 (diciotto) se la prestazione è svolta presso lo studio del pediatra, ed in 12 (dodici) Euro se la somministrazione avviene al di fuori degli studi medici.

Tale comma comporta un onere che viene esplicitamente determinato in apposito provvedimento d'urgenza disposto dal Governo e che viene richiamato al successivo articolo 6 per un importo complessivo di **30 milioni** di euro fino al 31 dicembre 2020.

Nel limite delle risorse indicate si consente, dunque, di provvedere alla somministrazione da parte di medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, fino al 31 dicembre 2020, di un numero di tamponi, ad integrazione di quelli

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

già eseguiti dai Dipartimenti di Sanità pubblica/Igiene e prevenzione, che è stimato in numero 2.000.000 (due milioni).

La stima dell'onere complessivo viene effettuata ipotizzando, nel limite delle risorse disponibili assegnate alle Regioni, una percentuale del 50% svolta presso gli studi professionali ed un altro 50% somministrato al di fuori degli studi professionali come riportato nella successiva **Tabella n. 3**

Tabella 3 - Numero massimo di tamponi eseguibili con le disponibilità teoriche fino al 31/12/2020

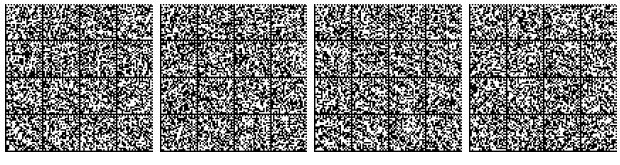
MEDICINA CONVENZIONATA	limite disponibilità teoriche tamponi valori in €	numero complessivo tamponi	numero complessivo tamponi per tipologia di costo	costo per tampone valori in €	costo effettivo stimato valori in €
MEDICINA GENERALE e PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA	30.000.000	2.000.000	1.000.000	18	18.000.000
			1.000.000	12	12.000.000

L'articolo 5 genera oneri diretti o indiretti stimati ai fini della presente relazione, nel limite dalla specifica copertura economica contenuta nel provvedimento di emergenza disposto dal Governo (**30 milioni** di euro fino al 31 dicembre 2020).

ART. 6 – DISPOSIZIONI FINALI.

L'**unico comma** che compone l'articolo attiene ad una mera dichiarazione di aderenza dell'articolato contrattuale alla disposizione normativa d'urgenza che provvede alla copertura economica dell'onere connesso a quanto disposto nei precedenti articoli 4 e 5. L'onere complessivo indicato (**30 milioni** di euro) è riferito complessivamente alla medicina generale ed alla pediatria di libera scelta.

L'articolo 6, di esclusivo carattere declaratorio e programmatico, non genera oneri diretti o indiretti stimabili ai fini della presente relazione.



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

INDICE DELLE TABELLE - PEDIATRIA DI LIBERA SCELTA
Tabella 1 - Numero medici al 01/01/2019
Tabella 2 - Numero scelte e numero ore remunerate (scelte al 01/01/2019 - ore anno 2018)
Tabella 3 - Numero massimo di tamponi eseguibili con le disponibilità teoriche fino al 31/12/2020

20A06125

SEGRETARIATO GENERALE DELLA GIUSTIZIA AMMINISTRATIVA

DECRETO 26 ottobre 2020.

Elezioni suppletive di un componente effettivo del Consiglio di Presidenza della Giustizia amministrativa.

IL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DI STATO

Vista la legge 27 aprile 1982, n. 186, recante l'ordinamento della giurisdizione amministrativa e del personale di segreteria ed ausiliario del Consiglio di Stato e dei tribunali amministrativi regionali ed, in particolare, gli articoli 7 e 9 relativi alla costituzione del Consiglio di Presidenza ed alla elezione dei componenti togati di tale organo;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica in data 27 luglio 2018, con il quale è stato costituito il Consiglio di Presidenza della Giustizia amministrativa, a seguito delle operazioni elettorali svoltesi in data 15 ottobre 2017;

Visto l'art. 8 del regolamento interno per il funzionamento del Consiglio di Presidenza;

Considerato che un componente elettivo effettivo del Consiglio di Presidenza della Giustizia amministrativa, appartenente al gruppo elettorale del Consiglio di Stato, sarà collocato a riposo a decorrere dal 14 gennaio 2021;

Considerato che, non essendoci candidati che seguono i magistrati eletti nella lista del gruppo elettorale del Consiglio di Stato, è necessario provvedere alla elezione di un componente togato per coprire, per il restante periodo, il posto vacante di componente effettivo elettivo del Consiglio di Presidenza della Giustizia amministrativa;

Decreta:

le operazioni per le elezioni suppletive di un componente elettivo del Consiglio di Presidenza della Giustizia amministrativa, appartenente al gruppo elettorale del Consiglio di Stato, avrà luogo in Roma presso la sede del Consiglio di Stato, piazza Capo di Ferro n. 13, il giorno domenica 31 gennaio 2021, con inizio alle ore 9,00 e termine alle ore 21,00;

il termine, entro il quale i magistrati che vi abbiano interesse possono comunicare la propria candidatura all'ufficio elettorale - Consiglio di Stato, piazza Capo di Ferro n. 13 - è fissato alle ore 12,00 del 21 dicembre 2020.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

L'eventuale rinvio della data delle elezioni sarà reso noto con comunicazione nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana - Serie generale - del 21 gennaio 2021.

Roma, 26 ottobre 2020

Il Presidente: PATRONI GRIFFI

20A05961

ESTRATTI, SUNTI E COMUNICATI

AGENZIA ITALIANA DEL FARMACO

Modifica dell'autorizzazione all'immissione in commercio del medicinale per uso umano «Decoderm»

Estratto determina AMM/PPA n. 633/2020 del 26 ottobre 2020

Si autorizza il seguente grouping di variazioni:

tipo II B.II.c.1.d), estensione dei limiti del solvente residuo dioxane nella specifica dell'eccipiente glyceryl monostearato-macrogol stearato 5000 (1:1) in conformità con la linea guida per i solventi residui Q3C (R6);

tipo IB B.II.c.1.z), modifica dei limiti applicati per il controllo della qualità microbiologica dell'eccipiente glyceryl monostearato-macrogol stearato 5000 (1:1) in conformità con i limiti previsti dalla Ph. eur. (5.1.4) per le sostanze per uso farmaceutico non sterili;

tipo IA B.II.c.2.a), modifica della procedura analitica interna per il controllo della qualità microbiologica dell'eccipiente glyceryl monostearato-macrogol stearato 5000 (1:1) con implementazione del metodo di Ph. eur. (2.6.12) per i prodotti non sterili.

La suddetta variazione è relativa al medicinale DECODERM nelle forme e confezioni autorizzate all'immissione in commercio in Italia a seguito di procedura nazionale.

Numeri di A.I.C.:

028407017 - «2% + 0,1% crema» tubo da 20 g;

028407029 - «2% + 0,1% crema» tubo da 50 g;

028407031 - «2% + 0,1% crema» tubo da 100 g.

Codice pratica: VN2/2020/91.

Titolare A.I.C.: Almirall Hermal GmbH.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Bur n. 163 del 31/10/2020

(Codice interno: 432159)

ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 148 del 31 ottobre 2020

Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni.

[Protezione civile e calamità naturali]

Note per la trasparenza:
Alla luce dell'esperienza maturata e dei dati epidemiologici e sanitari raccolti, vengono adottate misure di adeguamento delle restrizioni disposte con precedenti provvedimenti.

Il Presidente

Visti l'art. 32 e 117, commi 3 e 4, Cost.;

Visti l'art. 32 l. 833/78, l'art. 117, d.lgs. 112/98, l'art. 50, comma 5, d.lgs. 267/00 e il d.lgs. 1/18;

Premesso che l'Organizzazione Mondiale della Sanità in data 30 gennaio 2020 ha dichiarato l'epidemia Covid-19 un'emergenza di sanità pubblica internazionale;

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

Vista la dichiarazione dell'Organizzazione mondiale della sanità dell'11 marzo 2020, con la quale l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come "pandemia" in considerazione dei livelli di diffusività e gravità raggiunti a livello globale;

Visto il decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 maggio 2020, n. 35, recante "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19" e, in particolare, l'articolo 3;

Visto il decreto legge 16 maggio 2020 n. 33 "*Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19*", il cui art. 1, comma 14, dispone che "*Le attivita' economiche, produttive e sociali devono svolgersi nel rispetto dei contenuti di protocolli o linee guida idonei a prevenire o ridurre il rischio di contagio nel settore di riferimento o in ambiti analoghi, adottati dalle regioni o dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome nel rispetto dei principi contenuti nei protocolli o nelle linee guida nazionali*" e il cui comma 16, a seguito di modifica recata dal d.l. 125/20 non ancora convertito, stabilisce che "*In relazione all'andamento della situazione epidemiologica sul territorio, accertato secondo i criteri stabiliti con decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 112 del 2 maggio 2020, e sue eventuali modificazioni, nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 19 del 2020, la Regione, informando contestualmente il Ministro della salute, puo' introdurre misure derogatorie restrittive rispetto a quelle disposte ai sensi del medesimo articolo 2, ovvero, nei soli casi e nel rispetto dei criteri previsti dai citati decreti e d'intesa con il Ministro della salute, anche ampliative*";

Vista la delibera del Consiglio dei Ministri 7 ottobre 2020 che ha prorogato lo stato di emergenza fino al 31 gennaio 2021;

Visto il decreto legge 7 ottobre 2020, n. 125 "Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e per la continuita' operativa del sistema di allerta COVID, nonche' per l'attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020";

Visto il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 24 ottobre 2020, che sostituisce i Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri del 13 e del 18 ottobre 2020;

Rilevato, sulla base dei dati accertati in data 26 ottobre 2020, ore 17, da Azienda Zero, che la situazione del contagio da Covid-19 registra nel territorio regionale un incremento di contagi, con un numero di soggetti attualmente positivi pari a 29179, 801 ricoverati positivi in ospedali per acuti in area non critica e 127 ricoverati in terapia intensiva, in rilevante e rapido

incremento, su una disponibilità comunque di posti di terapia intensiva di 464 posti base e un totale di 825 posti di terapia intensiva disponibili per contagio Covid-19, con conseguente adeguatezza, allo stato, dell'offerta di strutture sanitarie pubbliche per far fronte ad ogni esigenza sanitaria inerente alla gestione del contagio;

Rilevato che il Monitoraggio Fase 2 (DM Salute 30 aprile 2020) del Ministero della Salute, Dati relativi alla settimana 19-25 ottobre 2020 (aggiornati al 27 ottobre 2020), registrano:

- Casi totali: 46971 | Incidenza cumulativa: 957.09 per 100000

- Casi con data prelievo/diagnosi nella settimana 19/10-25/10: 9264 | Incidenza: 188.76 per 100000

- Rt: 1.46 (CI: 1.31-1.58) [medio 14gg]

Rilevato, sulla base della valutazione formulata dalla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, operata sulla base del documento denominato "*Approccio alla ri-modulazione delle misure di contenimento/mitigazione a livello regionale/PA in ambito di ipotetici scenari di trasmissione del virus SARS-CoV-2 sul territorio nazionale nel periodo autunno-invernale*" che sussista una situazione inquadrabile tra lo scenario 2 e lo scenario 3 del suddetto documento;

Rilevato che una delle criticità rilevate è quella, causata dallo straordinario carico di lavoro, della tempestività dell'adozione della disposizione della quarantena da parte dei SISP delle Aziende sanitarie ai sensi dell'art. 1, comma 6, d.l. 33/20;

Vista l'"*Ipotesi di accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992*", stipulato il 28.10.2020, il quale prevede, all'art. 3, che "*Per evitare che l'attività di indagine epidemiologica con il tracciamento dei contatti (contact tracing) e l'accertamento diagnostico per l'identificazione rapida dei focolai, l'isolamento dei casi e l'applicazione delle misure di quarantena gravino esclusivamente sui Dipartimenti di Sanità Pubblica è disposto il coinvolgimento dei medici di medicina generale per il rafforzamento del servizio esclusivamente per l'effettuazione dei tamponi antigenici rapidi o di altro test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sanitarie che si rendesse disponibile dall'Azienda/Agenzia*";

Visto il "*Protocollo d'intesa*" approvato in sede di comitato regionale della medicina generale in data 30/10/2020, il quale, in attuazione dell'accordo nazionale del 28.10.2020, prevede, tra l'altro, in aggiunta a quanto disposto dall'accordo nazionale predetto, a fini di alleggerimento dei compiti dei dipartimenti di sanità pubblica, che i medici di medicina generale che accertino l'esito positivo del tampone rapido nei confronti di un assistito:

> *" - dispongono, per i soggetti con esito positivo del test per Covid-19, quando necessario, il periodo di inizio e fine isolamento con relativo provvedimento contumaciale;*
>
> *- dispongono, per i contatti stretti di caso confermato di Covid-19 da loro individuati, il periodo di inizio e fine quarantena con relativo provvedimento contumaciale*;

Ritenuto di attribuire espressamente alla predette disposizioni del medico di medicina generale valore di disposizione della quarantena agli effetti dell'art. 1, commi 6 e 7, d.l. 33/20 con ogni conseguenza sul piano sanzionatorio e con sostituzione del provvedimento dei Sisp - Servizi igiene e sanità pubblica, di adozione di analoga misura in relazione al singolo caso positivo;

Ritenuto di recepire integralmente quale contenuto della presente ordinanza le disposizioni contenute nel protocollo regionale quali misure finalizzate alla prevenzione del contagio;

Acquisito il parere favorevole alla presente ordinanza della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria;

Dato atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale,

ordina

A. Misure relative all'attività dei medici di medicina generale

1. I medici di medicina generale operanti in Regione del Veneto applicano obbligatoriamente le disposizioni, ad essi relative, del protocollo approvato dal Comitato regionale della medicina generale in data 30.10.2020 e riprodotto nell'allegato 1 della presente ordinanza.

2. Le Aziende Ulss applicano obbligatoriamente, per quanto di competenza, il suddetto protocollo.

3. La disposizione della misura della quarantena prevista dai primi due interlinea del punto 2) del protocollo di cui all'allegato 1) per il caso di esito positivo del tampone rapido sostituisce la disposizione del SISP-Servizio di igiene e sanità pubblica e vale agli effetti, tra l'altro, sanzionatori, della previsione di cui all'art. 1, comma 6 e 7 del decreto legge 33 del 2020, nonché agli effetti del regime lavorativo.

4. Il rispetto da parte dei medici di medicina generale delle disposizioni ad essi relative del protocollo di cui all'allegato 1) costituisce condizione per l'accesso e il mantenimento della convenzione ai sensi e per gli effetti della disposizione di cui all'art. 13 bis, comma 6, del vigente Accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 del d.lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni. I Direttori Generali delle Aziende Ulss competenti in relazione al singolo medico di medicina generale sono responsabili della vigilanza sul rispetto del protocollo e, in caso di inadempimento, adottano le misure attuative del disposto dell'art. 13 bis dell'Accordo Collettivo nazionale suddetto.

B. Disposizioni finali

La presente ordinanza ha effetto dalla pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione fino al 24 novembre 2020.

Le disposizioni potranno essere modificate e revocate integralmente a fronte di mutamenti epidemiologici e normativi.

Rimane efficace, per quanto non modificato dal presente provvedimento e dal DPCM 24.10.2020, l'ordinanza n. 141 del 17.10.2020 e l'ordinanza n. 145 del 26.10.2020.

Per quanto non regolato dalla presente ordinanza e dall'ordinanza richiamata, valgono le disposizioni di legge e dei Decreti del Presidente del Consiglio attuativi del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19 e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33.

Le disposizioni attuative e specificative delle previsioni della presente ordinanza adottate dalle strutture regionali sono efficaci dalla pubblicazione sul sito internet della Regione.

La violazione delle presenti disposizioni comporta l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19 e dall'art. 2 del decreto legge 16 maggio 2020, n. 33, oltre a quelle previste dalle ordinanze prorogate.

L'accertamento delle violazioni, con possibile applicazione delle misure cautelari, compete agli organi di polizia di cui all'art. 13 della legge n. 689/81; le sanzioni pecuniarie sono destinate all'ente di appartenenza dell'organo accertatore; l'applicazione delle sanzioni pecuniarie e accessorie compete, per quanto riguarda la violazione delle ordinanze regionali, ai comuni ai sensi della l.r. 10/77.

La presente ordinanza viene comunicata alla Presidenza del Consiglio dei Ministri.

È incaricata dell'esecuzione del presente provvedimento la Direzione competente.

Il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il presente atto è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Luca Zaia

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO
giunta regionale – XI Legislatura

Allegato 1 all'Ordinanza n. 148 del 31 ottobre 2020

PROTOCOLLO D'INTESA
APPROVATO IN SEDE DI COMITATO REGIONALE
DELLA MEDICINA GENERALE IN DATA 30/10/2020

RICHIAMATI:

- il Decreto Legge, n. 23 del 08/04/2020 convertito in L. n. 40 del 05/06/2020, art. 38;
- il Decreto Legge n. 34 del 19/05/2020 convertito in L. n. 77 del 17/07/2020, art. 1, comma 9;
- il Decreto Legge n. 137 del 28/10/2020, articoli 18 e 19;
- il DPCM 24 ottobre 2020;
- l'ACN del 23/03/2005 e smi della Medicina Generale che riconosce come la medicina generale sia normalmente *il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario*, che fornisce un accesso diretto ai suoi utenti;
- l'ACN della Medicina Generale del 28/10/2020 contenente disposizioni negoziali per il potenziamento dei servizi erogati dalla medicina generale per il coinvolgimento dei medici stessi nel rafforzamento dell'attività di indagine epidemiologica attraverso l'accertamento diagnostico al fine di contribuire ad identificare rapidamente i focolai e ad isolare i casi;
- il Piano Socio-Sanitario Regionale 2019-2023, approvato con L.R. n. 48 del 28/12/2018;
- l'Ordinanza del Presidente della Regione Veneto n. 141 del 17/10/2020, in particolare il punto C) del dispositivo "*Misure riguardanti i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di libera scelta*";
- la DGR n. 476 del n. 476 del 23/04/2019 "*Approvazione dei Piani aziendali di sviluppo delle Cure primarie attraverso l'implementazione delle Medicine in Rete e Medicine di Gruppo ex Accordo Collettivo Nazionale (ACN) della Medicina Generale del 23 marzo 2005 e smi a valere per il biennio 2019-2020 e stima dei costi. Ulteriori disposizioni relative alle Medicine di Gruppo Integrate già attivate.*";
- la DGR n. 782 del 16/06/2020 che dispone misure in materia sanitaria in adempimento del Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*";
- la DGR n. 1103/2020 di approvazione del documento recante "*Emergenza COVID-19 - Piano Emergenziale per l'Autunno 2020*";
- la nota regionale prot. n. 141750 del 1/04/2020, Allegato 1 "Linee di indirizzo per la costituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA);
- il Documento "*Emergenza Covid-19, Fase 3, Piano di Sanità Pubblica, ottobre 2020*", già approvato dal Comitato Tecnico Scientifico e da Delibera di Giunta regionale in data 20/10/2020, in attesa di pubblicazione sul BURV.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

CONSIDERATO

- di dover potenziare la risposta territoriale alla grave situazione emergenziale che si sta affrontando, valorizzando il contributo professionale della Medicina Generale, quale primo contatto del paziente, e la capillarità degli studi medici;
- di dover continuare ad offrire alla popolazione con ***i più elevati standard l'assistenza sanitaria di base***, attraverso la gestione ambulatoriale e domiciliare delle patologie acute e croniche, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza.

RILEVATA

- la necessità di ***dotare i Medici di Medicina Generale di un valido supporto per la diagnosi di COVID-19***, in relazione alla previsione della stagione invernale ed al conseguente prevedibile aumento dei casi di sindromi simil-influenzali (ILI) sostenute, oltre che da SARS-CoV-2 anche da virus influenzali e parainfluenzali;
- l'importanza di fornire alla popolazione una risposta tempestiva ed una conseguente presa in carico rispetto alla diagnosi nel caso sia posto il sospetto per COVID-19;
- l'importanza per il contenimento dell'epidemia delle misure atte a mantenere le strutture sanitarie, comprese quelle ambulatoriali, COVID free;
- l'importanza di individuare precocemente i casi COVID-19 ed i relativi contatti stretti e di attivare conseguentemente le azioni di Sanità Pubblica in stretta relazione con il Dipartimento di Prevenzione.

DATO ATTO

- della disponibilità di uno strumento diagnostico, il ***tampone antigenico rapido, di elevata affidabilità ed in grado di fornire una risposta entro 30 minuti direttamente al point of care****;*
- dell'investimento, già autorizzato per l'anno 2020, dal Decreto Legge n.137 del 2020.

PRESO ATTO CHE

- la Regione:
  - organizza, concordando per la parte di interesse dei medici di medicina generale con le rappresentanze di categoria degli stessi, l'esecuzione di tamponi antigenici rapidi, o di altro test di sovrapponibile capacità diagnostica, sulla base delle autorizzazioni delle competenti autorità sanitarie, che si rendesse disponibile dall'Azienda, nelle sedi messe a disposizione dalle Aziende (incluse eventuali strutture fisse e/o mobili rese disponibili dalla Protezione Civile o dal Comune ovvero da forme organizzative complesse dell'assistenza primaria);
  - può prevedere il coinvolgimento nell'effettuazione dei predetti tamponi anche dei medici di continuità assistenziale, dei medici di medicina dei servizi, dei medici dell'emergenza sanitaria territoriale, inclusi gli incaricati di attività territoriali programmate di cui alla norma finale n. 15 dell'ACN 23 marzo 2005 e smi, al fine di integrare eventuali situazioni di disagio;
  - in forza delle disponibilità rilevate, può prevedere anche forme di adesione dei suddetti medici al servizio di esecuzione del tampone al domicilio del paziente.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

VISTA

- la volontà di collaborare, manifestata dalle OO.SS. della Medicina Generale, a supporto dell'indagine epidemiologica con tracciamento dei contatti e dell'accertamento diagnostico per l'identificazione rapida dei focolai;

SI CONDIVIDE QUANTO SEGUE

I Medici di Medicina Generale utilizzano **previa valutazione clinica** i tamponi antigenici rapidi durante l'attività ambulatoriale o domiciliare a favore dei propri assistiti.

1. Utilizzo di test per la diagnostica per COVID-19

Nello specifico il Medico di Medicina Generale per i propri assistiti, qualora operi nel proprio studio, e anche per gli assistiti di altri Medici di Medicina Generale, nel caso si trovi ad operare in strutture rese disponibili dall'Azienda ULSS, esegue i test antigenici rapidi prevedendo l'accesso su prenotazione e previo triage telefonico a:

1) i contatti stretti asintomatici individuati dal Medico di Medicina Generale oppure individuati e segnalati dal Dipartimento di Prevenzione in attesa di tampone rapido, anche per l'eventuale tampone previsto per il termine del periodo di quarantena;
2) casi sospetti che il Medico di Medicina Generale si trova a dover visitare e che decide di sottoporre a test rapido.

Anche le sedi di Continuità Assistenziale potranno essere dotate di tamponi rapidi per l'utilizzo a discrezione del Medico stesso.

1.a) Sedi e locali

Ai fini dell'effettuazione dei test rapidi, i Medici di Medicina Generale obbiettivamente impossibilitati a eseguirli presso il proprio studio professionale individueranno strutture fisse e/o mobili rese disponibili dai Comuni/Protezione civile, valorizzando la collaborazione delle Amministrazioni locali anche attraverso specifici accordi con ANCI, in accordo con le Aziende ULSS. Potrà altresì essere utilizzata una modalità di erogazione *drive through*, secondo un criterio di prossimità al bacino di utenza.

1.b) Fornitura Test e DPI

La fornitura dei tamponi antigenici rapidi, o altro test previsto, è assicurata ai medici dal Commissario per l'emergenza Covid-19 unitamente ai necessari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, visiere e camici).

Le Aziende ULSS organizzano le modalità di consegna ai medici dei test antigenici, o altro test previsto; ai medici che non effettuano i tamponi presso lo studio professionale, saranno in ogni caso

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

assicurati i necessari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, visiere e camici) così come forniti dal Commissario per l'emergenza Covid-19.

1.c) Gestione dell'esito del tampone rapido

In caso di esito positivo:

il Medico di Medicina Generale che ha eseguito il tampone rapido, comunica l'esito al paziente ed informa l'interessato del percorso seguente. Il Medico registra conseguentemente l'esito positivo nel sistema informativo, valuta le condizioni cliniche, e dispone la misura contumaciale (quarantena o isolamento domiciliare fiduciario) in attesa dell'esito del tampone di conferma, quando previsto. Il Medico prende in carico il paziente e fornisce le opportune indicazioni igienico-sanitarie e comportamentali da seguire nel periodo in oggetto, avviando le attività di sanità pubblica previste al punto 2.

In caso di esito negativo:

è registrato nel sistema informativo dedicato ed è rilasciata attestazione al paziente.

1.d) Sanificazione

In generale le aree pubbliche in cui un caso Covid-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.

Per l'esecuzione del tampone rapido non è necessaria una sanificazione straordinaria dell'ambiente, bensì l'applicazione delle normali procedure di sanificazione degli ambienti sanitari previsti durante la pandemia da SARS-CoV-2.

A completamento si precisa che l'introduzione del tampone nella provetta contenente il liquido precedentemente dispensato inattiva completamente il virus.

2. Misure di rafforzamento a supporto alle azioni di sanità pubblica

I Medici di Medicina Generale, inclusi i Medici di Continuità Assistenziale:

- dispongono, per i soggetti con esito positivo del test per Covid-19, quando necessario, il periodo di inizio e fine isolamento con relativo provvedimento contumaciale;
- dispongono, per i contatti stretti di caso confermato di Covid-19 da loro individuati, il periodo di inizio e fine quarantena con relativo provvedimento contumaciale;
- prendono in carico i propri assistiti posti in isolamento o quarantena, con l'eventuale supporto, secondo quanto previsto dalle indicazioni operative di cui alla nota prot. n. 141750 del 1 aprile 2020, dell'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) afferente (ogni medico avrà di riferimento una specifica USCA), fornendo ai soggetti interessati le informazioni igienico-sanitarie e comportamentali da seguire nel periodo in oggetto;
- in conformità all'art. 38 del Decreto Legge, n. 23 del 08/04/2020 convertito in L. n. 40 del 05/06/2020, si dotano, con oneri a proprio carico, di sistemi di piattaforme digitali che consentano il contatto ordinario e prevalente con i pazienti fragili e cronici gravi;

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- in conformità all'art. 38 del Decreto Legge, n. 23 del 08/04/2020 convertito in L. n. 40 del 05/06/2020, collaborano a distanza per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli Ospedali;
- propongono al paziente l'utilizzo di App per la sorveglianza, attualmente in fase di sviluppo da parte della Regione, al fine di garantire una puntuale presa in carico nonché l'integrazione tra i diversi sistemi informativi;
- valutano inoltre l'opportunità di porre in sorveglianza attiva, con il contatto telefonico quotidiano, i soggetti che necessitano di un maggior supporto, specificatamente per soggetti a maggior rischio di complicanze.

I Medici di Medicina Generale, inclusi i Medici di Continuità Assistenziale, nel momento in cui individuano un caso con esito positivo:

- avviano, per i propri assistiti, le azioni per l'identificazione dei contatti stretti del soggetto (*contact tracing*) concentrandosi prioritariamente sull'esposizione di conviventi ed eventuali familiari. Informano il SISP di riferimento per l'eventuale allargamento ad altri contatti ai fini del contenimento della diffusione del virus in ambiente lavorativo, ecc. Nelle attività di rintraccio dei contatti applica la definizione di contatto stretto relativamente alle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi o alle 48 ore antecedenti la data di esecuzione del test nel caso di positivo asintomatico (Circolare prot. n. 7922 e del 9 marzo 2020 e ss.mm. ii.; Circolare prot. n. 9774 del 20 marzo 2020 e ss. mm. ii.);
- registrano tempestivamente il provvedimento contumaciale e le informazioni relative al *contact tracing* negli applicativi con le modalità concordate con Azienda Zero;
- se richiesto, provvedono a rilasciare copia del provvedimento indicando i termini di inizio e fine dell'isolamento o della quarantena;
- in caso di necessità ai fini INPS, sulla base del provvedimento contumaciale rilasciano le certificazioni previste per legge per l'assenza dal lavoro.

I Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS:

- assicurano tempestivamente la messa a disposizione delle informazioni relative ai provvedimenti contumaciali circa gli assistiti del medico, con modalità definite da Azienda Zero in graduale integrazione con i software gestionali dei medici;
- nel ruolo di Coordinamento delle azioni di Sanità Pubblica e per quanto attribuito dalla normativa nazionale e regionale, in continuità con le attività già svolte dai Medici di Medicina Generale, intraprendono tutte le eventuali ulteriori azioni necessarie (es. *contact tracing*, disposizioni contumaciali) con particolare attenzione ai contesti lavorativi, alle collettività e alle comunità frequentate dal soggetto.

Azienda Zero:

- assicura l'integrazione dei diversi sistemi informativi a garanzia della tracciabilità, rendicontazione e monitoraggio, anche ai fini di programmazione e valutazione;
- mette a disposizione delle Strutture Regionali e delle Aziende ULSS specifici cruscotti per il monitoraggio delle attività e per la rendicontazione di cui all'art. 19 del Decreto Legge n. 137 del 28/10/2020.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

3. Disposizioni per i Medici frequentanti il corso di formazione specifica in medicina generale

Durante l'emergenza, i Medici che frequentano il Corso di Formazione Specifica in Medicina Generale partecipano ad ogni effetto nell'ambito delle sostituzioni, degli incarichi temporanei e degli incarichi provvisori di assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale, medicina dei servizi, alle attività previste dal presente Protocollo.

Le ore lavorative espletate di cui sopra sono computabili - in analogia a quanto previsto per gli incarichi svolti presso le USCA - quali attività pratiche ai fini del conseguimento del monte ore previsto dal corso di formazione.

4. Trattamento economico

Relativamente alla somministrazione dei tamponi antigenici rapidi, o altro test equivalente individuato, la tariffa per l'attività svolta presso gli studi medici è stabilita pari a 18 euro, la tariffa per l'attività svolta fuori dagli studi medici è pari a 12 euro.

Visto l'impegno concomitante anche sul versante delle vaccinazioni antinfluenzali, per l'attività di somministrazione dei test antigenici rapidi sarà riconosciuto un aumento dell'indennità infermieristica prevista da ACN, incrementata da € 4,00/assistito a € 6,00/assistito e sarà erogata, a seguito dell'effettiva e documentata presenza aggiuntiva infermieristica e dell'attività svolta e registrata sull'apposito applicativo regionale, fatta eccezione per i Medici appartenenti a Medicine di Gruppo Integrate ed in coerenza con le previsioni dei Piani di Sviluppo delle Cure Primarie approvati con DGR n. 476 del 23/04/2019. La parte corrispondente trova copertura nella previsione del Decreto Legge n. 34 del 19/05/2020 convertito in L. n. 77 del 17/07/2020, art. 1, comma 9.

Ai fini di potenziare la sorveglianza domiciliare dei propri pazienti sintomatici verranno assegnati a ciascun Medico di Medicina Generale almeno tre saturimetri.

5. Applicazione ed efficacia delle misure

Le attività sopra descritte integrano i compiti di cui all'art. 13-bis dell'ACN della Medicina Generale vigente, con le relative conseguenze in caso di inadempienza.

Ai Medici di Medicina Generale in stato di gravidanza o aventi comprovate patologie si applicano le disposizioni nazionali vigenti in materia di tutela e potranno eccezionalmente astenersi dall'obbligatorietà allo svolgimento delle attività previste dal presente Protocollo. I Medici interessati dovranno, tuttavia, garantire modalità organizzative alternative appropriate per assicurare ai propri assistiti l'esecuzione del tampone, comunicando le stesse al Distretto di afferenza.

In assenza dei necessari Dispositivi di Protezione Individuale (mascherine, visiere e camici) forniti per l'effettuazione dei tamponi antigenici rapidi, il medico non è tenuto all'esecuzione dei test antigenici e il conseguente rifiuto non corrisponde ad omissione, né è motivo per l'attivazione di procedura di contestazione disciplinare.

Tutte le disposizioni del presente Protocollo trovano applicazione limitatamente per la durata dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, incluso l'aumento dell'indennità infermieristica siccome stabilite dalle normative nazionali di riferimento.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

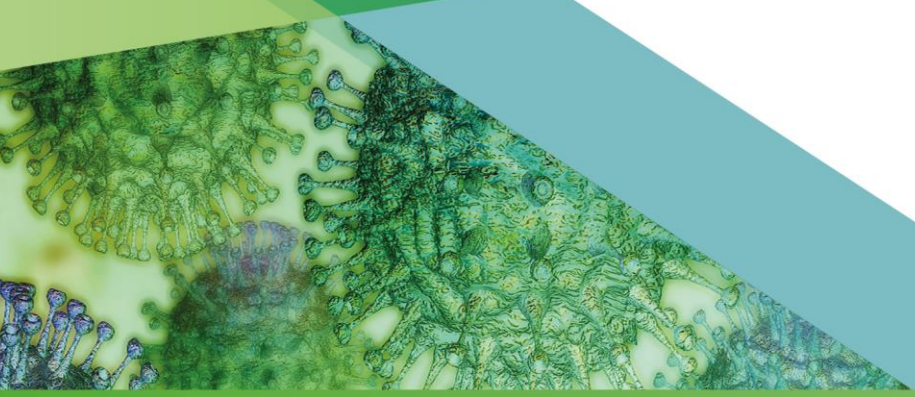
6. Disposizioni finali

Il presente documento è immediatamente esecutivo e sarà oggetto di monitoraggio e verifica tra le Parti con cadenza mensile, anche al fine di valutare l'adeguatezza e l'efficacia dei modelli organizzativi adottati, in relazione all'evolversi della pandemia.

Il presente Documento viene approvato a maggioranza

in sede di Comitato regionale nella seduta del 30/10/2020.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023



TECHNICAL REPORT

Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK

19 November 2020

Key messages

- Rapid antigen tests can contribute to overall COVID-19 testing capacity, offering advantages in terms of shorter turnaround times and reduced costs, especially in situations in which RT-PCR testing capacity is limited.
- Test sensitivity for rapid antigen tests is generally lower than for RT-PCR.
- Rapid antigen tests perform best in cases with high viral load, in pre-symptomatic and early symptomatic cases up to five days from symptom onset.
- ECDC agrees with the minimum performance requirements set by WHO at ≥80% sensitivity and ≥97% specificity.
- ECDC recommends that EU Member States perform independent and setting-specific validations of rapid antigen tests before their implementation.
- The use of rapid antigen tests is appropriate in high prevalence settings when a positive result is likely to indicate true infection, as well as in low prevalence settings to rapidly identify highly infectious cases.
- Rapid antigen tests can help reduce further transmission through early detection of highly infectious cases, enabling a rapid start of contact tracing.

Scope of this document

On 28 October 2020, a European Commission Recommendation on COVID-19 testing strategies, including the use of rapid antigen tests was published [1]. That recommendation calls for European Union/European Economic Area (EU/EEA) Member States and the United Kingdom (UK) to agree on criteria to be used for the selection of rapid antigen tests, and to share and discuss information regarding the results of validation studies. This ECDC document is intended to facilitate further discussions between Member States with the aim of reaching agreement on the criteria to be used for the selection of rapid antigen tests, as well as scenarios and settings during which it is appropriate to use rapid antigen tests. This document is also intended to support clinical validations of rapid antigen tests.

Summary

To date, testing for SARS-CoV-2 infection mostly relies on reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) performed on a nasopharyngeal specimen. This testing method remains the gold standard for detecting SARS-CoV-2 and is characterised by both high sensitivity and specificity in detecting viral ribonucleic acid (RNA).

The high volume of samples reaching the laboratories could, however, lead to a shortage of reagents and disposables and to a further increase in the turn-around time for RT-PCR tests.

Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK. 19 November 2020. ECDC: Stockholm; 2020.

© European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Rapid antigen tests are easy to use and offer rapid results at low cost, but show lower sensitivity.

Rapid antigen tests offer multiple benefits in comparison to RT-PCR tests for the detection of SARS-CoV-2. They have been developed as both laboratory-based tests and for near-patient use (point-of-care), and results are normally generated in 10 to 30 minutes after the start of the analysis, and at low cost. Most currently available rapid antigen tests show a lower sensitivity compared to the standard RT-PCR test, while their specificity is generally reported to be high. It is important to note that rapid antigen tests may be sensitive enough to detect cases with a high viral load, i.e. pre-symptomatic and early symptomatic cases (up to five days from symptom onset; or low RT-PCR cycle threshold (Ct) value <25), which likely account for a significant proportion of transmissions.

WHO recommends rapid antigen tests that meet the minimum performance requirements of ≥80% sensitivity and ≥97% specificity, while ECDC suggests aiming to use tests with a performance closer to RT-PCR, i.e. ≥90% sensitivity and ≥97% specificity.

Rapid antigen tests should be applied in a way that compensates for the lower performance compared to RT-PCR, i.e. by including repeat testing for screening purposes and confirming test results by RT-PCR.

Besides the performance of the test, other practical and strategic aspects play a significant role in deciding if a test can be used and with which indications. Examples of these considerations are the timeliness of test results, the scalability, the simplicity of use, instrumentation availability, human and material resources, and overall logistical arrangements for sampling and testing and costs. The epidemiological situation per setting, local area, region and nationwide also affect the testing strategy.

Rapid antigen tests can be used for the early detection of cases when RT-PCR testing capacities are not available and receiving timely results is critical, e.g. for contact tracing purposes. Rapid antigen tests can offer a significant advantage over RT-PCR in terms of the timeliness of results.

Due to the timeliness of results, rapid antigen tests can provide added value e.g. in the patient triage process in healthcare settings at admission. In the context of contact tracing, rapid antigen tests can allow for a faster identification of infectious contacts.

When considering whether to use rapid antigen tests, a careful analysis of the expected sample volumes, availability of resources, equipment and supplies and logistical arrangements, including the expected need for confirmatory testing and supplies for those, needs to be carried out.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Background

Timely and accurate COVID-19 testing is an essential part of surveillance, contact tracing, infection prevention and control, and clinical management of COVID-19. ECDC has proposed an objective-driven testing strategy for the EU with specific recommendations by level of virus circulation in the community, taking into account available public health resources and testing capacities [2].

To date, testing for SARS-CoV-2 infection mostly relies on reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) performed on a nasopharyngeal specimen. This testing method remains the gold standard for detecting SARS-CoV-2 and is characterised by both high sensitivity and specificity to detect viral ribonucleic acid (RNA). The current EU-level case definition of a confirmed COVID-19 case relies on detection of SARS-CoV-2 RNA in a clinical specimen by RT-PCR [3], however, there are intentions to update the case definition shortly.

Diagnostic laboratories routinely perform RT-PCR tests, which require extraction of viral RNA as well as stationary instrumentation for nucleic acid amplification and detection. Theoretically, the time required to perform the RT-PCR test is a few hours, but in practice specimens often need to be transported from the place of sampling to the laboratory, and additional time then elapses until the specimen is processed. Limited internal laboratory capacity, including trained staff, and high sample volumes, may also contribute to the delayed processing of samples. As a result, the turnaround time can easily increase to several days. Early in the pandemic, most of the testing capacity was reserved to identifying cases in hospitals and high risk-settings. Since then, laboratory capacity has increased, and testing has been extended to comprehensively identify symptomatic cases and contacts of cases, and to perform screening programmes. The current upsurge of COVID-19 cases in Europe, coupled with the usual rise of other respiratory infections during autumn, has led to a dramatic increase in the demand for SARS-CoV-2 tests. The high volume of samples reaching the laboratories could lead to a shortage of reagents and disposables as already reported by some countries, and to a further increase in the turnaround time for RT-PCR tests.

To complement RT-PCR testing, several countries have already started clinical validation of rapid antigen tests' performance and some have integrated rapid antigen tests use in their national testing strategies [4-10]. WHO [11], Health Canada [12] and the US Centers for Disease Control and Prevention (CDC) have recently issued guidelines for the use of rapid antigen tests [13].

Benefits and challenges of the use of rapid antigen tests

Rapid antigen tests offer multiple operational benefits in comparison to RT-PCR tests for detection of SARS-CoV-2. Rapid antigen tests have been developed as both laboratory-based tests and for near-patient use (point-of-care), and results are usually generated in 10 to 30 minutes after the start of the analysis. Some rapid antigen tests require a laboratory instrument for the analysis, but others do not as the analysis is performed on a handheld cartridge with visual readout (Annex 1). Rapid antigen tests generally offer low-cost testing and relatively simple handling. Due to the timeliness of results, rapid antigen tests can provide added value e.g. in the patient triage process in healthcare settings at admission. In the context of contact tracing, rapid antigen tests can allow for a more rapid identification of infectious contacts.

There are also some operational drawbacks associated with the use of rapid antigen tests. Sampling for detection of SARS-CoV-2 by rapid antigen test relies mostly on nasopharyngeal specimens, as indicated by the manufacturers. As of today, these specimens require professional sampling and the use of personal protective equipment during sampling and processing. Self-sampling is not currently clinically validated for rapid antigen tests. Unlike RT-PCR, rapid antigen tests lack controls for confirmation of appropriate sampling. As many of the rapid antigen tests are processed individually, analysis of large volumes of specimens simultaneously is difficult and multiplex analysis of other respiratory pathogens is, as of today, not possible. An additional drawback with the rapid antigen tests is that the specimens are not necessarily shipped to public health laboratories for further characterisation, such as sequencing.

In contrast to RT-PCR, which amplifies the virus target sequences, rapid antigen tests detect the presence of a viral antigen in the patient's specimen without amplification. As a result, most currently available rapid antigen tests show a lower sensitivity compared to the standard RT-PCR test (Annex 1). However, their specificity is generally reported to be high (Annex 1) [14,15]. Furthermore, rapid antigen tests may be sensitive enough to detect cases with high viral load, i.e. pre-symptomatic and early symptomatic cases (up to five days from symptom onset; or low RT-PCR cycle threshold (Ct) value <25), which likely account for a significant proportion of transmission (Annex 1). Several countries that started to use rapid antigen tests target early detection of COVID-19 cases, i.e. testing individuals with COVID-19-compatible symptoms early after disease onset.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

The EU regulatory framework for diagnostic tests

Reagents, control materials, testing kits, and instruments intended for medical use are referred to as *in vitro* diagnostic medical devices (IVDs)[1]. The currently applicable legislative framework for these devices at EU level is Directive 98/79/EC[2]. To place a device on the EU market, the manufacturer must demonstrate compliance with the applicable legal requirements in the Directive. This includes carrying out a performance evaluation of the device. For any devices intended for lay users, the manufacturer must also apply to a third-party body (called a notified body), which will examine the design aspects of the device and issue a corresponding certificate. For COVID-19 devices intended by the manufacturer for professional use, there is no requirement to apply to a notified body. Once the manufacturer has declared conformity of the device with the legal requirements, they may affix the CE-marking to the device and place it on the market.

Thus, the CE-marking is mostly based on a self-assessment and a self-declaration by the test manufacturer, including the claims on test performance, for which the manufacturer needs to have appropriate technical documentation and studies to back up the claims. Independent information on the clinical performance of these tests in terms of sensitivity and specificity is often limited, and yet this is critical for proper interpretation of results. This is especially challenging in the context of the evolving pandemic. In its Communication of 15 April[3] as well as in is most recent recommendation of 18 November [16], the Commission recommended that Member States carry out validation studies before introducing devices into clinical practice.

The choice of tests to be used in national health systems is up to the individual Member States, as part of their national competences for organising and delivering health services and medical care[4].

From 26 May 2022, the Directive will be replaced by Regulation (EU) 2017/746[5]. The Regulation will strengthen the requirements for the evidence on performance of the device and introduce a thorough assessment of COVID-19 tests, including rapid antigen tests, by notified bodies.

Current data on rapid antigen test performance and use

The WHO initiative FIND (Foundation for Innovative New Diagnostics) gives an overview of SARS-CoV-2 tests that are commercially available or in development for diagnosis of COVID-19, including an indication if they have CE-markings [17]. As of 11 November 2020, there are 56 antigen tests with a CE-marking listed on the FIND database.

Both WHO and the United States Food and Drug Administration (FDA) have provided emergency use listings or authorisations, respectively, for rapid antigen tests. WHO has listed two [18] and FDA seven rapid antigen tests [12,19].

ECDC has performed a meta-analysis of the clinical performance of commercial SARS-CoV-2 tests, including four rapid antigen tests, up until 22 August 2020 [14]. Searching literature (pre-prints and peer-reviewed articles and including personal information from the European COVID-19 laboratory network partners) for rapid antigen tests with a CE-marking, we could retrieve additional results of clinical evaluation studies for nine rapid antigen tests from eight companies by 23 October 2020. Independent evaluations were performed in several countries, predominantly in symptomatic populations. The sensitivities and specificities were calculated against RT-PCR tests and ranged between 29% (95%CI 15.7-42.3) and 93.9% (95% CI 86.5-97.4) for test sensitivity and between 80.2% (95% CI 71.1-86.7) and 100% (95% CI 98.8-100) for test specificity. The substantial differences in performance noted between the tests and between the studies can be partially explained by different populations and time of testing (proportion of persons that were tested early versus late in the course of the disease), and may also be affected by different RT-PCR assays used as gold-standard comparators, extraction methods or type of samples.

Some studies confirmed that the sensitivity of tests was higher in specimens obtained within seven days following the onset of symptoms and for samples with lower Ct value at RT-PCR testing indicating higher viral load. The data collected from validations of tests with CE-marking presented in Annex 1 contains available information on time point of sampling and stratification by Ct values if those were reported.

Infectiousness is likely associated with high viral loads resulting in RT-PCR Ct values below 25-30 [20]. RT-PCR-positives cases with higher Ct values have been considered non-infectious in one study [13]. Since positive rapid

[1] See the complete definition of in vitro diagnostic medical device in Article 1 (2) (b) of Directive 98/79/EC.
[2] Directive 98/79/EC of the European Parliament and of the Council of 27 October 1998 on in vitro diagnostic medical devices, OJ L 331, 7.12.1998, p. 1–37.
[3] Communication from the Commission Guidelines on COVID-19 in vitro diagnostic tests and their performance 2020/C 122 I/01, C/2020/2391, OJ C 122I, 15.4.2020, p. 1–7.
[4] See Article 168 of the Treaty on Functioning of the European Union, OJ C 115, 9.5.2008, p. 122–124.
[5] Regulation (EU) 2017/746 of the European Parliament and of the Council of 5 April 2017 on in vitro diagnostic medical devices and repealing Directive 98/79/EC and Commission Decision 2010/227/EU (Text with EEA relevance.) OJ L 117, 5.5.2017, p. 176–332.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

antigen test results are generally found in samples with high viral load, identification of potentially infectious cases is a possible use for rapid antigen tests. False negative rapid antigen test results have been identified in samples with a low viral load, consistent with low number of viable virus and likely low infectiousness.

As a result, most rapid antigen tests available on the market are developed for testing in symptomatic persons and are not currently recommended for use in asymptomatic persons.

The use of rapid antigen tests in EU/EEA Member States and the UK

A survey, conducted by the European Commission Health Security Committee in September 2020, investigated the Member States' practices in using rapid antigen tests. Overall, of the 15 EU Member States that responded to the survey, five EU Member States are using rapid antigen tests for some aspect of the response to the COVID-19 pandemic. Nine of the 15 countries are currently carrying out clinical validation studies or pilots to assess the clinical/diagnostic performance and potential use of rapid antigen tests, and two Member States are not considering the use of rapid antigen tests [personal communication[6]]. According to this survey, some countries use the tests as part of their testing strategy for early identification of cases, conducting contact tracing, and/or implementing rapid isolation and quarantine of detected cases and their contacts. Other countries use rapid antigen tests specifically to ensure laboratory testing in remote areas where the gold standard RT-PCR is not available or timely enough. One country uses them for testing incoming travellers from other countries and in schools.

Options for the use of rapid antigen tests

Apart from the performance of the test, other practical and strategic aspects play a significant role in deciding whether a test can be used, and with which indications. Practical aspects that can influence the choice of rapid antigen test are the intended timeliness of test results, the scalability in case of increased demand, the simplicity of use, the availability of instrumentation and of human and material resources, the possibility to set-up all logistical arrangements for sampling and testing, and last but no least the associated cost. Furthermore, the epidemiological situation in specific settings or in an area/region/country will influence the choice of the most appropriate testing strategy and test selection. In this section, we outline some situations that countries may encounter and provide corresponding options for the use of rapid antigen test.

Minimum performance requirements

WHO recommends that rapid antigen tests that meet the minimum performance requirements of ≥80% sensitivity and ≥97% specificity can be used to diagnose SARS-CoV-2 infections in a range of settings where RT-PCR is unavailable or where an excessive turnaround time would preclude clinical and public health utility of results [20]. ECDC agrees with the WHO minimal criteria and acknowledges that the tests need to be validated for the intended setting and situation. It is important to note that rapid antigen tests perform best in the symptomatic population and soon after onset of symptoms.

Rapid antigen tests should be applied in a manner that compensates for their lower performance as compared to RT-PCR, i.e. by including confirmatory or repeat testing in certain situations (see Figure 1). As the positive (PPV) and negative (NPV) predictive values of all tests are dependent on the epidemiological situation in combination with test performance, ECDC would suggest, especially in situations of low COVID-19 prevalence, to aim for use of tests with performance closer to RT-PCR, i.e. ≥90% sensitivity and ≥97% specificity [21].

However, rapid antigen tests that only meet the minimum performance criteria can be successfully used in certain testing scenarios. A risk analysis should be performed that includes the probability of incorrect results, and the potential impact of these on the individuals tested and on the intended public health goals. Sub-optimal performance of tests can be mitigated by confirmatory testing by RT-PCR (see below for examples of settings and needs for confirmatory testing and figure 1), or by using a scheme of repeated rapid antigen test testing that maximises the chances to test individuals when viral loads are within the sensitivity range of the tests.

Considerations for test validations

The clinical performance of a test should be evaluated for the intended use and conditions, including the target population (symptomatic or asymptomatic), type of specimen, sampling method, RNA extraction and RT-PCR method, as well as pre-analytical factors. A test intended for early detection of cases needs to be validated using samples from cases in this phase of infection, i.e. within the first seven days after onset of symptoms. A validation

[6] Health Security Committee Secretariat (email communication, October 2020)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

exercise using a sample collection covering the full spectrum of infected individuals in different stages of infection would lead to an underestimation of the performance of the test. In addition, the manufacturer's instructions should be carefully followed for validation and the practical use of the test [22,23]. Preferably, such validation studies would be complemented with virus cultivation data from patient samples.

ECDC concurs with the validation model for rapid antigen tests presented by FIND [23]. In the validation study, the performance of the new test should be compared to the current gold standard RT-PCR. Prospective clinical comparison using fresh respiratory swabs is the preferred study model, however, a retrospective approach using frozen respiratory specimens from confirmed cases in the adapted medium might be used. Clinical performance established on frozen specimens may be different compared to fresh clinical specimens. Manufacturer's instructions for specimen handling need to be followed.

In the prospective study design, two respiratory swabs are collected per participant at the same time point: one for RT-PCR testing and diagnosis, and one for rapid antigen testing. If the same buffer/transport medium proves to be suitable for both RT-PCR and rapid antigen testing, one swab can be used for both tests. For clinical validation, data collection should continue until a minimum of 100 COVID-19 RT-PCR positives and 100 COVID-19 RT-PCR negatives are included in the study. Preferably, a total of 300 negative samples should be included.

For retrospective study design, remnant swab specimens, which have been collected from individuals suspected to have COVID-19 are used, following the manufacturer's instructions on sample handling and storage procedures. A sample set should include samples representing the target population and setting for the intended use. Different validation studies could include specimens from different time points after onset of symptom and preferably span specimens from pre- or asymptomatic individuals to severe infections. A minimum of 100 COVID-19 RT-PCR positive and 100 PCR negative samples should be included in the study. Preferably, a total of 300 negative samples should be included. For a full description of study design, please see FIND's webpage [23].

Depending on the target population or situation the test is validated for, the laboratories need to ensure the correct stratification of specimens and that they correspond to the intended use. Examples of stratification can be by days post-onset of symptoms or viral load characterised by Ct values or viral copy number.

Target population and epidemiological situation

PPV and NPV of a test depend on disease prevalence in the target population and the test performance and both should be considered when choosing to use a rapid antigen test with suboptimal sensitivity and specificity.

Table 1 shows examples of the expected prevalence of COVID-19 in different target populations in different situations. Table 2 shows the corresponding NPV and PPV when applying hypothetical rapid antigen test and RT-PCR tests with a sensitivity/specificity of 80/98% and 98/99.9% respectively, to these populations.

Table 1. Estimated prevalence ranges in different target populations in different settings

Target population	Example prevalence range
Community with high prevalence, outbreak setting, symptomatic healthcare workers	High to very high (10-≥30%)
Asymptomatic healthcare workers with significant exposure, community with high prevalence	High (10%)
Contacts of confirmed cases	Low to very high (2-30%)
Symptomatic persons in community when transmission is low	Low to high (2-10%)
Asymptomatic general population	Very low to low (≤2%)

Modified from FIND [17]

Use of rapid antigen tests by public health objectives

The public health objectives, based on the ECDC COVID-19 testing strategy [2], for which the use of rapid antigen tests may be beneficial, are the following:

- prompt clinical management of cases with COVID-19-compatible symptoms at admission;
- control transmission: early detection of cases, contact tracing, population-wide testing;
- mitigate the impact of COVID-19 in healthcare and social-care settings: triage at admission, early detection and isolation;
- identify clusters or outbreaks in specific settings: early detection and isolation.

In the situations described above, rapid antigen tests can offer a significant advantage over RT-PCR in terms of bringing testing closer to persons to test and timeliness of results.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Use of rapid antigen tests by settings

Considerations for the use of rapid antigen tests in settings of low and high infection prevalence and the need for confirmatory testing

In a **high prevalence setting**, rapid antigen tests will have a high PPV (Table 2). In such a situation, a positive result from a rapid antigen test (even with a lower specificity than in RT-PCR tests and thus a higher probability of false positivity) is likely to indicate a true infection and may not require confirmation by RT-PCR. On the other hand, any negative test result should be confirmed by RT-PCR immediately or, in case of unavailability of RT-PCR, with another rapid antigen test a few days later (to allow the viral load to increase in previously false negative result). This is particularly true for asymptomatic cases with a known history of exposure. In any high-risk settings with vulnerable populations only RT-PCR should be used, unless RT-PCR capacity is limited. In vulnerable populations with symptoms, multiplex RT-PCR would be best suited for confirmation to exclude symptoms caused by other respiratory pathogens.

In a **low prevalence setting**, rapid antigen tests will have a high NPV but a low PPV (Table 2). Therefore, if used correctly, rapid antigen tests should be able to rule out a highly infectious case in such a setting. A negative test result may not require confirmation by RT-PCR, whereas a positive test will need immediate sampling for a confirmation by RT-PCR. Recurring testing by rapid antigen test every 2-3 days with the aim to identify infectious cases in a population can partly mitigate the lower sensitivity of the test and can be used in certain settings such as in staff of health care settings.

In low prevalence settings, sufficient RT-PCR and logistics capacity will probably be in place to ensure a rapid turnaround of results. However, there could still be an added value to the use of rapid antigen tests because of the low cost and rapid turnaround time of analysis. Here, a careful cost-benefit calculation has to be made in order not to exhaust the overall testing capacity in settings which have low impact on the course of the epidemic and the resources should rather be reserved for settings where highly infectious persons need to be detected.

Table 2. NPV and PPV at 0.5, 1.0, 10 and 20% Covid-19 prevalence using a test with two different sensitivities and specificities, for comparison of typical performance of rapid antigen and RT-PCR tests (conceptual example)

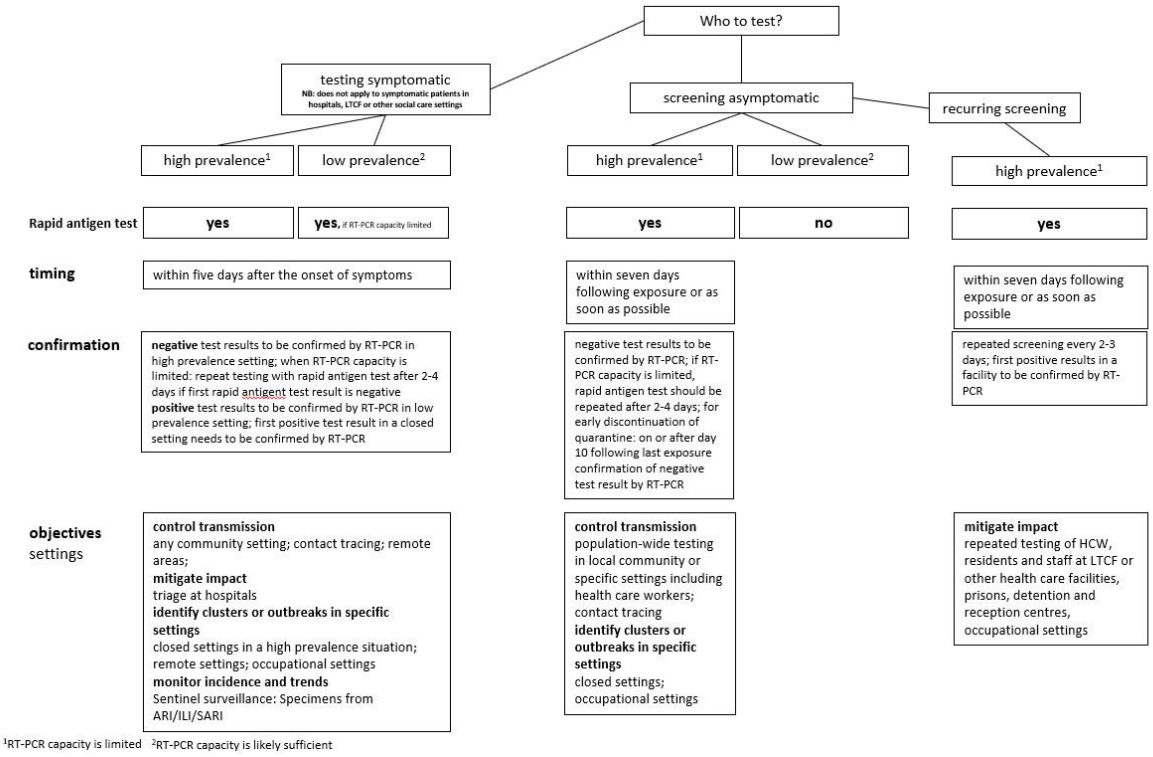
Example prevalence	Sensitivity	Specificity	NPV	PPV	True positive	False positive	True negative	False negative	Nr with disease	Nr of positive tests in total
50/100 000	0.8	0.98	1.000	0.020	40	1 999	97 951	10	50	2 039
50/100 000	0.98	0.999	1.000	0.329	49	100	99 850	1	50	149
100/100 000	0.8	0.98	1.000	0.038	80	1 998	97 902	20	100	2 078
100/100 000	0.98	0.999	1.000	0.495	98	100	99 800	2	100	198
500/100 000	0.8	0.98	0.999	0.167	400	1 990	97 510	100	500	2 390
500/100 000	0.98	0.999	1.000	0.831	490	100	99 401	10	500	590
1 000/100 000	0.8	0.98	0.998	0.288	800	1 980	97 020	200	1 000	2 780
1 000/100 000	0.98	0.999	1.000	0.908	980	99	98 901	20	1 000	1 079
5 000/100 000	0.8	0.98	0.989	0.678	4 000	1 900	93 100	1 000	5 000	5 900
5 000/100 000	0.98	0.999	0.999	0.981	4 900	95	94 905	100	5 000	4 995
10 000/100 000	0.8	0.98	0.978	0.816	8 000	1800	88 200	2 000	10 000	9 800
10 000/100 000	0.98	0.999	0.998	0.991	9 800	90	89 910	200	10 000	9 890
20 000/100 000	0.8	0.98	0.951	0.909	16 000	1600	78 400	4 000	20 000	17 600
20 000/100 000	0.98	0.999	0.995	0.996	19 600	80	79 920	400	20 000	19 680
50 000/100 000	0.8	0.98	0.831	0.976	40 000	1000	49 000	10 000	50 000	41 000
50 000/100 000	0.98	0.999	0.980	0.999	49 000	50	49 950	1 000	50 000	49 050

Use of rapid antigen tests for symptomatic and asymptomatic cases

Figure 1 gives a simple overview to guide the use of rapid antigen tests for symptomatic and asymptomatic persons in a high or low prevalence situation.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Figure 1. Flowchart describing objectives and settings when to use rapid antigen tests



Using rapid antigen tests to test people with symptoms

When the availability of RT-PCR tests is temporarily limited, the use of rapid antigen tests can be considered for individuals with COVID-19-compatible symptoms in settings and situations where the proportion of test positivity is high or very high, e.g. ≥10%. In most settings with low prevalence ECDC still recommends the use of RT-PCR for testing to increase the PPV. In the situations and settings listed below, rapid antigen tests should only be considered when sampling can be performed within five days of symptom onset. Negative rapid antigen test results should be confirmed with RT-PCR, or in the absence of RT-PCR with another rapid antigen test 2-4 days later.

- In high prevalence situations, rapid antigen tests can be applied for testing possible and probable COVID-19 cases presenting to healthcare.
- In RT-PCR-confirmed outbreaks, rapid antigen tests can be used for testing symptomatic contacts to facilitate early detection of further cases as part of contact tracing and outbreak investigation.
- In closed settings, e.g. prisons, migrant detention and reception centres, rapid antigen tests can be used to test symptomatic persons when a case has already been confirmed by RT-PCR in the setting.
- To mitigate the impact of COVID-19 in healthcare and social-care settings, rapid antigen tests can be used for the triage of symptomatic patients or residents at admission and to test symptomatic patients or staff for early detection of cases. Results of testing can guide timely isolation and type of personal protective equipment required.
- ILI/ARI/SARI samples for sentinel surveillance can be tested with rapid antigen tests, although RT-PCR should be the preferred option. Sentinel samples need to be tested for influenza and other respiratory viruses in parallel [24].

Rapid antigen tests can also be considered in specific situations in which prevalence is not high but where there is no availability of RT-PCR at all, for example migrant detention centres or occupational settings located in remote areas.

Before using rapid antigen tests, a risk assessment is needed to evaluate the probability and impact of incorrect results. Capacity for confirmatory testing by RT-PCR should be in place, see section below on considerations for use of rapid antigen tests in settings of low and high infection prevalence and the need for confirmatory testing.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Using rapid antigen tests to test people without symptoms

The use of rapid antigen tests can be recommended for testing individuals regardless of symptoms in settings in which the proportion of test positivity is expected to be ≥10%. In situations in which the time of exposure to a confirmed COVID-19 is known, testing using rapid antigen tests should be performed as soon as possible after the contacts have been identified. If more than seven days have passed since the exposure, it is recommended that negative rapid antigen tests are confirmed by RT-PCR.

- To control transmission, rapid antigen tests can be used for testing asymptomatic high-risk exposure contacts as part of contact tracing. Negative test results need to be followed up with a secondary RT-PCR test.
- In closed settings (like long term care facilities, LTCFs), asymptomatic low risk exposure contacts can be tested using a rapid antigen test. A negative result can be followed up by RT-PCR or another rapid antigen test two to four days later if RT-PCR capacities are limited. This is to ensure effective further contact tracing. Early release from quarantine based on a negative rapid antigen test or RT-PCR needs to be assessed on a case-by-case basis, especially for contacts working with vulnerable populations or contacts in high risk settings such as long-term care facilities or prisons.
- In a high prevalence situation, in the context of circuit breaker strategies to detect individuals with high transmission potential in the community and to lower the pressure on health-care settings and laboratories, rapid antigen tests' use can be considered for a targeted population-wide testing approach, e.g. in a local community. In such situation, the risk of not detecting all cases or risk of false negative results is balanced out by the timeliness of results and the possibility of serial testing of individuals.
- Rapid antigen tests can be used for screening and serial testing (every two to three days) of residents and staff in healthcare, home care, long-term care facilities, closed settings (e.g. prisons, migrant detention and reception centres) and occupational settings in areas in which there is ongoing community transmission [25]. When a first case is confirmed in a resident or staff member of a closed setting, for example a long-term care facility, or in the event of widespread community transmission in the area (high prevalence situation), a comprehensive testing strategy of all residents and staff should be considered.

Rapid antigen tests are not suited for screening incoming travellers to prevent virus (re-) introduction in regions/countries that have achieved zero or very low levels of transmission. In these situations, i.e. in a low prevalence population, only RT-PCR should be used to reduce the risk of false negative results. Air travellers belong mostly to a non-symptomatic subpopulation, with variable but lower probability of COVID-19 compared to the general population (estimated prevalence of COVID-19 at <1%). When considering the adoption of rapid antigen tests for screening travellers, several considerations require attention. Please refer to the guidance developed jointly by ECDC and EASA on travel related measures for air travel.

Further settings in which RT-PCR should be the preferred test option are diagnostic testing of patients with COVID-19-compatible symptoms in hospitals, long-term care facilities or other social care settings to avoid the consequences of false negative results. If rapid antigen tests are used in these settings, negative tests need to be confirmed with RT-PCR.

Time of sampling

Based on the available evidence, replicating virus can be isolated from the nasopharyngeal specimens of individuals with mild to moderate symptoms from six days before to nine days after symptom onset [26]. The highest viral load has been observed in respiratory samples collected three days before to three days after the symptom onset [27].

As mentioned above, rapid antigen tests have been shown to be more efficient in detecting cases in the days around the onset of symptoms, when the viral load is highest. A rapid antigen test should therefore be used within five days after the onset of symptoms. For asymptomatic contacts of cases, tests should be performed as soon as possible after the contact has been traced. If more than seven days have passed since a known exposure, there may be an increased risk of a false negative due to a reduction at the viral load, depending on the actual incubation period of the virus. In these cases, the test needs to be repeated by RT-PCR. Although the recommendation is to test as soon as possible after contacts have been traced, performing a test too early (i.e. immediately or within the first two days after a known exposure) increases the possibility of a false negative result. For those contacts (especially high-risk exposure contacts), it is advised that the test is repeated two to four days later.

Testing capacities and availability of resources

The processing time for a sample analysed with a rapid antigen test is less than half an hour, making it considerably shorter than that of RT-PCR. However, rapid antigen tests are run individually, and some require an instrument for the read-out of the result. For some handheld rapid antigen test devices with visual readout, a small number of specimens (up to 10) can be analysed in parallel. As a result, completing a large number of tests might

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

be prohibitively time-consuming. In contrast, diagnostic laboratories are able to conduct RT-PCR testing on multiple samples simultaneously, and the turnaround time, when managing a very large number of samples, might be shorter.

When considering the use of rapid antigen tests, a careful analysis of the expected sample volumes, availability of resources, equipment and supplies, logistical arrangements including the expected need for confirmatory testing and supplies for those, needs to be carried out.

Biosafety considerations

At the time of writing, there is not enough evidence that buffers in the rapid antigen test testing systems are reliably inactivating SARS-CoV-2 within the short processing time. Appropriate biosafety measures must therefore be in place, and a risk assessment performed when sampling, handling and processing specimens and tests. Such additional protective measures may include primary containment devices or the use of a biological safety cabinet combined with appropriate personal protective equipment.

Manufacturer instructions for sample collection, safe handling, proper waste management and use need to be followed precisely, including specimen type.

User considerations

For rapid antigen tests intended for use in point-of-care settings, trained healthcare or laboratory staff, or trained operators, are needed to carry out sampling, testing, test analysis and reporting of test results to clinical staff and public health authorities at local, regional, national and international level. Professional sampling is particularly important in the context of testing with rapid antigen tests as the test lacks a control showing successful sampling. Member States need to ensure sufficient capacities and resources for sampling, testing and reporting. To ensure these capacities, it is likely that additional healthcare personnel will need to be trained [28].

External quality assessment

As noted in the ECDC strategy for the external quality assessment (EQA) of public health microbiology laboratories [29], EQAs improve and maintain high quality and comparability of key laboratory surveillance data reported at the European level. One of the aims with EQAs is also to foster capabilities to detect emerging and epidemic diseases across the EU/EEA Member States and the UK. To establish high quality and comparability of rapid antigen test results for SARS-CoV-2, EQAs suitable for rapid antigen tests should be used in the diagnostic laboratories in regular intervals.

Interpretation of test results and implications for surveillance

The interpretation of rapid antigen test results and the need for confirmatory testing of results need to be agreed upon for clinical decision-making, surveillance and acceptance between regions and countries. At the moment, the EU/EEA COVID-19 case definition only includes cases with RT-PCR confirmation. The EU/EEA case definition will be updated in the near future [30].

ECDC proposes that a positive antigen test in a symptomatic person and/or a person with a clear exposure history and/or X-ray characteristic for COVID-19 should be considered as a laboratory-confirmed case. Rapid antigen test should then also be included when computing testing rates and test positivity rates. Positive confirmatory PCR or recurring rapid antigen test investigations in the same individual should not be included in these counts. If confirmatory RT-PCR remains negative, those results should be reported negative even if the rapid antigen test result would be positive. If a rapid antigen test is used for SARS-CoV-2 detection during the influenza season, parallel testing for influenza viruses as well as subtyping and lineage determination, and testing for other respiratory viruses, should be performed.

The countries applying rapid antigen tests would need to ensure that at the minimum a representative sample of specimens are shipped to national reference laboratories to ensure characterisation of circulating viruses for surveillance purposes.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Conclusions

Rapid antigen tests can contribute to the overall COVID-19 testing capacity offering an advantage in terms of shorter turnaround time and reduced cost, especially in situations where RT-PCR testing capacity is reduced. Together, these benefits of rapid antigen tests can contribute to more efficient interruption of transmission through more timely identification of cases and faster contact tracing. The currently available data show that rapid antigen tests can best be used in settings where the time of symptom onset is known and is up to five days after symptom onset. After that, it becomes increasingly unlikely that rapid antigen tests will perform well.

There are currently several rapid antigen tests on the EU/EEA market, but data on their clinical performance are limited and many of those data are based on a limited number of mainly symptomatic individuals. In addition, many of the reports are still preprints, and the data should therefore be interpreted cautiously.

The validation studies conducted to date show variable performance between tests. ECDC recommends Member States perform independent validations of the rapid antigen tests against RT-PCR on specimens collected from patients around the onset of disease or within seven days after exposure and to conduct setting-specific validation of tests before deciding on any rapid test to be used. From such validation studies, ECDC suggests the use of tests that have a sensitivity of 90% or above and minimum specificity of 97%.

If testing by rapid antigen test is considered, test performance and prevalence in the target population need to be taken into consideration, as there continues to be a considerable risk of false negative and positive results with rapid antigen tests, depending on the prevalence. This risk needs to be taken into account when considering the use of rapid antigen tests in specific settings. The use of rapid antigen tests also changes the logistical arrangements for testing, including resources and procedures needed for confirmatory testing, thus posing a possible challenge for Member States.

A test that is able to detect the majority of infectious cases whether symptomatic or not, and that is sufficiently rapid to maximise the effectiveness of case isolation and contact tracing, would significantly improve COVID-19 prevention and control strategies. Further clinical validation studies, especially in asymptomatic persons and with different specimen types and comparing head-to-head with quantitative RT-PCR test, need to be conducted urgently.

Contributing ECDC experts (in alphabetical order)

Eeva Broberg, Bruno Ciancio, Csaba Ködmön, Annette Kraus, Katrin Leitmeyer, Angeliki Melidou, Daniel Palm, Senia Rosales-Klintz and Gianfranco Spiteri.

Disclaimer

All data published in this document are correct to the best of our knowledge at the time of publication.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

References

1. European Commission (EC). Commission Recommendation of 28.10.2020 on COVID-19 testing strategies, including the use of rapid antigen tests. 2020. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/covid19_testingstrategies_recommendation_en.pdf?utm_source=POLITICO.EU&utm_campaign=69a23e6b64-EMAIL_CAMPAIGN_2020_10_28_01_50&utm_medium=email&utm_term=0_10959edeb5-69a23e6b64-190636236&utm_source=POLITICO.EU&utm_campaign=08df23d4e5-EMAIL_CAMPAIGN_2020_10_28_02_29&utm_medium=email&utm_term=0_10959edeb5-08df23d4e5-190588983
2. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 testing strategies and objectives.15 September 2020. . Stockholm: ECDC; 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-testing-strategies-and-objectives
3. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidance for discharge and ending isolation in the context of widespread community transmission of COVID-19, 8 April 2020. Stokcholm: ECDC; 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidance-discharge-and-ending-isolation
4. Rijskinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Advies antigeen(snel)testen: Government of the Netherlands; 2020 [cited 8 November 2020]. Available from: https://www.rijksoverheid.nl/onderwerpen/coronavirus-covid-19/documenten/rapporten/2020/10/14/advies-antigeensneltesten
5. Ministry of Health Labour and Welfare (MHLW). Clinical Management of Patients with COVID-19. Tokyo: Ministry of Health Labour and Welfare; 2020 [cited 8 November 2020]. Available from: https://www.mhlw.go.jp/content/000646531.pdf
6. Haute Autorité de santé (HAS). Revue rapide sur les tests de détection antigénique du virus SARS-CoV-2: HAS; 2020 [cited 8 November 2020]. Available from: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3213483/fr/revue-rapide-sur-les-tests-de-detection-antigenique-du-virus-sars-cov-2
7. Bundesministerium für Soziales Gesundheit Pflege und Konsumentenschutz (BMSGPK). Österreichische Teststrategie SARS-CoV-2. Wien: Bundesministerium für Soziales, Gesundheit, Pflege und Konsumentenschutz; 2020 [cited 8 November 2020]. Available from: https://www.sozialministerium.at/Informationen-zum-Coronavirus/Neuartiges-Coronavirus-(2019-nCov).html
8. Robert Koch Institut (RKI). Nationale Teststrategie SARS-CoV-2. Berlin: RKI; 2020. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Teststrategie/Nat-Teststrat.html
9. Robert Koch Institut (RKI). Hinweise zur Testung von Patienten auf Infektion mit dem neuartigen Coronavirus SARS-CoV-2. Berlin: RKI; 2020. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Vorl_Testung_nCoV.html
10. Servicio Nacional de Saude (SNS). Estratégia Nacional de Testes para SARS-CoV-2. Lisboa: Governo da República Portuguesa – Ministério da Saúde; 2020 [cited 9 November 2020]. Available from: http://www.insa.min-saude.pt/covid-19-estrategia-nacional-de-testes-para-sars-cov-2
11. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19) Pandemic – Emergency Use Listing Procedure (EUL) open for in vitro diagnostics. Geneva: WHO; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.who.int/diagnostics_laboratory/EUL/en
12. Government of Canada. Interim guidance on the use of rapid antigen detection tests for the identification of SARS-CoV-2 infection. Government of Canada; 2020 [cited 10 November 2020]. Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/services/diseases/2019-novel-coronavirus-infection/guidance-documents/use-rapid-antigen-detection-tests.html
13. US Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Interim Guidance for Rapid Antigen Testing for SARS-CoV-2. Atlanta: CDC; 2020 [updated 4 September 2020; cited 9 November 2020]. Available from: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/lab/resources/antigen-tests-guidelines.html
14. Van Walle I, Leitmeyer K, Broberg EK. Meta-analysis of the clinical performance of commercial SARS-CoV-2 nucleic acid, antigen and antibody tests up to 22 August 2020. medRxiv. 2020.09.16.20195917.
15. World Health Organization (WHO). Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays. Interim guidance.11 September 2020. Geneva: WHO; 2020 [cited 22 October 2020]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays
16. European Commission (EC). Commission Recommendation of 18.11.2020 on the use of rapid antigen tests for the diagnosis of SARS-CoV-2 infection. 2020. Available from: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/preparedness_response/docs/sarscov2_rapidantigentests_recommendation_en.pdf
17. Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND). FIND Evaluation of SD Biosensor, Inc. STANDARD™ F COVID-19 Ag FIA. External Report Version 1.0, 16 October 2020. Geneva: FIND; 2020 [cited 26 October

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

2020]. Available from: https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2020/10/SDF_Ag-INTERIM-Public-Report_20201016-v1.pdf

18. World Health Organization (WHO). WHO Emergency Use Listing for In vitro diagnostics (IVDs) Detecting SARS-CoV-2. Geneva: WHO; 2020 [updated 2 October 2020; cited 8 November 2020]. Available from: https://www.who.int/diagnostics_laboratory/201002_eul_sars_cov2_product_list.pdf?ua=1
19. US Food and Drug Administration (FDA). In Vitro Diagnostics EUAs. Silver Spring: FDA; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.fda.gov/medical-devices/coronavirus-disease-2019-covid-19-emergency-use-authorizations-medical-devices/vitro-diagnostics-euas#individual-antigen
20. World Health Organization (WHO). Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays. Geneva: WHO; 2020 [updated 11 September 2020; cited 8 November 2020]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays
21. World Health Organization (WHO). COVID-19 Target product profiles for priority diagnostics to support response to the COVID-19 pandemic v.1.0. Geneva: WHO; 2020 [cited 16 November 2020]. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-target-product-profiles-for-priority-diagnostics-to-support-response-to-the-covid-19-pandemic-v.0.1
22. European Commission (EC). Current performance of COVID-19 test methods and devices and proposed performance criteria - Working document of Commission services. 2020 [cited 10 November 2020]. Available from: https://ec.europa.eu/docsroom/documents/40805
23. Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND). Comparative evaluation of lateral flow assay tests that directly detect antigens of SARS-CoV-2. Geneva: FIND; 2020 [cited 10 November 2020]. Available from: https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2020/04/20200421-COVID-Ag-RDT-Evaluation-Synopsis.pdf.
24. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) and World Health Organization Regional Office for Europe. Operational considerations for influenza surveillance in the WHO European Region during COVID-19: interim guidance. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2020 [cited 13 November 2020]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-considerations-influenza-surveillance-european-region-during-covid-19
25. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance of COVID-19 at longterm care facilities in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2020 [cited 16 November 2020]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/surveillance-COVID-19-long-term-care-facilities-EU-EEA
26. Arons MM, Hatfield KM, Reddy SC, Kimball A, James A, Jacobs JR, et al. Presymptomatic SARS-CoV-2 infections and transmission in a skilled nursing facility. New England Journal of Medicine. 2020;382(22):2081-90.
27. La Scola B, Le Bideau M, Andreani J, Hoang VT, Grimaldier C, Colson P, et al. Viral RNA load as determined by cell culture as a management tool for discharge of SARS-CoV-2 patients from infectious disease wards. European journal of clinical microbiology & infectious diseases : official publication of the European Society of Clinical Microbiology. 2020;39(6):1059-61.
28. Health Information and Quality Authority (HIQA). Rapid health technology assessment (HTA) of alternatives to laboratorybased real-time RT-PCR to diagnose current infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2). Dublin: HIQA; 2020 [cited 10 November 2020]. Available from: https://www.hiqa.ie/reports-and-publications/health-technology-assessment/rapid-hta-alternative-tests-detect-current
29. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Strategy for the external quality assessment of public health microbiology laboratories. Stockholm: ECDC; 2020 [cited 11 November 2020]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/strategy-external-quality-assessment-public-health-microbiology-laboratories
30. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Case definition for coronavirus disease 2019 (COVID-19), as of 29 May 2020. Stockholm: ECDC; 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition
31. BD. BD Veritor™ Plus System for rapid COVID-19 (SARS-CoV-2) testing. BD; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.bd.com/en-us/offerings/capabilities/microbiology-solutions/point-of-care-testing/bd-veritor-plus-system-for-rapid-covid-19-sars-cov-2-testing
32. Young S, Taylor SN, Cammarata CL, Varnado KG, Roger-Dalbert C, Montano A, et al. Clinical evaluation of BD Veritor SARS-CoV-2 point-of-care test performance compared to PCR-based testing and versus the Sofia 2 SARS Antigen point-of-care test. Journal of clinical microbiology. 2020.
33. Van der Moeren N, Zwart V, Lodder E, Van den Bijllaardt W, Van Esch H, Stohr J, et al. Performance evaluation of a SARS-COV-2 rapid antigen test: test performance in the community in the Netherlands. medRxiv. 2020:2020.10.19.20215202.
34. RapiGen. BIOCREDIT COVID-19 Ag. RapiGen; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.biovendor.com/file/13419/1-2%20IFU_Covid-19_Ag_Antigen_Multi%20Language%20SEP2020Watermarked.pdf?version=202009300841
35. Weitzel T, Legarraga P, Iruretagoyena M, Pizarro G, Vollrath V, Araos R, et al. Head-to-head comparison of four antigen-based rapid detection tests for the diagnosis of SARS-CoV-2 in respiratory samples. bioRxiv. 2020:2020.05.27.119255.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

36. Mak GC, Cheng PK, Lau SS, Wong KK, Lau CS, Lam ET, et al. Evaluation of rapid antigen test for detection of SARS-CoV-2 virus. J Clin Virol. 2020;129:104500-.
37. Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND). FIND Evaluation of RapiGEN Inc. BIOCREDIT COVID-19 Ag. External Report Version 1.0, 16 October 2020. Geneva: FIND; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2020/10/Rapigen_Ag-INTERIM-Public-Report_20201016-v1.pdf
38. Shenzhen Bioeasy Biotechnology. BIOEASY Novel coronavirus (2019-nCoV) test kits. Shenzhen, Guangdong Province, China: Shenzhen Bioeasy Biotechnology; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: http://en.bioeasy.com/?page_id=1002
39. Krüger LJ, Gaeddert M, Köppel L, Brümmer LE, Gottschalk C, Miranda IB, et al. Evaluation of the accuracy, ease of use and limit of detection of novel, rapid, antigen-detecting point-of-care diagnostics for SARS-CoV-2. medRxiv. 2020:2020.10.01.20203836.
40. Porte L, Legarraga P, Vollrath V, Aguilera X, Munita JM, Araos R, et al. Evaluation of a novel antigen-based rapid detection test for the diagnosis of SARS-CoV-2 in respiratory samples. Int J Infect Dis. 2020;99:328-33.
41. CORIS Bioconcept. COVID-19 Ag Respi-Strip. CorisBioconcept SPRL; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.corisbio.com/Products/Human-Field/Covid-19.php#
42. Mertens P, De Vos N, Martiny D, Jassoy C, Mirazimi A, Cuypers L, et al. Development and Potential Usefulness of the COVID-19 Ag Respi-Strip Diagnostic Assay in a Pandemic Context. Frontiers in medicine. 2020;7:225.
43. Lambert-Niclot S, Cuffel A, Le Pape S, Vauloup-Fellous C, Morand-Joubert L, Roque-Afonso A-M, et al. Evaluation of a Rapid Diagnostic Assay for Detection of SARS-CoV-2 Antigen in Nasopharyngeal Swabs. Journal of clinical microbiology. 2020;58(8):e00977-20.
44. Blairon L, Wilmet A, Beukinga I, Tré-Hardy M. Implementation of rapid SARS-CoV-2 antigenic testing in a laboratory without access to molecular methods: Experiences of a general hospital. Journal of Clinical Virology. 2020;129:104472.
45. Veyrenche N, Bollore K, Pisoni A, Bedin A-S, Mondain A-M, Ducos J, et al. Diagnosis value of SARS-CoV-2 antigen/antibody combined testing using rapid diagnostic tests at hospital admission. medRxiv. 2020:2020.09.19.20197855.
46. Scohy A, Anantharajah A, Bodéus M, Kabamba-Mukadi B, Verroken A, Rodriguez-Villalobos H. Low performance of rapid antigen detection test as frontline testing for COVID-19 diagnosis. Journal of Clinical Virology. 2020;129:104455.
47. Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND). FIND Evaluation of Coris BioConcept COVID-19 Ag Respi-Strip. External Report Version 1.0, 18 September 2020. Geneva: FIND; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.finddx.org/wp-content/uploads/2020/09/Coris-RespiStrip-Ag_Public-Report_20200918.pdf
48. Fujirebio. Lumipulse® G SARS-CoV-2 Ag. Fujirebio; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.fujirebio.com/en/products-solutions/lumipulse-g-sars-cov2-ag
49. Hirotsu Y, Maejima M, Shibusawa M, Nagakubo Y, Hosaka K, Amemiya K, et al. Comparison of automated SARS-CoV-2 antigen test for COVID-19 infection with quantitative RT-PCR using 313 nasopharyngeal swabs including from 7 serially followed patients. Int J Infect Dis. 2020.
50. Abbott. PANBIO™ COVID-19 Ag rapid test device. Abbott; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.globalpointofcare.abbott/en/product-details/panbio-covid-19-ag-antigen-test.html
51. Albert E, Torres I, Bueno F, Huntley D, Moya E, Fernandez-Funtes MA, et al. Field evaluation of a rapid antigen test (Panbio COVID-19 Ag Rapid Test Device) for the diagnosis of COVID-19 in primary healthcare centers. medRxiv. 2020:2020.10.16.20213850.
52. Gremmels H, Winkel BMF, Schuurman R, Rosingh A, Rigter NAM, Rodriguez O, et al. Real-life validation of the Panbio COVID-19 Antigen Rapid Test (Abbott) in community-dwelling subjects with symptoms of potential SARS-CoV-2 infection. medRxiv. 2020:2020.10.16.20214189.
53. Linares M, Pérez Tanoira R, Romanyk J, Pérez García F, Gómez-Herruz P, Arroyo T, et al. Panbio antigen rapid test is reliable to diagnose SARS-CoV-2 infection in the first 7 days after the onset of symptoms. medRxiv. 2020:2020.09.20.20198192.
54. SD BIOSENSOR. SD BIOSENSOR. SD BIOSENSOR; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: http://www.sdbiosensor.com/xe
55. ROCHE. Roche to launch SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test in countries accepting CE mark, allowing fast triage decisions at point of care. Basel: F. Hoffmann-La Roche Ltd; 2020 [cited 26 October 2020]. Available from: https://www.roche.com/media/releases/med-cor-2020-09-01b.htm
56. Cerutti F, Burdino E, Milia MG, Allice T, Gregori G, Bruzzone B, et al. Urgent need of rapid tests for SARS CoV-2 antigen detection: Evaluation of the SD-Biosensor antigen test for SARS-CoV-2. J Clin Virol. 2020;132:104654.
57. Liotti FM, Menchinelli G, Lalle E, Palucci I, Marchetti S, Colavita F, et al. Performance of a novel diagnostic assay for rapid SARS-CoV-2 antigen detection in nasopharynx samples. Clin Microbiol Infect. 2020:S1198-743X(20)30583-8.
58. Quidel Corporation. Sofia SARS Antigen FIA. Quidel Corporation; 2020. Available from: https://www.quidel.com/immunoassays/rapid-sars-tests/sofia-sars-antigen-fia

Annex 1. Overview of available clinical validation results by antigen test by 06 November 2020

Antigen test	Manufacturer	Type of interpretation	Authorization/ certification	Country tested	Type of specimen	Population	Stratified analysis	Sensitivity %[a] (95%CI)	Specificity % (95%CI)	Ref
BD Veritor™ System for Rapid Detection of SARS-CoV-2	Becton, Dickinson and Company, BD Life Sciences—Integrated Diagnostics Solutions, Sparks, MD, USA [31]	NR	CE-IVD Brazil ANVISA FDA-USA	United States	Nasopharyngeal or oropharyngeal swabs	Symptomatic (n= 251)	 By symptoms onset 1 dpo 2 dpo 3 dpo 4 dpo 5 dpo 6 dpo ≤ 7 dpo	76.3 (60.8-87.0) 87.5 (52.9 – 97.8) 85.0 (64.0 – 94.8) 81.8 (61.5 – 92.7) 85.2 (67.5 – 94.1) 83.9 (67.4 – 92.9) 82.4 (66.5 – 91.7) 76.3 (60.8 – 87.0)	99.5 (97.7-99.9) 100 (88.6 – 100) 100 (95.1 – 100) 100 (97.1 – 100) 100 (97.7 – 100) 100 (98.1 – 100) 99.5 (97.4 – 99.9) 99.5 (97.4 – 99.9)	[32]
				The Netherlands	Nasal swabs	Symptomatic adults (n=352)	 By symptoms onset < 7 dpo ≥ 7 dpo By symptoms onset and Ct values < 7 dpo, Ct < 20 < 7 dpo, Ct 20-25 < 7 dpo, Ct 25- 30 < 7 dpo, Ct ≥ 30 < 7 dpo, Ct < 30 ≥ 7 dpo, Ct < 20 ≥ 7 dpo, Ct 20-25 ≥ 7 dpo, Ct 25- 30	80.7 (73.2-86.9) **91.0** (82.4-96.3) 67.2 (53.7 - 79.0) **100** (85.2-100) **100** (89.7- 100) **92.3** (64.0 – 99.8) 25.0 (3.2 – 65.1) **98.6** (92.3 -100) **100** (29.2 -100) 81.3 (54.4- 96.0) 87.0 (66.4- 97.2) 18.8 (4.1 – 45.7) 85.7 (71.5 – 94.6)	100(98.9-100) NR NR NR NR NR NR NR NR NR NR NR NR	[33]

Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK. 19 November 2020. ECDC: Stockholm; 2020.

© European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2020

							≥ 7 dpo, Ct ≥ 30 < 7 dpo, Ct < 30			
RapiGen Biocredit COVID-19 Ag One 90 Step SARS-CoV-2	RapiGEN Inc., Anyang-si, Gyeonggi-do, Republic of Korea [34]	Visual	CE-IVD Brazil Philippines	Chile	Nasopharyngeal or oropharyngeal swabs	Symptomatic (n=111)	By Ct values Ct < 25 Ct > 25	62.0 (51.0-71.9) 84.9 (72 - 92) 15.4 (6 - 34)	100 (88.7-100) NR NR	[35]
				Hong Kong	Respiratory samples	NR (n= 336) NPA-TS (n=81) NPS-TS (n=103) Sputum(n= 62) Saliva(n= 122)	By type of samples NPA-TS NPS-TS Sputum Saliva By type of samples and Ct values [b] NPA-TS, Ct < 18.57 NPS-TS, Ct < 18.57 Sputum, Ct < 18.57 Saliva, Ct < 18.57 NPA-TS, Ct >18.57 NPS-TS, Ct > 18.57 Sputum, Ct > 18.57 Saliva, Ct > 18.57	 34.3 (NR) 45.7 (NR) 11.1 (NR) 40.0 (NR) 81.8 (NR) 80.0 (NR) 28.6 (NR) 53.8 (NR) 12.5 (NR) 0 [c] 7.9 (NR) 21.1 (NR)	 NR NR NR NR NR NR NR NR NR NR NR NR	[36]
				Brazil	Nasopharyngeal swabs	Symptomatic (n=476)	By symptoms onset	74.4 (65.8-81.4) 77.6 (68.3-84.7)	98.9 (97.2-99.6) NR	[37]

							≤ 7 dpo By Ct values Ct < 25 Ct < 33	 **90.9** (80.5-96.1) 82.5 (73.7-88.8)	 NR NR	
Bioeasy 2019-nCoV Ag Fluorescence Rapid Test Kit	Shenzhen Bioeasy Biotechnology Co. Lt. Guangdong Province, China [38]	Reader	CE-IVD	Germany and the UK	Nasopharyngeal or oropharyngeal swabs	Symptomatic (n=727)	 By Ct values Ct < 25 Ct ≥ 25	66.7 (41.7-84.8) 88.9 (56.5 -99.4) 33.3 (9.7-70.0)	93.1 (91.0-94.8) NR NR	[39]
				Chile	Nasopharyngeal or oropharyngeal swabs	Symptomatic (n=127)	 By symptoms onset 0-7 dpo 8-12 dpo By Ct values [d] Ct < 25.1 Ct ≥ 25.1	**93.9** (86.5-97.4) **94.7** (87.2 -97.9) 80.0 (37.6 – 96.4) **100** (89.8-100) 49.1 – 87.5	100 (92.1-100) 100 (NR) 100 (NR) NR NR	[40]
				Chile	Nasopharyngeal or oropharyngeal swabs	Symptomatic (n=111)	 By Ct values Ct < 25 Ct > 25	85.0 (75.6-91.2) **100** (94 -100) 54 (35 - 71)	100 (89.0-100) NR NR	[35]
Coris COVID-19 Ag Respi-Strip	Coris Bioconcept, Gembloux, Belgium [41]	Visual	CE-IVD	Belgium	Nasopharyngeal swabs	Symptomatic (n= 328) HCW (n=53)	 By Ct values Ct < 25 By sub-population and Ct values HCW, Ct < 25	57.6 (NR) 73.9 (NR) **92.9** (NR)	99.5 (NR) NR NR	[42]
				France	Nasopharyngeal swabs	NR (n= 138)	 By Ct values Ct < 25	50.0 (39.5-60.5) 82.2 (NR)	100 (91.8-100) NR	[43]
				Belgium	Nasopharyngeal swabs	NR (n= 56)		30 (16.7–47.9)	100 (NR)	[44]
				France	Nasopharyngeal swabs	Symptomatic (n=45)	 By Ct values Ct ≤ 25 Ct 25-34 Ct ≥ 35 By symptoms onset	29.0 (15.7-42.3) 87 (70-100) 0 0 41.0 (20.4 – 61.6)	100 (NR) 100 (NR) 100 (NR) 100 (NR) 100 (NR)	[45]

							≤ 7 dpo 7- 14 dpo > 14 dpo	29.0 (5.2 – 52.8) 0	100 (NR) 100 (NR)	
				Belgium	Nasopharyngeal swabs	NR (n=148)	By Ct values Ct < 25 Ct < 30 Ct < 35	30.2 (21.7-39.9) **100** (NR) 70.6 (NR) 46.9 (NR)	100 (NR) NR NR NR	[46]
				Germany and the UK	Nasopharyngeal or combined nasopharyngeal and oropharyngeal swabs	Symptomatic (n=425)	By symptoms onset <7 dpo	50 (21.5-78.5) 42.9 (15.8-75.0)	95.8 (93.4-97.4) NR NR NR	[47]
LUMIPULSE SARS-CoV-2 Ag kit	Fujirebio, Japan [48]	NR	CE--IVD	Japan	Nasopharyngeal swabs	NR (n= 313)	By viral load > 100 copies 10-100 copies 1 – 10 copies < 1 copy	55.2 (41.5-68.2) 100 (NR) 60 (NR) 33 (NR) 26 (NR)	99.6 (97.8-99.9) NR NR NR NR	[49]
Abbott Panbio™ COVID-19 Ag Rapid Test	Abbott Rapid Diagnostics, Chicago, US [50]	Visual	CE-IVD WHO EUL	Spain	Nasopharyngeal swabs	Symptomatic (n= 412) Adults (n= 387) Children (n=85)	By sub-population Adults Children By symptoms onset < 5 dpo By Ct values Ct < 25	79.6 (67.0-88.8) 82.6 (69.3 -90.9) 62.5 (30.6-86.3) 80.4 (66.8-89.3) **100** (NR)	100 (98.7-100) NR NR NR NR	[51]
				The Netherlands	Nasopharyngeal swabs	Symptomatic (n= 1367)	By Ct value Ct < 32	72.6 (64.5-79.9) **95.2** (89.3-98.5)	100 (99.7-100) NR	[52]
				Aruba	Nasopharyngeal swabs	Symptomatic (n= 208)	By Ct value Ct < 32	81.0 (69.0 -89.8) **98.0** (89.2–99.95)	100 (97.5-100) NR	[52]

				Chile	Nasopharyngeal swabs	Symptomatic (n= 185) Asymptomatic (n= 55) Total (n= 240)	By symptoms onset < 7 dpo By Ct values Ct<25 Ct<30 Ct<35	73.3 (62.2-83.8) 86.5 (75.0 – 97.0) 100 (NR) 87.5 (NR) 25 (NR)	100 (NR) NR NR NR NR	[53]
SD Biosensor Standard F COVID-19 Ag FIA	SD Biosensor, Inc. Gyeonggi-doo, Korea F. Hoffmann-La Roche LTD, Basel, Switzerland	Reader	CE-IVD	Brazil	Nasopharyngeal swabs	Symptomatic (n= 421) Asymptomatic (n=29) Total (n= 453)	By symptoms onset ≤ 7 dpo By Ct value Ct ≤ 25 Ct ≤ 33	77.5 (69.2-84.1) 80.2% (71.1, 86.7) 87.9% (77.9, 93.7) 80.9% (72.6, 87.2)	80.2 (71.1-86.7) NR NR NR	[17]
SD Biosensor Standard Q COVID-19 Ag Test	SD Biosensor, Inc. Gyeonggi-doo, Korea [54] F. Hoffmann-La Roche LTD, Basel, Switzerland [55]	Visual With F2400 device	CE-IVD Brazil WHO FDA USA - EUA	Germany and the UK	Nasopharyngeal or oropharyngeal swabs	Symptomatic (n=2417)	By type of specimen NPS OPS NPS/OPS (Berlin) NPS/ OPS (Liverpool) By symptoms onset 0-7 dpo 8- 14 dpo >14 dpo By disease severity Category 1 [f] Category 2 [g] Category 3 [h] By Ct values Ct < 25 Ct ≥ 25	76.6 (62.8-86.4) 57.1(25.0-84.1) NA[e] 79.5 (64.5 -89.2) NA 80.0 (64.1 -90.0) **100** (51.0- 100) NA 58.8 (36.0 -78.4) 85.7 (65.4 -95.0) **100** (51.0-100) **100** (82.4 -100) 62.1 (44.0 -77.3)	99.3 (98.6-99.6) 97.9 (95.6 -99.1) 100 (90.1 -100) 99.7 (99.0-99.9) 100 (83.2 -100) 99.2 (98.4 -99.6) 100 (93.0 – 100) 100 (74.1 -100) 99.2 (97.9 -99.7) 99.2 (98.2 – 99.7) 100 (84.5 – 100) NR NR	[39]
				Italy	Nasopharyngeal swabs	Symptomatic (n= 185) Travellers (n= 145) Total	By Ct value Ct < 28 Ct < 28-30 Ct < 31-34	70.6 (NR) **100** (NR) 38.5 (NR) 26.7 (NR)	100 (NR) NR NR NR	[56]

						(n= 330)	Ct > 34	9.1 (NR)	NR	
				Italy	Nasopharyngeal swabs	NR (n= 359)		47.1 (37.1-57.1)	98.4 (96.0-99.6)	[57]
				The Netherlands	Nasopharyngeal swabs	Mild symptomatic (n=521)	By Ct value Ct < 20 Ct < 25 Ct < 30	87.14 (77-93.95) **100** (NR) **95** (NR) 67 (NR)	100 (99.2- 100) NR NR NR	Pc[7]
				The Netherlands	Nasopharyngeal swabs	Mild symptomatic (n=798)	By Ct value Ct <30	83.6 (NR) **93.7** (NR)	99.5 NR	Pc[8]
				The Netherlands	Nasopharyngeal swabs	Total (n= 977) Symptomatic 92%	By symptoms onset and Ct values ≤3 dpo, Overall ≤3 dpo; Ct < 25 ≤3 dpo; Ct<30 ≤7 dpo; Overall; ≤7 dpo; Ct < 25; ≤7 dpo; Ct<30)	84.0 (78.1-88.6) **99.3** (84.1-97.4) **100** (92.1-100) **96.5** (88.1-99.0) 89.9 (83.5-94.0) **98.8** (93.7-99.9) **95.0** (89.4-97.7)	99.5 (98.7-99.8) 96.6 (97.9-100) NR NR 96.6 (95.9-98.6)	Pc[9]

[7] Chantal Reusken PhD, RIVM, the Netherlands (email communication, November 2020)
[8] Chantal Reusken PhD, RIVM, the Netherlands (email communication, November 2020)
[9] Clinical evaluation of the Roche/SD Biosensor rapid antigen test with symptomatic, non-hospitalized patients in a municipal health service drive-through testing site. Zsófia Igl̀oi, Jans Velzing, Janko van Beek, David van de Vijver, Georgina Aron, Roel Ensing, Kimberley Benschop, Wanda Han, Timo Boelsums, Marion Koopmans, Corine Geurtsvankessel, Richard Molenkamp. (Manuscript in preparation)

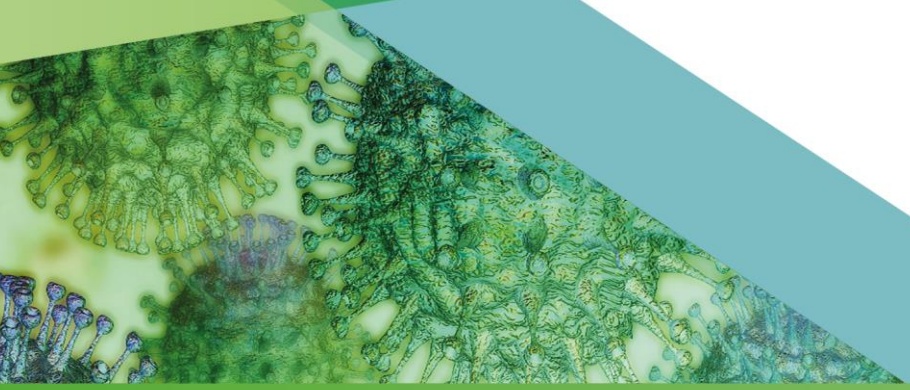
				The Netherlands	Nasopharyngeal swabs	Mild symptomatic (n=628)	By Ct values: Ct < 20 Ct < 25 Ct < 30	78.0 (69.4-85.1) **92.7** (NR) **90.3** (NR) 84.4 (NR)	99.6 (98.6-99.9)	Pc[10]
Quidel, SARS Ag Test with Sofia 2 device	Quidel Corporation, San Diego, US [58]	NR		The Netherlands	Nasopharyngeal swabs	Mild symptomatic (n=733)	By Ct values: Ct < 20 Ct < 25 Ct < 30	84.0 (77-89.6) **91.8** (NR) **93.5** (NR) 79.2 (NR)	99.0 (99.1-100)	Pc[10]

Pc: personal communication
CE-IVD = CE Marking according to the Requirements of European Directive 98/79/EC of the European Parliament and of the Council of 27 October 1998 on in vitro diagnostic medical devices (IVDD) or its successor Directive; Ct= cycle threshold; Brazil ANVISA= Brazil National Health Surveillance Agency; dpo= days post symptoms onset; FDA = United States Federal Drug Agency; NA = not applicable; NPA-TS= Nasopharyngeal aspirate and throat swab; NPS= Nasopharyngeal swab; NPS-TS= Nasopharyngeal swab and throat swab; NR= not reported, OPS= oropharyngeal swab;
[a] Results >90% sensitivity are presented in bold.
[b] The Ct threshold was defined by the limit of detection between the antigen test, viral culture and RT-PCR calculated in this study.
[c] None of the positive samples tested were detected by the antigen test.
[d] Ct values was defined by using the upper limit of the interquartile range of the Ct values of all samples tested.
[e] No positive PCR results in this category.
[f] Category 1: normal activity possible
[g] Category 2: light restrictions and able to walk
[h] Category 3: limited self-sufficiency and completely need of care

[10] Chantal Reusken PhD, RIVM, the Netherlands (email communication, November 2020)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023



RAPID RISK ASSESSMENT

Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA

29 December 2020

Summary

Viruses constantly change through mutation, and so the emergence of new variants is an expected occurrence and not in itself a cause for concern; SARS-CoV-2 is no exception. A diversification of SARS-CoV-2 due to evolution and adaptation processes has been observed globally.

While most emerging mutations will not have a significant impact on the spread of the virus, some mutations or combinations of mutations may provide the virus with a selective advantage, such as increased transmissibility or the ability to evade the host immune response. In such cases, these variants could increase the risk to human health and are considered to be variants of concern.

New variants of current concern

The United Kingdom (UK) has faced a rapid increase in COVID-19 case rates in the South-East, the East and the London area, which is associated with the emergence of a new SARS-CoV-2 variant, VOC 202012/01. As of 26 December 2020, more than 3 000 cases of this new variant, confirmed by genome sequencing, have been reported from the UK. An increasing proportion of cases in the South East, the East and the London area are due to this variant, but cases have also been identified in other parts of the UK. Although it was first reported in early December, the initial cases were retrospectively identified as having emerged in late September. Preliminary analyses indicate that the new variant has increased transmissibility compared to previously circulating variants, but no increase in infection severity has so far been identified. Since 26 December, a few VOC 202012/01 cases have also been reported in other EU/EEA countries (Belgium, Denmark, Finland, France, Germany, Iceland, Ireland, Italy, the Netherlands, Norway, Portugal, Spain and Sweden) and globally (Australia, Canada, Hong Kong SAR, India, Israel, Japan, Jordan, Lebanon, South Korea, Switzerland, Singapore).

In addition to VOC 202012/01, South Africa has reported another SARS-CoV-2 variant, designated as 501.V2, which is also of potential concern. This variant was first observed in samples from October, and since then more than 300 cases with the 501.V2 variant have been confirmed by whole genome sequencing (WGS) in South Africa, where it is now the dominant form of the virus. Preliminary results indicate that this variant may have an increased transmissibility. However, like the VOC 202012/01, at this stage there is no evidence that 501.V2 is associated with higher severity of infection. On 22 December 2020, two geographically separate cases of this new variant 501.V2 were detected in the UK. Both are contacts of symptomatic individuals returning from travel to South Africa. On 28 December 2020, one additional case of this new variant was detected in Finland in a returning traveller from South Africa.

Risks associated with new variants of current concern

ECDC assesses that the probability of SARS-CoV-2 VOC 202012/01 and 501.V2 being introduced and further spread in the EU/EEA is currently **high**. Although there is no information that infections with these strains are

Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Risk related to spread of new SARS-CoV-2 variants of concern in the EU/EEA – 29 December 2020. ECDC: Stockholm; 2020.

© European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm, 2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

more severe, due to increased transmissibility the impact of COVID-19 disease in terms of hospitalisations and deaths is assessed as **high**, particularly for those in older age groups or with co-morbidities. The overall risk associated with the introduction and further spread of SARS-CoV-2 VOC 202012/01 and 501.V2 is therefore assessed as **high**.

The probability of increased circulation of any SARS-CoV-2 strains and this placing greater pressure on health systems in the coming weeks is considered to be **high** due to the festive season and, higher still, in countries where the new variants are established. The impact of this increased pressure on health systems is considered to be **high** even if current public health measures are maintained. Therefore, the overall risk of an increased impact on health systems in the coming weeks is assessed as **high**.

Maintaining and strengthening non-pharmaceutical interventions

Member States are recommended to continue to advise their citizens of the need for non-pharmaceutical interventions in accordance with their local epidemiological situation and national policies and, in particular, to consider guidance on the avoidance of non-essential travel and social activities.

Options for delaying the introduction of variants of concern

The options available for delaying the introduction and further spread of a new variant of concern are:

- to perform targeted and representative sequencing of community cases to detect early and monitor the incidence of the variant;
- to increase follow-up and testing of people with an epidemiological link to areas with significantly higher incidence of the variant and to sequence samples from such cases;
- to enhance targeted contact tracing and isolation of suspected and confirmed cases of the variant;
- to alert people coming from areas with significantly higher incidence of the variant to the need to comply with quarantine, as well as getting tested and self-isolating if they develop symptoms;
- to recommend avoiding all non-essential travel, in particular to areas with a significantly higher incidence of the variant.

Although in the short-to-medium term the roll-out of vaccinations will probably contribute to the response, these immediate measures are essential until such time as doses are available in sufficient numbers and have been shown to have a mitigating effect.

Increased detection and characterisation

Member States should continue to monitor for abrupt changes in rates of transmission or disease severity as part of the process of identifying and assessing the impact of variants. Data analysis and assessment of the local, regional and national situation should be performed to identify areas with rapidly changing epidemiology.

National public health authorities should notify cases of the new variant, as well as any other new SARS-CoV-2 variants of potential concern, through the Early Warning and Response System (EWRS) and The European Surveillance System (TESSy) for case-based surveillance and aggregate reporting, which has been adapted for this purpose.

In order to be able to detect introductions of known variants, as well as emergence of new variants of concern, Member States need to perform timely genome sequencing of a significant and representative selection of isolates. The UK has demonstrated that their sequencing programme is able to detect emerging variants. Ideally, Member States should aim for a similar timeliness and fraction of samples sequenced, although this will depend on the availability of resources. If representative sequencing on a similar scale to that carried out by the UK is not feasible, samples could be selected where the involvement of a variant of concern is suspected.

Event background

Viruses constantly change through mutation, making the emergence of new variants an expected occurrence and not in itself a cause for concern; SARS-CoV-2 is no exception. In recent months, a diversification of SARS-CoV-2 due to evolution and adaptation processes has been observed globally.

While most emerging mutations will not provide a selective advantage to the virus, some mutations or combinations of mutations may provide the virus with such an advantage. Examples of this could be greater transmissibility due to an increase in receptor binding or the ability to evade the host immune response by altering the surface structures recognised by antibodies. In such cases, these variants are of concern and could be a risk to human health.

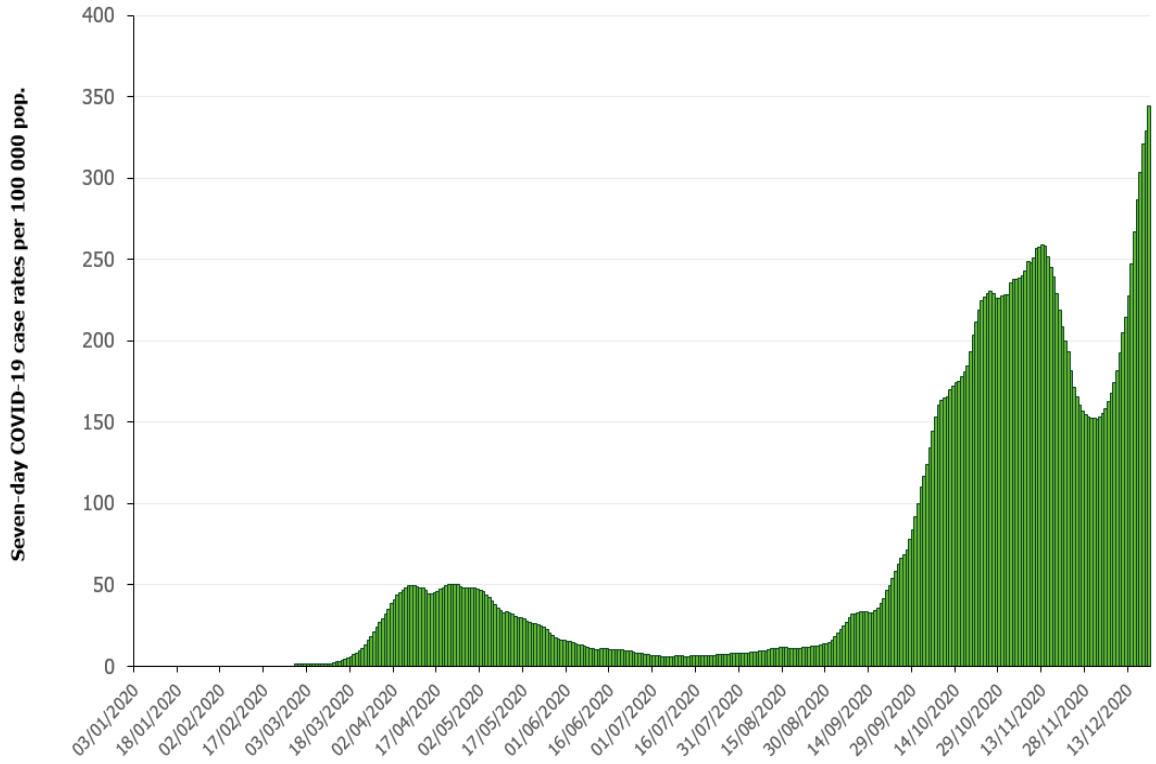
This risk assessment presents the latest available information on the recent emergence of two variants of potential concern, VOC 202012/01 discovered in the United Kingdom (UK) and another variant, 501.V2 identified in South Africa. It also assesses the risk of these variants of concern being introduced and spread in the EU/EEA, as well as the increased impact this would have on health systems in the coming weeks.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Variant of Concern (VOC) 202012/01, United Kingdom

Over the last few weeks, the UK has faced a rapid increase in COVID-19 case rates (Figure 1 and 2 and Figure A1 in the Annex). The seven-day case rate has rapidly increased from 162 cases per 100 000 population in week 49, to 227 during week 50/2020 (39% increase) and 344 during week 51/2020 (51% increase).

Figure 1. Seven-day COVID-19 case rates per 100 000 population in the United Kingdom, by specimen date, as of 25 December 2020



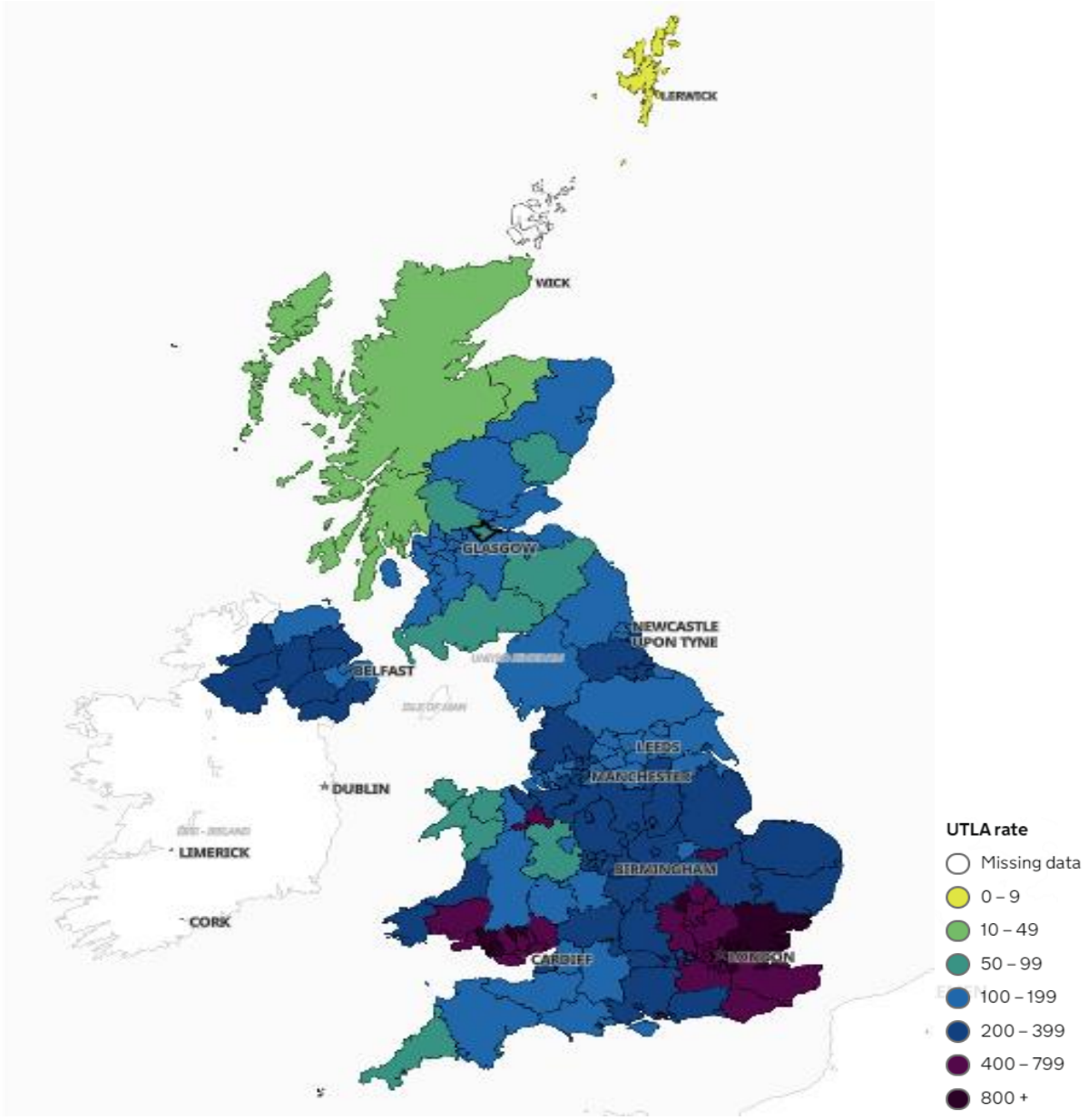
Note: The rate represents individuals with at least one positive COVID-19 test result per 100 000 population in the rolling seven-day period ending on the dates shown. The latest data point available is 25 December 2020.

Source: Data adapted from Public Health England (PHE) data portal [1].

This increase in the weekly rate per 100 000 population is currently more pronounced in three regions: London, the South East and the East of England (see Figure 2 below).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Figure 2. Subnational seven-day rolling rates of new COVID-19 cases per 100 000 population in the UK, as of 21 December 2020



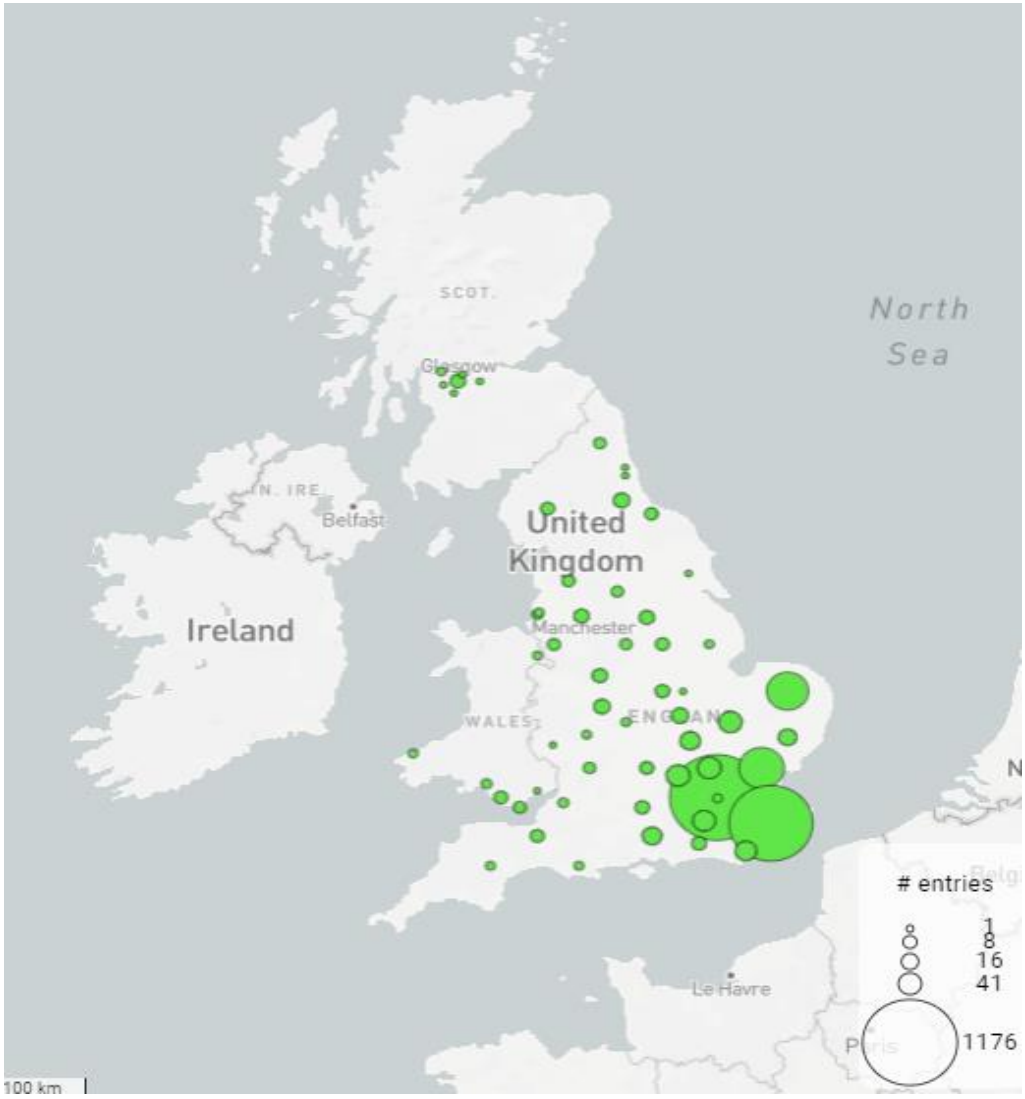
Source: Coronavirus (COVID-19) in the UK [2] accessed on 27 December 2020. UTLA rate is the Upper Tier Local Authorities rate.

Genomic analysis of viral sequence data identified a large proportion of sequenced cases in the South East, the East and the London regions belonging to a new single phylogenetic cluster [3]. The rapid increase in COVID-19 cases overall was temporally associated with the emergence of a new variant in this area in November 2020. This variant is referred to as SARS-CoV-2 VOC 202012/01 (Variant of Concern, year 2020, month 12, variant 01, previously designated VUI, Variant under Investigation). The first instance of VOC 202012/01 was retrospectively identified in a case from 20 September 2020 in the UK [4].

The number of VOC 202012/01 cases confirmed by sequencing has also increased, indicating that it is present in other regions across England, but currently at much lower levels than in the south east of the country, and also that it is present in Wales (Figure 3).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Figure 3. VOC 202012/01 cases confirmed by sequencing, case distribution in the UK, as of 25 December 2020

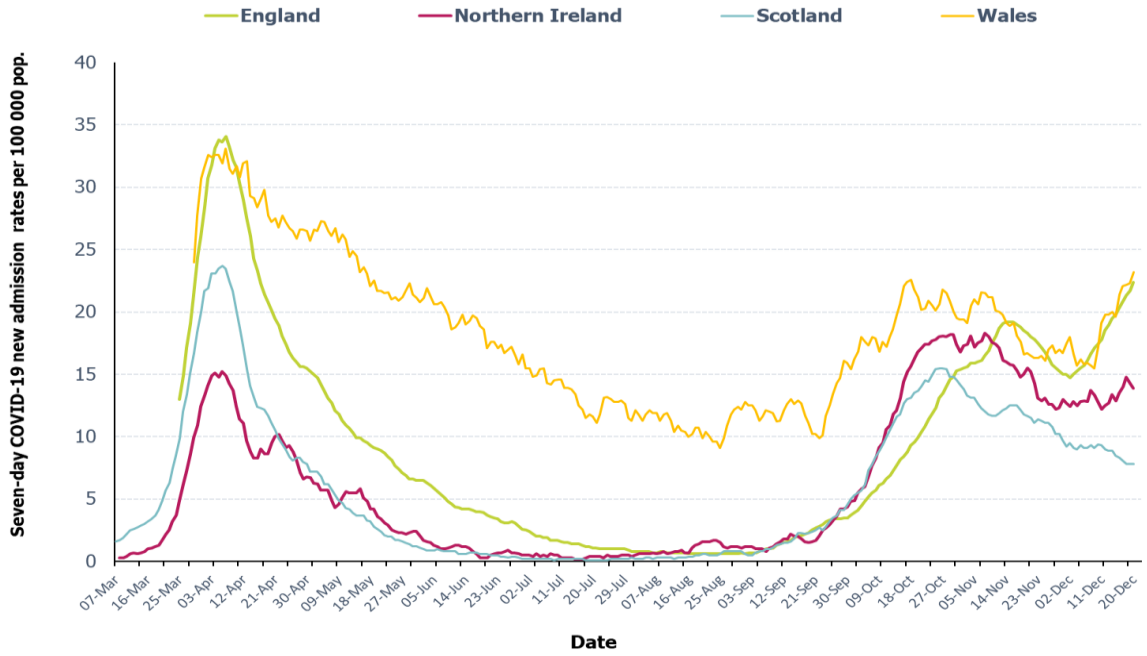


Source: https://beta.microreact.org/project/vVnFfZG7o3qYUJ6bnDs3Jo-cog-uk-2020-12-20-sars-cov-2-in-the-uk [5]

This increase in case incidence within the community is also visible in the new hospital admissions rolling rate in the UK (England and Wales) (Figure 4).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Figure 4. Seven-day COVID-19 new hospital admissions rates per 100 000 population by nation and specimen date, as of 27 December 2020, United Kingdom

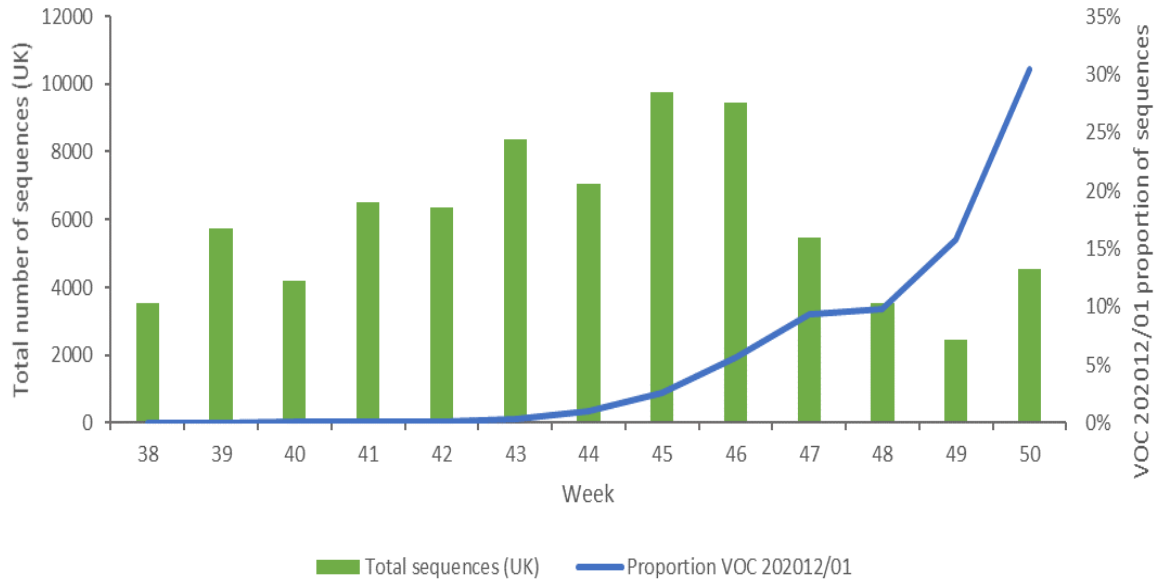


Note: The rate represents COVID-19 patients admitted to hospital per 100 000 population in the rolling seven-day period ending on the dates shown. The latest common data points available are for 20 December 2020. Data adapted from PHE data portal [1].

As of 26 December 2020, the UK reported the daily number of COVID-19 patients admitted to hospital as 2 143 (based on the latest available data, which are for 20 December 2020). This represents an increase of around 200 daily admissions (or 10%) compared to the week before (on 14 December 2020 the number of daily admissions 1 935) [1].

The overall proportion of VOC 202012/01 among all uploaded virus sequences from the UK to the GISAID database has increased substantially, particularly as of week 48/2020 (Figure 5). These sequences are, however, derived from community-based sampling and are not geographically representative or representative of hospitalised cases.

Figure 5. Fraction of UK SARS-CoV-2 sequences classified as VOC 202012/01 per week, and total sequences per week from the UK, published in GISAID EpiCoV up to 27 December 2020



Source: GISAID EpiCov database. Weeks 51 and 52 are omitted due to very few sequences being available for those weeks (252 and 0 respectively).

Case numbers with the variant virus have also been reported from other countries in the EU/EEA and globally (Table 1).

Table 1. Places reporting VOC 202012/01 cases, as of 29 December 2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Places	Number of cases	Epidemiological information	Sources [Ref.]
England	3 316		Official source [4]
Wales	49	• Median 44 years (11–84), majority southern Wales	Personal communication
Scotland	18		Official source [6]
Northern Ireland	1	• Unknown travel history.	Official source [7]
Denmark	46	• 12 cases are contacts of previous cases; • 20 cases are from Northern Jutland, 20 from the Capital region, two from Zealand and four from southern Denmark; • Only two cases have links to one traveller from the UK; • Two cases may have links to travel from Brazil; • Phylogenetic analysis indicates that all nine cases with a sequence published before 25 December 2020 might originate from a single introduction [8].	Official source [9]
Portugal (Madeira)	21	• Travel history to the UK.	Official source [10] and EWRS
Italy	14	• Eleven cases with travel history to the UK; • Three cases with epidemiological link to the UK.	Official source [4,11-15]
Iceland	13	• Twelve cases with travel history to the UK; • One case with travel history to Denmark.	EWRS
The Netherlands	11	• Ten cases with no travel history to the UK; • One case with travel history to the UK.	Official source [4,16]
Spain	9	• Six cases with travel history to the UK; • Three close contacts of a returning traveller from the UK.	Official source [17,18]
Japan	8	• Seven cases with travel history to the UK; • One close contact of a case; • Four cases were asymptomatic.	Official source [19-21]
Ireland	7		EWRS
India	6	• Travel history to the UK.	Official source [22]
Israel	5	• Four cases with travel history to the UK; • One case with no travel history.	Official source [23,24]
Belgium	4	• Unknown travel history.	Media [25]
Australia	4	• Travel history to the UK; • Two in New South Wales and two in Victoria.	Official source [26]
Canada	4	• Two cases with unknown travel history; • Two cases with no known travel history to the UK.	Official source [27,28]
South Korea	3	• Travel history to the UK.	Official source [29]
Finland	2	• Travel history to the UK.	Official source [30]
Norway	2	• Travel history to the UK.	Official source [31]
Hong Kong SAR	2	• Travel history to the UK.	Official source [32]
Switzerland	2	• Travel history to the UK.	Official source [33]
Jordan	2	• Travel history to the UK.	Official source [34]
Germany	2	• Travel history to the UK; • Three asymptomatic close contacts under investigation.	Official source [35-37]
France	1	• Travel history to the UK.	Official source [38]
Sweden	1	• Travel history to the UK.	Official source [39]
Singapore	1	• Travel history to the UK.	Media [40]
Lebanon	1	• Travel history to the UK.	Official source [41]

EWRS, Early Warning and Response System

On 19 December 2020, in response to the increase in this variant, the nations of the UK announced stricter measures to be applied from 20 December 2020 and over the coming weeks, with affected areas in England going into a 'Tier 4' lockdown: 'Stay-at-home' level with movement restrictions within and between more and less heavily affected areas [42,43]. These measures include recommendations for residents of the most affected areas to restrict movements and travel, including international travel, outside of these areas. The government of Scotland announced stricter measures nationally and a ban on travel between Scotland and rest of UK from 26 December 2020.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

On 22 December, the European Commission adopted a 'Recommendation on a coordinated approach to travel and transport in response to the SARS-CoV-2 variant observed in the UK' [44]. The aim of the Commission Recommendation is to have a coordinated approach to travel and transport in response to the SARS-CoV-2 variant observed in the UK to ensure free movement during the pandemic, while discouraging all non-essential travel to limit the further spread of the new variants [45].

Variant 501.V2, South Africa

As of 19 December 2020, a total of 921 922 confirmed COVID-19 cases, including 24 691 deaths, had been reported in South Africa [46]. The country is in its second SARS-CoV-2 epidemic wave (Figure 6) [46,47].

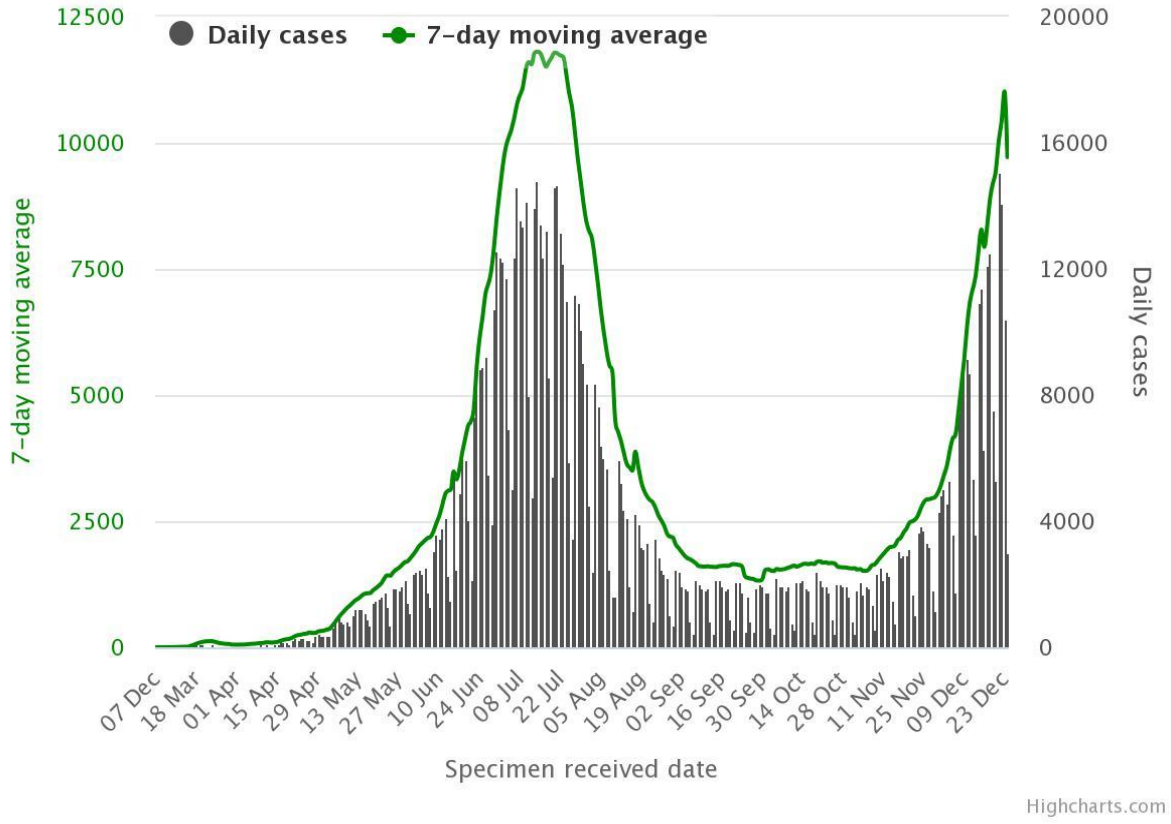
On 18 December 2020, the South African government reported the emergence and rapid increase of a new variant designated 501.V2 [48]. The new variant was detected by the Kwazulu-Natal Research Innovation and Sequencing Platform (KRISP), through routine genomic surveillance of SARS-CoV-2 from samples collected from over 50 different health facilities in Eastern Cape, Western Cape and KwaZulu-Natal. It has multiple changes in the spike protein, including amino-acid modification N501Y which is also present in VOC 202012/01 [49].

Phylogenetic analysis of 2 589 SARS-CoV-2 whole genomes from South Africa collected between 5 March and 25 November 2020 identified 190 sequences of the variant from samples collected between 15 October and 25 November 2020. This analysis indicates that the variant emerged in early August in Nelson Mandela Bay, located on the coast of the Eastern Cape Province. By early November, it was the dominant variant in the Eastern Cape and Western Cape Provinces [50].

Preliminary results indicate that this variant is associated with a higher viral load and faster spread which may be related to higher transmissibility. No evidence is available yet on whether the infection severity is different [51]. The variant emerged in South Africa during the summer season, despite a previously-observed decrease in the circulation of the virus during the summertime in other parts of the world (e.g. Europe).

South Africa has sequenced and published the genomes for 912 samples collected between 1 September and 25 December 2020, with an average delay of 38 days from sampling to publication. So far more than 300 cases with the variant have been confirmed in South Africa [52]. According to analysis performed by KRISP, the variant accounted for almost all cases analysed by genome sequencing in mid-November 2020 [51]. On 22 December 2020, two geographically separate cases of this new variant were detected in the UK [53]. Both are contacts of symptomatic individuals returning from South Africa. On 28 December 2020, one case of this new variant was detected in Finland in a returning traveller from South Africa [30].

Figure 6. Epidemic curve of confirmed COVID-19 cases by day (seven-day moving average), South Africa



Source: National Institute for Communicable Diseases of South Africa - accessed on 25 December 2020.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Epidemiological situation in the EU/EEA and the UK

Detailed epidemiological information on laboratory-confirmed cases reported to The European Surveillance System (TESSy) is published in ECDC's weekly COVID-19 surveillance report and the overview of the epidemiological situation of the COVID-19 pandemic by country is also published in ECDC's weekly COVID-19 country overview.

Overall situation

In ECDC's weekly surveillance report, by the end of week 51 (ending Sunday 20 December 2020), most countries had been seeing a stabilisation or reduction in test positivity and hospital or ICU admissions and/or occupancy due to COVID-19. However, absolute values of these indicators remain high, even where they are stable or decreasing, suggesting that transmission is still widespread (Figure A2, Annex).

Trends in reported cases and testing

For week 51, increases in case notification rates were observed in 14 countries (Cyprus, Czechia, Denmark, Estonia, France, Germany, Ireland, Latvia, Lithuania, the Netherlands, Slovakia, Spain, Sweden and the UK). Case rates among older age groups continued to increase in 12 countries.

Among 24 countries in which weekly test positivity was high (at least 3%), seven countries (Estonia, Ireland, Latvia, Lithuania, the Netherlands, Romania and the UK) observed an increase in test positivity, while it remained stable or had decreased in 17 countries (Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czechia, France, Germany, Greece, Hungary, Italy, Luxembourg, Poland, Portugal, Slovakia, Slovenia and Sweden) [54].

Hospitalisation and ICU

For week 51, hospital and/or ICU occupancy and/or new admissions due to COVID-19 were high (at least 25% of the peak level during the pandemic) or had increased compared with the previous week in 30 countries (Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, France, Germany, Greece, Hungary, Iceland, Ireland, Italy, Latvia, Lithuania, Luxembourg, Malta, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Spain, Sweden and the UK [54].

Mortality

Among 29 countries with high 14-day COVID-19 death rates (at least 10 per million), increases were observed in ten (Croatia, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Latvia, Lithuania, the Netherlands, Slovakia and United Kingdom). For week 52/2020, all-cause excess mortality data from EU/EEA countries and the UK reported to the EuroMoMo network identified a recent substantial increase in mortality, mainly affecting those aged 45 years and above [55].

Disease background

For additional information on the latest scientific evidence relating to COVID-19, SARS-CoV-2, virus transmission, diagnostic testing, infection, clinical characteristics, risk factors and risk groups, immunity, and vaccines and treatment please visit ECDC's website: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence.

Emergence of SARS-CoV-2 variant viruses

Many thousands of variants of SARS-CoV-2 are circulating, and more will emerge over time, most of which will probably have no effect on transmission or disease characteristics. Table 2 summarises selected variants that are, or have been, under investigation (although it is not a comprehensive list of all SARS-CoV-2 variants investigated).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Table 2. Selected SARS-CoV-2 variants

Variant	Definition (amino acid changes)	Potential public health impact of variant	Geographical spread	References
VOC 202012/01	S: **del 69-70**, del 144, **N501Y**, A570D, P681H, T716I, S982A, D1118H	Report of increased transmissibility from the UK.	Prevalent in parts of the UK, cases increasingly detected in other countries.	[56]
501.V2	S: D80A, D215G, E484K, **N501Y** and A701V.	Report of increased transmissibility from South Africa.	Dominant in South Africa, two cases recently detected in the UK.	[50,51,57]
Danish mink variant	S: **del 69-70**, Y453F	Transmission from mink to humans and community spread confirmed, no changes in transmissibility reported.	Prevalent in Denmark. Not detected elsewhere.	[58]
Danish mink cluster 5	S: **del 69-70**, Y453F, I692V, M1229I	Preliminary report of moderate reduction of neutralisation by convalescent sera.	Denmark, not observed since September 2020.	[58]
Various variants with spike amino acid change N439K	S: N439K, often with **del 69-70**	Reports of minor reduction of neutralisation by convalescent sera.	Common in Czechia, Denmark, Ireland, found in lower proportions in many countries.	[59-62]
Nextstrain cluster 20A.EU1	S: A222V	Rapid increase in Spain and then the rest of the EU/EEA at the start of the second wave, probably due to random events and travel patterns.	First observed in Spain, the most common variant in the EU/EEA.	[60]
Nextstrain cluster 20A.EU2	S: S477N N: A376T	Rapid increase in France at the start of the second wave, probably due to founder effects.	First observed in France, prevalent also in Belgium, Czechia, Denmark, Hungary, the Netherlands, Switzerland.	[60]
D614G	S: D614G	Rapid increase during the early stages of the pandemic in the EU/EEA and then worldwide, probably due to a mix of founder effects and increased transmissibility.	Worldwide. All other variants described here are descendant from this one.	[63-66]

Properties of VOC 202012/01

VOC 202012/01 is defined by multiple spike protein changes (deletion 69-70, deletion 144, N501Y, A570D, D614G, P681H, T716I, S982A, D1118H) as well as by mutations in other genomic regions [67]. One of the changes (N501Y) is located within the receptor binding domain (RBD). The variant belongs to Nextstrain clade 20B [68,69], GISAID clade GR [4,70], lineage B.1.1.7 [71,72].

Laboratory findings

Preliminary findings show that there may be an association between infection with the variant and increased viral load. The UK New and Emerging Respiratory Virus Threats Advisory Group (NERVTAG) reports that there is a decrease in RT-PCR threshold cycle (Ct) value by around two for this variant compared to other variants, corresponding to an increased viral load by a factor of around four [73]. This evidence is also supported by the number of unique sequencing reads, providing an estimate in increased viral load by around a factor of three [74], though such estimates tend to be less reliable than estimates from RT-PCR. Increased viral load in respiratory samples is likely to be associated with increased shedding of virus and increased transmissibility, but this remains to be confirmed.

There is some evidence indicating that the amino acid change N501Y is associated with increased ACE2 receptor binding strength. A study screened all possible spike protein RBD substitutions using a yeast-surface-display platform, finding an increased binding strength measured as $\log_{10}$ increase in spike-ACE2 complex dissociation constant of 0.24 [75]. This was the third highest increase measured in the study, with only Y453F and N501F providing larger increases. No clear relationship has been established between ACE2 binding and increased transmissibility, but it is plausible that such a relationship exists.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Impact on diagnostic assays

The S-gene deletion at genomic positions 21765-21770, corresponding to residues 69-70 in the spike protein in variant VOC 202012/01 and other variants carrying this mutation, such as mink-related variants from Denmark, may cause some RT-PCR assays targeting the S-gene to produce a negative result (S-gene drop-out). The tri-target (ORF1ab, N, S) COVID-19 TaqPath assay from Thermo Fischer has been reported by the UK to have S-gene dropout for this deletion.

The S-gene drop-out is unlikely to cause an overall false-negative result for SARS-CoV-2 as the S-gene is generally not used by itself for detection of the virus.

The S-gene drop-out can be used to screen for VOC 202012/01 and, in settings with high prevalence of the variant with little or no co-circulation of other variants that cause S-gene drop-out, it can be used as a proxy measure of the incidence of the variant. Sequencing of the S-gene as a minimum is still required to confirm the presence of the variant.

If RT-PCR assays specific to signature mutations for variants of concern become available, these can be used for more rapid and comprehensive screening for specific variants. If such assays are implemented, it is important that the assays are validated for their purpose and that the results are interpreted by staff with molecular biology training. Results should be confirmed by sequencing if possible. If prevention of importation of a variant is a priority, development of such RT-PCR assays is crucial.

Until now, there has not been any report that the new variant viruses would negatively impact rapid antigen detection tests. Since most of the commercially available rapid antigen detection tests are based on the detection of the SARS-CoV-2 nucleoprotein protein, their performance should not be affected by changes in the spike protein. A few rapid antigen detection tests are based on detection of the spike protein and therefore it cannot be ruled out that the identified mutations will not have an effect on them. However, according to the UK, five lateral flow devices, all targeting the nucleocapsid protein which has two amino acid changes for VOC 202012/01 (D3L and S235F), validated by the UK still meet minimum performance criteria for this variant [76].

Evidence for increased transmissibility of VOC 202012/01

Several recent modelling studies based on epidemiological data, including the proportion of VOC 202012/01, indicate that the variant is significantly more transmissible than previously circulating variants, even though there are significant uncertainties regarding the magnitude of the increase. The estimates are given either as an additive increase in the reproductive number (R) or as a multiplicative increase in the transmissibility. It is important to note that any estimated increase in R is specific to the situation where it was measured, in this case the situation in South-East England during the period October–December 2020.

Preliminary findings that there may be an association between infection with the variant and increased viral load indicate the likelihood of increased viral load in respiratory samples, which is probably associated with increased shedding of virus and greater transmissibility.

Modelling studies on the variant VOC 202012/01

NERVTAG reported that based on preliminary analysis of genomic data, an increase could be expected in the case number growth rate for VOC 202012/01 of 71% (95% CI: 67%-75%), which was higher than that for other SARS-CoV-2 variants. In addition, correlation studies estimated an absolute increase in the R-value of between **0.39 and 0.93**.

Using a mixed regression model, the variant frequency was significantly associated with an increase of the time-dependent reproductive number (Rt), estimated by a Bayesian semi-mechanistic transmission model. The increase in Rt was estimated to be **0.74** [95% CI: 0.44-1.29] using a random effect model [56].

Complementary analysis by the Centre for Mathematical Modelling of Infectious Diseases (CMMID) using an age- and regionally structured mathematical model with multiple epidemiological indicators across seven National Health Service (NHS) England regions and genomic surveillance from the COVID-19 Genomics UK Consortium estimated that the variant is **56%** more transmissible (95% CI: 50-74%) than pre-existing circulating variants of SARS-CoV-2. The study does not report that VOC cases were more likely to require hospitalisation or die than cases resulting from pre-existing variants. In addition, four alternative scenarios (increased infectiousness, immune escape, increased susceptibility among children and shorter generation time) have been evaluated against the observed data. The increased infectiousness of the variant was the best able to reproduce the observed relative growth rate of VOC 202012/01 [77] and fit the observed increase in hospitalisations in the NHS regions throughout the East of England, London and the South East in December 2020.

Modelling studies using S-gene drop-out as a proxy for the frequency of VOC 202012/01

Using S-gene drop-out as a proxy for the frequency of VOC 202012/01 during weeks 44–49 2020, the ratio of the weekly growth factors of the S-gene negative cases against S-positive cases was 1.47 (95% CI: 1.34-1.59) [56].

Following additional analysis applying the Bayesian semi-mechanistic transmission model methodology above, the estimated additive effect in a mixed regression model was of the same range, estimated at 0.60 (95% CI: 0.48-0.73) [56].

Possible impact of VOC 202012/01 on vaccine match and effectiveness

There is currently not enough information available to assess whether VOC 202012/01 poses a risk to vaccine match and effectiveness. No phenotypic data are available for the new variant and no data are available on the ability of antibodies

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

elicited by the vaccines under development to neutralise this variant. As mentioned above, the new virus variant displays several changes in the spike protein, including one in the receptor binding domain (RBD).

Most of the new candidate vaccines are based on the spike protein sequence. It is therefore essential to monitor changes in the spike protein among the circulating SARS-CoV-2 strains and assess possible antigenic changes. Available data from other different mutations in the RBD do not appear to have a significant impact on the ability of sera from subjects vaccinated with the Pfizer/BioNTech mRNA-based vaccine to neutralise such variants [78]. The antigenic characterisation of this new variant is ongoing, and results are expected in the coming weeks. It will be important to carry out surveillance of the field effectiveness of COVID-19 vaccines in use, if possible including variant-virus-specific estimates. Surveillance of primary vaccine failures using variant-virus-specific outcomes may also help in understanding whether there is an impact on vaccine effectiveness.

In addition to antibody-mediated protection, T-cell immunity plays a role in protection against and clearance of COVID-19 virus infections. Although T-cell immunity is being assessed following both SARS-CoV-2 infection and vaccination, it is still unknown to what extent it contributes to protection from infection and disease and whether it can be established as correlate or co-correlate of protection.

Properties of 501.V2 variant

The new SARS-CoV-2 virus variant detected in South Africa is referred to as SARS-CoV-2 variant 501.V2. It is defined by multiple spike protein changes present in all viruses in the cluster (D80A, D215G, E484K, N501Y and A701V), and more recently collected viruses have additional changes [67] (L18F, R246I, K417N, and deletion 242-244) [50]. The deletion may cause issues in some analysis pipelines which may have caused it to be incorrectly excluded in some reported sequences. Three of the changes (K417N, E484K, and N501Y) are located within the RBD. The variant belongs to Nextstrain clade 20C [68,69], GISAID clade GH [4,70], lineage B.1.351.

Possible impact of 501.V2 on vaccine match and effectiveness

As with VOC 202012/01, there is currently not enough information available to determine whether the 501.V2 poses a possible risk related to vaccine match and effectiveness. The antigenic characterisation of this new variant is ongoing, and results are expected in the coming weeks.

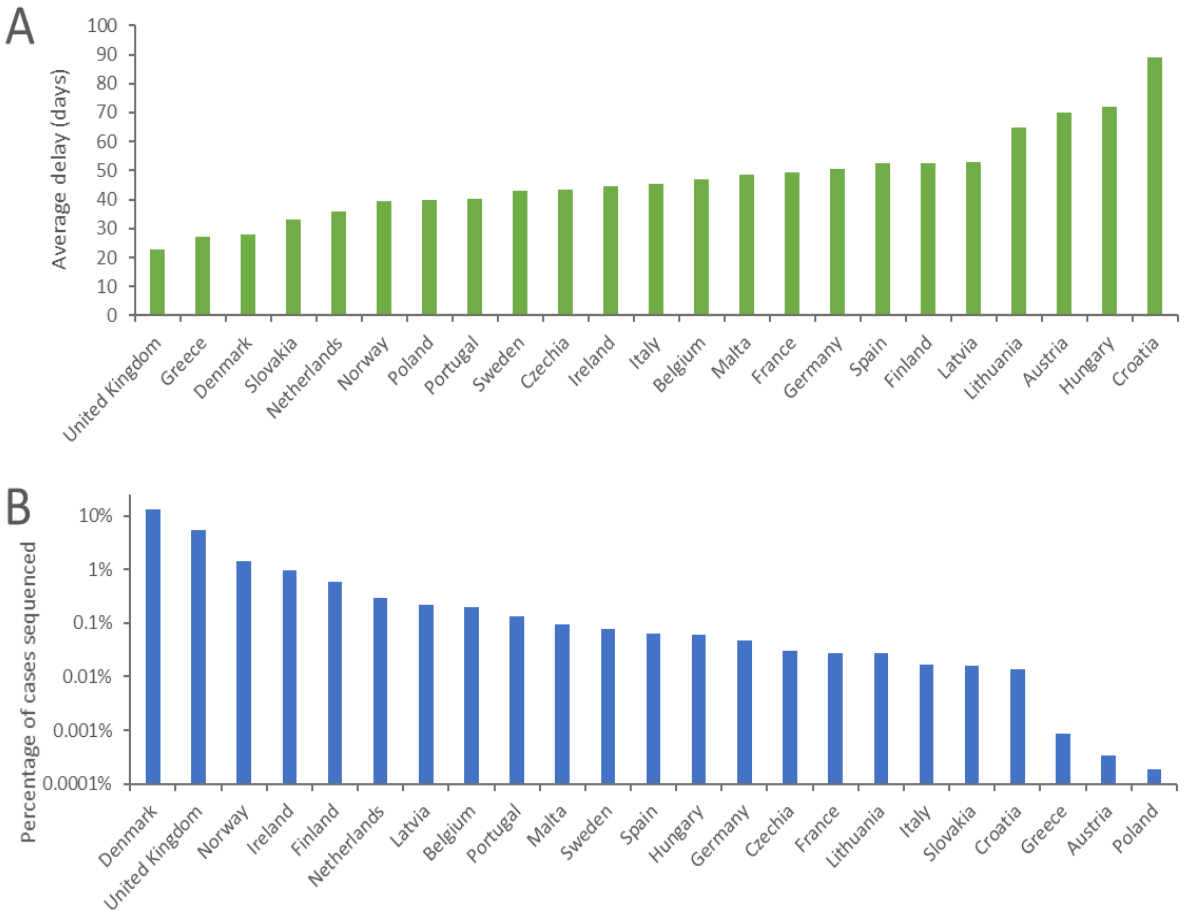
Variant detection requirements and capability in the EU/EEA

To be able to confirm infection with a specific variant, sequencing of the viral genome, or at least the S-gene, is required for samples with a positive test for SARS-CoV-2. Sequencing workflow turnaround times vary. They can be as short as two to three days, but other factors such as transportation of samples to a reference laboratory, sequencing capacity limitations, and data analysis time can heavily influence the actual turnaround time.

The average delay from sample collection to sequence submission, as well as the percentage of cases reported to TESSy that have been sequenced and reported to GISAID EpiCoV since 1 September 2020, is shown in Figure 7. This indicates that the capability of assessing the spread of the variant is very limited in most EU/EEA Member States, with only Denmark demonstrating enough coverage of cases and a sufficiently short delay to be able to detect the introduction of a small number of cases within a month of sampling (13.3% of reported cases sequenced and published with an average delay of 28 days from sample collection.) It also shows that the UK has a high capability for detecting introductions and the emergence of new variants in a timely manner, with 5.3% of cases sequenced and published with an average delay of 23 days. Of all EU/EEA Member States, only Denmark and Norway have sequenced and published more than 1% of cases, and only eight countries have sequenced and published more than 0.1% of cases since 1 September 2020.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Figure 7. Average time from sample collection to sequence publication (A) and percentage of cases reported with sequence (B) in the GISAID EpiCoV database, for samples collected between 1 September 2020 and 27 December 2020, per EU/EEA country having submitted sequenced cases during the period, and the UK



Source: GISAID EpiCoV database (filtered for human SARS-CoV-2 samples only) and TESSy. Cases recorded after 13 December 2020 are not included in the denominator.
Note that all generated sequences are not always uploaded to GISAID EpiCov, which may lead to an underestimation of the ability of some countries to detect the variant through their national genomic surveillance activities. Iceland has reported to ECDC that all cases in the country are sequenced within 48 hours, although these have not been uploaded to GISAID recently.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Risk assessment questions

This assessment is based on information available to ECDC at the time of publication and, unless otherwise stated, refers to the risk that existed at the time of writing. It follows ECDC's rapid risk assessment methodology, with relevant adaptations [79]. The overall risk is determined by a combination of the probability of an event occurring and its consequences (impact) for individuals or the population [79].

This risk assessment addresses the following questions:

- What is the risk associated with the introduction and spread of variants of potential concern in the EU/EEA?
- What is the risk of an increased burden on health systems in the coming weeks?

ECDC risk assessment for the EU/EEA

What is the risk associated with the introduction and spread of variants of potential concern in the EU/EEA?

The risk associated with the introduction and spread of variants of potential concern in the EU/EEA is currently considered to be **high**.

This assessment is based on the following factors:

- The SARS-CoV-2 VOC 202012/01 has been circulating in the UK since at least 20 September 2020. Despite measures being in place throughout the country during part that period, the variant has increased in terms of the number and proportion of all cases in many local areas.
- The variant 501.V2 has been circulating in South Africa since August 2020 and has increased in terms of the number and proportion of cases in local areas and in the country as a whole.
- Cases of SARS-CoV-2 VOC 202012/01 have been reported from Australia, Belgium, Canada, Denmark, Finland, France, Germany, Hong Kong SAR, Japan, Iceland, India, Ireland, Israel, Italy, Jordan, Lebanon, Norway, Portugal, Singapore, South Korea, Spain, Sweden, South Korea, Switzerland and the Netherlands. While most cases reported so far have had epidemiological links to the UK, there are a few cases reported with no travel links to the UK, suggesting local transmission (Table 1). Two cases of 501.V2 have been detected in the United Kingdom in contacts of a person who had travelled to South Africa.
- There is known under-detection of SARS-CoV-2 infection generally, given that many individuals, and particularly those with a milder course of infection or no symptoms, are not tested. Sequencing of SARS-CoV-2 cases that are found to be positive is only performed for a very small minority of cases in most EU/EEA countries, therefore it is highly likely that the number of possible cases of VOC 202012/01 or 501.V2 is under-detected.
- Transmissibility of VOC 202012/01 is estimated to be up to 70% higher than the previously circulating strains of SARS-CoV-2 in the UK. Preliminary results for 501.V2 indicate that the variant is associated with a higher viral load and faster spread, which may be related to higher transmissibility.
- Although some countries have recently enacted temporary travel restrictions, travel between the affected areas of the UK and South Africa and other EU/EEA Member States occurred at moderate levels during the period September-December. Given the substantial circulation of the VOC 202012/01 strain of SARS-CoV-2 in affected areas of the UK with travel links to many other countries within the EU/EEA, and detections of VOC 202012/01 already having occurred in some EU/EEA countries despite low levels of sequencing, the probability of further spread of the SARS-CoV-2 VOC 202012/01 is considered to be **high**. Although 501.V2 has only been detected in the United Kingdom and Finland so far, given its substantial circulation in South Africa over several months and the fact that there have been travel links to countries within the EU/EEA, the probability of further spread is also considered to be **high.**
- Based on data reported by the UK, South Africa and other countries that have detected cases with the SARS-CoV-2 VOC 202012/01 or 501.V2, there is currently no evidence that COVID-19 disease among individuals infected with either of the variant strains is more severe. However, given the evidence that these new variants have an elevated level of transmissibility, it is probable that the impact of the COVID-19 variant strains in terms of increased infections, hospitalisations and deaths would be high, particularly for those in older age groups or with co-morbidities, even if the disease severity is similar. Therefore they will have a **high** impact on populations in which they become established.

In summary, the probability of introduction and further spread of the SARS-CoV-2 VOC 202012/01 and 501.V2 in the EU/EEA is currently assessed as **high**. Although there is no information that infection with these strains is more severe, due to increased transmissibility the impact of COVID-19 disease in terms of hospitalisations and deaths is assessed as **high**, particularly among those in older age groups or with co-morbidities. The overall risk associated with the introduction and further spread of the SARS-CoV-2 VOC 202012/01 and 501.V2 is therefore assessed as **high**.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

What is the risk of increased impact on health systems in the coming weeks?

The risk of increased impact on health systems in the coming weeks is currently considered to be **high**.

This assessment is based on the factors below.

- In its risk assessment of 4 December 2020, ECDC anticipated that the increases in travel and social contacts traditionally seen during the end-of-year festive season would be likely to give rise to an increase in cases and hospitalisations, even before the new variants were identified. Modelling indicated that if response measures implemented in October or November were to be lifted on 21 December, a resurgence in COVID-19 hospitalisations could occur as early as the first week of January 2021 [80].
- Since then, the identification of new variants of potential concern with increased transmissibility means that even in the absence of a more severe course of disease in cases infected with the new variants, there would probably be more cases of COVID-19 overall, thereby further increasing the need for hospitalisation (including ICU care) in countries where the new variant becomes established.
- Although not necessarily associated with the variants of concern, as of week 51 hospital and/or ICU occupancy and/or new admissions due to COVID-19 were high or had increased against the previous week in 30 countries, indicating that many health systems are already experiencing high pressure related to COVID-19. Given these factors, if the variants begin to circulate even at low levels in the EU/EEA, the probability of increased impact on health systems would be **high**.
- With strict NPI and other measures in place, the pressure on health systems could be mitigated to an extent, however in the absence of strict NPI measures, the impact on health systems is likely to be **high**.

In summary, the probability of increased demand on health systems in the coming weeks is considered to be **high** due to the festive season and, even higher in countries where the new variants are established. The impact of the increased demand on health systems in considered to be **high** even if current public health measures are maintained. Therefore, the overall risk of increased impact on health systems in the coming weeks is assessed as **high**.

Options for response

There is currently a lack of evidence indicating that the new highly-transmissible variants of the virus mentioned in this rapid risk assessment are widespread in the EU/EEA. However, there is a significant amount of uncertainty, given that sequencing is performed at low levels in many countries and therefore it is probable that there is substantial under-detection.

Irrespective of extent to which the new variants of potential concern are circulating, efficient implementation of non-pharmaceutical measures in response to the epidemiological situation remains essential, until and unless vaccination has been shown to mitigate their impact. As has been seen in the UK, in areas with higher levels of circulation of SARS-CoV-2 VOC 202012/01, stringent measures will probably be required to reduce transmission than in areas with limited or no circulation of the variants.

For countries that have not already confirmed high levels of community transmission of a variant of concern, efforts to delay the spread should mirror those made during the earlier stage of the pandemic:

- perform targeted and representative sequencing of community cases to detect early and monitor the incidence of the variant;
- increase follow-up and testing of people with an epidemiological link to areas with a significantly higher incidence of the variant and sequence samples from such cases;
- enhance targeted contact tracing and isolation of suspected and confirmed cases of the variant;
- alert persons coming from areas with significantly higher incidence of the variant to comply with quarantine measures, as well as testing and self-isolation if they develop symptoms;
- recommend the avoidance of all non-essential travel, in particular to areas with a significantly higher incidence of the variant.

Surveillance, testing and detection

Member States should continue to monitor for abrupt changes in rates of transmission or disease severity as part of the process of identifying and assessing the impact of variants. Data analysis and assessment of the local, regional and national situation should be performed to identify areas with a rapidly changing epidemiology.

Testing and sequencing efforts should be coordinated regionally and nationally. All laboratories should be requested to report their results to the national public health institute that coordinates the collection of information reported to ECDC and the World Health Organization (WHO) in a timely manner.

National public health authorities should notify cases of the new variant as well as any other new SARS-CoV-2 variants of potential concern through the Early Warning and Response System (EWRS) and TESSy for case-based surveillance and aggregate reporting, which has been adapted for this purpose.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

The use of rapid antigen detection tests might increase the speed with which cases can be identified for further sampling and sequencing to confirm variant viruses (e.g. cases with travel or other links to areas known to be affected). However, the increased use of rapid antigen detection tests in general might have a negative impact on the number of specimens available for sequencing. Therefore, countries need to identify mechanisms to sample people with a positive antigen test for further analysis of the virus (e.g. by implementing sentinel-like representative surveillance.)

Detection of variant viruses

For the VOC 202012/01 a negative S-gene result for multiplex RT-PCR assays, with positive results for the other targets, has been used as an indicator for the variant being present. For example, for the tri-plex (ORF1ab, N, S) COVID-19 TaqPath assay from Thermo Fischer, the S-gene component is negative for the variant while the other two components are positive. This S-gene drop-out could be used as an indicator to screen for the variant. However, it should be noted that this drop-out is not exclusive to VOC 202012/01, and confirmation using sequencing is always recommended. The S-gene drop-out does not occur for 501.V2.

Sequences should be uploaded to the GISAID EpiCoV database to enable multi-country analysis of the generated sequences. This submission puts further resource requirements on the laboratories but is very important for assessing the prevalence of known variants, as well as for the detection of novel ones.

Member States with sequencing capacity are advised to reinforce their high-throughput sequencing (HTS) to facilitate the detection of this and other variant viruses. For Member States without HTS capacity or unable to implement sequencing of SARS-CoV-2, support to perform HTS can be provided through the WHO Reference Laboratory Network or the ECDC Sequencing Contract. Refer to ECDC guidance on sequencing of SARS-CoV-2 for an overview of technologies and contacts to reference laboratories [81]. A joint ECDC and WHO Regional Office for Europe guidance document on influenza sentinel surveillance during COVID-19 outlines sequencing of representative specimens of influenza and SARS-CoV-2 from established influenza-related sentinel systems [82].

Selection of samples should aim for a good representation of the population (geographical distribution, age groups, etc.) If sequencing capacity is limited to such an extent that a representative sample of a significant proportion of cases cannot be sequenced in a timely fashion, Member States may consider targeting sequencing efforts towards cases where epidemiological, clinical or microbiological information raises suspicion of a variant with increased transmissibility, or other properties of concern. Such information includes:

- travel history to countries where such variants are prevalent (e.g. the UK for VOC 202012/01 or South Africa for 501.V2) or close contacts to cases with travel history to such countries;
- patterns in RT-PCR detection assays that indicate the presence of a mutation in such a variant (e.g. negative result in an S-gene detection assay known to be affected by the spike protein deletions present in VOC 202012/01);
- cases involved in a local increase in COVID-19 without any epidemiological explanation (including but not limited to: cases associated with animal contact, particularly mustelids; recent failure of public health measures that were previously controlling or reducing disease rate; sudden increases in hospitalisation rate).

At present, no specific protocols are available for targeted PCR assays to detect VOC 202012/01 or 501.V2. If RT-PCR assays become available that are specific to signature mutations for variants of concern, these can be used for more rapid and comprehensive screening of specific variants. If prevention of importation of a variant is a priority, development of such RT-PCR assays is crucial.

Monitoring of chronic cases

Chronic and prolonged infections have been reported, some of them in patients with suppressed or compromised immune system [83]. Such infections with persistent low-level virus replication, prolonged infections, and relapses of high virus loads may lead to intra-host virus evolution and the emergence of immune escape variants [84]. It is therefore recommended that cases of chronic infections or virus rebound be followed carefully and sequence isolates detected in such cases over time. SARS-CoV-2 infections in patients with HIV need to be further monitored to identify persistent infections.

Vaccination and reinfection

Vaccination against COVID-19 is starting across the EU/EEA from the end of December 2020. The roll-out of vaccination will probably contribute to the response, although vaccine doses are still only available in limited supply and this will continue to be the case in the short term. COVID-19-vaccinated individuals need to be closely monitored for vaccination failure and breakthrough infections and virus isolates from these cases should be sequenced and reported, irrespective of the strain identified.

Reports of suspected cases of COVID-19 reinfection also need to be investigated and sequence analysis of virus isolates from these cases should be initiated.

Mechanisms for antigenic characterisation to confirm or exclude vaccine escape mutants need to be established to support any need for reassessment of the vaccine composition and strategy.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Environmental sampling

Virus detection and quantification in sewage by RT-PCR with subsequent deep sequencing and minority variant analysis could theoretically be an additional source of information to identify and assess the circulation of new variant viruses in the population. Such systems require validation, including for sensitivity and accuracy for monitoring mixed populations of variants, and should not be implemented until such validation has been undertaken. They are usually not a standard part of regular surveillance activities.

Antigenic characterisation of variant viruses

SARS-CoV-2 genetic evolution has the potential to impact the antigenic properties of the virus, therefore methods for antigenic characterisation should be urgently established if not already in place. Mechanisms need to be developed to identify isolates for these analyses, based on aspects such as genetic divergence.

Measures to contain or reduce transmission

Advice against non-essential travel, quarantine and testing of travellers from affected areas can be considered by countries in which these variants have not been detected and where a containment strategy is considered appropriate and feasible. ECDC will continue to monitor and report on new affected areas in collaboration with the EU/EEA Member States.

In addition to delaying or reducing the importation of cases, measures should focus on the following:

- identifying probable COVID-19 cases with an epidemiological link to cases positive for the new variants or a travel history to areas known to be affected in order to test and isolate them and follow up their contacts;
- continuing to advise the population on the need for NPIs in accordance with the local level of transmission and national policies;
- considering guidance on the avoidance of non-essential travel (regional, national and international) and social activities.

Countries that have detected these variants of concern within their borders may seek to rapidly identify the extent of transmission and assess whether containment of further transmission is possible through rapid and comprehensive testing, contact tracing, and isolation. Advice against non-essential travel, quarantine and targeted testing of travellers from affected areas within a country may still be considered while this assessment is being made.

Countries having ascertained that containment is no longer an option are advised to pursue aggressive mitigation strategies, deploying a combination of enhanced epidemiological surveillance, testing, characterisation and detection, and the stringent implementation of NPIs. Even though in the short-to-medium term the roll-out of vaccination will probably contribute to the response, in the short term the supply of vaccine doses is and will continue to be limited [85]. The selection of NPIs implemented should be determined based upon the overall levels of SARS-CoV-2 transmission, current healthcare capacity usage, and, if feasible, a careful assessment of the transmission dynamics of the new variant. While information is still being gathered on the new variant in the UK, it is advised to err on the side of caution. Where a potentially more transmissible variant is circulating, a more stringent set of NPI measures may be required to reduce the level of transmission.

Considerations for school settings

Age-specific data for areas with and without high VOC 202012/01 circulation are still pending, but it has been observed that overall SARS-CoV-2 test positivity rates were highest among secondary school-age children in England in the week 12–18 December [86], a period during which schools were open, while many other measures were in place. Moreover, the percentage testing positive increased both for primary and secondary school-age children and for young adults during this period when schools were open. Rising case numbers among children, especially secondary school-age children, may relate to infection occurring in community and/or in school settings. For pre-existing strains of SARS-CoV-2, it has been noted that incidence of COVID-19 in school settings appears to be impacted by overall levels of community SARS-CoV-2 transmission [87].

A pre-print modelling study, in which it was estimated that VOC 202012/01 is 56% more transmissible than pre-existing variants of SARS-CoV-2, has suggested that national lockdown measures similar to those in place in November 2020 in England would be insufficient to reduce R_t below 1, unless educational institutions are also closed [77].

School closures would probably be an effective NPI measure if VOC 202012/01 is more transmissible in children, however the modelling study assessed school and university closures broadly together and did not assess the specific effectiveness of closing individual educational institutions (primary school, secondary school, or university). The negative physical, mental health and educational impact caused by proactive school closures on children, notably more vulnerable children, are substantial [87]. Thus, a decision to close schools to control the pandemic should be used as a last resort. Countries should consider using the current period of holiday-related school closures to assess the additional measures might need to be implemented. Further details on the range of in-school NPI measures relevant to EU settings can be found in ECDC's document 'COVID-19 in children and the role of school settings in transmission, first update' [87].

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Variant virus evaluation framework

In order to have a full picture and a better understanding of the genomic evolution of SARS-CoV-2, a generic evaluation framework should be developed to be applied for the emergence of such variant viruses.

This framework aims to develop standardised mechanisms, in partnership with global stakeholders, including triggers to investigate and assess newly emerging SARS-CoV-2 variants of potential concern in terms of animal reservoirs, antigenic characteristics, transmissibility, infection severity, cross-protection and the need to adapt vaccine strain recommendations.

Criteria that could be considered for the development of such a framework:

- changing clinical presentation (e.g. infection severity) and epidemiological profile (e.g. increase in morbidity and mortality);
- presence of known genetic markers related to receptor binding, infectivity, severity, etc.;
- changed antigenic characteristics suggested by an increase in re-infections or breakthrough infections following vaccination;
- transmissibility between humans;
- binding properties to human receptor;
- cross-protection, susceptibility and immunity of the population, vaccine coverage, vaccine product use;
- impact on available vaccines;
- impact on available treatment (e.g. antiviral susceptibility of viruses);
- Probable animal reservoir (species) being a risk for adaptive mutations and ongoing source of infection for humans (e.g. mink).

Knowledge gaps

There are currently many uncertainties and knowledge gaps related to the impact of the new VOC 202012/01 or other variants of relevance (i.e. 501V.2), including the introduction and geographical spread across the EU/EEA, affected age-groups, transmissibility and severity, as well as the overall impact of the epidemiology of the disease on a population level, including reinfection and vaccination. Epidemiological and phylodynamic analyses together with antigenic and genetic characterisation analyses are urgently needed.

Limitations

- This assessment is based on data available to ECDC as of 26 December 2020. There are still very limited antigenic and phenotypic data and epidemiological follow-up data on most affected population groups, transmissibility, and potential impact on infection severity is still being gathered.
- Not all people with COVID-19-like symptoms or contacts of confirmed cases are being tested for SARS-CoV2, so the notified cases are an underestimation of the true numbers unless population-wide testing approaches are taken.
- Sequence data are not generated for all confirmed COVID-19 cases and sequence information therefore might not be representative of all circulating SARS-CoV-2 viruses across a country.
- Sequence data generation and analysis both require time to be performed. This, together with the time required to upload to the GISAID database and share publicly means that there may be a substantial lag in the data available to fully assess the occurrence and/or spread of this mutation.
- The epidemiological data used in this assessment are dependent on availability from Member States through surveillance reporting or publicly available websites.
- The data not only reflect the epidemiological situation but are also dependent on local testing strategies and local surveillance systems. It is also important to consider the lag time between infection, symptoms, diagnosis, case notification, death and death notification.
- The effects and impact of lifting or imposing response measures may take weeks to be reflected in the population's disease rates. Assessing the impact of response measures is complex as many countries have lifted or relaxed multiple measures simultaneously at different times since the beginning of the pandemic.
- Changes in individual behaviour, compliance with measures, and cultural, societal, and economic factors all play a role in the dynamics of disease transmission.
- The assessment of the epidemiological situation and the effectiveness of the control measures should therefore be interpreted with caution. Moreover, such assessment requires careful consideration of the national and subnational contexts.

Source and date of request

ECDC internal decision, 22 December 2020.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Consulted experts

ECDC experts (in alphabetical order): Cornelia Adlhoch, Barbara Albiger, Erik Alm, Kim Brolin, Orlando Cenciarelli, Laura Espinosa, Lisa Ferland, Josep Jansa, Kari Johansen, Teymur Noori, Pasi Penttinen, Anastasia Pharris, Diamantis Plachouras, Senia Rosales-Klintz, Bertrand Sudre, Jonathan Suk, Maria Tseroni.

Public health experts

Denmark: Tyra Grove Krause, Head of Department, Statens Serum Institut, Copenhagen.

Iceland: Thorolfur Gudnason, Chief Epidemiologist, Directorate of Health.

The Netherlands: Corien Swaan, MD, PhD, Senior Consultant, Communicable Disease Control, National Institute of Public Health & the Environment (RIVM).

UK: Meera Chand, Public Health England (PHE), Tom Connor, Public Health Wales (PHW), Gavin Dabrera (PHE), Rachel Jones (PHW), Susan Hopkins (PHE), Theresa Lamagni (PHE), Catherine Moore (PHW), Katherine Russell (PHE), Giri Shankar (PHW), Jonathan Van-Tam, Department of Health and Social Care, England, Christopher Williams (PHW), Maria Zambon (PHE).

European Medicines Agency (EMA): Marco Cavaleri.

World Health Organization's Regional Office for Europe: Richard Pebody.

All experts have submitted declarations of interest, and a review of these declarations did not reveal any conflict of interest.

Acknowledgements

We gratefully acknowledge the originating laboratories responsible for obtaining the specimens, as well as the submitting laboratories where the genome data were generated and shared via GISAID, on which this report is based (GISAID Table 1)(GISAID Table 2).

Disclaimer

ECDC issues this risk assessment document based on an internal decision and in accordance with Article 10 of Decision No 1082/13/EC and Article 7(1) of Regulation (EC) No 851/2004 establishing a European centre for disease prevention and control (ECDC). In the framework of ECDC's mandate, the specific purpose of an ECDC risk assessment is to present different options on a certain matter. The responsibility on the choice of which option to pursue and which actions to take, including the adoption of mandatory rules or guidelines, lies exclusively with the EU/EEA Member States. In its activities, ECDC strives to ensure its independence, high scientific quality, transparency and efficiency.

This report was written with the coordination and assistance of an Internal Response Team at the European Centre for Disease Prevention and Control. All data published in this risk assessment are correct to the best of our knowledge at the time of publication. Maps and figures published do not represent a statement on the part of ECDC or its partners on the legal or border status of the countries and territories shown.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

References

1. GOV.UK. Coronavirus (COVID-19) in the UK - Download data. 24 December 2020. Available from: https://coronavirus.data.gov.uk/details/download
2. GOV.UK. Coronavirus (COVID-19) in the UK. December 2020. Available from: https://coronavirus.data.gov.uk/
3. Information shared by Public Health England and Public Health Wales at a joint ECDC/WHO teleconference on 16 December 2020.
4. Gisaid.org. GISAID. 24 December 2020. Available from: https://www.gisaid.org/
5. Beta.microreact.org. COG-UK 2020-12-20: SARS-CoV-2 in the UK. 27 December 2020. Available from: https://beta.microreact.org/project/vVnFfZG7o3qYUJ6bnDs3Jo-cog-uk-2020-12-20-sars-cov-2-in-the-uk
6. Hutcheon P. at Daily Record. Scotland has 18 confirmed cases of new Covid strain, announces chief medical officer. 21 December 2020. Available from: https://www.dailyrecord.co.uk/news/politics/eighteen-new-covid-strain-cases-23200533
7. Moriarty G. at The Irish Time. First case of UK variant strain of Covid-19 confirmed in Northern Ireland. 23 Decemeber 2020. Available from: https://www.irishtimes.com/news/ireland/irish-news/first-case-of-uk-variant-strain-of-covid-19-confirmed-in-northern-ireland-1.4444730
8. Nextstrain. Phylogenetic analysis of SARS-CoV-2 clusters in their international context - cluster S.N501. 25 December 2020. Available from: https://nextstrain.org/groups/neherlab/ncov/S.N501
9. Statens Serum Institut (SSI). Statens Serum Institut udgiver opdaterede tal for den engelske covid-19-virusvariant. 24 December 2020. Available from: https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2020/statens-serum-institut-udgiver-opdaterede-tal-for-den-engelske-covid-19-virusvariant
10. Região Autónoma da Madeira - Governo Regional - Secretaria Regional de Saúde e Proteção Civil - COVID 19. Nova estirpe do vírus do Reino Unido.27 December 2020. Available from: https://www.madeira.gov.pt/Governo-Regional-Madeira/Dashboard/SaudeProtecaoCivil/ctl/Read/mid/5847/InformacaoId/69151/UnidadeOrganicaId/9/CatalogoId/0
11. Ministero della Salute. COVID-19: Il Dipartimento Scientifico Militare del Celio ha sequenziato i virus di un soggetto positivo con stessa variante riscontrata in Gran Bretagna (Comunicato n. 322). 20 December 2020. Available from: http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioComunicatiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5713
12. Zaia L. via Facebook. In diretta per importanti comunicazioni in merito all'emergenza coronavirus. 26 December 2020. Available from: https://www.facebook.com/172229066312350/videos/153515509540187/?__so__=watchlist&__rv__=video_home_www_playlist_video_list
13. Agenzia Nazionale Stampa Associata (ANSA). Variante Gb: individuati due casi in Lombardia. 26 December 2020. Available from: https://www.ansa.it/lombardia/notizie/2020/12/26/variante-gb-individuati-due-casi-in-lombardia_4f51f163-d98c-4772-9715-455c234aa077.html
14. Fondazione Telethon. Napoli: identificati 6 casi di "variante inglese" di SARS-CoV-2 in tamponi di passeggeri provenienti da Londra. 26 December 2020. Available from: https://www.telethon.it/storie-e-news/news/dalla-ricerca/napoli-identificati-6-casi-di-variante-inglese-di-sars-cov-2-in-tamponi-di-passeggeri-provenienti-da-londra
15. Press Regione - Regione Puglia. COVID, l'istituto zooprofilattico ha isolato il virus della cosiddetta variante inglese. 25 December 2020. Available from: https://press.regione.puglia.it/-/covid-l-istituto-zooprofilattico-ha-isolato-il-virus-della-cosiddetta-variante-inglese
16. Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM). Verspreiding Britse coronavirusvariant in Nederland. 28 December 2020. Available from: https://www.rivm.nl/nieuws/verspreiding-britse-coronavirusvariant-in-nederland
17. Comunidad de Madrid via Twitter. Confirmados en la Comunidad de Madrid cuatro casos de la cepa británica B.1.1.7 del COVID-19. 26 December 2020. Available from: https://twitter.com/ComunidadMadrid/status/1342799317036363777
18. Junta de Andalucía. Andalucía detecta cinco casos de la variante británica del coronavirus. 28 December 2020. Available from: http://www.juntadeandalucia.es/presidencia/portavoz/salud/157156/Covid19/Coronavirus/Pandemia/andalucia/JuntadeAndalucia/ConsejeriadesaludyFamilias
19. Ministry of Health, Labour and Welfare. Occurrence of Patients with Novel Coronavirus Infection (Mutant Strains) - 新型コロナウイルス感染症（変異株）の患者等の発生について. 25 December 2020. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15791.html
20. Ministry of Health, Labour and Welfare,. Occurrence of Patients with Novel Coronavirus Infection (Mutant Strains) - 新型コロナウイルス感染症（変異株）の患者等の発生について. 26 December 2020. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15796.html

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

21. Ministry of Health LaW. Outbreak of Patients with Novel Coronavirus Infection (Mutant Strain) - 新型コロナウイルス感染症（変異株）の患者の発生について. 27 December 2020. Available from: https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_15799.html
22. Ministry of Health and Family Welfare. Indian SARS-CoV-2 Genomics Consortium (INSACOG) Labs release initial results of Genome sequencing of mutant variant of SARS-CoV-2. 29 December 2020. Available from: https://pib.gov.in/PressReleaseIframePage.aspx?PRID=1684281
23. Ministry of Health. Four Cases of COVID-19 Variant found in the United Kingdom Have Been Discovered in Israel. 24 December 2020. Available from: https://www.gov.il/en/departments/news/23122020-07
24. Ministry of Health. Another Case of the UK Variant Found. 25 December 2020. Available from: https://www.gov.il/en/departments/news/24122020-03
25. The Brussels Times. Netherlands bans flights from UK over new Covid mutation. 20 December 2020. Available from: https://www.brusselstimes.com/news/belgium-all-news/146288/netherlands-bans-flights-from-uk-over-new-covid-mutation-found-coronavirus-van-ranst-who/
26. Australian Government - Department of Health. Australian Health Protection Principal Committee (AHPPC) statement on new variant of the virus that causes COVID-19. 22 December 2020. Available from: https://www.health.gov.au/news/australian-health-protection-principal-committee-ahppc-statement-on-new-variant-of-the-virus-that-causes-covid-19
27. Government of Canada - Public Health Agency of Canada. Statement on the variants of COVID-19 virus found in Ontario. 26 December 2020. Available from: https://www.canada.ca/en/public-health/news/2020/12/statement-on-the-variants-of-covid-19-virus-found-in-ontario.html
28. News.ontario.ca. Ontario Confirms First Cases of COVID-19 UK Variant in Ontario. 26 December 2020. Available from: https://news.ontario.ca/en/release/59831/ontario-confirms-first-cases-of-covid-19-uk-variant-in-ontario
29. Korea Disease Control and Prevention Agency (KDCA). Coronavirus-19 Domestic outbreak status - 코로나바이러스감염증-19 국내발생현황. 28 December 2020. Available from: http://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a20501000000&bid=0015&act=view&list_no=711599&tag=&nPage=1
30. Sosiaali- ja terveysministeriö. Uusien virusmuunnosten aiheuttamaa koronavirustautia todettu myös Suomessa. 28 December 2020. Available from: https://stm.fi/-/uusien-virusmuunnosten-aiheuttamaa-koronavirustautia-todettu-myos-suomessa
31. Folkehelseinstituttet (FHI) - Norwegian Institute of Public Health (NIPH). Engelsk virusvariant påvist hos to reisende til Norge. 27 December 2020. Available from: https://www.fhi.no/nyheter/2020/engelsk-virusvariant-pavist-hos-to-reisende-til-norge/
32. News.gov.hk. New COVID-19 strain found in HK. 23 December 2020. Available from: https://www.news.gov.hk/eng/2020/12/20201223/20201223_173543_256.html
33. Office fédéral de la santé publique (OFSP). COVID-19 : Nouvelle variante du coronavirus découverte dans deux échantillons en Suisse. 24 December 2020. Available from: https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/das-bag/aktuell/medienmitteilungen.msg-id-81829.html
34. Jordan News Agency. Jordan records first two cases of new COVID variant: MoH - الصحة وزير: حالتين اكتشاف بريطانيا من قادمتين المتحور كورونا بفيروس لمصابين. 27 December 2020. Available from: https://petra.gov.jo/Include/InnerPage.jsp?ID=31164&lang=en&name=en_news
35. Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg. Mutiertes Coronavirus: Erster Nachweis der Variante B.1.1.7 in Baden-Württemberg. 24 December 2020. Available from: https://sozialministerium.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/mutiertes-coronavirus-erster-nachweis-der-variante-b117-in-baden-wuerttemberg/
36. Robert Koch Institut (RKI). Informationen zu neuen SARS-CoV-2-Virusvarianten in Großbritannien und Südafrika. 24 December 2020. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Virusvariante_Grossbritannien.html
37. Robert Koch Institut (RKI). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Daily Situation Report of the Robert Koch Institute. 28 December 2020. Available from: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Situationsberichte/Dez_2020/2020-12-28-en.pdf?__blob=publicationFile
38. Ministère des Solidarités et de la Santé. Première détection d'un cas de contamination au variant VOC 202012/01 du SARS-CoV-2. 26 December 2020. Available from: https://solidarites-sante.gouv.fr/actualites/presse/communiques-de-presse/article/premiere-detection-d-un-cas-de-contamination-au-variant-voc-202012-01-du-sars
39. Folkhälsomyndigheten - Public Health Agency of Sweden. Den brittiska virusvarianten påvisad i Sverige. 26 December 2020. Available from: https://www.folkhalsomyndigheten.se/nyheter-och-press/nyhetsarkiv/2020/december/den-brittiska-virusvarianten-pavisad-i-sverige/
40. Reuters. Singapore confirms first case of new coronavirus variant found in UK. 24 Dicember 2020. Available from: https://www.reuters.com/article/health-coronavirus-singapore/singapore-confirms-first-case-of-new-coronavirus-variant-found-in-uk-idUSL4N2J4017
41. Hassan H. on Twitter. A case of the new surge of COVID19 was recorded on the ME 202 flight coming from London on December 21. 25 December 2020. Available from: https://twitter.com/Hamad_hassan20/status/1342415595774631937

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

42. GOV.UK - Department of Health and Social Care. Guidance: Full list of local restriction tiers by area. 23 December 2020. Available from: https://www.gov.uk/guidance/full-list-of-local-restriction-tiers-by-area
43. GOV.UK. Press release: Prime Minister announces Tier 4: 'Stay At Home' Alert Level in response to new COVID variant. 19 December 2020. Available from: https://www.gov.uk/government/news/prime-minister-announces-tier-4-stay-at-home-alert-level-in-response-to-new-covid-variant
44. European Commission (EC). Commission Recommendation on a coordinated approach to travel and transport in response to the SARS-COV-2 variant observed in the United Kingdom. 22 December 2020. Available from: https://ec.europa.eu/info/files/commission-recommendation-coordinated-approach-travel-and-transport-response-sars-cov-2-variant-observed-united-kingdom_en
45. European Union (EU). Re-open EU. cited 26 December 2020. Available from: https://reopen.europa.eu/en
46. National Institute for Communicable Diseases - Division of the National Health Laboratory Service. National COVID-19 Daily Report - National COVID-19 Situation Summary. 25 December 2020. Available from: https://www.nicd.ac.za/diseases-a-z-index/covid-19/surveillance-reports/national-covid-19-daily-report/
47. National Institute for Communicable Diseases - Division of the National Health Laboratory Service. COVID-19 Second Wave in South Africa. 2 December 2020. Available from: https://www.nicd.ac.za/covid-19-second-wave-in-south-africa/
48. South African Government. Minister Zweli Mkhize confirms 8 725 more cases of Coronavirus COVID-19. 18 December 2020. Available from: https://www.gov.za/speeches/minister-zweli-mkhize-confirms-8-725-more-cases-coronavirus-covid-19-18-dec-2020-0000
49. National Institute for Communicable Diseases - Division of the National Health Laboratory Service. New variant of SARS-CoV-2 frequently asked questions. 19 December 2020. Available from: https://www.nicd.ac.za/new-variant-of-sars-cov-2-frequently-asked-questions/
50. Tegally H, Wilkinson E, Giovanetti M, Iranzadeh A, Fonseca V, Giandhari J, et al. Emergence and rapid spread of a new severe acute respiratory syndrome-related coronavirus 2 (SARS-CoV-2) lineage with multiple spike mutations in South Africa. medRxiv [Preprint]. 22 December 2020; Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.21.20248640v1
51. Salim S. Abdool Karim. The 2nd Covid-19 wave in South Africa:Transmissibility & a 501.V2 variant. 18 December 2020. Available from: https://www.scribd.com/document/488618010/Full-Presentation-by-SSAK-18-Dec
52. Africa CDC (ACDC). Alert Notification: New SARS-CoV-2 variant with multiple spike protein mutations. 21 December 2020. Available from: https://africacdc.org/download/alert-notification-new-sars-cov-2-variant-with-multiple-spike-protein-mutations/
53. GOV.UK - Public Health England (PHE). Confirmed cases of COVID-19 variant from South Africa identified in UK. 23 December 2020. Available from: https://www.gov.uk/government/news/confirmed-cases-of-covid-19-variant-from-south-africa-identified-in-uk
54. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 surveillance report - Week 51, 2020. 24 December 2020. Available from: https://covid19-surveillance-report.ecdc.europa.eu/
55. EuroMOMO. EuroMOMO Bulletin, Week 51, 2020. 26 December 2020. Available from: https://euromomo.eu/
56. GOV.UK - Public Health England (PHE). Investigation of novel SARS-COV-2 variant: Variant of Concern 202012/01. 21 December 2020. Available from: https://www.gov.uk/government/publications/investigation-of-novel-sars-cov-2-variant-variant-of-concern-20201201
57. Republic of South Africa - Department of Health. Update on Covid-19. 18 December 2020. Available from: https://sacoronavirus.co.za/2020/12/18/update-on-covid-19-18th-december-2020/
58. Statens Serum Institut (SSI). Preliminary rapport on SARS-CoV-2 spike mutations arising in Danish mink, their spread to humans and neutralization data. SARS-CoV-2 spike mutations arising in Danish mink and their spread to humans. 24 December 2020]. Available from: https://www.ssi.dk/-/media/arkiv/dk/aktuelt/nyheder/2020/mink-cluster-5-kort-rapport.pdf
59. Statens Serum Institut (SSI). Beskrivelse af covid-19-variant N439K.22 December 2020. Available from: https://www.ssi.dk/aktuelt/nyheder/2020/beskrivelse-af-covid-19-variant-n439k
60. Hodcroft EB, Zuber M, Nadeau S, Crawford KHD, Bloom JD, Veesler D, et al. Emergence and spread of a SARS-CoV-2 variant through Europe in the summer of 2020. medRxiv [Preprint]. 27 November 2020; Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.10.25.20219063v2
61. Li Q, Wu J, Nie J, Zhang L, Hao H, Liu S, et al. The Impact of Mutations in SARS-CoV-2 Spike on Viral Infectivity and Antigenicity. Cell. 2020;182(5):1284-94. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867420308771
62. Thomson EC, Rosen LE, Shepherd JG, Spreafico R, da Silva Filipe A, Wojcechowskyj JA, et al. The circulating SARS-CoV-2 spike variant N439K maintains fitness while evading antibody-mediated immunity. bioRxiv [Preprint]. 5 November 2020 2020; Available from: https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.11.04.355842v1
63. Volz E, Hill V, McCrone JT, Price A, Jorgensen D, O'Toole Á, et al. Evaluating the Effects of SARS-CoV-2 Spike Mutation D614G on Transmissibility and Pathogenicity. Cell [Preprint]. 19 November 2020; Available from: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867420315373
64. Plante JA, Liu Y, Liu J, Xia H, Johnson BA, Lokugamage KG, et al. Spike mutation D614G alters SARS-CoV-2 fitness. Nature. 2020:1-6. Available from: https://www.nature.com/articles/s41586-020-2895-3

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

65. Zhang L, Jackson CB, Mou H, Ojha A, Peng H, Quinlan BD, et al. SARS-CoV-2 spike-protein D614G mutation increases virion spike density and infectivity. Nature Communications. 2020;11(1):1-9. Available from: https://www.nature.com/articles/s41467-020-19808-4
66. Hou YJ, Chiba S, Halfmann P, Ehre C, Kuroda M, Dinnon KH, et al. SARS-CoV-2 D614G variant exhibits efficient replication ex vivo and transmission in vivo. Science. 2020;370(6523):1464-8. Available from: https://science.sciencemag.org/content/370/6523/1464
67. Rambaut A, Loman N, Pybus O, Barclay W, Barrett J, Carabelli A, et al. Preliminary genomic characterisation of an emergent SARS-CoV-2 lineage in the UK defined by a novel set of spike mutations. 24 December 2020. Available from: https://virological.org/t/preliminary-genomic-characterisation-of-an-emergent-sars-cov-2-lineage-in-the-uk-defined-by-a-novel-set-of-spike-mutations/563
68. Hadfield J, Megill C, Bell SM, Huddleston J, Potter B, Callender C, et al. Nextstrain: real-time tracking of pathogen evolution. Bioinformatics. 2018;34(23):4121-3. Available from: https://academic.oup.com/bioinformatics/article/34/23/4121/5001388
69. Nextstrain. Real-time tracking of pathogen evolution. 24 December 2020. Available from: https://nextstrain.org/
70. Shu Y, McCauley J. GISAID: Global initiative on sharing all influenza data - from vision to reality. Euro Surveill. 2017;22(13):30494. Available from: https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2017.22.13.30494
71. Cov-lineages.org. SARS-CoV-2 lineages. 24 December 2020. Available from: https://cov-lineages.org/
72. Rambaut A, Holmes EC, O'Toole Á, Hill V, McCrone JT, Ruis C, et al. A dynamic nomenclature proposal for SARS-CoV-2 lineages to assist genomic epidemiology. Nature Microbiology. 2020;5(11):1403-7. Available from: https://www.nature.com/articles/s41564-020-0770-5
73. New and Emerging Respiratory Virus Threats Advisory Group (NERVTAG). NERVTAG meeting on SARS-CoV-2 variant under investigation VUI-202012/01. 18 December 2020. Available from: https://khub.net/documents/135939561/338928724/SARS-CoV-2+variant+under+investigation%2C+meeting+minutes.pdf/962e866b-161f-2fd5-1030-32b6ab467896?t=1608470511452
74. Golubchik T, Lythgoe KA, Hall M, Ferretti L, Fryer HR, MacIntyre-Cockett G, et al. Early Analysis of a potential link between viral load and the N501Y mutation in the SARS-COV-2 spike protein. 24 December 2020. Available from: https://www.coronavirus-fraser-group.org/files/files/updated_report_to_nervtag_oxford_20201222.pdf
75. Starr TN, Greaney AJ, Hilton SK, Ellis D, Crawford KHD, Dingens AS, et al. Deep Mutational Scanning of SARS-CoV-2 Receptor Binding Domain Reveals Constraints on Folding and ACE2 Binding. Cell. 2020;182(5):1295-310. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0092867420310035
76. GOV.UK. SARS-CoV-2 lateral flow antigen tests: evaluation of VUI-202012/01. 23 December 2020. Available from: https://www.gov.uk/government/publications/sars-cov-2-lateral-flow-antigen-tests-evaluation-of-vui-20201201/sars-cov-2-lateral-flow-antigen-tests-evaluation-of-vui-20201201
77. Davies N, Barnard RC, Jarvis CI, Kucharski AJ, Munday JD, Pearson CAB, et al. Estimated transmissibility and severity of novel SARS-CoV-2 Variant of Concern 202012/01 in England. 23 December 2020. Available from: https://cmmid.github.io/topics/covid19/uk-novel-variant.html
78. European Medicines Agency (EMA) - Committee for Medicinal Products for Human Use (CHMP). Assessment report - Comirnaty - Common name: COVID-19 mRNA vaccine (nucleoside-modified) - Procedure No. EMEA/H/C/005735/0000. 21 December 2020. Available from: https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/comirnaty-epar-public-assessment-report_en.pdf
79. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Operational tool on rapid risk assessment methodology – ECDC 2019. [14 March 2019; cited 24 December 2020]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-tool-rapid-risk-assessment-methodology-ecdc-2019
80. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Updated projections of COVID-19 in the EU/EEA and the UK. 23 November 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid19-updated-projections-november-2020
81. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Sequencing of SARS-CoV-2. 23 December 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/sequencing-sars-cov-2
82. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Operational considerations for influenza surveillance in the WHO European Region during COVID-19: interim guidance. 16 October 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/operational-considerations-influenza-surveillance-european-region-during-covid-19
83. Choi B, Choudhary MC, Regan J, Sparks JA, Padera RF, Qiu X, et al. Persistence and Evolution of SARS-CoV-2 in an Immunocompromised Host. New England Journal of Medicine. 2020;383(23):2291-3. Available from: https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMc2031364
84. Kemp S, Collier D, Datir R, Gayed S, Jahun A, Hosmillo M, et al. Neutralising antibodies drive Spike mediated SARS-CoV-2 evasion. medRxiv [Preprint]. 19 December 2020; Available from: https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.12.05.20241927v2

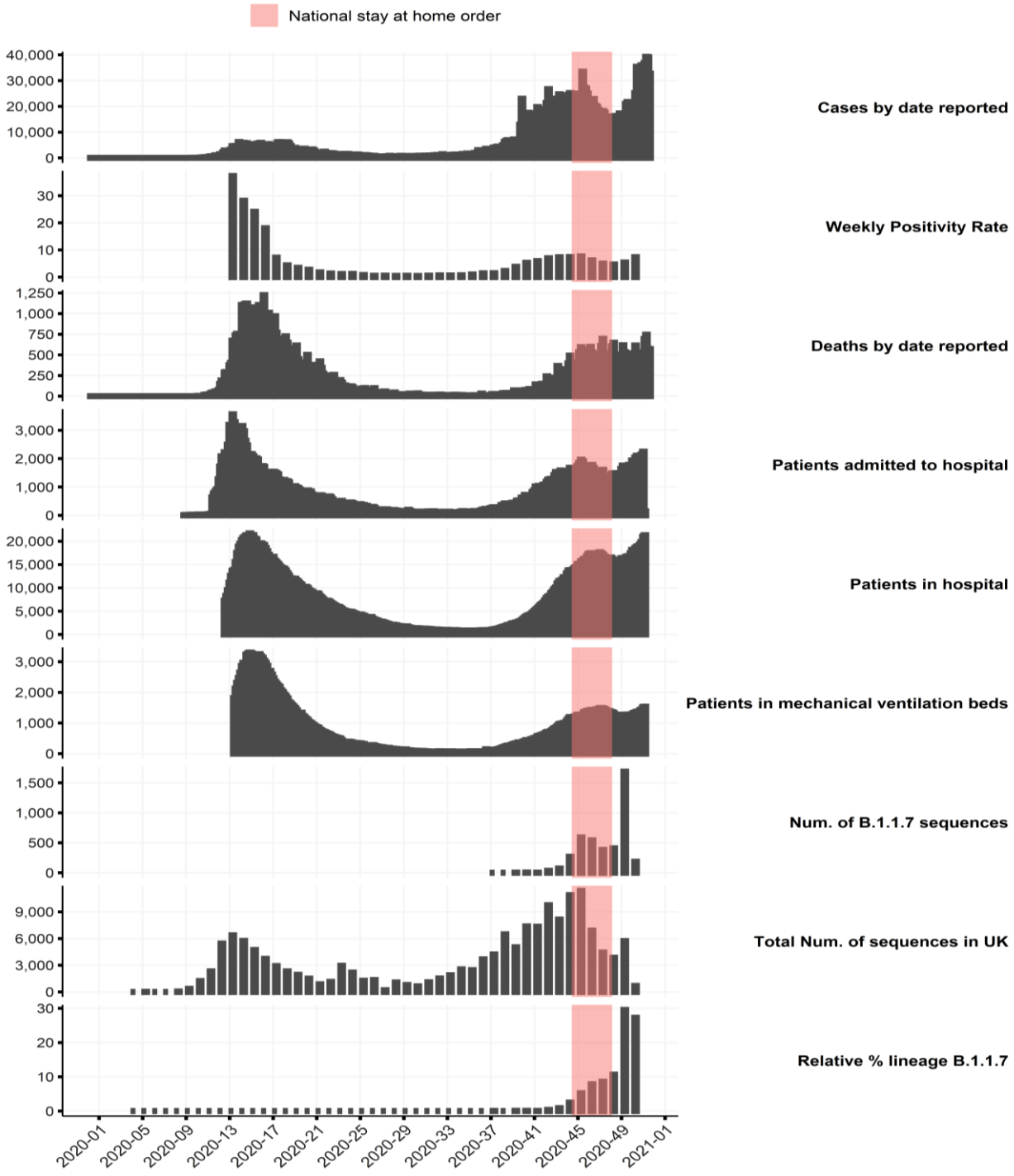
PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

85. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Guidelines for the implementation of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. 24 September 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidelines-non-pharmaceutical-interventions
86. Office for National Statistics (ONS). Coronavirus (COVID-19) Infection Survey, UK: 24 December 2020. 28 December 2020. Available from: https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/healthandsocialcare/conditionsanddiseases/bulletins/coronaviruscovid19infectionsurveypilot/24december2020#age-analysis-of-the-number-of-people-in-england-who-had-covid-19
87. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). COVID-19 in children and the role of school settings in transmission - first update. 23 December 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/children-and-school-settings-covid-19-transmission
88. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Data on testing for COVID-19 by week and country. 23 December 2020. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-testing
89. COVID-19 Genomics UK Consortium (COGUK). Data. 26 December 2020. Available from: https://www.cogconsortium.uk/data/

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Annex

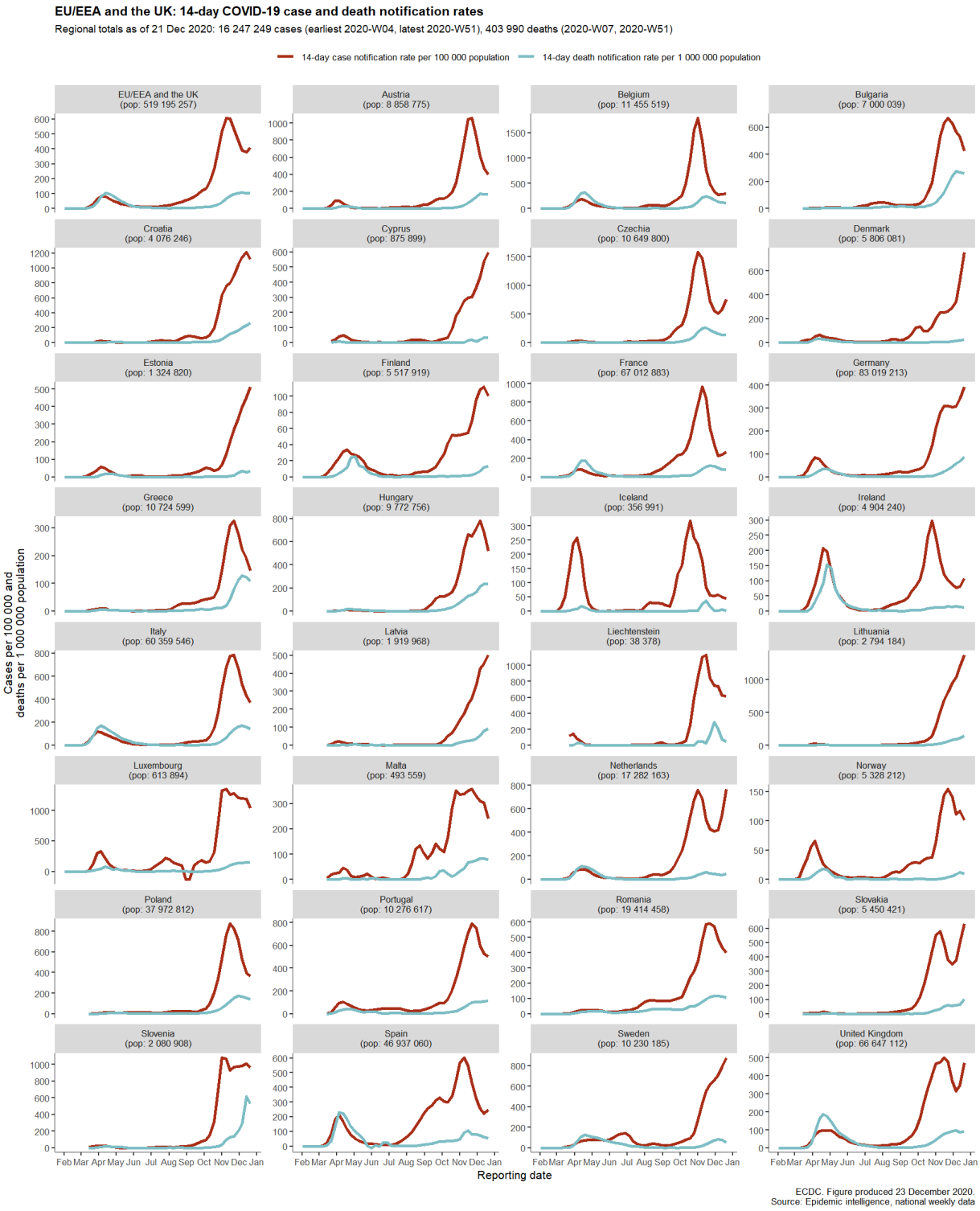
Figure A1. Multiple daily epidemiological and weekly laboratory and genomic indicators of interest by date in United Kingdom, as of 26 of December 2020, and latest national stay-at-home order in November 2020



***Sources**: The national stay-at-home order in November 2020 was preceded by regional measures not reported in this figure which had been implemented since October 2020. Epidemiological indicators are retrieved as of 26 December 2020 ('Cases by date reported', 'Deaths within 28 days of positive test by date reported', 'Patients admitted to hospital', 'Patients in hospital' and 'Patients in mechanical ventilation beds') [2]. The source of weekly positive rate time series is Data on testing for COVID-19 by week and country as of week 51 [88]. The weekly indicators on genomic data presented in the three bottom panels are computed using metadata file with latest released sequences from the COVID-19 Genomics UK Consortium data hub as of 24 December 2020 [89].*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Figure A2. 14-day COVID-19 case and death notification rates in the EU/EEA and the UK, as of 20 December 2020



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

A
Ufficio di Gabinetto
Sede

Protezione Civile
Coordinamento.emergenza@protezionecivile.it
protezionecivile@pec.governo.it

Ministero Economia e Finanze
mef@pec.mef.gov.it

Ministero Sviluppo Economico
gabinetto@pec.mise.gov.it

Ministero Infrastrutture e Trasporti
ufficio.gabinetto@pec.mit.gov.it

Ministero Del Lavoro e Politiche Sociali
segreteriaministro@pec.lavoro.gov.it

Ministero dei Beni e Delle Attività Culturali e del Turismo
mbac-udcm@mailcert.beniculturali.it

Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale
gabinetto.ministro@cert.esteri.it

Ministero della Difesa Ispettorato Generale della Sanità Militare
stamadifesa@postacert.difesa.it

Ministero dell'Istruzione
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

Ministero dell'Università e della Ricerca
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

Ministero dell'Interno
gabinetto.ministro@pec.interno.it

Ministero della Giustizia
capo.gabinetto@giustiziacert.it

Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria
Direzione Generale dei Detenuti e del Trattamento
Ministero Della Giustizia
prot.dgdt.dap@giustiziacert.it
gabinetto.ministro@giustiziacert.it

Ministero dello Sviluppo Economico
gabinetto@pec.mise.gov.it

Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali
ministro@pec.politicheagricole.gov.it

Ministero dell'Ambiente e della Tutela del Territorio e del Mare
segreteria.ministro@pec.minambiente.it

Presidenza Consiglio dei Ministri - Dipartimento per gli Affari Regionali e le Autonomie
affariregionali@pec.governo.it

Assessorati alla Sanità Regioni Statuto Ordinario e Speciale
LORO SEDI

Assessorati alla Sanità Province Autonome Trento e Bolzano
LORO SEDI

Associazione Nazionale Comuni Italiani (ANCI)
anci@pec.anci.it

U.S.M.A.F. – S.A.S.N. Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera
LORO SEDI

Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
Conferenza Episcopale Italiana
salute@chiesacattolica.it

Don Massimo Angelelli
Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
m.angelelli@chiesacattolica.it

Federazione Nazionale Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri
segreteria@pec.fnomceo.it

FNOPI Federazione Nazionale Ordini Professioni Infermieristiche
federazione@cert.fnopi.it

FNOPO Federazione Nazionale degli Ordini della Professione di Ostetrica
presidenza@pec.fnopo.it

FOFI Federazione Ordini Farmacisti Italiani
posta@pec.fofi.it

Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico DGDMF
SEDE

Federazione Nazionale Ordini dei TSRM e delle Professioni Sanitarie Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione federazione@pec.tsrm.org

Azienda Ospedaliera - Polo Universitario Ospedale Luigi Sacco
protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it

Comando Carabinieri Tutela della Salute – NAS
srm20400@pec.carabinieri.it

Istituto Superiore di Sanità
protocollo.centrale@pec.iss.it

Istituto Nazionale per le Malattie Infettive – IRCCS "Lazzaro Spallanzani"
direzionegenerale@pec.inmi.it

Centro Internazionale Radio Medico (CIRM)
fondazionecirm@pec.it

Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP)
inmp@pec.inmp.it

Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane (FISM)
fism.pec@legalmail.it

Confartigianato
presidenza@confartigianato.it

CONFCOMMERCIO
confcommercio@confcommercio.it

Ente Nazionale per l'Aviazione Civile - ENAC
protocollo@pec.enac.gov.it

TRENITALIA
ufficiogruppi@trenitalia.it

ITALO - Nuovo Trasporto Viaggiatori SpA
italo@pec.ntvspa.it

Direzione Generale Programmazione Sanitaria
DGPROGS
SEDE

SIMIT – Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali
segreteria@simit.org

Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (Simspe-onlus)
Via Santa Maria della Grotticella 65/B
01100 Viterbo

Ordine Nazionale dei Biologi
protocollo@peconb.it

ANTEV Associazione Nazionale Tecnici Verificatori - PRESIDENTE presidente@antev.net

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
siaarti@pec.it

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali
AGENAS
agenas@pec.agenas.it

Federazione Nazionale degli Ordini dei CHIMICI e dei FISICI
segreteria@pec.chimici.it

Dipartimento Per Le Politiche Della Famiglia ROMA
segredipfamiglia@pec.governo.it

Regione Veneto – Assessorato alla sanità
Direzione Regionale Prevenzione
Coordinamento Interregionale della Prevenzione
francesca.russo@regione.veneto.it
coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

OGGETTO: Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di *testing*.

Considerando l'evoluzione della situazione epidemiologica, le nuove evidenze scientifiche e le indicazioni pubblicate dal Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie(ECDC)[1,2], si forniscono aggiornamenti sulla definizione di caso ai fini della sorveglianza e sulla strategia di *testing* e *screening* che sostituiscono rispettivamente le indicazioni contenute nelle circolari N. 7922 del 09/03/2020 "*COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso*" e N. 35324 del 30/10/2020 "*Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica".*

DEFINIZIONE CASO COVID-19

Criteri clinici

Presenza di almeno uno dei seguenti sintomi:

- tosse
- febbre
- dispnea
- esordio acuto di anosmia, ageusia o disgeusia

Altri sintomi meno specifici possono includere cefalea, brividi, mialgia, astenia, vomito e/o diarrea.

Criteri radiologici

Quadro radiologico compatibile con COVID-19.

Criteri di laboratorio

1. Rilevamento di acido nucleico di SARS-CoV-2 in un campione clinico,

OPPURE

2. Rilevamento dell'antigene SARS-CoV-2 in un campione clinico in contesti e tempi definiti nella sezione dedicata: "Impiego dei test antigenici rapidi".

Criteri epidemiologici

Almeno uno dei due seguenti link epidemiologici:

- contatto stretto con un caso confermato COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso;

1 Case definition for coronavirus disease 2019 (COVID-19), as of 3 December 2020 (disponibile presso: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/surveillance/case-definition)

2 European Centre for Disease Prevention and Control. Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK. 19 November 2020. ECDC: Stockholm; 2020. (disponibile presso: https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Options-use-of-rapid-antigen-tests-for-COVID-19_0.pdf)

- essere residente/operatore, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi, in contesti sanitari (ospedalieri e territoriali) e socioassistenziali/sociosanitari quali RSA, lungodegenze, comunità chiuse o semichiuse (ad es. carceri, centri di accoglienza per migranti), in cui vi sia trasmissione di SARS-CoV-2.

Classificazione dei casi

A. Caso Possibile

Una persona che soddisfi i criteri clinici.

B. Caso probabile

Una persona che soddisfi i criteri clinici con un link epidemiologico,

OPPURE

una persona che soddisfi i criteri radiologici.

C. Caso confermato

Una persona che soddisfi il criterio di laboratorio.

Segnalazione di caso COVID-19 ai fini di sorveglianza

Ai fini della sorveglianza nazionale Covid-19 (sia flusso casi individuali coordinato da ISS che quello aggregato, coordinato da Ministero della Salute) dovranno essere segnalati solo i casi classificati come confermati secondo la nuova definizione.

Obbligo di tracciabilità di tutti i test nei sistemi informativi regionali

Gli esiti dei test antigenici rapidi o dei test RT-PCR, anche se effettuati da laboratori, strutture e professionisti privati accreditati dalle Regioni devono essere inseriti nel sistema informativo regionale di riferimento.

STRATEGIA DI TESTING E SCREENING

Il test molecolare rappresenta il *gold standard* internazionale per la diagnosi di COVID-19 in termini di sensibilità e specificità. La metodica di *real-time* RT-PCR (*Reverse Transcription-Polymerase Chain Reaction*) permette, attraverso l'amplificazione dei geni virali maggiormente espressi, di rilevare la presenza del genoma virale oltre che in soggetti sintomatici anche in presenza di bassa carica virale, pre-sintomatici o asintomatici. Alla luce dell'emergenza di mutazioni del gene che codifica per la proteina *spike*, si sconsiglia l'utilizzo di test basati esclusivamente sul gene S per il rilevamento dell'infezione da SARS-CoV-2 mediante RT-PCR.

I test antigenici rapidi rilevano la presenza di proteine virali (antigeni). Sono disponibili diversi tipi di test antigenico, dai saggi immunocromatografici *lateral flow* (prima generazione) ai test a lettura

immunofluorescente, i quali hanno migliori prestazioni. I test di ultima generazione (immunofluorescenza con lettura in microfluidica) sembrano mostrare risultati sovrapponibili ai saggi di RT-PCR (AMCLI Associazione Microbiologi Clinici Italiani Prot 01 -2021 "Indicazioni operative AMCLI su quesiti frequenti relativi alla diagnosi molecolare di infezione da SARS-CoV").

I tempi di lettura dell'esame sono brevi, ma la sensibilità e specificità dei test di prima e seconda generazione tendono ad essere inferiori a quelli del test molecolare e variano sensibilmente in funzione del momento di prelievo del campione. Nei casi in cui saggi antigenici rapidi di ultima generazione o test molecolare in RT-PCR non siano disponibile, o i tempi di risposta siano eccessivi, precludendone l'utilità clinica e/o di salute pubblica, si raccomanda il ricorso a test antigenici rapidi che abbiano i seguenti requisiti minimi di *performance*: ≥80% di sensibilità e ≥97% di specificità. L'ECDC suggerisce, soprattutto in situazioni di bassa prevalenza di SARS-CoV-2/COVID-19, di utilizzare test con prestazioni più vicine alla RT-PCR, vale a dire sensibilità ≥90% e specificità ≥97%. La *Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND)* (https://www.finddx.org/covid-19/pipeline/?section=show-all#diag_tab) ha creato una piattaforma online con dati in continuo aggiornamento relativamente ai saggi per SARS-CoV-2 attualmente disponibili sin dalle prime fasi di sviluppo fino alla piena approvazione normativa.

Il valore predittivo positivo (PPV) e il valore predittivo negativo (NPV) di un test dipendono dalla prevalenza della malattia nella popolazione *target* e dalle prestazioni del test, ed entrambe queste caratteristiche debbono essere prese in considerazione nella scelta di utilizzo di un test antigenico rapido che abbia sensibilità e specificità non elevate. La tabella 1 mostra degli esempi della prevalenza stimata di COVID-19 in diverse popolazioni bersaglio in situazioni differenti.

Tabella 1 Range di prevalenza stimata di COVID-19 in diverse popolazioni bersaglio in situazioni differenti.

Popolazione bersaglio	**Esempio range prevalenza**
Comunità con prevalenza elevata, focolaio, operatori sanitari sintomatici	Alta – molto alta (10-≥30%)
Operatori sanitari asintomatici con esposizione significativa, comunità con prevalenza elevata	Alta (10%)
Contatti di casi confermati	Bassa - molto alta (2-30%)
Persone sintomatiche in comunità con bassa trasmissione	Bassa - alta (2-10%)
Popolazione generale asintomatica	Molto bassa - bassa (≤2%)

Impiego dei test antigenici rapidi di prima e seconda generazione

I risultati del test antigenico rapido vanno interpretati in base alla situazione epidemiologica della popolazione studiata. In un contesto ad alta prevalenza, i test antigenici rapidi avranno un PPV elevato. Pertanto, è probabile che la positività di un test antigenico rapido sia indicativa di una vera infezione, non richiedendo conferma con test RT-PCR. Viceversa, in un contesto di bassa prevalenza, i test antigenici rapidi avranno un NPV elevato ma un PPV basso. Pertanto, se utilizzati correttamente,

i test antigenici rapidi in un contesto a bassa prevalenza dovrebbero essere in grado di rilevare un caso altamente contagioso. In questo caso, un risultato positivo richiederà una conferma immediata (vedasi Diagramma).

Impiego dei test antigenici rapidi di ultima generazione

Come già ribadito questi test sembrano mostrare risultati sovrapponibili ai saggi di RT-PCR, specie se utilizzati entro la prima settimana di infezione, e sulla base dei dati al momento disponibili risultano essere una valida alternativa alla RT-PCR. Qualora le condizioni cliniche del paziente mostrino delle discordanze con il test di ultima generazione la RT-PCR rimane comunque il *gold standard* per la conferma di Covid-19.

Uso del test antigenico rapido nelle persone con sintomi

Se la capacità di RT-PCR è limitata o qualora sia necessario adottare con estrema rapidità misure di sanità pubblica, può essere considerato l'uso dei test antigenici rapidi in individui con sintomi compatibili con COVID-19 nei seguenti contesti:

- situazioni ad alta prevalenza, per testare i casi possibili/probabili;
- focolai confermati tramite RT-PCR, per testare i contatti sintomatici, facilitare l'individuazione precoce di ulteriori casi nell'ambito del tracciamento dei contatti e dell'indagine sui focolai;
- comunità chiuse (carceri, centri di accoglienza, etc.) ed ambienti di lavoro per testare le persone sintomatiche quando sia già stato confermato un caso con RT-PCR;
- in contesti sanitari e socioassistenziali/sociosanitari:
    - per il triage di pazienti/residenti sintomatici al momento dell'accesso alla struttura
    - per la diagnosi precoce in operatori sintomatici

Timing:

Il test antigenico rapido (preferibilmente test antigenici a lettura fluorescente o ancor meglio test basati su immunofluorescenza con lettura in microfluidica) va eseguito il più presto possibile e in ogni caso entro cinque giorni dall'insorgenza dei sintomi. In caso di eventuale risultato negativo il test deve essere ripetuto con metodica RT-PCR o con un secondo test antigenico rapido a distanza di 2-4 giorni. Anche a seguito di un primo risultato negativo e in attesa del secondo test, restano tuttavia valide le misure previste dalla Circolare N. 32850 del 12/10/2020 per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena.

Uso del test antigenico rapido nelle persone senza sintomi

L'uso di test antigenici rapidi può essere raccomandato per testare le persone, indipendentemente dai sintomi, quando si attende una percentuale di positività elevata per esempio che approssimi o superi il 10%:

- nelle attività di *contact tracing*, per testare contatti asintomatici con esposizione ad alto rischio;
- nelle attività di screening di comunità per motivi di sanità pubblica (es. ambito scolastico, luoghi di lavoro, ecc). In tale situazione, il rischio di non rilevare tutti i casi o di risultati falsi negativi è bilanciato dalla tempestività dei risultati e dalla possibilità di effettuare test periodici;
- in contesti sanitari e socioassistenziali/sociosanitari quali comunità chiuse o semichiuse (ad es. carceri, centri di accoglienza per migranti), in aree con elevata trasmissione comunitaria per lo screening periodico dei residenti/operatori/visitatori; riguardo RSA, lungodegenze e altre luoghi di assistenza sanitaria, l'impiego dei test antigenici rapidi di ultima generazione può essere considerato laddove sia necessario adottare con estrema rapidità misure di sanità pubblica;

Timing:

Se la data di esposizione non è nota o se ci sono state esposizioni multiple da almeno tre giorni, il test antigenico rapido deve essere eseguito prima possibile e entro 7 giorni dall'ultima esposizione. Nel caso in cui ci sia stata una sola esposizione il test antigenico rapido va effettuato tra il terzo ed il settimo giorno dall'esposizione.

Nei programmi di screening periodico la frequenza di ripetizione del test deve essere commisurata al rischio infettivo, alla circolazione del virus e al possibile impatto di un focolaio.

Risultati discordanti

Come già menzionato, in caso di discordanza tra test antigenico rapido e test molecolare eseguiti entro un intervallo di tempo breve, il risultato RT-PCR prevale sul risultato del test antigenico e i dati comunicati al sistema di sorveglianza andranno modificati di conseguenza: se un caso positivo al primo test antigenico non verrà successivamente confermato dal test RT-PCR, il totale dei casi positivi da test antigenico dovrà essere corretto nel sistema di sorveglianza aggregato e il caso individuale cancellato dal sistema di sorveglianza integrata dell'ISS.

Misure contumaciali a seguito di test antigenico rapido

Alle persone che risultano positive al test antigenico rapido, anche in attesa di conferma con secondo test antigenico oppure con test RT-PCR, si applicano le medesime misure contumaciali previste nel caso di test RT-PCR positivo.

Restano valide tutte le misure previste dalla Circolare N. 32850 del 12/10/2020 per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena.

Per il soggetto, che non appartiene a categorie a rischio per esposizione lavorativa o per frequenza di comunità chiuse e non è contatto di caso sospetto, che va a fare il test in farmacia o in laboratorio a pagamento, se il saggio antigenico risulta negativo non necessita di ulteriori approfondimenti, se positivo va confermato con test di terza generazione o test in biologia molecolare. Va sempre raccomandato che anche in presenza di un test negativo la presenza di sintomi sospetti deve indurre a contattare il medico curante per gli opportuni provvedimenti.

Dal momento che alcuni test antigenici possono avere una sensibilità sub-ottimale, si raccomanda, nel comunicare un risultato negativo, di fornire una adeguata informazione al soggetto, consigliando comportamenti prudenziali.

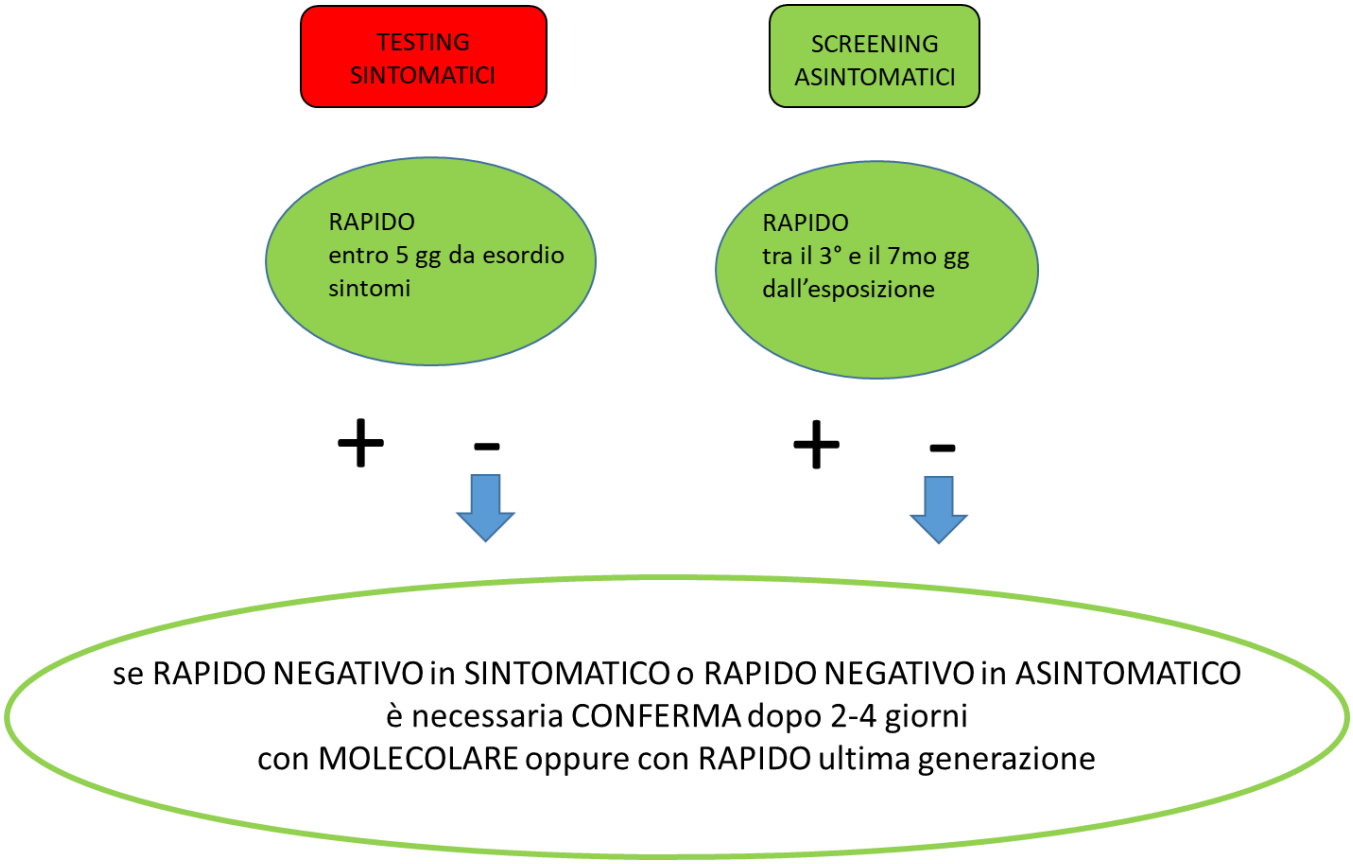
Il DIRETTORE GENERALE
**f.to* Dott. Giovanni Rezza

Il Direttore dell'Ufficio 05
Dott. Francesco Maraglino

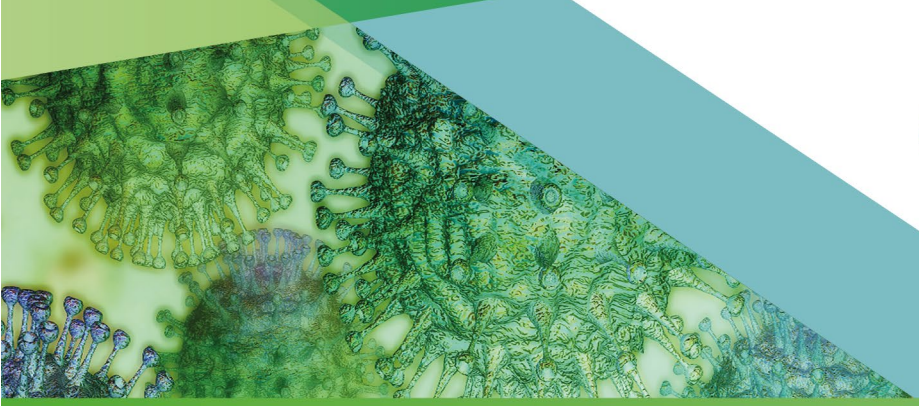
Referente del procedimento:
Dr.ssa Monica Sane Schepisi

**"firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d. Lgs. N. 39/1993"*

Diagramma: **Tempi d'uso e di conferma del test antigenico rapido in contesti ad alta prevalenza.**



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023



European Agency for Safety and Health at Work

ecdc
EUROPEAN CENTRE FOR DISEASE PREVENTION AND CONTROL

ECDC/EU-OSHA TECHNICAL REPORT

Considerations on the use of rapid antigen detection (including self-) tests for SARS-CoV-2 in occupational settings

6 May 2021

Key messages

The use of rapid antigen detection tests (RADTs) and/or self-test RADTs in occupational settings can complement, but not replace, occupational safety and health measures and existing non-pharmaceutical interventions at the workplace aimed at preventing the introduction and spread of SARS-CoV-2. Most importantly, any individual exhibiting COVID-19-like symptoms should stay at home/self-isolate and access testing as soon as possible.

This document outlines the public health and occupational safety and health considerations for the use of RADTs, including self-test RADTs, to detect SARS-CoV-2 in individuals in occupational settings in the European Union/European Economic Area (EU/EEA).

The use of RADTs and/or self-test RADTs is appropriate in settings with high COVID-19 prevalence when a positive result is likely to indicate true infection, as well as in low prevalence settings for rapid identification of highly infectious individuals. In a low prevalence setting, however, caution is needed, as the use of RADTs could result in a high number of false positive test results.

There are different legal frameworks and requirements in the different EU/EEA countries concerning testing in the workplace. Several EU/EEA countries have introduced the use of RADTs at the workplace. However, a recent EU-OSHA survey indicates that the use of self-test RADTs is limited in occupational settings in most EU/EEA countries.

When considering the use of RADTs and/or self-test RADTs in occupational settings, having a clear testing strategy promotes occupational safety and health and facilitates meeting the public health objectives of testing. Within the strategy, the test performance must be considered as well as the prevalence of COVID-19 and the transmission dynamics in the occupational setting at hand.

Discussions on the appropriate testing strategy should be initiated between all relevant stakeholders before their implementation, including employers, workers, occupational safety and health authorities, and public health authorities. When testing strategies are designed and implemented at enterprise level, workers (or their representatives) should be consulted and clearly informed, in a language they can understand, about the procedures set out in the enterprise. The health and safety committee, where available, the occupational physicians or occupational health services should be involved in designing and implementing it. Furthermore, testing at the workplace should be clearly embedded in the occupational safety and health management approach according to the hierarchy of control, and the results of testing should be considered in the regular revision of the workplace risk assessment.

The cost of testing is an issue for enterprises when setting up testing programmes. Funding opportunities may be an important incentive to implement testing at workplaces.

Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control/European Agency for Safety and Health at Work. Considerations on the use of rapid antigen detection (including self-) tests for SARS-CoV-2 in occupational settings. ECDC/EU-OSHA: Stockholm/Bilbao; 6 May 2021.

© European Centre for Disease Prevention and Control/ European Agency for Safety and Health at Work. Stockholm/Bilbao, 2021.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Scope of this document

This document outlines the public health considerations for the use of rapid antigen detection tests (RADTs), including self-test RADTs to detect SARS-CoV-2 in individuals in occupational settings in the European Union/European Economic Area (EU/EEA), and provides information on the use of such tests in an occupational safety and health at work context.

This document is not intended to provide recommendations, but to outline the available options for rapid testing to assist public health and occupational safety and health authorities in EU/EEA countries when developing their national guidelines for the prevention of SARS-CoV-2 infection in the workplace, building and consolidating information from previously published ECDC material, including:

- COVID-19 clusters and outbreaks in occupational settings in the EU/EEA and the UK [1];
- COVID-19 testing strategies and objectives [2];
- Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings - sixth update [3];
- Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK [4]; and
- Considerations on the use of self-tests for COVID-19 in the EU/EEA [5].

In addition, this document provides a status report of policies implemented in an occupational safety and health context in EU/EEA countries, through an online survey distributed to the national Focal Points of the European Agency for Safety and Health at Work (EU-OSHA) in April 2021.

Target audience

Occupational safety and health and public health authorities in EU/EEA countries.

Glossary

- Asymptomatic: refers to a person with a disease who does not exhibit any symptoms, e.g. COVID-19 symptoms: fever, cough, gastrointestinal symptoms, sudden loss of taste or smell, etc.
- Incidence: refers to the number of new COVID-19 cases during a specified period e.g. seven or 14 days.
- Negative predictive value (NPV): refers to the likelihood of a negative test being truly negative.
- Occupational Safety and Health (OSH): refers to safety, health, and well-being of people at work.
- Positive predictive value (PPV): refers to the likelihood of a positive test being truly positive.
- Prevalence: the proportion of the population with a disease/condition at a specific point or period expressed as a percentage or rate with the total population as the denominator. In this document, the 14-day notification rate of reported COVID-19 cases per 100 000 population provides an estimate of the prevalence of active cases in the population.
- Rapid antigen detection tests (RADTs): these have been developed as both laboratory-based tests (requiring specialised equipment for analysis) as well as for "near-patient" or "point-of-care" use, for which the analysis is performed on a handheld cartridge with a visual readout. RADT results are usually obtained 10 to 30 minutes after the start of the analysis [4]. For the purposes of this document, when referring to RADTs it is implied that it is a rapid antigen test performed and/or interpreted by trained personnel (i.e. including when persons being tested take a swab themselves). Within this document, the phrase "rapid antigen testing" refers to testing for antigens through the use of RADTs (i.e. rapid antigen detection test (RADT) testing).
- RT-PCR: reverse transcription polymerase chain reaction. It is considered the gold standard for the detection of SARS-CoV-2 RNA.
- Self-test RADT: requires an individual to collect a specimen from their own nose/throat (can be a nose swab, throat swab, or a combination of both), conduct the test and interpret the results according to the instructions provided. This is done with a single-use self-test kit that can be used at home (or in another setting) and without any specialised laboratory equipment or training. Self-tests are essentially RADTs (see above) for which the analysis is performed on a handheld cartridge with a visual readout within 10 to 30 minutes.
- Sensitivity: a qualifier of the accuracy of a testing method and represents the probability of a true positive result when using the test.
- A true positive: when an infected individual correctly tests positive when using a particular test.
- A false positive: when a non-infected individual (a non-case) incorrectly tests positive when using a particular test.
- Specificity: a qualifier of the accuracy of a testing method that represents the probability of a true negative test when using this test.
- A true negative: when a non-infected individual correctly tests negative when using a particular test.
- A false negative: when an infected individual (a case) incorrectly tests negative when using a particular test.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Background

Since the beginning of the COVID-19 pandemic, guidelines at EU/EEA and national levels have consistently recommended and underlined the importance that individuals stay at home (self-isolate) upon any COVID-19 compatible signs or symptoms [6,7], and that they are tested as soon as possible. During this time, according to existing guidelines, public health authorities initiate tracing of their contacts [8]. Working from home (teleworking) has also been recommended among the workforce to reduce exposure on public transport on the way to work, as well as at the workplace itself [6,9-11]. Teleworking is not possible for some occupations, so in these instances additional interventions are recommended, e.g. physical distancing, use of face masks when physical distancing is not possible, appropriate respiratory and hand hygiene, and sufficient cleaning and disinfection at the workplace, in addition to the preventive measures set out by the occupational safety and health legislation [10]. There is a comprehensive body of occupational safety and health regulations in place [7,12] that sets out employers' obligations to carry out a workplace risk assessment and set preventive measures to protect workers if the risks cannot be eliminated, including, technical, organisational, and personal protective measures. In addition, EU-OSHA has issued guidance on the protection of workers in the context of the COVID-19 pandemic [7][10,11] and developed an electronic tool for employers' workplace risk assessment [13]. Sector-dedicated guidance on these topics is available [14,15] in many countries and referenced in EU-OSHA guidance [11].

To date, diagnostic and confirmatory testing for SARS-CoV-2 infection primarily refers to reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) performed on a nasopharyngeal specimen. This testing method remains the gold standard for detecting SARS-CoV-2 and is characterised by both high sensitivity and specificity in detecting the genetic material (ribonucleic acid, RNA) of the virus [4].

Rapid antigen detection tests (RADTs), however, are currently contributing significantly to the overall COVID-19 testing capacity, offering advantages in terms of shorter turnaround times and reduced costs, especially in situations in which RT-PCR testing capacity is limited. Test sensitivity for RADTs is generally lower than that for RT-PCR, and they perform best in cases with high viral load (i.e. likely highly infectious individuals), as is the case for individuals who are pre-symptomatic (the period just before they would start to exhibit symptoms) or at the early stages of presenting symptoms (up to five days from symptom onset) [4].

RADTs were initially approved to be performed by trained personnel (both sampling and test performance). In some EU/EEA countries, the specimen collection can also be performed by the individual through self-swabbing.

More recently, the use of self-test RADTs has started in some sectors, where the sampling, testing and result-interpretation is completed by the test-individuals themselves, using RADTs that have been approved for this purpose. Self-test RADTs can be performed in any setting without specialised laboratory equipment and professional training.

In areas where widespread community SARS-CoV-2 transmission is on-going (and there is subsequently a high COVID-19 disease prevalence), the detection of cases in workplaces is to be expected. Providing testing at the workplace for early identification of cases could be an option as an add-on to the above-described interventions/approaches. However, it is crucial that any testing strategy is developed in close collaboration with public health authorities and occupational health services to ensure the appropriate approaches and tests are used, and that they are used in a situation and setting where they are known to be effective. The remainder of this document aims to provide guidance on this.

Occupations at higher risk of SARS-CoV-2 exposure

Work is a social determinant of health, with evidence linking certain occupations to poorer health status. It is therefore important to better understand which population groups are employed in occupations that place them at higher risk during an emergency, such as the ongoing COVID-19 pandemic [16,17], whether due to the working conditions or the occupation itself.

Outbreaks and clusters of COVID-19 in occupational settings have been reported since the start of the pandemic. In the absence of mitigation measures, workers in some occupations are at higher risk of exposure to SARS-CoV-2. These include occupations that require close physical proximity to other people (co-workers, patients, customers, etc.), particularly when the work takes place in an indoor setting and/or where transport/accommodation is shared [1].

From an ECDC survey on outbreak in occupational settings, circulated in July 2020 to EU/EEA countries, most clusters of COVID-19 cases were reported in health and social care work settings, followed by food processing-related occupational settings, mines, and factories/manufacturing settings, and lastly by military/law enforcement settings, building/construction sites, education facilities, sales and retail [1]. Outbreaks were also reported in the transportation sector and packaging/mail distribution centres, as well as bars and restaurants. It is important to note that the vast majority (95%) of outbreaks were reported in indoor settings for all the professional categories, pointing to the significance of confined indoor spaces as a risk for occupational transmission.

An EU-OSHA survey on occupations and groups at high risk of COVID-19, including seasonal or temporary migrant workers, to its national focal points in August 2020 noted that the health and social care sector was considered

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

high risk by virtually all respondents. The construction, food, wholesale and retail, agriculture, and transport sectors were also often identified. Other sectors identified included education, tourism, public transport, and public services sectors.

A lack of sufficient physical distancing, prolonged contact, and poor ventilation are the most significant contributing factors for SARS-CoV-2 transmission, including in occupational settings. In addition to not being able to respect physical distancing because of the nature of the work and/or the housing or transport conditions, employees may also find themselves in a situation where they feel that they must attend work, regardless of potential symptoms or contact with a confirmed case, for fear of losing their job due to absence. This will in itself increase the potential risk for the occupational spread of SARS-CoV-2. This has in some cases been associated with vulnerable groups, where there will be a fear of loss of income or employment if absent from work [1].

Rapid antigen testing at workplaces, results from the EU-OSHA survey

In April 2021, EU-OSHA conducted a survey among its national Focal Points (FOPs, typically the competent national occupational safety and health authority or a national institution designated by them) to gather information on the use of rapid antigen tests in a workplace context (Annex 2).

Availability of RADTs

RADTs were available to employers in all 19 EU and EEA countries that replied to the full survey (Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czechia, Estonia, Finland, Germany, Hungary, Latvia, Lithuania, Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, and Slovenia). Denmark, Greece, and Ireland provided partial input.

In some countries, RADTs were made available to either all employers or employers in specific sectors. Some countries had implemented financial support schemes to cover all or part of the costs for enterprises, while others provided free access to rapid tests to some sectors, e.g. healthcare or social care. In some countries, such as Denmark, the premises set up for free general population testing were also made available to employers for free testing of workers, and tests could be carried out by mobile units or at healthcare centres for mass-testing. A few countries reported limited use of RADTs. Testing strategies in countries may depend on the availability of resources, for example occupational health services.

Common criteria mentioned by the FOPs for the choice of RADTs that were currently in use included test sensitivity $\geq$ 90% and CE certification (please see the section 'RADT as tools for SARS-CoV-2 detection in occupational settings' for information on CE certification). Some countries provided lists of approved tests at the national level, e.g. through employers' organisations or through their public health institutions.

RADTs were also reported to be available to the general public in nearly all countries that replied to the survey. There were settings where clients, customers, patients, or pupils are required to show a negative RADT or RT-PCR to access services, a measure that in a wider sense also provides a degree of protection for workers in these services from the risk of infection. Such requirements were reported for transport (e.g. airports, bus, and rail services), education (kindergartens, schools, universities) including those who attend examinations, healthcare (e.g. hospitals), care homes and similar social services, shops (retail), hairdressers and beauty salons, gyms, restaurants and hotels, participants in sports events, access to skiing resorts or cultural events, or generally in industry. Some of these sectors may have been closed or provided limited services at the time of the survey and such testing may have been required in the context of reopening.

Use of RADTs in workplaces

Testing for SARS-CoV-2 infection in workplaces was reported in the survey to be mostly carried out by occupational health services, occupational physicians or private services and is largely intended to prevent transmission at the workplace through early detection of asymptomatic cases. These tests could also be carried out by public health institutions, as mentioned above. Testing services could be established at the enterprise and such test centres were typically organised by larger enterprises. In case of offshore workers testing stations had been set up at the helicopter base from where the workers travel, for example.

Workers with COVID-19-compatible symptoms were usually referred to public health authorities or the national health system. Public health interventions could be implemented in cases of outbreaks (investigation together with contact tracing activities). In addition to suspected cases, employees with a known history of contact with a confirmed COVID-19 case were usually referred for testing in every sector. Regular testing could also be carried out in companies located in regions with increased incidence or where clusters had been observed on a regular basis.

The survey showed that employers both in public and private sectors implemented routine rapid antigen testing in a varying number of sectors depending on the country. These could include health and social care (in practically all countries), education (in particular schools and kindergartens), retail services, hotels and restaurants, and to a lesser extent universities, hairdressers and beauty salons, gyms, cleaning services, delivery services, public transport, taxi drivers, law enforcement, military personnel, prisons, manufacturing, the energy sector, the

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

maritime sector, agriculture, food preparation and processing, and the meat sector. Other specific examples of RADT testing included the oil and gas industry (Annex 1). Seasonal or migrant workers were targeted for testing in several countries, and their access to the workplace could depend on a negative test.

The size of the enterprise could also determine the extent of testing coverage. In Cyprus, for example, businesses/services that employed up to three workers were required to test all employees, those that employed four to 10 workers needed to test at least four employees, and those that employed more than 11 employees needed to test at least five workers, or 30% of the workforce, whichever is the greater in number. In the education sector, all employees had to be tested.

According to the answers to the EU-OSHA survey, the use of self-test RADTs was limited in the workplace context. Self-administered tests may be used in some countries, and this was reported explicitly in two of the respondent countries (Germany and the Netherlands), but only in one country were they reported to be used at workers' homes. Healthcare and the education sector were the only sectors referenced using self-test RADTs. In Greece, a new obligation for the use of at-home self-test RADTs had been set out very recently in order for workers to access workplaces; the sectors concerned were retail, tourism, manufacturing, food industry, and transportation. Self- testing is also mandatory for students, teachers and other staff in secondary education establishments including vocational education in order to access schools in Greece. Results of self-test RADTs need to be registered on a dedicated platform that issues the necessary certificate [18].

One issue, however, that needs to be considered when assessing the extent to which RADTs are used and the range of sectors where they are applied, is that many countries had implemented strict lockdown measures in the last months, and therefore testing may only have been started when enterprises were allowed to reopen. The use of testing, including the application of RADTs, may very well increase in the framework of reopening and return to the workplace. Testing may also be applied in a wider range of sectors under these circumstances. EU-OSHA has provided guidance for return to work that outlines the basic OSH issues to be considered [11] and this is also included in the OiRA COVID-19 tool for workplace risk assessment [13].

Legal requirements for the use of RADTs at workplaces

Fourteen of the surveyed countries reported that there were regulatory measures on the use of RADTs in the workplace context, of which less than half under the occupational safety and health framework. In six countries, regulations required employers to offer RADTs for workers in specific sectors, that include the health (e.g. hospitals, clinics, including private practice) and social service sectors (in all countries), education (e.g. kindergarten, schools, universities), retail (e.g. shops, markets), personal care (e.g. hairdressers, beauty salons, cleaning services, delivery services), food preparation and manufacture, hotels, catering and restaurants, agriculture, transport (e.g. airlines, railways, taxi, bus and coach services), public and emergency services (e.g. police, fire brigade, prisons), meat processing, and workplaces employing seasonal or migrant workers. Some countries also relied on the input of a committee or an expert group to design their national testing strategies and regulations, for example Ireland [19].

In Germany, for example, according to the second amendment to the SARS-CoV-2 Occupational Health and Safety Regulation from 20 April 2021 [20], employers were obliged to offer those employees that are not teleworking a RADT for SARS-CoV-2 at least once a week. Certain groups of workers needed to be offered at least two tests per week according to this regulation. The latter applied to workers using collective accommodation provided by or at the initiative of the employer, workers who work in enclosed spaces under conditions favouring transmission of SARS-CoV-2, workers in companies providing personal services with direct physical contact, or those who have frequent contact with others.

Intervals for regular testing organised by employers in a workplace context were reported to usually be weekly, but could also range from twice a week to a 21-day interval and could depend on the judgement of the employer following a workplace risk assessment or an assessment by the occupational health physician or service. One country reported that testing was restricted to a maximum of once a day. Workplace risk assessment and judgement of occupational physicians could also determine who in an enterprise had to be tested and how frequently. Furthermore, testing was conducted as needed, after public holidays, vacations, and upon new recruitments.

Testing was reported to normally be voluntary for workers, with a few exceptions reported, for example for workers in the health or social care sectors, who would not be allowed to access the workplace without a negative test. One country reported that the workplace risk assessment could determine that testing be obligatory for workers, and another country reported that workers could face disciplinary action if they refused to undergo a SARS-CoV-2 screening test; dismissal as a possible consequence of not taking a test was mentioned by four countries. Workers with a positive test result would normally have to take a PCR test and, if positive, quarantine; dismissal as a consequence of testing positive was only mentioned once. However, it could be an issue for seasonal or migrant workers who are required to provide a negative test result in order to access the workplace or enter the country. Countries reported that testing required by employers should also be cost-free to workers and that it should ideally be done within working time. Furthermore, generally, any positive tests would have to be reported to public health authorities, either directly or indirectly, and this was reported to be done by healthcare actors, whether occupational or public health services, as the employer would not be allowed to process sensitive

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

health data and was likely to receive information on the measures to be taken (isolation, collective PCR testing, adaptation of workplace measures) and the absence of a worker rather than health-related information, for instance if a worker has tested positive or negative. However, the employer could be informed of a positive test after consent from the workers. There may also be no direct reporting to public health authorities based on RADT as they are not considered conclusive to the same extent as PCR because of moderate sensitivity, especially in the case of negative tests.

Social partners' position on the use of RADTs

Social partners (representing workers' and employers' interests) in the countries that answered the survey were generally positive about the application of rapid tests in a workplace context. The social partners could not be consulted in all countries. In those countries where they were, providing testing opportunities was seen as an important component of the strategy to reduce the incidence of infection and protect workers. However, reservations were expressed on the workers' side about confidentiality of results and how confidential data would be handled at the enterprise level. They pointed out the need for proper procedures that would ensure that testing was offered for free to workers, including further testing after a positive RADT, was voluntary for workers, and performed by trained professionals, preferably by occupational physicians. Workers should not be penalised when testing positive. However, one opinion was voiced that if mandatory testing of workers was foreseen, it should be regulated at the national level rather than at enterprise level, depending on the type of work performed, to prevent unequal treatment and to remove ambiguities. Also, it was seen as important that clear processes were outlined at enterprise level that would ensure that all steps were clearly described, including what happens when a worker tests positive, and that workers would be informed of the companies' procedures. Worker consultation on these procedures was also seen as an important element of setting up testing policies in a workplace context including those at companies' or sectoral level.

The access to rapid antigen testing was seen as an important element to enable opening of enterprises after lockdown by both social partners, for example regarding sectors involved in tourism, museums and cultural events. However, as a test result is only a snapshot and testing is no substitute for occupational safety and health measures in the workplace, social partners insisted on the need for appropriate occupational safety and health measures.

Employers' organisations pointed out that considerable efforts had been made by companies to put in place additional measures at workplaces to protect workers from COVID-19. They raised concerns about the possible cost to enterprises, in particular SMEs, self-employed and public administrations, and the reliability of rapid antigen testing. Another issue mentioned by several countries was the importance of recognising tests in companies within the national testing strategy (for example, enabling a person who tests negative to access other services). Furthermore, the compensation of workers in case they test positive and in cases of precautionary confinement should be secured. Coverage of the latter was foreseen in Germany, for example. Funding seemed to be an essential prerequisite to implement rapid testing programmes at enterprises. For example, the funding programme put in place in Austria had incentivised testing programmes in nearly 2 000 companies covering about 900 000 workers who could get tested up to 2-3 times a week.

Only one country reported a social partner agreement on testing, including rapid antigen testing [21]. In Austria, there was a general collective agreement between social partners that covered testing at the workplace, testing at other facilities, consequences in case of a positive test result, wearing of masks at the workplace, and recreational breaks if wearing a mask was mandatory among others. It was applicable to all members of the Austrian Federal Economic Chamber (public law chamber) and thus to the (quasi-)entirety of the Austrian economy (agreement not specifically on the use of rapid antigen testing).

Other approaches included a national [22] or branch [23] organisation providing model agreements for enterprises on testing. A joint position of social partners was reported by Belgium [24], and it differentiated between testing in the context of an outbreak or high transmission, routine testing, and testing in small- and medium sized-enterprises, particularly in personal services.

Guidance on rapid antigen testing in a workplace context

Ten countries reported that guidance had been issued for rapid antigen testing in a workplace context. Guidance was national in most cases, but could also be directed at specific sectors, for example the health and social care sectors. The approaches were diverse, although it was reported that in most cases employers and those who were performing the testing (e.g. occupational health services) were addressed: in Austria, for instance, guidance had been prepared by the employers' organisation [25], while in Estonia such guidance was prepared by public health authorities but provided instructions for using SARS-CoV-2 RADTs in work collectives [26]. The German social accident insurance (DGUV) provided an FAQ feature on the application of RADTs in a workplace context [27], while in the Netherlands guidance was available for enterprises on how to organise rapid testing or self-testing under supervision, which provided toolkits for enterprises and informed about funding opportunities [28].

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

RADTs as tools for SARS-CoV-2 detection in occupational settings

Several RADTs and self-test RADTs to detect SARS-CoV-2 infection are available and being used to a varying extent in different settings in several EU/EEA countries, including the occupational setting as described above. For the purposes of this document, when referring to RADTs it is implied that it is a RADT performed and/or confirmed by trained personnel. When referring to self-test RADTs, we are referring to tests that are performed and interpreted by the tested individual themselves.

To place a diagnostic test on the EU market, the manufacturer must demonstrate compliance with the applicable legal requirements of EU Directive 98/79/EC for in vitro diagnostic medical devices [29]. This includes carrying out a performance evaluation of the device. Furthermore, for any devices intended for non-medically trained persons, the manufacturer must also apply to a third-party body (called a notified body), which will examine the design aspects of the device and issue a corresponding certificate. Once the manufacturer has declared conformity of the device with the legal requirements, they may affix the "CE" marking to the device and place it on the EU market [4]. A list of CE-marked and commercially available RADTs and self-test RADTs for SARS-CoV-2 in the EU/EEA can be found on the relevant Joint Research Centre (JRC) database [30]. Some EU/EEA countries also provide lists of approved tests at national level.

RADTs, including self-test RADTs, perform best in cases with high viral load, in pre-symptomatic and early symptomatic cases up to five days from symptom onset [4,5]. They can therefore help reduce further transmission through early detection of highly infectious cases, enabling a rapid start of contact tracing. When considering the use of a test, the prevalence of the disease needs to also be taken into consideration, as it will impact the reliability of the tests results.

In some occupational settings, the prevalence of COVID-19 disease will reflect that of the community (i.e. employees in the workplace can be considered as having the same risk of being infected with the virus as anyone in the community). In other settings, the prevalence of the disease could differ from that of the community, as there will be other risk factors to take into consideration (such as in healthcare). The support provided by a diagnostic tool (e.g. RADT, self-test RADTs) in correctly identifying positive individuals (in this case SARS-CoV-2 infection) will depend on how common the disease is in the specific setting (i.e. how *prevalent* the disease is). Table 1 provides some considerations for how accurate RADT and self-test RADTs would be in high and low prevalence settings.

Table 1. Predictive value of RADTs and self-test RADTs in high versus low prevalence settings

	Positive predictive value (PPV)	Negative predictive value (NPV)
High prevalence[a]	High PPV – a positive result is most likely truly positive	Low NPV –a negative result may not be truly negative and therefore it is important to follow up with a confirmatory test (PCR and/or RADT a few days later)
Low prevalence[b]	Low PPV – a positive result may not be truly positive and therefore it is important to follow up with a confirmatory test (PCR and/or RADT)	High NPV – a negative result is most likely truly negative

[a] Conceptual example: high prevalence e.g. estimated 10 000/100 000 and a sensitivity of 0.8 and a specificity of 0.98 the NPV will be 0.978 and PPV will be 0.816. With a sensitivity of 0.98 and specificity of 0.999 the NPV and PPV are 0.998 and 0.991, respectively. For more conceptual examples with different prevalence see Table 2 in [4].
[b] Conceptual example: low prevalence e.g. estimated 50/100 000 and a sensitivity of 0.8 and a specificity of 0.98 the NPV will be 1.000 and PPV will be 0.020. With a sensitivity of 0.98 and specificity of 0.999 the NPV and PPV are 1.000 and 0.329, respectively. For more conceptual examples with different prevalence see Table 2 in [4].

In summary, based on the above and what is presented in Table 1:

- **In a high COVID-19 prevalence setting**: the use of RADTs and self-test RADTs can be useful for identification of individuals infected with SARS-CoV-2, especially in early stages of the infection when the virus load is high, as individuals testing positive can be considered true positives. This will allow rapid isolation of test-positive cases and follow up with public health action. However, individuals testing negative might be false negatives. Continued strong compliance with occupational safety and health measures and all other non-pharmaceutical interventions (NPIs) and public health recommendations continues to be crucial.
- **In a low prevalence setting**: the use of RADTs and self-test RADTs can be useful for rapid identification of highly infectious individuals. However, they will be less useful than in a high prevalence setting for identification of SARS-CoV-2 infected individuals, as many individuals testing positive will be false positives.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

This could lead to unnecessary public health responses to isolate cases and follow-up with public health action; efforts and resources which could be used elsewhere. Contrarily, individuals testing negative can more confidently be considered truly negative. Continued strong compliance with all other NPIs and public health recommendations are crucial.

As will be described in the next section, the use of RADTs and self-test RADTs should be regarded in the overall context of the occupational setting, and within a defined framework/public health strategy for the prevention and control of SARS-CoV-2 in the workplace.

Considerations when introducing RADTs and/or self-test RADTs in the occupational setting

The key public health objective for providing RADTs and/or self-test RADTs in the occupational setting will be to prevent the introduction and spread of SARS-CoV-2-infection in the workplace itself. It is again crucial to underline that such an approach must only complement, and not replace, existing occupational safety and health measures, workplace NPIs and practices for preventing the introduction and spread of SARS-CoV-2 in the workplace.

In an occupational setting, access to testing with RADTs and/or self-test RADTs could be provided in two ways:

- As screening of employees at the workplace (or before arriving to the workplace): this approach will commonly fall under employers' responsibilities, likely be carried out by occupational health services, and therefore need to be in alignment with the existing occupational health regulations and procedures.
- As part of the local public health prevention and control programme for the identification of cases and for outbreak investigations/contact tracing efforts: this approach will involve public health authorities and require a close link between the companies' occupational health services and public health services.

Regardless of which approach is taken, it is essential that the existing national occupational safety and health regulations and legal frameworks for the provision of health services at the workplace are abided by, as well as the local, regional and/or national public health regulations and recommendations for the prevention and control of SARS-CoV-2.

Discussions on appropriate testing approaches should be initiated between relevant stakeholders (e.g. employers, occupational safety and health authorities, and public health authorities) before their implementation. When considering the use of RADTs and/or self-test RADTs in an occupational setting to support the public health objective of preventing the introduction and spread of SARS-CoV-2-infection in the workplace, the following should be established and considered [2,4,5]:

- **Testing strategy**: A clear testing strategy and plan will be of support to the setting itself, to ensure both the occupational safety and health and the public health objectives of testing are met. Such a strategy could be designed at the national level or cover specific sectors or occupations. It could also be set out by employers, for example based on workplace risk assessment. Any strategy should take into consideration the national testing and surveillance strategy for COVID-19 as well as the potential occupational safety and health regulations in place. The public health objective(s) should be clearly stated, as well as a description on who to test (and why). Furthermore, a step-by-step description of the actions to be taken, whether the test is negative or positive, is essential.
  - From a public health perspective this should include information on the isolation of positive cases and reporting to public health authorities, who will in turn coordinate confirmatory testing, contact tracing and quarantining of close contacts [2,4,5].
  - From an occupational safety and health perspective this should include clear procedures that would be consulted with workers or their representatives, if at the enterprise level, with the health and safety committee, if in place, and with occupational physicians or health services, and address how sensitive medical data are handled at the workplace level. Where a regular preventive testing programme is set up, clear indications should be given on when to do a RADT, who should undergo tests, the intervals for testing, how and where tests are carried out, and how information is processed/shared. Furthermore it should be set out clearly what information for workers on testing will be provided, and how they will be informed on the results, as well as what to do when there is a positive RADT, including occupational safety and health measures. The rationale for the programme should be explained, including how it fits in the overall occupational safety and health strategy of the company. Employers may need to adapt their workplace risk assessment and revise the occupational safety and health measures. Testing of workers should ideally be voluntary and carried out within working time.
- **Test performance**: Only high-performance tests according to the internationally recognised standards, should be selected for use. Again, it is advisable that the relevant public health or occupational safety and health authority is consulted to identify the tests that are recommended for use [4].
- **COVID-19 prevalence in the target setting**: please see section above.
- **Transmission dynamics in the target setting**: As described earlier, in certain occupational settings there might be a higher risk for SARS-CoV-2 transmission, e.g. it may be difficult to maintain physical distancing and/or climatic conditions may not be optimal (working at low temperature).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

To ensure the above, establishing a close cross-sectoral collaboration with local public health and occupational safety and health authorities will be essential, whether the testing is being offered as part of the occupational health services or as part of the public health prevention and control programme.

RADTs versus self-test RADTs in the occupational setting

From a public health perspective, self-test RADTs in general (i.e. not only specifically to the occupational setting), can offer advantages when used to complement professionally administered RADTs or RT-PCR tests. They can improve the accessibility to testing, which could support the early detection of infectious cases and reduce further community transmission [5]. However, there is a risk of underreporting of test results when the responsibility is shifted from health professionals and laboratories to individuals. There can also be different policies regarding whether confirmatory testing is recommended. This change in responsibility for reporting would also make response measures such as contact tracing and quarantine of contacts even more challenging. Current indicators for monitoring the intensity and spread of the COVID-19 pandemic (testing rates, test positivity rates, and case notification rates) could be affected, and it could be difficult to monitor disease trends over time. An additional challenge is that samples from self-testing would not be available for sequencing and monitoring variants of concern [5].

Differently from RADTs, self-test RADTs can be performed in any setting without specialised laboratory equipment and training. In occupational settings, the self-test RADTs could thus allow an even more rapid identification of infectious individuals as compared to RADTs, allowing rapid isolation of cases, quarantine of their contacts and prevention of further transmission in the targeted setting provided results are communicated properly and in a timely fashion to public health authorities [5]. The reliability of the self-test RADTs depends on the ability of the person taking the sample, how good the instructions are, how well the individual can follow instructions, the viral load at the time of the sample collection and the disease prevalence at the time the test is performed [5]. This in turn needs to be considered together with any occupational health regulations there may be for the use of self-tests in the workplace. For more information please refer to the ECDC dedicated document on consideration for the use of self-test RADTs [5].

The aforementioned EU-OSHA survey indicated that the use of self-test RADTs in most EU/EEA countries was limited in the occupational settings. Sharing of confidential medical data could be an issue here, as communication via occupational physicians or services was reported to be the preferred option. Furthermore, in some countries, collective results of tests were communicated to employers by preventive services and these could lead to revision of the workplace risk assessment and the measures at workplaces. At the time of the EU-OSHA survey, self-test RADTs had largely been used in occupational settings where there was a high risk of exposure (e.g. healthcare settings) or where there were a large number of individuals mixing (e.g. educational facilities).

As mentioned in the previous section, it will be essential to ensure a close link with local public health and occupational safety and health authorities when considering the introduction of self-test RADTs in an occupational setting in order to ensure all approaches are supportive of the public health objectives and respect the legal frame provided by occupational safety and health legislation. Please refer to the previous section for the considerations needed.

Additional considerations

Most available RADTs recommend the use of nasopharyngeal swabs as sample type. Self-sampling using saliva is not currently clinically validated for RADTs. Unlike RT-PCR, RADTs lack controls for confirmation of appropriate sampling; they also lack an amplification step, which limits their sensitivity [4].

When implementing a testing strategy in an occupational setting, testing should be made available to all employees without discrimination and/or additional cost. The entire testing process should be clearly explained to all individuals in advance, particularly if testing is a requirement to enter the workplace (e.g. due to a higher risk of exposure to SAR-CoV-2 for vulnerable individuals or because NPI measures cannot be implemented).

The epidemiological situation in the EU/EEA is continuously evolving and new types of tests are becoming available.

The use of saliva as sample material [31] for molecular diagnostics has a much longer history than the SARS-CoV-2 pandemic [32,33]. Saliva sample collection is easy, non-invasive, and more acceptable for repeat testing and can be performed by non-healthcare professionals or individuals themselves who are properly instructed. Although nasopharyngeal swabs remain the gold standard for diagnostic testing of SARS-CoV-2, saliva sampling can contribute to timely identification of infectious individuals in the community with RT-PCR when used at the right time, i.e. when viral loads are the highest, and when sampling is performed properly. However, there are very few clinical validation studies on the use of saliva as sample material for RADTs and data on the sensitivity of the tests are lacking.

In addition, there are ongoing COVID-19 vaccination campaigns in all EU/EEA countries, meaning that occupational settings will soon increasingly have staff who have been vaccinated against COVID-19, which will in time result in adaptations/changes in the testing, occupational safety, and health and NPI requirements in the workplace. Public health authorities may consider exempting fully vaccinated individuals from repeat testing in occupational and other community settings. However, caution is warranted for e.g. healthcare workers and long-term care facility

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

staff because of the higher risk of onward transmission to vulnerable, high-risk individuals [34]. ECDC continues to monitor the situation and to assess the impact of vaccination on preventing not only severe disease but also transmission.

It should also be taken into account that with the evolving epidemiological situation, changes in testing strategies (including occupational settings) and the increasing number of people being vaccinated may all have an impact on surveillance. Additional information on the possible impact on surveillance on a population-based level for self-test RADTs can be found in Annex 3 of ECDC's *Considerations on the use of self-tests for COVID-19 in the EU/EEA* [5].

Conclusions

In summary, RADTs are available in EU/EEA countries; the EU-OSHA survey showed that these test were available to employers in all 19 countries that replied to the EU-OSHA survey; these were reported as being made available through different approaches and/or under specific national legal framework. The survey further showed that employers in both the public and private sectors were introducing the use of RADTs in different sectors, depending on the country. However, the use of self-test RADTs was reported as being used to a very limited extent in the responding countries. Testing was reported to usually be voluntary for workers, with a few exceptions reported by the countries. Twelve countries reported regulatory measures on the use of RADTs, of which half fell under the occupational safety and health approach and half under the public health approach. Ten countries reported that guidance had been issued for rapid antigen testing in a workplace context (Annex 1).

RADTs and self-test RADTs can support efforts to prevent the introduction and spread of SARS-CoV-2 in the workplace, as a complement to existing NPIs.

The use of RADTs is appropriate in high prevalence settings when a positive result is likely to indicate true infection, as well as in low prevalence settings for rapid identification of highly infectious individuals.

When looking to introduce testing in the workplace, as for any setting, a clear strategy will be of support to the setting. It is important that it is in line with existing national, regional, and local public health and occupational health regulations and recommendations. Furthermore, the strategy needs to take into account what is known about the test performance (ensuring only those with recognised performance are used), as well as considering the COVID-19 prevalence and transmission dynamics in the setting.

Establishing a close link with local public health and occupational safety and health authorities will be essential, whether the testing is being offered as part of the occupational health services or as part of the public health prevention and control programme.

Contributing ECDC experts (in alphabetical order)

Cornelia Adlhoch, Agoritsa Baka, Orlando Cenciarelli, Pete Kinross, Annette Kraus, Favelle Lamb, Angeliki Melidou, Diamantis Plachouras, Gianfranco Spiteri, Emma Wiltshire

Contributing EU-OSHA experts (in alphabetical order)

William Cockburn, Elke Schneider, Tim Tregenza

National Focal Points, particularly those in Austria, Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Czechia, Denmark, Estonia, Finland, Germany, Greece, Hungary, Ireland, Latvia, Lithuania, the Netherlands, Norway, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, and Slovenia

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

References

1. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 clusters and outbreaks in occupational settings in the EU/EEA and the UK. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-clusters-and-outbreaks-occupational-settings-eueea-and-uk
2. European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 testing strategies and objectives. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-testing-strategies-and-objectives
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Infection prevention and control and preparedness for COVID-19 in healthcare settings - sixth update. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/infection-prevention-and-control-and-preparedness-covid-19-healthcare-settings
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Options for the use of rapid antigen tests for COVID-19 in the EU/EEA and the UK. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/options-use-rapid-antigen-tests-covid-19-eueea-and-uk
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations on the use of self-tests for COVID-19 in the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-use-self-tests-covid-19-eueea
6. European Agency for Safety and Health at Work. OSH WIKI. COVID-19: guidance for the workplace. 2020. Available at: https://oshwiki.eu/wiki/COVID-19:_guidance_for_the_workplace
7. European Parliament and the Council of European Union. Directive 2000/54/EC - biological agents at work of the European Parliament and of the Council of 18 September 2000 on the protection of workers from risks related to exposure to biological agents at work (seventh individual directive within the meaning of Article 16(1) of Directive 89/391/EEC) Available at: https://osha.europa.eu/en/themes/covid-19-resources-workplace#pk_campaign=ban_homecw
8. European Centre for Disease Prevention and Control. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-contact-tracing-public-health-management
9. European Centre for Disease Prevention and Control. Guidelines for the implementation of non-pharmaceutical interventions against COVID-19. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/covid-19-guidelines-non-pharmaceutical-interventions
10. European Agency for Safety and Health at Work. COVID-19: Resources for the workplace. Bilbao: EU-OSHA; 2021. Available at: https://osha.europa.eu/en/themes/covid-19-resources-workplace#pk_campaign=ban_homecw
11. European Agency for Safety and Health at Work. OSH WIKI. COVID-19: Back to the workplace - Adapting workplaces and protecting workers. Bilbao: EU-OSHA; 2021. Available at: https://oshwiki.eu/wiki/COVID-19:_Back_to_the_workplace_-_Adapting_workplaces_and_protecting_workers
12. European Parliament and the Council of European Union. Directive 89/391/EEC - OSH "Framework Directive" of 12 June 1989 on the introduction of measures to encourage improvements in the safety and health of workers at work. EU-OSHA; 2021. Available at: https://osha.europa.eu/it/legislation/directives/the-osh-framework-directive/1
13. European Agency for Safety and Health at Work. Online Interactive Risk Assessment (OiRA) COVID-19 risk assessment tool. EU-OSHA. Available at: https://oiraproject.eu/oira-tools/eu/@@tryout?came_from=https://oiraproject.eu/oira-tools/eu/covid-19/covid-19
14. European Centre for Disease Prevention and Control. Disinfection of environments in healthcare and non-healthcare settings potentially contaminated with SARS-CoV-2. Stockholm: ECDC; 2020. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/disinfection-environments-covid-19
15. European Centre for Disease Prevention and Control. Using face masks in the community: first update - Effectiveness in reducing transmission of COVID-19. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/using-face-masks-community-reducing-covid-19-transmission
16. Baker MG. Nonrelocatable occupations at increased risk during pandemics: United States, 2018. American Journal of Public Health. 2020;110(8):1126-32. Available at: https://ajph.aphapublications.org/doi/abs/10.2105/AJPH.2020.305738
17. Benach J, Vives A, Amable M, Vanroelen C, Tarafa G, Muntaner C. Precarious employment: understanding an emerging social determinant of health. Annual Review of Public Health. 2014;35:229-53. Available at: https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev-publhealth-032013-182500
18. Ελληνική Δημοκρατία. Κυβέρνηση (Hellenic Republic. Government). Δήλωση αυτοδιαγνωστικών τεστ COVID-19 - Οδηγίες προς τους Πολίτες (COVID-19 self-test reporting - Instructions to Citizens). Available at: https://self-testing.gov.gr/

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

19. Covid-19 Rapid Testing Group. Safe Sustainable Re-opening: The Role of Rapid SARS-CoV-2 Testing Report of the COVID-19 Rapid Testing Group. 2021. Available at: https://assets.gov.ie/129982/35f38622-e397-4468-96a9-4b499f85a2be.pdf
20. Federal Ministry of Labour and Social Affairs (Germany) (Bundesministerium für Arbeit und Soziales). SARS-CoV-2-Arbeitsschutzverordnung (Corona-ArbSchV). Available at: https://www.bmas.de/DE/Service/Gesetze-und-Gesetzesvorhaben/sars-cov-2-arbeitsschutzverordnung.html
21. News.wko.at. Die Eckpunkte des General-Kollektivvertrags. 2021. Available at: https://news.wko.at/news/oesterreich/Die-Eckpunkte-des-Generalkollektivvertrags.html
22. News.wko.at. Betriebsvereinbarung zur Durchführung von COVID-19-Tests. Available at: https://www.wko.at/service/Covid-Tests-Betriebsvereinbarung.pdf
23. Industriegewerkschaft Bergbau, Chemie, Energie (IG BCE). Vorbemerkung zur Muster-Betriebsvereinbarung zur Durchführung von COVID-19-Tests 2021. Available at: https://igbce.de/resource/blob/185742/aa6bb83574b33ccfd26ffc050c2f27b9/musterbetriebsvereinbarung-corona-schnelltests-data.docx
24. Federal Public Service Employment Labour and Social Dialogue (Belgium) (Service public fédéral Emploi Travail et Concertation sociale). Position des partenaires sociaux du Conseil Supérieur pour la Prévention et la Protection au travail concernant la mise en œuvre dans les entreprises des tests rapides sur base répétitive. 2021. Available at: https://emploi.belgique.be/fr/actualites/position-des-partenaires-sociaux-du-conseil-superieur-pour-la-prevention-et-la-0
25. News.wko.at. Betriebliche Testungen: Alle Infos zu Teststraßen, Testkits und Kostenbeitrag. 2021. Available at: https://www.wko.at/service/corona-betriebliches-testen.html
26. Health Board (Estonia) Terviseamet. Instructions for using SARS-CoV-2 rapid antigen tests in work collectives 2021. Available at: https://www.terviseamet.ee/sites/default/files/Nakkushaigused/Juhendid/COVID-19/covid-19_ag_kiirtestide_kasutamine_valjaspool_meditsiiniasutust_31.03.2021_eng.pdf
27. German Social Accident Insurance - Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV). FAQ Antigen-Schnelltests. 2021. Available at: https://www.dguv.de/de/praevention/corona/faq_gesamtuebersicht/faq_schnelltests/index.jsp
28. Werkgevers testen (The Netherlands). Faciliteer preventief testen voor je werknemers2021. Available at: https://www.werkgeverstesten.nl/
29. European Parliament and of the Council of European Union. Directive 98/79/EC of the European Parliament and of the Council of 27 October 1998 on in vitro diagnostic medical devices. 1998. Available at: https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/HTML/?uri=CELEX:31998L0079&from=EN
30. European Commission. COVID-19 In Vitro Diagnostic Devices and Test Methods Database: EC. Available at: https://covid-19-diagnostics.jrc.ec.europa.eu/
31. European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations for the use of saliva as sample material for COVID-19 testing. Stockholm: ECDC; 20221. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/considerations-use-saliva-sample-material-covid-19-testing
32. To KK, Lu L, Yip CC, Poon RW, Fung AM, Cheng A, et al. Additional molecular testing of saliva specimens improves the detection of respiratory viruses. Emerging Microbes & Infections. 2017;6(1):1-7. Available at: https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1038/emi.2017.35
33. Wang W-K, Chen S-Y, Liu I-J, Chen Y-C, Chen H-L, Yang C-F, et al. Detection of SARS-associated coronavirus in throat wash and saliva in early diagnosis. Emerging Infectious Diseases. 2004;10(7):1213. Available at: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/10/7/03-1113_article
34. European Centre for Disease Prevention and Control. Interim guidance on the benefits of full vaccination against COVID-19 for transmission and implications for non-pharmaceutical interventions. Stockholm: ECDC; 2021. Available at: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/interim-guidance-benefits-full-vaccination-against-covid-19-transmission

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Annex 1

Table 2. Summary of the EU-OSHA survey, replies to selected questions from the questionnaire (Annex 2)

Question	Options	Number countries (total 19 replying)
Rapid antigen test available only to some sectors?		
	Yes	4
	No	0
Rapid antigen tests distributed to enterprises free of charge?		
	Yes, to all	1
	Yes, to some	8
	No	8
Are there any regulatory measures on the use of rapid antigen tests in the workplace context?		
	Yes	3
	Yes, under OSH regulatory approach	6
	Yes, under public health	6
	No	5
Do regulations require employers to offer rapid antigen testing for workers?		
	Yes, all workplace	2
	Yes, some sectors/workplaces only	6
	No	11
Are there any social partner agreements on the use of rapid antigen tests at workplaces?		
	Yes	2
	No	17
Is there guidance on the use of rapid antigen tests for screening at workplaces?		
	Yes	10
	No	5
What are the areas where RADTs are used?		
	Schools and kindergartens	6
	Universities	1
	Shops, retail	3
	Hairdressers, beauty salons	2
	Gyms	2
	Restaurants and hotels	3
	Cleaning services	2
	Delivery services	1
	Public transport	3
	Taxi	1
	Healthcare (incl. private practice)	9
	Social care (care homes and imilar services)	9
	Manufacturing	2
	Energy sector	3

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Question	Options	Number countries (total 19 replying)
	Police	5
	Prisons	3
	Agriculture	1
	Seasonal work	1
	Food preparation and processing	2
	Meat sector	1
	Other reported sectors	Oil industry, construction sector, entertainment sector

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Annex 2

FOP survey on Member State regulations or guidance regarding the use of rapid antigen tests in a workplace context

Introduction

The European Commission has made a formal request to EU-OSHA and ECDC to prepare a joint report on the use of rapid antigen tests[1] in a workplace context for the detection of COVID-19 among workers.

Such rapid antigen tests include those that are self-administered, those that are directly administered by the employer (e.g. by their onsite occupational health service), or those administered via a third party (either a public body or a private service provider).

The Commission is seeking an overview of the current state of play in workplaces – including in the public sector (e.g. education). Specifically, they wish to ascertain whether criteria exist where rapid antigen tests should be or are recommended for use, and where such tests are used, how the data is used and handled. This includes what happens to workers (e.g. seasonal workers) with a positive test result.

The outcome of this survey will be the basis of EU-OSHA's contribution to this report. The Agency will provide a summary to focal points following the completion of the survey.

Availability of rapid antigen tests

Do employers have access to rapid antigen tests?

Access may be direct (e.g. tests purchased directly), or indirect (e.g. tests accessed via a third party)

If only some employers have access, click yes and this will be clarified in a later question.

- Yes
- No

If yes, what type of rapid antigen tests are available?

If yes, are rapid antigen tests available (directly or indirectly) for all employers?

- All employers
- Only for some (e.g. only those in certain sectors (e.g. healthcare) or with particular worker types (e.g. seasonal workers or workers from abroad).

If only for some, please provide more information on those who have access. In particular, please tell us about access depending on sector (e.g. food production), employer type (public or private), and size of employer (e.g. for SMEs).

Are rapid antigen tests distributed free of charge to enterprises?

- Yes, to all
- Yes, to some (please specify which)
- No

If no, are they available at reduced cost with support by public authorities?

- Yes
  (If yes, distributed by whom?)
- No

[1]Rapid antigen detection tests (RADTs) have been developed as both laboratory-based tests (requiring specialised equipment for analysis) as well as for "near-patient" or "point-of-care" use, for which the analysis is performed on a handheld cartridge with a visual readout. RADT results are usually generated 10 to 30 minutes after the start of the analysis.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Use of rapid antigen tests in a workplace context

Are rapid antigen tests used in a workplace context?

Workplace context includes tests conducted outside of the workplace but for work reasons

- Yes – in all types of workplace
- Yes – in some workplaces
- No

If yes in some workplaces, what are the areas where they are used?

- Schools and kindergartens
- Universities
- Shops, retail
- Hairdressers, beauty salons
- Gyms
- Restaurants and hotels
- Cleaning services
- Delivery services
- Public transport
- Taxi
- Healthcare (incl. private practice)
- Social care (care homes and other similar services)
- Manufacturing (explain which sectors)
- Energy sector
- Police
- Prisons
- Agriculture
- Seasonal work
- Food preparation and processing
- Meat sector
- Other (please explain).

Are there criteria other than sector that lead to the use of rapid antigen tests?

Such criteria could include the number of workers, a specific feature of the workplace (e.g. refrigerated workplaces), types of worker (e.g. seasonal workers), or particular arrangements for sectors that mainly offer home-office (e.g. staff can only come to the office if they show a negative antigen test)**.**

- Yes – If yes, box text
- Please give further information
- No

Do rapid antigen tests have to fulfil any requirements if they are to be used at workplaces

For example, do they have to meet any specific certification requirements?

- Yes - Please explain
- No

Where workers undergo rapid antigen tests, by whom can they be administered?

Please tick all that apply

- Self-administered
- By health professionals
- By occupational health professionals
- Others (e.g. volunteers)
- More information.

Where are rapid antigen tests for workers being undertaken?

Please tick all that apply

- At work
- In the worker's home
- At a service provider (e.g. OSH service, private clinic)
- At a public testing location
- Other
- More information.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Legal requirements for the use of rapid antigen tests at workplaces

Are there any regulatory measures on the use of rapid antigen tests in the workplace context?

This may include specific sectoral requirements. Note however, there is a later question on social partner agreements.

- Yes
- No

If yes, are these regulations under the occupational safety and health regulatory approach?

- Yes
- No - If no, under which policy area do these regulatory measures fall? (e.g. public health, education[2])

Please explain what regulatory measures are in place

Please provide a reference of the national/regional regulation on the use of rapid antigen tests at workplaces (title, internet link).

Do regulations require employers to offer rapid antigen testing for workers?

For example, where workers have to come to the workplace to carry out their work.

- Yes
- Yes, some sectors/workplaces only (see next question)
- No

If yes, some sectors, where requirements exist for only some sectors/workplaces, which sectors/workplaces are concerned?

Please tick all relevant

- Private sector
- Public sector
- Education (e.g. kindergarten, schools, universities)
- Retail (e.g. shop, markets)
- Personal care (e.g. Hairdressers, beauty salons)
- Cleaning services
- Delivery services
- Hotels, catering and restaurants (HORECA)
- Healthcare (e.g. hospitals, clinics, incl. private practice)
- Social care (e.g. care homes)
- Food preparation and manufacture
- Meat processing
- Agriculture (e.g. seasonal workers)
- Transport (e.g. airlines, railways, taxi, bus and coach services)
- Public and emergency services (e.g. police, fire brigade, prisons)
- Energy sector
- Non-food manufacturing
- Workplaces employing seasonal or migrant workers
- Other.

At what intervals do the workers (have to) undergo a rapid antigen test? (please in particular clarify where different intervals apply in different workplaces or sectors)

Is rapid antigen testing voluntary for workers?

- Yes
- Some workers are obliged to undergo rapid antigen tests – If yes *box text* to provide more information
- No

What are the consequences if the worker declines a rapid antigen test?

Please tick all relevant

- Reassignment to other tasks
- Workers cannot attend the workplace

[2] It may be that there are sectoral requirements or recommendations, e.g. for schoolteachers

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

- Telework
- Dismissal
- Other Please explain

What are the potential consequences of a positive rapid antigen test in a worker?

Please tick all appropriate

- Dismissal
- Worker is required to self-isolate
- Worker undergoes re-testing
- Worker undergoes PCR test and screening of contacts
- The workers is granted leave in case of a positive PCR test
- Revision of workplace risk assessment and preventive measures
- Visit by labour inspectorate
- Other.

Please provide further information if available

For example, if there are differences between sectors, please clarify here

Do the regulations include what information has to be provided to workers about the rapid antigen test?

For example, information about testing, the outcome of the test, the consequences of failing or refusing a test

- Yes, please provide further information
- No

Social partner views and agreements

What are the views of social partners on the use of rapid antigen tests for COVID-19 at the workplace?

Workers:

Employers:

Are there any social partner agreements on the use of rapid antigen tests at workplaces?

- Yes
- No

If yes, please provide further information and any references to the agreements or statements from social partners (title, internet links)

Guidance on the use of rapid antigen tests

Is there guidance on the use of rapid antigen tests for screening at workplaces?

- Yes
- No

Is this guidance issued in the occupational safety and health policy context?

- Yes
- No - If no, please tell us which policy context (e.g. public health, education).

Which type of guidance?

Please tick all relevant types

- National
- Regional
- Sectoral
- Other.

Please provide further information

For example, if there is regional guidance, please explain the differences between them, or if there is specific sectoral guidance then please identify which sectors.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

For whom is the guidance intended?

Please tick all relevant

- Employers
- Workers or their representatives
- Those who will administer the testing (e.g. occupational health services)
- Other (Please explain).

Please indicate for which sector the guidance is intended

Please tick all relevant

- Private sector
- Public sector
- Education (e.g. kindergarten, schools, universities)
- Retail (e.g. shop, markets)
- Personal care (e.g. Hairdressers, beauty salons)
- Cleaning services
- Delivery services
- Hotels, catering and restaurants (HORECA)
- Healthcare (e.g. hospitals, clinics, incl. private practice)
- Social care (e.g. care homes)
- Food preparation and manufacture
- Meat processing
- Agriculture (e.g. seasonal workers)
- Transport (e.g. airlines, railways, taxi, bus and coach services)
- Public and emergency services (e.g. police, fire brigade, prisons)
- Energy sector
- Non-food manufacturing
- Workplaces employing seasonal or migrant workers
- Other.

What does the guidance cover?

Please tick all relevant

- When to do a rapid antigen test
- How information is processed/shared
- Information for workers on testing
- Information for workers on the results
- Test intervals
- What to do when there is a positive antigen test
- Occupational safety and health measures
- Other - Please explain.

Please provide references and any further relevant information regarding the guidance

Please give title and where possible link to online

Management of data generated by rapid antigen testing

Is there specific legislation or guidance for employers on the management of the sensitive health data generated by the performance of rapid antigen tests?

- Yes
- No
- Please provide more information if available.

Who receives information on the results of rapid antigen testing?

Please tick as appropriate

- Workers who underwent testing
- Occupational health services
- Employers
- Other - Please explain.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

When employers organise rapid antigen testing for workers, are there reporting obligations or are data shared with external bodies?

For example, is the data provided to the national institutes coordinating COVID response, or to insurance services?

- Yes - Please tell to whom
- No

What type of information does the employer receive regarding the outcome of rapid antigen testing for workers?

Please tick all relevant answers

- Individual result (positive or negative)
- Collective results
- Information on the measures taken (isolation, collective PCR testing, adaptation of workplace measures)
- Other
- Please provide any information or details.

Good practice examples

Do you have any good practice examples on the use of rapid antigen tests in the workplace?

- Yes - Please provide information
- No

Use of rapid antigen tests by users seeking services (to protect workers)

Are rapid antigen tests available to the general public?

- Yes - If yes, how?
- No

Are there settings where clients, customers, patients or pupils are required to show a negative rapid antigen test or PCR to access services?

- Yes
- No

Where there are such requirements, in which type of workplace?

Please tick all that apply

- Education (kindergartens, schools, universities)
- Shops, retail
- Hairdressers and beauty salons
- Gyms
- Restaurants and hotels
- Health care (e.g. hospitals)
- Care homes and similar social services
- Transport (e.g. airports, bus and rail services)
- Industry
- Other workplace types - please explain.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection

Interim guidance

6 October 2021

World Health Organization

Key Points

- Diagnostic testing for SARS-CoV-2 is a critical component to the overall prevention and control strategy for COVID-19.
- Tests should be reliable, affordable, accessible and provide results rapidly to ensure appropriate clinical care and support for patients and inform actions to prevent onward spread of SARS-CoV-2.
- Antigen-detecting diagnostic testing uses upper respiratory specimens or saliva to test for SARS-CoV-2 infection by detecting viral proteins (e.g., nucleoprotein).
- Antigen-detecting rapid diagnostic tests (Ag-RDTs) can offer a faster and less expensive way to diagnose active SARS-CoV-2 infection than nucleic acid amplification tests (NAATs).
- Ag-RDTs perform best in individuals with high viral load, early in the course of infection, and will be most reliable in settings were SARS-CoV-2 prevalence is ≥ 5%. When there is no transmission or low transmission, the positive predictive value of Ag-RDTs will be low, and in such settings NAATs are preferable for first-line testing or for confirmation of Ag-RDT positive results.
- WHO recommends the use of Ag-RDTs that meet minimum performance requirements of ≥ 80% sensitivity and ≥ 97% specificity. Ag-RDTs are less sensitive than NAAT, particularly in asymptomatic populations, but careful selection of cohorts for testing can mitigate this limitation.
- Ag-RDTs should be prioritized for use in symptomatic individuals meeting the case definition for COVID-19, and to test asymptomatic individuals at high risk of infection, including contacts and health workers, particularly in settings where NAAT testing capacity is limited.
- Positive Ag-RDT results from multiple suspected cases is highly suggestive of a COVID-19 outbreak.
- Ag-RDT can be used outside of clinical and laboratory settings, including in communities. Ag-RDTs should be performed by trained operators in accordance with instructions and adherence to storage and operational temperature requirements.
- WHO recommends that Ag-RDTs meeting minimum performance requirements can be used for primary case detection, contact tracing, during outbreak investigations and to monitor trends of disease incidence in communities.
- Sample collection is one of the most critical factors affecting the performance of any diagnostic test on respiratory fluids, including Ag-RDTs, and post market surveillance to monitor and evaluate tests should be in place.

Background

Diagnostic testing for SARS-CoV-2 is a critical component to the overall prevention and control strategy for COVID-19. Countries should have a national testing strategy in place with clear objectives that can be adapted according to changes in the epidemiological situation, available resources and tools, and country-specific context. It is critical that all SARS-CoV-2 testing is linked to public health actions to ensure appropriate clinical care and support and to carry out contact tracing to break chains of transmission.

Since the early days of the SARS-CoV-2 pandemic, laboratories have been using nucleic acid amplification tests (NAATs), such as real time reverse transcription polymerase chain reaction (rRT-PCR) assays, to detect SARS-CoV-2, the virus that causes COVID-19. Since mid-2020, less expensive and faster diagnostic tests that detect antigens specific for SARS-CoV-2 infection have become commercially available, and several have achieved WHO Emergency use listing.

Antigen-detecting diagnostic tests are designed to directly identify SARS-CoV-2 proteins produced by replicating virus in respiratory secretions (or oral fluid/saliva) and have been developed as both laboratory-based tests and rapid diagnostic tests (RDTs) intended for near-patient use. The diagnostic development landscape is dynamic, with over two hundred tests for SARS-CoV-2 antigen detection on the market, of which 85% can be delivered at the point of care and the other 15% for use on high throughput machines in laboratory-based settings (1).

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Purpose of this document

This interim guidance offers general recommendations for selection of antigen-detecting rapid diagnostic tests (Ag-RDTs) and key considerations for their implementation.

Changes from the previous version

In September 2020, WHO released its first interim guidance on the potential role of Ag-RDTs in the diagnosis of COVID-19 (Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays), which stressed the need for careful test selection. This document has been updated to incorporate new findings concerning test performance across Ag-RDT brands and sample types.

The document also provides guidance about the use of Ag-RDTs in specific populations and settings, including asymptomatic health workers and long-term care facility workers. It additionally provides more detailed recommendations on product selection and storage, including precautions about the potential for brief periods of storage at temperatures that are too high or too low to negatively affect Ag-RDT performance.

Process and methods

The recommendations in this document are based on minimum performance requirements for Ag-RDTs (≥ 80% sensitivity and ≥ 97% specificity) compared to a nucleic acid amplification test in suspected COVID-19 cases. These standards were established through a formal process of target product profile (TPPs) development for priority SARS-CoV-2 diagnostics (2,3). They were further informed by an evolving understanding of the temporal dynamics of SARS-CoV-2 shedding and transmissibility and the anticipated benefits of earlier and expanded testing. These target performance parameters have been shown to be achievable mainly in symptomatic test populations and by some Ag-RDTs on the market.

PubMed and medRxiv databases were searched for both peer-reviewed and published, pre-print reports of test accuracy of point of care/near patient rapid antigen-detecting SARS-CoV-2 tests. Two systematic reviews of diagnostic test accuracy were identified (4,5). Additionally, independent reports coordinated by FIND and reports listed on the Universitäts Klinikum Diagnostics Global Health site were used to identify publications after the cut-off point of the last systematic review (30 April 2021) up until 10 May 2021, with a special focus on diagnostic test accuracy in asymptomatic populations.

Other WHO guidance documents were reviewed for recommendations on testing in specific populations including health workers, contacts of COVID-19 cases, workplaces, schools and travellers.

This interim guidance was reviewed by members of the WHO Reference Laboratory Network for COVID-19 and members of the WHO COVID-19 Diagnostics Target Product Profile Review Group, as well as other outside experts.

Limitations

The number of tests examined in published reports is still limited relative to the hundreds of test brands available on the market. Performance estimates should be cautiously interpreted in the context of their methodological limitations and the settings in which they were conducted. More direct comparisons of test brands are needed, as well as data on performance in clearly defined cohorts of asymptomatic people, and by different operators, including self-testing. Although more studies are being conducted according to the manufacturer's instructions and in point of care/near-patient settings, there is still room for improvement.

More controlled studies are needed on the cost, operational effectiveness and impact of various screening strategies to support the development of additional recommendations.

General recommendations for the use of SARS-CoV-2 Ag-RDTs

In all settings, the **first priority of COVID-19 control is to deploy available financial and human resources toward the prompt identification of SARS-CoV-2 in symptomatic individuals and contacts of confirmed or probable cases and enable them to be compliant with countermeasures including isolation**. If correctly performed and interpreted, Ag-RDTs can play a significant role in this effort and may be more cost effective than NAAT in symptomatic populations (6).

Notwithstanding variations in test performance, antigen-based diagnosis offers the opportunity for timely diagnosis and interruption of transmission if coupled with targeted, rapid isolation and cohorting of the most infectious cases and their close contacts (7). Patients who present more than 5-7 days after the onset of symptoms are more likely to have lower viral loads, and the likelihood of false negative results with Ag-RDTs is higher (5). Targeted expansion of testing to potentially interrupt transmission through the use of Ag-RDTs is considered more beneficial than not testing or performing tests that fail to inform infection control measures due to the prolonged turnaround times sometimes associated with NAAT.

The technology used for SARS-CoV-2 Ag-RDTs has been described in detail in the WHO September 2020 interim guidance document. Generally, the ease-of-use and rapid turnaround time of Ag-RDTs offers the potential to expand access to testing and decrease delays in diagnosis by shifting to decentralized testing. The trade-off for simplicity of operation of Ag-RDTs is a decrease in sensitivity and specificity compared to NAAT (4). However, as some Ag-RDTs have been shown to consistently detect SARS-CoV-2 in those samples containing levels of viral nucleic acid associated with positive viral cultures (~10E6 RNA copies/mL), Ag-RDTs may be detecting the majority of infectious cases despite a significantly lower analytic sensitivity than NAAT (8,9). Transmission from individuals with viral loads below this viral culture threshold can still occur, particularly in certain social and behavioral contexts (10,11). Nonetheless, the ability of Ag-RDTs to rapidly detect the most infectious SARS-CoV-2 cases in settings without rapid access to NAAT is likely to have a positive impact on disease control.

Who can use Ag-RDTs ?

To optimize performance, testing with Ag-RDTs should be conducted by trained operators in strict accordance with the manufacturer's instructions. Several organizations and institutions including WHO and FIND have developed comprehensive training materials for SARS-CoV-2 Ag-RDTs. Criteria for operator eligibility should be in accordance with national laws and regulation on use of vitro diagnostic tests.

When to use Ag-RDTs ?

The results of Ag-RDTs will be most reliable in areas when there is ongoing community transmission (≥5% test positivity rate). (See the Annex.)

When there is no transmission or low transmission, the positive predictive value [1] of Ag-RDTs will be low (many false positives), and in this setting NAAT is preferable as the first-line testing method or for confirmation of positive Ag-RDTs.

Where to use Ag-RDTs ?

Ag-RDTs do not require a laboratory and may be performed by trained operators in any setting where appropriate biosafety measures and storage conditions are ensured. **It is critical, however, that Ag-RDT results be registered for local use and that diagnosed cases be reported through the local reporting mechanisms including the laboratory network reporting system and/or relevant national surveillance systems**.

Who should be tested with Ag-RDTs?

Population: Symptomatic individuals (suspected COVID-19 cases) in the first 5-7 days since onset of symptoms

WHO recommends that SARS-CoV-2 Ag-RDTs that meet the minimum performance requirements of ≥80% sensitivity and ≥97% specificity compared to a NAAT reference assay [2] can be used to diagnose SARS-CoV-2 in suspected COVID-19 cases. Clinical discretion considering epidemiological context, clinical history and presentation and available testing resources should determine if negative Ag-RDT results require confirmatory testing with NAAT or repeat testing with Ag-RDTs (within 48hrs) if NAAT is not readily available (Figure 1). Note that the safe management of

[1] Positive predictive value (PPV) is the probability that patients with a positive test result have the disease. At 0.1% prevalence, a test with 98% specificity would have a PPV of 4%, meaning that 96 out of 100 positive results would be false positives.

[2] Based on well-designed and executed evaluations in representative populations

patients with Ag-RDT-positive and negative results will depend on the test's performance and the community prevalence of SARS-CoV-2. The prevalence of infection (according to the reference standard) must be estimated based on surveillance**,** since this influences the positive and negative predictive values (PPV and NPV, respectively). (See Annex 1.)

Rationale

Transmissibility of the virus depends on the amount of viable virus being shed and expelled by a person, the type of contact they have with others, the setting and what infection prevention and control (IPC) measures are in place. SARS-CoV-2 infections can be symptomatic or asymptomatic and both symptomatic and asymptomatic infected persons can transmit SARS-CoV-2.

Available published data suggest that infected individuals 2-3 days prior to onset of symptoms and first 5-7 days of illness have the highest viral loads and therefore are most likely to contribute to onward transmission (12). Many Ag-RDTs can detect > 90% of cases with the high viral loads e.g. Ct < 25-30 seen in these early days following onset of symptoms.

One systematic review of 79 studies found that 20% (17–25%) of people remained asymptomatic throughout the course of infection (13). Studies suggest that asymptomatic individuals who are infected are less likely to transmit the virus than those who develop symptoms(14), (15). One meta-analysis estimated that there is a 42% lower relative risk of asymptomatic transmission compared to symptomatic transmission (16).

Populations and rationale: Asymptomatic Individuals

Levels of virus in asymptomatic or pre-symptomatic cases can be similar to symptomatic cases and therefore, asymptomatic individuals can transmit to others (11,17).

A number of studies have compared NAAT and Ag-RDTs in asymptomatic populations that varied in their risk profiles and represented heterogeneous viral trajectories. As might be expected, NAAT performed significantly better than Ag-RDTs (18), (19), (20), (21), (22), (23), (24). In these contexts Ag-RDTs often do not meet WHO's recommended performance characteristics. This is not always the case in more homogenous groups of contacts of cases tested within the COVID-19 incubation period (25–28).

The prevalence of SARS-CoV-2 infection in most asymptomatic populations is low. Consequently, even if the Ag-RDT specificity is very high, false positive test results will be more likely than true positives (i.e., there will be a low PPV, see the Annex). Repeat Ag-RDT testing, or confirmatory testing with NAAT will be required to avoid unnecessary isolation. This general rule also applies to health care settings, where patients with false positive Ag-RDT results should not be isolated alongside those with true-positive test results.

Therefore WHO recommends that use of Ag-RDTs among asymptomatic populations be limited to contacts of confirmed or probable cases and to at-risk health workers until more evidence is available on the benefits and cost effectiveness of testing low-risk groups with no known exposure to SARS-CoV-2, particularly in settings where testing capacity is limited. More details are provided below.

Asymptomatic Contacts of confirmed COVID-19 cases

Several studies report Ag-RDT performance that approaches or meets WHO recommendations among symptomatic and asymptomatic contacts of cases (25,26,29,30).

WHO therefore continues to recommend that Ag-RDTs can be used to screen for SARS-CoV-infection in contacts of cases, particularly those who are at a higher risk of developing severe disease and /or have had high levels of exposure to SARS-CoV-2 (31).

The need for confirmatory testing of positive Ag-RDT results should be based on incidence of infection in the community (including circulation of variants of concern), immunity status (past infection or vaccination) and availability of NAAT. (See Figure 1).

Health workers[3]

WHO recommends early detection of SARS-CoV-2 infection among health workers through syndromic surveillance and/or regular testing (32). Acute care health workers who work in COVID-19 services or facilities have the highest priority, followed by health workers prioritized by risk in other clinical areas. Clear intervals for routine testing or time points have not been identified and should be adjusted according to prevalence (33–35). More frequent testing will have obvious cost implications and variable yield depending on the transmission intensity, exposure risk and compliance with the testing strategy (36–38).

WHO recommends routine testing, if feasible, for health workers in long-term care facilities. At minimum, testing should be done as soon as a positive case of COVID-19 is identified in either residents or staff and weekly, thereafter, if resources allow, until there are no

[3] Health workers are defined by WHO as all people engaged in actions with the primary intent of enhancing health, including social care workers who often have roles in the provision of care in long-term care facilities and in community settings.

cases of COVID-19 in the facility. Visitors should also be screened prior to visits to long-term care facilities (39).

The majority of studies screening health workers have employed NAAT, not Ag-RDTs. One pilot study in Slovenia suggested Ag-RDTs were not of sufficient sensitivity to identify infections among asymptomatic health workers (40). However, modeling exercises (not yet supported by human studies) suggest that what Ag-RDTs lack in sensitivity might be offset through serial testing in the early stages of infection to identify asymptomatic cases and help interrupt SARS-CoV-2 transmission (41). Ag-RDTs have clear advantages for health workers because the decentralized testing and rapid results leads to more rapid isolation after a positive result.

Population and Rationale: Suspected COVID-19 cases in outbreak investigations

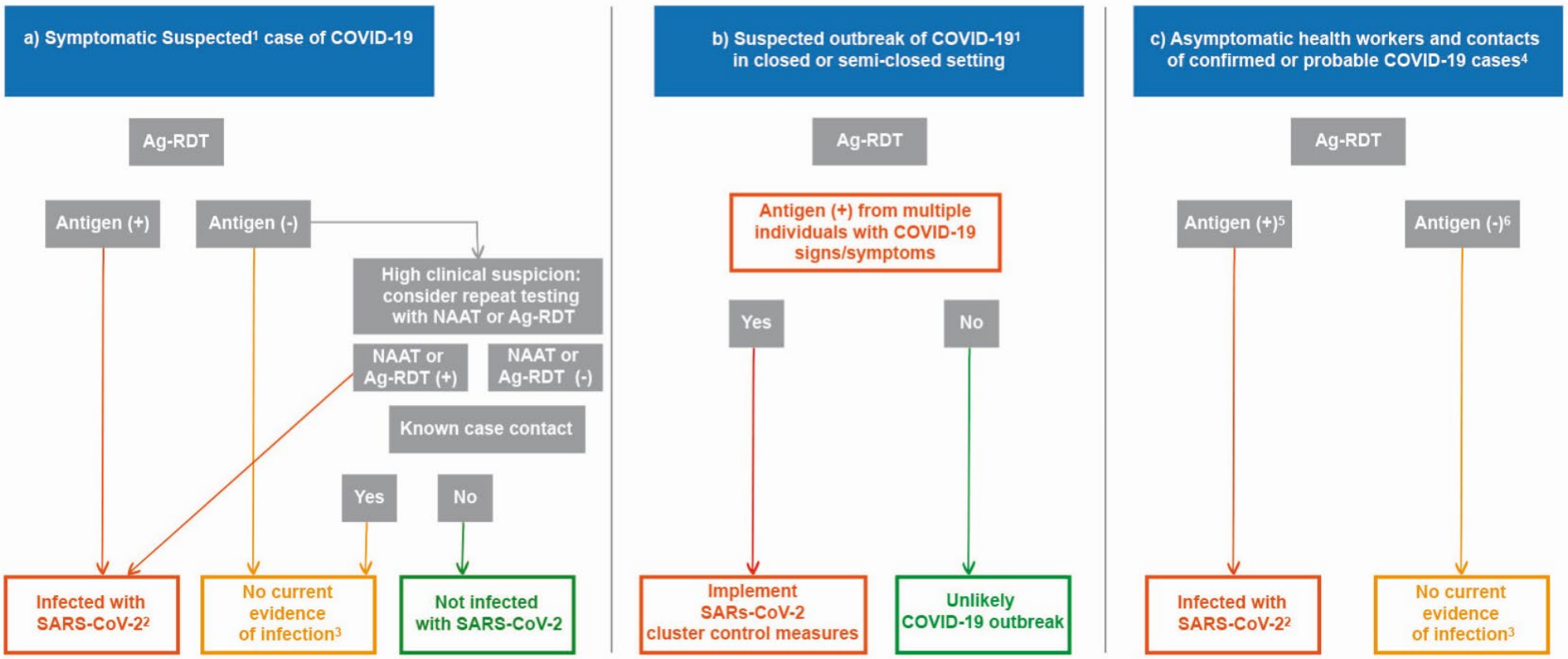
Because of their ease of use and rapid turnaround time, Ag-RDTs are a useful tool to quickly identify a cluster or outbreak and support the investigation and implementation of public health interventions to control transmission. The finding of positive Ag-RDT results from multiple individuals is highly suggestive of a COVID-19 outbreak and would support early implementation of appropriate infection control measures and case management. (Figure 1).

Summary recommendations for priority Ag-RDT use

Ag-RDT testing is recommended in settings likely to have the most impact on early detection of cases for care and contact tracing and where test results are most likely to be correct. Priority uses are indicated in Figure 1 and include:

a. **Community testing of symptomatic individuals meeting the case definition of suspected COVID-19.** Individuals with positive Ag-RDT results should be rapidly isolated and contact tracing efforts initiated. The field sensitivity of Ag-RDTs, especially when testing lightly symptomatic cohorts or mixing sample collection methods, may be significantly lower that demonstrated in controlled trial settings, missing 25-50% of infections compared with NAAT. Symptomatic individuals who are Ag-RDT-negative but at high risk should be considered for retesting with NAAT (42) where accessible (results in <24 hours) or with Ag-RDT if not.
b. **To detect and respond to suspected outbreaks of COVID-19** including in remote settings, institutions and semi-closed communities (e.g. schools, care-homes, cruise ships, prisons, workplaces and dormitories), especially where NAAT is not immediately available.
c. **To screen asymptomatic individuals at high risk of COVID-19**, including health workers, contacts of cases and other at-risk individuals.

Figure 1: SARS-CoV-2 Antigen RDT Algorithm*



* The results of Ag-RDTs will be most reliable in areas where there is ongoing community transmission (≥5% test positivity rate)

Ag = antigen, NAAT = nucleic acid amplification test.

1. WHO defintions of COVID-19 suspected case are found here; national guideline definitions may vary.
2 Case registration, isolation and contact tracing are necessary for all detected cases. (43–45).
3. Quarantine is necessary for contacts of confirmed or probable cases. If symptoms develop suspects should be tested as per a).
4.WHO defines contacts here and confirmed and probable cases here.
5. In instances of lower pretest probability, such as low incidence of SARS-CoV-2 infection in the community, clinical discretion should determine if positive Ag-RDT results need confirmation by NAAT.
6. For health workers and long-term care facility workers serial Ag-RDT testing (at least weekly) should be considered where NAAT testing is not readily available, especially during periods of intense community transmission (32,39).

Specific groups and applications where additional research is needed to refine the role of Ag-RDTs

Travellers

WHO recommends a thorough risk assessment as a key element of the decision-making process regarding SARS-CoV-2 testing policies for international travelers (46). International travelers should not be considered by default or by nature as suspected SARS-CoV-2 cases or contacts or as a priority group for testing, in particular when resources are limited, to avoid diverting resources from settings and patients where testing can have a higher public health impact and drive action.

Many countries and aviation operators have adopted strict testing requirements pre- and/or post-travel at points of entry to reduce the risk of importation, exportation and/or onward transmission of SARS-CoV-2 infection and to prevent movement of SARS-CoV-2, including variants of concern and interest, across borders. The public health effectiveness and impact of different testing strategies has been reviewed and continues to be investigated (47). As in any setting, testing coverage, performance and infection prevalence will have an impact on the effectiveness of testing. Because Ag-RDTs are less sensitive than NAAT, particularly in asymptomatic populations, modelling suggests they will potentially fail to detect up to half of SARS-CoV-2-infected travellers (48). This challenge could potentially be reduced with serial testing to identify individuals recently infected with SARS-CoV-2 who are incubating the disease, but evidence for this approach is lacking.

Travellers are expected to be a low-prevalence population; if countermeasures are already in place due to moderate or high community transmission, testing of international travellers is likely to have less impact. In these circumstances, the risk of false-positive results is high; and confirmatory testing with NAAT following positive Ag-RDT is strongly advised.

Workplaces

In workplaces, WHO recommends testing where there is a high risk of exposure (49).

Students attending educational institutions

A rapid scoping review was carried out to identify and map the evidence assessing the impacts of measures implemented to reopen schools or keep schools open during the current pandemic (50). It revealed that the majority of studies were based on mathematical modelling (31).

WHO currently does not recommend mass screening of students using SARS-CoV-2 diagnostic tests. However, screening for signs and symptoms of COVID-19 and prompt testing of suspected cases and tracing of contacts are recommended (51).

General population screening

There have been many publications using mathematical modelling to estimate the impact of mass testing approaches. Systematic reviews have been largely based on these modelling studies (52,53) . A small number of real-life studies have been conducted (54–56). Given the significant costs involved, the lack of evidence on impact and cost-effectiveness of such approaches and the concern that this cost-intensive approach risks diverting resources from higher priority testing indications, mass community-based testing of asymptomatic individuals is not currently recommended.

Self-testing

Because of their user-friendly characteristics, Ag-RDTs have been considered for self-testing. WHO recognizes that self-testing offers potential advantages as a complement to health system-based testing by trained providers, such as earlier and increased access to testing for those who can afford it. However, self-testing may impair countries' ability to monitor disease trends, ensure appropriate case management and identify and track variants.

There is limited data to date on performance of Ag-RDTs by untrained users guided by manufacturer's instructions for use. Some such studies demonstrate comparable accuracy to that being reported by trained users (57–59), but some show poorer sensitivity in self-testing cohorts (60). The definition of self-testing sometimes includes self-sampling, self-performance of testing, and self-reading of test results, or all three. In any case, it is important that any self-testing be carried out in alignment with required biosafety and waste management measures, and that results be reported to the appropriate health authorities.

The costs, benefits and risks must all be carefully weighed before embarking on self-testing approaches. WHO is reviewing ongoing research on self-testing and emerging evidence of its potential utility in COVID-19 control.

SARS-CoV-2 Ag-RDT Performance Characteristics

Because many factors can affect the performance of Ag-RDTs, findings in clinical settings may be variable. The following should be taken into account:

- patient factors such as the time from illness onset, symptoms and immune status
- sample type [nasopharyngeal, nasal, anterior nares, mid-turbinate, oropharyngeal (61), lower respiratory tract, saliva or oral fluid], quality and processing of samples, including storage conditions and dilution in viral transport medium

- viral factors including the concentration and duration of viral antigen shedding and structural variation in the target antigen
- specific protein target detected in the assay; noting that some antigens, such as nucleocapsid, are produced in higher concentrations than others, such as spike proteins; or have higher mutation rates (spike > nucleocapsid) that may affect antibody binding
- product design or quality issues including:
    - insufficient antibody quantity or affinity for the target antigen(s)
    - potential cross reactivity with other microorganisms
    - poor packaging allowing exposure to heat and humidity, which can degrade antibodies in the test
    - unclear or incorrect instructions that can affect test performance
- improper transport and/or storage
- inadequate training or competency of the test operator, which may lead to errors in preparing the Ag-RDT, performing the test or interpreting the result.

A number of studies evaluating sensitivity and specificity of different Ag-RDTs have been published over the past eight months. Study quality is variable, the scope of brands evaluated is limited and assessments are predominantly restricted to health worker-administered testing of symptomatic populations (4), (5). The cohort of individuals tested and the quality of the operators performing the test have a considerable impact on test performance. The table below illustrates the results of a recent systematic review of instructions for use (IFU)-compliant studies [4] including symptomatic and asymptomatic subjects (4).

Table 1: Summary SARS-CoV-2 Ag-RDT performance in studies performed according to manufacturer's instructions for use

Population	Sensitivity (95%CI)	Specificity (95% CI)
All subjects	72.0% (56.5% to 83.5%)	99.2% (98.5% to 99.5%)
Symptomatic	75.1% (57.3% to 87.1%)	99.5% (98.7% to 99.8%)
Asymptomatic	48.9% (35.1% to 62.9%)	98.1% (96.3% to 99.1%)

More recent pre-prints and publications of test performance in a variety of settings and populations including community screening, pregnant women, and children confirm this lower performance in comparison to NAAT (5), (19), (20), (21), (22), (23), (18), (62).

Among asymptomatic contacts of confirmed cases tested several days after exposure, however, Ag-RDTs showed performance comparable with that seen in symptomatic cases but lower than that seen with NAAT (25–28). This is not unexpected based on described viral load kinetics (11,17).

Ag-RDTs perform best in individuals with high viral loads (Ct values ≤25-30, ~10E5/6 RNA copies/mL) 1-3 days prior to onset of symptoms and during the first 5-7 days of illness (17). In the most recent Cochrane systematic review, overall sensitivity in those with higher viral load (Ct ≤ 25) was 94.5% (compared to 40.7% in those with lower viral load). (4). According to Brummer et al., the highest Ag-RDT sensitivity was found with upper-respiratory swab samples (75.5% for anterior nasal or mid-turbinate and 71.6% for nasopharyngeal sampling) in comparison to other sample types (5).

The two systematic reviews of Ag-RDT performance identified in the preparation of this guidance document revealed high specificity. The overall specificity in IFU-compliant studies was 99.6%, (4) and pooled specificity of 99.0% for all but two tests (5). Specificity was not affected by the presence or absence of symptoms.

Considerations for product selection

As noted previously, the minimum performance requirements for Ag-RDTs are that they have sensitivity ≥80%, and high specificity (≥97-100%). Most Ag-RDTs use a conventional lateral flow format with colloidal gold or other visible dye as indicators. Several systems, including some with United States Food and Drug Administration approval under Emergency Use Authorization and in the WHO Emergency Use Listing pipeline, require a specific device to read and interpret the test results.

There are a number of factors to consider when selecting Ag-RDTs. These include the following.

1. **Quality of available data used to validate the test**. The source of data should be considered (independent vs commercially managed or funded) as should study design (e.g. the reference standard used, the type of specimen, the delay between sample collection and test execution and the number of days since symptom onset); the number of subjects enrolled and the setting of enrolment. Considering that the concentration of virus in specimens is the greatest predictor of test sensitivity, the selection of patients and study sites is of critical importance. Prospective clinical studies are

[4] Instructions for use 'compliance' considers sample type, use of viral transport media and timing from sample collection to testing

generally superior to retrospective studies. Data from studies independent of corporate sponsorship have particular value if the studies are well performed. The two systematic reviews on Ag-RDT accuracy consider this factor in their qu ality assessments (4,5).

2. **Reported performance**. Data demonstrating the performance of an Ag-RDT should be carefully reviewed before procurement is initiated. Given the relatively low prevalence of active SARS-CoV-2 infections – even in settings with community transmission – high specificity (minimum ≥97% and ideally ≥99%) is necessary to avoid obtaining many false-positive results. Most tests are achieving very high specificity, independent of the presence or absence of symptoms (4); however, as per the Annex, very low prevalence will still result in low positive predictive value. In that context, confirmatory testing needs to be considered based on level of suspicion/clinical history and the transmission scenario.

3. **Sensitivity** will depend on the status of patients studied (degree of illness, days since onset of symptoms, etc.) as well as the product quality, but should reach a minimum of ≥80% in the target population, compared to NAAT. A useful assessment is the sensitivity of the test in patients with a rRT-PCR cycle threshold (Ct) below a specific value (e.g. 25-30), because the virus is expected to be abundant in respiratory samples when the test is in this range, and test sensitivity correspondingly high (exceeding 90% in several studies). It is important to note, however, that Ct values at a given input concentration of target RNA vary between rRT-PCR assays are not strictly quantitative. Recently, some investigators have been reporting Ag-RDT sensitivity based on detection of samples with a Ct cut-off associated with culturable virus or probability of culturing virus, a surrogate for sensitivity for infectiousness (57). It would be incorrect to assume that all samples above the Ct cut-off missed by most Ag-RDTs and detected by NAAT are non-infectious and therefore not clinically relevant. Although viral load is unquestionably a crucial factor in determining infectiousness, viral culture is not a very sensitive method itself and other factors are very likely to play a role in transmission, including symptoms like coughing and sneezing or behaviour (singing, talking, wearing masks) and the presence of neutralizing antibodies (63). Well-performing Ag-RDTs will likely detect the majority of infectious cases but establishing a cut-off for infectiousness is not currently scientifically feasible.

4. **Manufacturing quality and regulatory status**. Ag-RDTs, like all *in vitro* diagnostics intended for clinical use, should undergo a rigorous and transparent regulatory review. Approval or authorization by a stringent regulatory body and/or Emergency Use Listing by WHO should be available at the time of procurement.

5. **Procurement considerations.** The number of SARS-CoV-2 antigen detecting tests, both RDTs and those requiring immunoanalysers has massively expanded over the past year, with many new companies entering the market. The WHO document Procurement Considerations for COVID-19 Diagnostics provides practical advice for selecting and ordering diagnostic supplies, including Ag-RDTs. Consideration should be given to a supplier's distribution and product support capacity, especially in low and middle-income countries. This is particularly true for tests that require additional equipment like readers.

6. **Shipping and storage conditions and shelf-life**. The capacity to withstand temperature stress and having an extended shelf-life are critical to the ease-of-use of Ag-RDTs. Recent studies suggest close attention must be paid to temperature control. Specifically, ten-fold reductions in test sensitivity of many Ag-RDTs were reported after brief (10 minutes) exposure to elevated temperatures (37°C), and 30% of the products exposed to 2-4°C for 30 minutes had reduced specificity (64). In another study at a drive-through testing centre, the sensitivity and specificity of the Ag-RDT were 66.7% and 95.2% respectively in tests run at low temperature (8-14°C) on 30 specimens from individuals with symptoms ≤ 7 days. When testing was performed at > 15°C sensitivity was 93.7% and specificity 100% (65). Reductions in both Ag-RDT sensitivity and specificity have been reported in uncontrolled tropical settings (66).With new products, shelf-life must be estimated based on accelerated stability studies (usually at higher temperatures), but target shelf-life should be at least 12-18 months at 30°C and ideally 40°C. Currently, most commercial Ag-RDTs have a 12-month shelf-life and support transport and storage conditions only up to 30°C. This means that a cool chain and regular resupply mechanisms will be required for shipping, transport and storage in many countries and will significantly increase the cost and complexity of procurement and distribution.

7. **Specimen collection requirements**. SARS-CoV-2 Ag-RDTs vary in their requirements for specimen type, number of processing steps, need for accurate timing, instrumentation and interpretation of results, which will influence the extent of training and supervision required. For this reason, an ease-of-use assessment is an important consideration along

with test performance; and trade-offs will need to be carefully considered. Krüger et al. developed an ease-of-use assessment form for SARS-CoV-2 Ag-RDTs (29).

8. **Contents of test kit**. Standard kit contents do not necessarily include everything required to perform and quality control the test, and this must be verified prior to purchase. As noted earlier, several commercially available Ag-RDTs for SARS-CoV-2 utilize a reading instrument.

9. **The cost of the test**. The cost of tests will vary according to the test and the volume to be purchased. In general, they should be less expensive than PCR tests, but if confirmatory testing or serial testing is done this will increase overall costs of the testing strategy. The cost of transportation, import tariffs, storage, end-user training (and supervision) and post-purchase quality control testing activities required to support quality implementation of RDTs must also be considered. For Ag-RDTs purchased through the COVID-19 Diagnostic Consortium, there have been significant price reductions (30-40%) over the past 2 months (67).

10. **Availability, completeness and clarity of instructions for use**. These should contain illustrations and be user-friendly for a non-laboratory specialist.

Implementation considerations

The "who, what, when, where and how" of SARS-CoV-2 Ag-RDT usage alongside other testing modalities should be integrated into the national testing strategy.

For initial introduction of Ag-RDTs as part of testing programs, countries should ideally consider selecting some settings where NAAT confirmatory testing is available so that staff can gain confidence in the assays, confirm performance of the selected RDTs and troubleshoot any implementation issues encountered. Wherever NAAT will be used for confirmatory testing in individuals tested with an Ag-RDT, the samples for the two tests should be collected at roughly the same time, or at most within a period of less than 2 days. Complete recommendations for implementation are available in the WHO document SARS-CoV-2 antigen-detecting rapid diagnostic tests: an implementation guide. The following highlights – and findings since this publication appeared – are of particular note.

1. Ag-RDTs are easier to perform than NAAT but still **demand that manufacturer-recommended procedures be strictly followed.** All test operators must have training in sample collection, relevant biosafety and waste management, performance of the test and interpretation **and** reporting of results. Quality control measures also need to be put in place.

   Use of instrumented detection systems demands additional training in and sufficient infrastructure such as a reliable source of electricity.

   a. **Sample collection** is one of the most critical factors affecting performance of any diagnostic test, including Ag-RDTs. Inadequate or improper sample collection can result in false negative results. Instructions for use should be carefully followed, and any staff collecting samples should be trained in the methodology.

   b. Each Ag-RDT has specific **sample processing** requirements. Test-specific instructions should be followed precisely, and no alternative reagents used (e.g., water or other liquid instead of dilution/mixing buffer) or reagents exchanged between different brands of tests.

   c. **Biosafety** requirements for operators must be in place. Personal protective equipment, including a medical mask, gloves, eye protection and gown and good ventilation are essential (68). Although, some extraction buffers in the Ag-RDT kit will inactivate SARS-CoV-2 after several minutes of contact with the sample, it is recommended that all waste associated with performing the test be considered biohazardous, unless national authorities specifically instruct otherwise.

   d. Quality control measures

   Ag-RDTs include built-in procedural controls that verify that the sample has migrated to the intended location. Test manufacturers or third parties may also provide positive control materials with the test kits or sell them separately to verify that the test is accurate. The frequency of testing with controls should consider the manufacturer's instructions and needs to be established by the COVID-19 laboratory and the testing sites under its supervision. External quality assurance schemes are also emerging.

2. **Post-market surveillance**, with regulatory oversight, is critical to discover defects in products or accessories that negatively affect performance and potentially new variants that may compromise performance. The health system should ensure there is monitoring and evaluation of SARS-CoV-2 diagnostic testing activities and clear mechanisms for reporting problems.

3. **Variants.** Mutations in the viral genome may affect detectability by Ag-RDTs, either because of changes in the configuration of the target protein or in the abundance of the target virion. In the first case, for example, there are reports of mutations of the nucleoprotein gene that result in false-negative Ag-RDT results despite high viral loads confirmed by NAAT. These strains were found to have T205I and D399N mutations (69) or A376T and M241I mutations in an immunodominant epitope of the nucleoprotein (position 229-374) (70). Such samples with mismatched Ag-RDT and NAAT results should be prioritized for sequencing. WHO is monitoring for reports of diagnostic escape mutants and tracking their frequency in sequencing databanks. Thus far, there have not been any reports of reduced performance of Ag-RDTs in detecting any of the currently recognized variants of concern (71). It is worth noting that a preprint of research performed in individuals infected with the Delta variant reported a shorter incubation period and increased viral load (up to 1000 times higher) in respiratory samples compared to cases detected in the initial Wuhan outbreak in 2020 (72). Additional data is required to understand whether this is a fixed feature of Delta variants and whether this will impact Ag-RDT performance.

Future updates

WHO is working closely with groups evaluating the performance and operational characteristics of commercialized SARS-CoV-2 Ag-RDTs and various testing strategies to systematically compile the evidence as it emerges and to coordinate updates.

References

1. Foundation for Innovative New Diagnostics. SARS-CoV-2 Diagnostic Pipeline [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14]. Available from: https://www.finddx.org/covid-19/pipeline/

2. World Health Organization. Target product profiles for priority diagnostics to support response to the COVID-19 pandemic v.1.0 [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/covid-19-target-product-profiles-for-priority-diagnostics-to-support-response-to-the-covid-19-pandemic-v.0.1

3. World Health Organization. Technical specifications for selection of essential in vitro diagnostics for SARS-CoV-2. 2021.

4. Dinnes J, Deeks J, Berhane S, Taylor M, Adriano A, Davenport C, et al. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2021;(3). Available from: https://doi.org//10.1002/14651858.CD013705.pub2

5. Brümmer LE, Katzenschlager S, Gaeddert M, Erdmann C, Schmitz S, Bota M, et al. The accuracy of novel antigen rapid diagnostics for SARS-CoV-2: a living systematic review and meta-analysis. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.02.26.21252546.

6. Ricks S, Kendall EA, Dowdy DW, Sacks JA, Schumacher SG, Arinaminpathy N. Quantifying the potential value of antigen-detection rapid diagnostic tests for COVID-19: a modelling analysis. BMC Med. 2021 Mar 9;19(1):75.

7. Bullard J, Dust K, Funk D, Strong JE, Alexander D, Garnett L, et al. Predicting infectious SARS-CoV-2 from diagnostic samples. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am. 2020;ciaa638.

8. Corman VM, Haage VC, Bleicker T, Schmidt ML, Mühlemann B, Zuchowski M, et al. Comparison of seven commercial SARS-CoV-2 rapid point-of-care antigen tests: a single-centre laboratory evaluation study. Lancet Microbe [Internet]. [cited 2021 Jun 7]; Available from: https://doi.org/10.1016/S2666-5247(21)00056-2

9. Kohmer N, Toptan T, Pallas C, Karaca O, Pfeiffer A, Westhaus S, et al. The Comparative Clinical Performance of Four SARS-CoV-2 Rapid Antigen Tests and Their Correlation to Infectivity In Vitro. J Clin Med. 2021 Jan 17;10(2):328.

10. Marks M, Millat-Martinez P, Ouchi D, Roberts CH, Alemany A, Corbacho-Monné M, et al. Transmission of COVID-19 in 282 clusters in Catalonia, Spain: a cohort study. Lancet Infect Dis. 2021/02/02 ed. 2021 May;21(5):629–36.

11. Lee S, Kim T, Lee E, Lee C, Kim H, Rhee H, et al. Clinical Course and Molecular Viral Shedding Among Asymptomatic and Symptomatic Patients With SARS-CoV-2 Infection in a Community Treatment Center in the Republic of Korea. JAMA Intern Med [Internet]. 2020 [cited 2020 Sep 3]; Available from: https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.3862

12. Cevik M, Tate M, Lloyd O, Maraolo AE, Schafers J, Ho A. SARS-CoV-2, SARS-CoV, and MERS-CoV viral load dynamics, duration of viral shedding, and infectiousness: a systematic review and meta-analysis. Lancet Microbe. 2021 Jan 1;2(1):e13–22.

13. Buitrago-Garcia D, Egli-Gany D, Counotte MJ, Hossmann S, Imeri H, Ipekci AM, et al. Occurrence and transmission potential of asymptomatic and presymptomatic SARS-CoV-2 infections: A living systematic review and meta-analysis. PLOS Med. 2020 Sep 22;17(9):e1003346.

14. He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Nat Med. 2020 May 1;26(5):672–5.

15. Qiu X, Nergiz AI, Maraolo AE, Bogoch II, Low N, Cevik M. The role of asymptomatic and pre-symptomatic infection in SARS-CoV-2 transmission—a living systematic review. Clin Microbiol Infect. 2021 Apr 1;27(4):511–9.

16. Byambasuren O, Cardona M, Bell K, Clark J, McLaws M-L, Glasziou P. Estimating the extent of asymptomatic COVID-19 and its potential for community transmission: Systematic review and meta-analysis. Off J Assoc Med Microbiol Infect Dis Can. 2020 Dec 1;5(4):223–34.

17. Jones TC, Biele G, Mühlemann B, Veith T, Schneider J, Beheim-Schwarzbach J, et al. Estimating infectiousness throughout SARS-CoV-2 infection course. Science. 2021 May 25;eabi5273.

18. Favresse J, Gillot C, Oliveira M, Cadrobbi J, Elsen M, Eucher C, et al. Head-to-Head Comparison of Rapid and Automated Antigen Detection Tests for the Diagnosis of SARS-CoV-2 Infection. J Clin Med. 2021 Jan 13;10(2):265.

19. James AE, Gulley T, Kothari A, Holder K, Garner K, Patil N. Performance of the BinaxNOW coronavirus disease 2019 (COVID-19) Antigen Card test relative to the severe acute respiratory coronavirus virus 2 (SARS-CoV-2) real-time reverse transcriptase polymerase chain reaction (rRT-PCR) assay among symptomatic and asymptomatic healthcare employees. Infect Control Hosp Epidemiol. 2021/01/25 ed. 2021;1–3.

20. L'Huillier AG, Lacour M, Sadiku D, Gadiri MA, De Siebenthal L, Schibler M, et al. Diagnostic accuracy of SARS-CoV-2 rapid antigen detection testing in symptomatic and asymptomatic children in the clinical setting. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.04.15.21255577.

21. Agulló V, Fernández-González M, Ortiz de la Tabla V, Gonzalo-Jiménez N, García JA, Masiá M, et al. Evaluation of the rapid antigen test Panbio COVID-19 in saliva and nasal swabs in a population-based point-of-care study. J Infect. 2021 May 1;82(5):186–230.

22. Baro B, Rodo P, Ouchi D, Bordoy AE, Saya Amaro EN, Salsench SV, et al. Performance characteristics of five antigen-detecting rapid diagnostic test (Ag-RDT) for SARS-CoV-2 asymptomatic infection: a head-to-head benchmark comparison. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.02.11.21251553.

23. Rottenstreich A, Zarbiv G, Kabiri D, Porat S, Sompolinsky Y, Reubinoff B, et al. Rapid antigen detection testing for universal screening for severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 in women admitted for delivery. Am J Obstet Gynecol. 2021 May 1;224(5):539–40.

24. Caruana G, Lebrun L-L, Aebischer O, Opota O, Urbano L, de Rham M, et al. The dark side of SARS-CoV-2 rapid antigen testing: screening asymptomatic patients. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.04.24.21256040.

25. Shrestha B, Neupane AK, Pant S, Shrestha A, Bastola A, Rajbhandari B, et al. Sensitivity and Specificity of Lateral Flow Antigen Test Kits for COVID-19 in Asymptomatic Population of Quarantine Centre of Province 3. Kathmandu Univ Med J. 2020 Nov 17;18:36–9.

26. Kernéis S, Elie C, Fourgeaud J, Choupeaux L, Delarue SM, Alby M-L, et al. Accuracy of antigen and nucleic acid amplification testing on saliva and naopharyngeal samples for detection of SARS-CoV-2 in ambulatory care. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.04.08.21255144.

27. Schuit E, Veldhuijzen I, Venekamp R, van den Bijllaardt W, Pas S, Lodder E, et al. Diagnostic accuracy of rapid antigen tests in pre-/asymptomatic close contacts of individuals with a confirmed SARS-CoV-2 infection. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.03.18.21253874.

28. Caruana G, Croxatto A, Kampouri E, Kritikos A, Opota O, Foerster M, et al. ImplemeNting SARS-CoV-2 Rapid antigen testing in the Emergency wArd of a Swiss univErsity hospital: the INCREASE study. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.02.10.21250915.

29. Krüger LJ, Gaeddert M, Köppel L, Brümmer LE, Gottschalk C, Miranda IB, et al. Evaluation of the accuracy, ease of use and limit of detection of novel, rapid, antigen-detecting point-of-care diagnostics for SARS-CoV-2. medRxiv. 2020 Jan 1;2020.10.01.20203836.

30. Alemany A, Baró B, Ouchi D, Rodó P, Ubals M, Corbacho-Monné M, et al. Analytical and clinical performance of the panbio COVID-19 antigen-detecting rapid diagnostic test. J Infect. 2021/01/07 ed. 2021 May;82(5):186–230.

31. World Health Organization. Considerations for quarantine of contacts of COVID-19 cases. 2021.

32. World Health Organization. Prevention, identification and management of health worker infection in the context of COVID-19: interim guidance, 30 October 2020 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/336265

33. Cattelan AM, Sasset L, Di Meco E, Cocchio S, Barbaro F, Cavinato S, et al. An Integrated Strategy for the Prevention of SARS-CoV-2 Infection in Healthcare Workers: A Prospective Observational Study. Int J Environ Res Public Health. 2020;17(16).

34. Blain H, Rolland Y, Tuaillon E, Giacosa N, Albrand M, Jaussent A, et al. Efficacy of a Test-Retest Strategy in Residents and Health Care Personnel of a Nursing Home Facing a COVID-19 Outbreak. J Am Med Dir Assoc. 2020/06/11 ed. 2020 Jul;21(7):933–6.

35. Treibel TA, Manisty C, Burton M, McKnight Á, Lambourne J, Augusto JB, et al. COVID-19: PCR screening of asymptomatic health-care workers at London hospital. Lancet Lond Engl. 2020/05/08 ed. 2020 May 23;395(10237):1608–10.

36. Rivett L, Sridhar S, Sparkes D, Routledge M, Jones NK, Forrest S, et al. Screening of healthcare workers for SARS-CoV-2 highlights the role of asymptomatic carriage in COVID-19 transmission. van der Meer JW, editor. eLife. 2020 May 11;9:e58728.

37. Chow A, Htun HL, Kyaw WM, Lee LT, Ang B. Asymptomatic health-care worker screening during the COVID-19 pandemic. The Lancet. 2020 Oct 31;396(10260):1393–4.

38. Tulloch J, Micocci M, Buckle P, Lawrenson K, Kierkegaard P, McLister A, et al. Enhanced Lateral Flow Testing Strategies in Care Homes Are Associated with Poor Adherence and Were Insufficient to Prevent COVID-19 Outbreaks: Results from a Mixed Methods Implementation Study. SSRN. 2021 Apr 8;

39. World Health Organization. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19 update [Internet]. World Health Organization; 2021. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2021.1

40. Šterbenc A, Tomič V, Bidovec Stojković U, Vrankar K, Rozman A, Zidarn M. Usefulness of rapid antigen testing for SARS-CoV-2 screening of healthcare workers: a pilot study. Clin Exp Med [Internet]. 2021 May 22; Available from: https://doi.org/10.1007/s10238-021-00722-y

41. Larremore DB, Wilder B, Lester E, Shehata S, Burke JM, Hay JA, et al. Test sensitivity is secondary to frequency and turnaround time for COVID-19 screening. Sci Adv. 2021 Jan 1;7(1):eabd5393.

42. Allan-Blitz LT, Klausner JD. A Real-World Comparison of SARS-CoV-2 Rapid Antigen Testing versus PCR Testing in Florida. J Clin Microbiol. 2021 Sep 20;59(10):e0110721. doi: 10.1128/JCM.01107-21. Epub 2021 Aug 4. PMID: 34346715.

43. World Health Organization. Contact tracing in the context of COVID-19 [Internet]. 2021. (WHO/2019-nCoV/Contact_Tracing/2021.1). Available from: https://www.who.int/publications/i/item/contact-tracing-in-the-context-of-covid-19

44. World Health Organization. Infection prevention and control during health care when novel coronavirus (nCoV) infection is suspected [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/10665-331495

45. World Health Organization. Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts

46. World Health Organization. COVID-19 diagnostic testing in the context of international travel [Internet]. World Health Organization; 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-Sci_Brief-international_travel_testing-2020.1

47. Burns J, Movsisyan A, Stratil J, Biallas R, Coenen M, Emmert-Fees K, et al. International travel-related control measures to contain the COVID-19 pandemic: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2021;(3). Available from: https://doi.org//10.1002/14651858.CD013717.pub2

48. Chevalier JM, Sy KTL, Girdwood SJ, Khan S, Albert H, Toporowski A, et al. Optimal use of COVID19 Ag-RDT screening at border crossings to prevent community transmission: a modeling analysis. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.04.26.21256154.

49. World Health Organization. Preventing and mitigating COVID-19 at work. World Health Organization; 2021.

50. Krishnaratne S, Pfadenhauer L, Coenen M, Geffert K, Jung-Sievers C, Klinger C, et al. Measures implemented in the school setting to contain the COVID-19 pandemic: a rapid scoping review. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2020;(12). Available from: https://doi.org//10.1002/14651858.CD013812

51. World Health Organization. Considerations for school-related public health measures in the context of COVID-19. World Health Organization; 2020.

52. Johanna N, Citrawijaya H, Wangge G. Mass screening vs lockdown vs combination of both to control COVID-19: A systematic review. J Public Health Res. 2020 Dec 18;9(4):2011–2011.

53. Viswanathan M, Kahwati L, Jahn B, Giger K, Dobrescu A, Hill C, et al. Universal screening for SARS-CoV-2 infection: a rapid review. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Sep 15;9.

54. Lavezzo E, Franchin E, Ciavarella C, Cuomo-Dannenburg G, Barzon L, Del Vecchio C, et al. Suppression of a SARS-CoV-2 outbreak in the Italian municipality of Vo'. Nature. 2020 Aug 1;584(7821):425–9.

55. Peto T, Affron D, Afrough B, Agasu A, Ainsworth M, Allanson A, et al. COVID-19: Rapid antigen detection for SARS-CoV-2 by lateral flow assay: A national systematic evaluation of sensitivity and specificity for mass-testing. EClinicalMedicine [Internet]. [cited 2021 Jun 15]; Available from: https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2021.100924

56. Pavelka M, Van-Zandvoort K, Abbott S, Sherratt K, Majdan M, Jarčuška P, et al. The impact of population-wide rapid antigen testing on SARS-CoV-2 prevalence in Slovakia. Science. 2021 May 7;372(6542):635.

57. Stohr JJJM, Zwart VF, Goderski G, Meijer A, Nagel-Imming CRS, Kluytmans-van den Bergh MFQ, et al. Self-testing for the detection of SARS-CoV-2 infection with rapid antigen tests. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.02.21.21252153.

58. Lindner AK, Nikolai O, Rohardt C, Kausch F, Wintel M, Gertler M, et al. SARS-CoV-2 patient self-testing with an antigen-detecting rapid test: a head-to-head comparison with professional testing. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.01.06.20249009.

59. Love N, Ready D, Turner C, Yardley L, Rubin GJ, Hopkins S, et al. The acceptability of testing contacts of confirmed COVID-19 cases using serial, self-administered lateral flow devices as an alternative to self-isolation. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.03.23.21254168.

60. Frediani JK, Levy JM, Rao A, Bassit L, Figueroa J, Vos MB, et al. Multidisciplinary assessment of the Abbott BinaxNOW SARS-CoV-2 point-of-care antigen test in the context of emerging viral variants and self-administration. Sci Rep. 2021 Jul 16;11(1):14604.

61. Stokes W, Berenger BM, Portnoy D, Scott B, Szelewicki J, Singh T, et al. Clinical performance of the Abbott Panbio with nasopharyngeal, throat, and saliva swabs among symptomatic individuals with COVID-19. Eur J Clin Microbiol Infect Dis [Internet]. 2021 Mar 20; Available from: https://doi.org/10.1007/s10096-021-04202-9

62. Wachinger J, Olaru ID, Horner S, Schnitzler P, Heeg K, Denkinger CM. The potential of SARS-CoV-2 antigen-detection tests in the screening of asymptomatic persons. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.06.07.21258465.

63. World Health Organization. Mask use in the context of COVID-19 [Internet]. 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/advice-on-the-use-of-masks-in-the-community-during-home-care-and-in-healthcare-settings-in-the-context-of-the-novel-coronavirus-(2019-ncov)-outbreak

64. Haage V, Ferreira de Oliveira-Filho E, Moreira-Soto A, Kühne A, Fischer C, Sacks JA, et al. Impaired performance of SARS-CoV-2 antigen-detecting rapid diagnostic tests at elevated and low temperatures. J Clin Virol. 2021 May 1;138:104796.

65. Pollock NR, Jacobs JR, Tran K, Cranston A, Smith S, O' Kane C, et al. Performance and Implementation Evaluation of the Abbott BinaxNOW Rapid Antigen Test in a High-throughput Drive-through Community Testing Site in Massachusetts. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.01.09.21249499.

66. Abdul-Mumin A, Abubakari A, Agbozo F, Abdul-Karim A, Nuertey BD, Mumuni K, et al. Field evaluation of specificity and sensitivity of a standard SARS-CoV-2 antigen rapid diagnostic test: A prospective study at a teaching hospital in Northern Ghana. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.06.03.21258300.

67. World Health Organization. Emergency Global Supply Chain System (COVID-19) catalogue [Internet]. 2021. Available from: https://www.who.int/publications/m/item/emergency-global-supply-chain-system-covid-19-catalogue

68. World Health Organization. Laboratory biosafety guidance related to coronavirus disease (COVID-19) [Internet]. 2020 [cited 2020 Aug 14]. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/laboratory-biosafety-guidance-related-to-coronavirus-disease-2019-(covid-19)

69. Bourassa L, Perchetti GA, Phung Q, Lin MJ, Mills MG, Roychoudhury P, et al. A SARS-CoV-2 Nucleocapsid Variant that Affects Antigen Test Performance. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.05.05.21256527.

70. Del Vecchio C, Brancaccio G, Brazzale AR, Lavezzo E, Onelia F, Franchin E, et al. Emergence of N antigen SARS-CoV-2 genetic variants escaping detection of antigenic tests. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.03.25.21253802.

71. Jungnick S, Hobmaier B, Mautner L, Hoyos M, Haase M, Baiker A, et al. Detection of the new SARS-CoV-2 variants of concern B.1.1.7 and B.1.351 in five SARS-CoV-2 rapid antigen tests (RATs). Eurosurveillance. 2021 Apr 22;26(16).

72. Li B, Deng A, Li K, Hu Y, Li Z, Xiong Q, et al. Viral infection and transmission in a large, well-traced outbreak caused by the SARS-CoV-2 Delta variant. medRxiv. 2021 Jan 1;2021.07.07.21260122.

Acknowledgments

This document was developed in consultation with:

External: Amanda Balish, United States Centers for Disease Control and Prevention; Arlene Chua, Médecins Sans Frontières, Switzerland; Claudia Denkinger, Heidelberg University, Germany; Antonino Di Caro, Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, Italy; Jac Dinnes, University of Birmingham, United Kingdom; Sally Hojvat, Partners in Diagnostics, United States of America; Pasacle Ondoa, ASLM, Ethiopia, Chantal Reusken, RIVM, Netherlands; Trevor Peter, CHAI, United States of America; Bill Rodriguez, FIND, Switzerland; Karin von Eije, University Medical Center Groningen, Netherlands; Anne von Gottberg, National Institute for Communicable Diseases, South Africa.

WHO: Jane Cunningham and Mark Perkins (Leads), April Baller, Amal Barakat, Lisa Carter, Sebastian Cognat, Janet Victoria Diaz, Belinda Louise Herring, Francis Inbanathan, Marco Marklewitz, Jairo Mendez-Rico, Karen Nahapetyan, Jilian Sacks, Ute Ströher, Maria Van Kerkhove.

Declaration of interests

Declarations of interests were collected from all external contributors and assessed for any conflicts of interest. There were no significant conflicts of interest declared.

WHO continues to monitor the situation closely for any changes that may affect this interim guidnce. Should any factors change, WHO will issue a further update. Otherwise, this interim guidance document will expire 2 years after the date of publication.

Annex

Test performance

The performance of an Ag-RDT is determined by the sensitivity and specificity of the test to detect a SARS-CoV-2 infection compared with a reference standard, NAAT (generally rRT-PCR).

Sensitivity is the percentage of cases positive by a NAAT reference standard that are detected as positive by the Ag-RDT under evaluation.

Specificity is the percentage of cases negative by a NAAT reference standard that are detected as negative by the Ag-RDT under evaluation. The prevalence of disease in the community being tested strongly affects the predictive value of a positive or negative result. Thus, the clinical value of a positive or negative test result will depend on what action is taken on the basis of the test result when interpreted in the context of local prevalence.

In general, the higher the prevalence of SARS-CoV-2 infection in the tested population, the more likely a person who tests positive is to have COVID-19. The lower the prevalence in the community, the more likely a test-negative patient is not to have the disease (see Table 1, below). For example, when the prevalence of active SARS-CoV-2 infection in a community is 1%, even a test that is 99% specific would have a poor positive predictive value, since one-half of all positive results would be false positive.

Table 1: Positive predictive value (PPV) and negative predictive value (NPV) and the number of true positive (TP), false positive (FP), true negative (TN) and false negative (FN) tests in a population of 100 000 with the prevalence of COVID-19 estimated at 0,1, 0,5, 5, 10, 20, 30% and based on recommended performance criteria: sensitivity of 70, 80%, 90% and specificity of 97%, 98% and 99%.

Example target populations[a]	**Prevalence (%)**	**Sensitivity**	**Specificity**	**NPV**	**PPV**	**TP**	**FP**	**TN**	**FN**	**No. with disease**	**No. positive tests**	**Total**
Asymptomatic, no known exposure: travellers at points of entry, students; general population	0,1	50	97	99,9	1,6	50	2997	96903	50	100	3047	100000
		50	98	99,9	2,4	50	1998	97902	50	100	2048	100000
		50	99	99,9	4,8	50	999	98901	50	100	1049	100000
		70	97	99,97	2,3	70	2997	96903	30	100	3067	100000
		70	98	99,97	3,4	70	1998	97902	30	100	2068	100000
		70	99	99,97	6,5	70	999	98901	30	100	1069	100000
		80	97	99.,98	2,6	80	2997	96903	20	100	3077	100000
		80	98	99,98	3,8	80	1998	97902	20	100	2078	100000
		80	99	99,98	7,4	80	999	98901	20	100	1079	100000
		90	97	99,99	2,9	90	2997	96903	10	100	3087	100000
		90	98	99,99	4,3	90	1998	97902	10	100	2088	100000
		90	99	99,99	8,3	90	999	98901	10	100	1089	100000

Asymptomatic, no known exposure: travellers at points of entry, students	0,5	50	97	99,7	7,7	250	2985	96515	250	500	3235	100000
		50	98	99,7	11,2	250	1990	97510	250	500	2240	100000
		50	99	99,7	20,1	250	995	98505	250	500	1245	100000
		70	97	99,8	10,5	350	2985	96515	150	500	3335	100000
		70	98	99,8	15,0	350	1990	97510	150	500	2340	100000
		70	99	99,8	26,0	350	995	98505	150	500	1345	100000
		80	97	99,9	11,8	400	2985	96515	100	500	3385	100000
		80	98	99,9	16,3	400	1990	97510	100	500	2390	100000
		80	99	99,9	28,7	400	995	98505	100	500	1395	100000
		90	97	99,9	13,1	450	2985	96515	50	500	3435	100000
		90	98	99,9	18,4	450	1990	97510	50	500	2440	100000
		90	99	99,9	31,1	450	995	98505	50	500	1445	100000
	1	50	97	99,5	14,4	500	2970	96030	500	1000	3470	100000
		50	98	99,5	20,2	500	1980	97020	500	1000	2480	100000
		50	99	99,5	33,6	500	990	98010	500	1000	1490	100000
		70	97	99,7	19,1	700	2970	96030	300	1000	3670	100000
		70	98	99,7	26,1	700	1980	97020	300	1000	2680	100000
		70	99	99,7	41,2	700	990	98010	300	1000	1690	100000
		80	97	99,8	21,2	800	2970	96030	200	1000	3770	100000
		80	98	99,8	28,8	800	1980	97020	200	1000	2780	100000
		80	99	99,8	44,7	800	990	98010	200	1000	1790	100000
		90	97	99,9	23,3	900	2970	96030	100	1000	3870	100000
		90	98	99,9	31,3	900	1980	97020	100	1000	2880	100000
		90	99	99,9	47,6	900	990	98010	100	1000	1890	100000
Symptomatic general population; contacts of index case	5	50	97	97,4	46,7	2500	2850	92150	2500	5000	5350	100000
		50	98	97,4	56,8	2500	1900	93100	2500	5000	4400	100000
		50	99	97,4	72,5	2500	950	94050	2500	5000	3450	100000

		70	97	98,4	55,1	3500	2850	92150	1500	5000	6350	100000
		70	98	98,4	64,8	3500	1900	93100	1500	5000	5400	100000
		70	99	98,4	78,7	3500	950	94050	1500	5000	4450	100000
		80	97	98,9	58,4	4000	2850	92150	1000	5000	6850	100000
		80	98	98,9	67,8	4000	1900	93100	1000	5000	5900	100000
		80	99	98,9	80,8	4000	950	94050	1000	5000	4950	100000
		90	97	99,5	61,2	4500	2850	92150	500	5000	7350	100000
		90	98	99,5	70,3	4500	1900	93100	500	5000	6400	100000
		90	99	99,5	82,6	4500	950	94050	500	5000	5450	100000
Community transmission: Symptomatic patients presenting to health care facilities; contacts of index cases; institutions & closed communities with confirmed outbreaks	10	50	97	94,5	64,9	5000	2700	87300	5000	10000	7700	100000
		50	98	94,5	73,5	5000	1800	88200	5000	10000	6800	100000
		50	99	94,5	84,7	5000	900	89100	5000	10000	5900	100000
		70	97	96,7	72,2	7000	2700	87300	3000	10000	9700	100000
		70	98	96,7	79,5	7000	1800	88200	3000	10000	8800	100000
		70	99	96,7	88,6	7000	900	89100	3000	10000	7900	100000
		80	97	97,8	74,8	8000	2700	87300	2000	10000	10700	100000
		80	98	97,8	81,6	8000	1800	88200	2000	10000	9800	100000
		80	99	97,8	89,9	8000	900	89100	2000	10000	8900	100000
		90	97	98,9	76,9	9000	2700	87300	1000	10000	11700	100000
		90	98	98,9	83,3	9000	1800	88200	1000	10000	10800	100000
		90	99	98,9	90,9	9000	900	89100	1000	10000	9900	100000
Symptomatic at referral centre; Symptomatic or screening of health workers; care homes	20	50	97	88,6	80,6	10000	2400	77600	10000	20000	12400	100000
		50	98	88,7	86,2	10000	1600	78400	10000	20000	11600	100000
		50	99	88,8	92,6	10000	800	79200	10000	20000	10800	100000
		70	97	92,8	85,4	14000	2400	77600	6000	20000	16400	100000
		70	98	92,9	89,7	14000	1600	78400	6000	20000	15600	100000
		70	99	93,0	94,6	14000	800	79200	6000	20000	14800	100000

		80	97	95,1	87,0	16000	2400	77600	4000	20000	18400	100000
		80	98	95,1	90,1	16000	1600	78400	4000	20000	17600	100000
		80	99	95,1	95,2	16000	800	79200	4000	20000	16800	100000
		90	97	97,5	88,2	18000	2400	77600	2000	20000	20400	100000
		90	98	97,5	91,8	18000	1600	78400	2000	20000	19600	100000
		90	99	97,5	95,7	18000	800	79200	2000	20000	18800	100000
Symptomatic health worker/cleaners; care home residents	30	50	97	81,9	87,7	15000	2100	67900	15000	30000	17100	100000
		50	98	82,1	91,5	15000	1400	68600	15000	30000	16400	100000
		50	99	82,2	95,5	15000	700	69300	15000	30000	15700	100000
		70	97	88,3	90,9	21000	2100	67900	9000	30000	23100	100000
		70	98	88,4	93,8	21000	1400	68600	9000	30000	22400	100000
		70	99	88,5	96,8	21000	700	69300	9000	30000	21700	100000
		80	97	91,9	92,0	24000	2100	67900	6000	30000	26100	100000
		80	98	92,0	94,5	24000	1400	68600	6000	30000	25400	100000
		80	99	92,0	97,2	24000	700	69300	6000	30000	24700	100000
		90	97	95,8	92,8	27000	2100	67900	3000	30000	29100	100000
		90	98	95,8	95,1	27000	1400	68600	3000	30000	28400	100000
		90	99	95,9	97,5	27000	700	69300	3000	30000	27700	100000

a- prevalence estimates do not consider impact of vaccination in these example populations

© World Health Organization 2021. Some rights reserved. This work is available under the CC BY-NC-SA 3.0 IGO licence.

WHO reference number: WHO/2019-nCoV/Antigen_Detection/2021.1

Allegato 14

Circolare Direzione, Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria (16 marzo 2020)

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data 16 MAR. 2020 Protocollo N° 122366 Class: G.92.04.1 Prat. Fasc. Allegati N°

Oggetto: Nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2): ulteriori indicazioni per l'attivazione di "nuclei di isolamento" nelle Strutture Residenziali extra-ospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale.

Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori dei Servizi Socio-Sanitari
delle Aziende ULSS del Veneto

p.c. Assessore a Sanità e Servizi Sociali
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Direttore Direzione Servizi Sociali
Direttore Generale Azienda Zero
Direttore Sanitario Azienda Zero
Componenti Task Force Regionale "2019-nCoV"

LORO SEDI

Si fa seguito alle indicazioni regionali emanate in materia di "Coronavirus (SARS-CoV-2)", con riguardo particolare alle procedure operative, di cui alle note prot. n. 109224 del 6 marzo 2020 e n. 119071 del 12 marzo 2020, stabilite per le casistiche di infezione gestibili da parte delle strutture residenziali extra-ospedaliere.

Si richiamano le misure che in via principale rilevano per un immediato e coerente inquadramento delle odierne indicazioni nella sequenza degli aggiornamenti intervenuti:

Ospite sintomatico (febbre, tosse, difficoltà respiratoria)
Viene indicato che "*ogni caso "sospetto", "probabile" o "confermato" di infezione* (come definiti con nota prot. 97286 del 29 febbraio 2020 e ss.mm.ii.) *che non richieda l'immediato ricovero ospedaliero dovrà essere isolato individuando una modalità organizzativo-strutturale coerente con quanto previsto dalla normativa vigente*" nell'obiettivo di "*limitare fortemente i contatti stretti con altre persone*".

Ospite asintomatico e con "*contatto stretto*" confermato
Viene indicato che l'ospite "*va posto in isolamento fiduciario nella struttura residenziale*".

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Con riferimento alle predette casistiche la misura di cui alle note richiamate ha previsto che "*le strutture si attivino affinché siano identificate aree di isolamento*", specificando che deve trattarsi di "nuclei" con "*stanze di isolamento singole con bagno dedicato e, possibilmente, con anticamera*".

A riguardo, tenuto conto delle caratteristiche strutturali/impiantistiche delle strutture residenziali extra-ospedaliere, originariamente destinate a *setting* assistenziali specifici, si forniscono alcuni riferimenti aventi unicamente valore di massima ritenuti utili nell'individuazione dei nuclei di isolamento e nella definizione delle modalità di svolgimento delle attività all'interno degli stessi, compresa ogni possibile accortezza logistico-organizzativa per la gestione in sicurezza dei percorsi:

- **i nuclei di isolamento** devono essere il più possibile individuati secondo un criterio di progressione in rapporto alla gravità ed al rischio diffusivo dell'infezione:
  - anziani con tampone negativo e "sani";
  - anziani sintomatici con sospetto di infezione;
  - anziani con tampone positivo asintomatici o paucisintomatici;
  - anziani con tampone positivo e sintomatici (con o senza rischio di aerosol);

  per ciascun gruppo vanno previsti ingressi distinti ovvero in alternativa, dove non fattibile, va disposto un rigoroso utilizzo dei DPI per gli attraversamenti tra i nuclei;
- evitare il più possibile percorsi comuni, **sia per il personale sia per i materiali**, da e per i nuclei di isolamento; in particolare vanno identificati e tenuti separati i percorsi ovvero vanno assolutamente evitati momenti di promiscuità tra gli stessi:
  - percorsi pulito sporco;
  - percorsi di fornitura materiali (farmaci, presidi, biancheria);
  - percorsi del servizio ristorazione soprattutto per quanto riguarda il riassetto *post* prandiale (privilegiando materiali monouso);
  - percorsi per l'eliminazione dei rifiuti speciali e non, con definizione di apposito protocollo;
  - percorsi di servizio per le celle mortuarie;
  - percorsi di accesso per il personale dedicato, con identificazione di un punto fisico separato da quello degli altri nuclei o, comunque, prevedendo che l'accesso ai nuclei di isolamento disponga di uno spazio/spogliatoio per indossare (in entrata)/togliere (in uscita) i DPI in sicurezza e per effettuare un'accurata igiene;
  - i presidi e dispositivi medici/sanitari utilizzati prima di immagazzinarli, eliminarli e riconsegnali devono essere sanificati e sterilizzati (non basta la disinfezione);
  - fornire al personale le indicazioni necessarie per il corretto approccio all'assistenza dell'ospite infetto, all'utilizzo dei DPI e dei comportamenti da seguire e definiti nei protocolli;
- fornire ai medici curanti e/o ad ogni altro eventuale professionista identiche indicazioni in ordine alla riorganizzazione per nuclei separati e all'utilizzo dei DPI (secondo disponibilità).

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Trattasi, come detto, di riferimenti aventi valore indicativo da declinare nel concreto tenendo conto del numero di persone (ospiti ed operatori) che si sono positivizzate, delle specifiche rigidità poste dalle effettive configurazioni edilizie-strutturali e del particolare momento emergenziale che richiede risposte immediate e che garantisca il contenimento del contagio.

Per quanto riguarda il personale che opera all'interno delle strutture, si dispone l'applicazione di quanto stabilito con le note: 121821 del 16.03.2020 "Implementazione delle misure cautelari e di isolamento domiciliare", e le note prot. N.113076 del 10.03.2020 "Trasmissione Decreto-Legge 9.03.2020 n.14 e Istruzioni operative per la sorveglianza COVID-19 del personale del Sistema Sanitario Regionale" e la nota integrativa pari oggetto prot. 115533 del 11.03.2020.

Alla luce dei casi di contagio all'interno delle strutture residenziali verificatesi in questi ultimi giorni, si dispone che le strutture si attivino affinché sia inibito l'accesso di familiari e visitatori, autorizzando, esclusivamente in casi di urgenza o di indifferibilità (es. nel caso di terminalità), l'accesso a singole persone munite di DPI adeguati attraverso percorsi protetti predefiniti per l'ingresso e l'uscita.

Il Direttore Sanitario individua l'U.O. più opportuna deputata alla verifica delle disposizioni di cui alla presente nota.

Cordiali saluti

DIREZIONE PREVENZIONE SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA
Il Direttore
Dr.ssa Francesca Russo

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it

Cod. Fisc. 80007580279 *codice univoco Ufficio EJY7AG* *P.IVA 02392630279*

Allegato 15

Circolare Ministero della Salute
n. 35324 del 30 ottobre 2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023
0035324-30/10/2020-DGPRE-DGPRE-P

Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA

A

PROTEZIONE CIVILE
VIA ULPIANO 11 - 00193 ROMA
Coordinamento.emergenza@protezionecivile.it
protezionecivile@pec.governo.it

UFFICIO DI GABINETTO
Sede

MINISTERO ECONOMIA E FINANZE
mef@pec.mef.gov.it

MINISTERO SVILUPPO ECONOMICO
gabinetto@pec.mise.gov.it

MINISTERO INFRASTRUTTURE E TRASPORTI
ufficio.gabinetto@pec.mit.gov.it

MINISTERO DEL LAVORO E POLITICHE SOCIALI
segreteriaministro@pec.lavoro.gov.it

MINISTERO DEI BENI E DELLE ATTIVITÀ CULTURALI E DL TURISMO
mbac-udcm@mailcert.beniculturali.it

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE
gabinetto.ministro@cert.esteri.it

MINISTERO DELLA DIFESA ISPETTORATO GENERALE DELLA SANITÀ MILITARE
stamadifesa@postacert.difesa.it

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

MINISTERO DELL'UNIVERSITA' E DELLA RICERCA
uffgabinetto@postacert.istruzione.it

MINISTERO DELL'INTERNO
gabinetto.ministro@pec.interno.it

MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
capo.gabinetto@giustiziacert.it

DIPARTIMENTO DELL'AMMINISTRAZIONE PENITENZIARIA
DIREZIONE GENERALE DEI DETENUTI E DEL TRATTAMENTO
MINISTERO DELLA GIUSTIZIA
prot.dgdt.dap@giustiziacert.it
gabinetto.ministro@giustiziacert.it

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO
gabinetto@pec.mise.gov.it

MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE, ALIMENTARI E FORESTALI
ministro@pec.politicheagricole.gov.it

MINISTERO DELL'AMBIENTE E DELLA TUTELA DEL TERRITORIO E DEL MARE
segreteria.ministro@pec.minambiente.it

PRESIDENZA CONSIGLIO DEI MINISTRI - DIPARTIMENTO PER GLI AFFARI REGIONALI E LE AUTONOMIE
affariregionali@pec.governo.it

ASSESSORATI ALLA SANITA' REGIONI STATUTO ORDINARIO E SPECIALE
LORO SEDI

ASSESSORATI ALLA SANITA' PROVINCE AUTONOME TRENTO E BOLZANO
LORO SEDI

ASSOCIAZIONE NAZIONALE COMUNI ITALIANI (ANCI)
anci@pec.anci.it

U.S.M.A.F. – S.A.S.N. UFFICI DI SANITA' MARITTIMA, AEREA E DI FRONTIERA
LORO SEDI

UFFICIO NAZIONALE PER LA PASTORALE DELLA SALUTE
Conferenza Episcopale Italiana
salute@chiesacattolica.it

Don Massimo Angelelli
Direttore Ufficio Nazionale per la Pastorale della Salute
m.angelelli@chiesacattolica.it

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINE DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI
segreteria@pec.fnomceo.it

FNOPI FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI PROFESSIONI INFERMIERISTICHE
federazione@cert.fnopi.it

FNOPO FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DELLA PROFESSIONE DI OSTETRICA
presidenza@pec.fnopo.it

FOFI FEDERAZIONE ORDINI FARMACISTI ITALIANI
posta@pec.fofi.it

Direzione generale dei dispositivi medici e del servizio farmaceutico DGDMF

FEDERAZIONE NAZIONALE ORDINI DEI TSRM E DELLE PROFESSIONI SANITARIE TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE E DELLA PREVENZIONE
federazione@pec.tsrm.org

AZIENDA OSPEDALIERA - POLO UNIVERSITARIO OSPEDALE LUIGI SACCO
protocollo.generale@pec.asst-fbf-sacco.it

COMANDO CARABINIERI TUTELA DELLA SALUTE – NAS
srm20400@pec.carabinieri.it

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITA'
protocollo.centrale@pec.iss.it

ISTITUTO NAZIONALE PER LE MALATTIE INFETTIVE – IRCCS "LAZZARO SPALLANZANI"
direzionegenerale@pec.inmi.it

CENTRO INTERNAZIONALE RADIO MEDICO (CIRM)
fondazionecirm@pec.it

ISTITUTO NAZIONALE PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI E PER IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTA'(INMP) - inmp@pec.inmp.it

FEDERAZIONE DELLE SOCIETA' MEDICO-SCIENTIFICHE ITALIANE (FISM)
fism.pec@legalmail.it

CONFARTIGIANATO
presidenza@confartigianato.it

CONFCOMMERCIO
confcommercio@confcommercio.it

ENTE NAZIONALE PER L'AVIAZIONE CIVILE - ENAC
protocollo@pec.enac.gov.it

TRENITALIA
ufficiogruppi@trenitalia.it

ITALO - Nuovo Trasporto Viaggiatori SpA
italo@pec.ntvspa.it

DIREZIONE GENERALE PROGRAMMAZIONE SANITARIA
DGPROGS

SIMIT – Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali
segreteria@simit.org

Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria (Simspe-onlus)
Via Santa Maria della Grotticella 65/B
01100 Viterbo

Ordine Nazionale dei Biologi
protocollo@peconb.it

ANTEV Associazione Nazionale Tecnici Verificatori - PRESIDENTE
presidente@antev.net

Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva
siaarti@pec.it

Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali AGENAS
agenas@pec.agenas.it

REGIONE VENETO – ASSESSORATO ALLA SANITÀ
DIREZIONE REGIONALE PREVENZIONE
COORDINAMENTO INTERREGIONALE DELLA PREVENZIONE
francesca.russo@regione.veneto.it
coordinamentointerregionaleprevenzione@regione.veneto.it

All.1

OGGETTO: Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica.

Facendo seguito alle sotto citate note Circolari contenenti, tra l'altro, indicazioni sui test diagnostici in relazione all'infezione da SARS-CoV-2:

- n. 5443 del 22 febbraio 2020 "COVID-2019, nuove indicazioni e chiarimenti";
- n. 5889 del 25 febbraio 2020 "Richiamo in ordine a indicazioni fornite con la circolare del 22 febbraio 2020";
- n. 6337 del 27 febbraio 2020 "Documento relativo ai criteri per sottoporre soggetti clinicamente asintomatici alla ricerca d'infezione da SARS-CoV-2 attraverso tampone rino-faringeo e test diagnostico";
- n. 6360 del 27 febbraio 2020 "COVID-19. Aggiornamento";
- n. 6607 del 29 febbraio 2020 "Parere del Consiglio Superiore di Sanità: definizione di Paziente guarito da COVID-19 e di paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2";
- n. 7922 del 09 marzo 2020 "COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso";
- n. 11715 del 3 aprile 2020 "Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio";
- n. 16106 del 9 maggio 2020 "Test di screening e diagnostici";
- n. 18584 del 29 maggio 2020 "Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (Contact tracing) ed App Immuni";
- n. 17167 del 21 agosto 2020 "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia";
- n. 30847 del 24 settembre 2020 "Riapertura delle scuole. Attestati di guarigione da COVID-19 o da patologia diversa da COVID-19 per alunni/personale scolastico con sospetta infezione da SARS-CoV-2";
- n. 32850 del 12 ottobre 2020 "COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena";

si trasmette il documento '*Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica'*, al fine di fornire indicazioni sui criteri di scelta dei test a disposizione, per un uso razionale e sostenibile delle risorse, nei diversi contesti.

Relativamente all'effettuazione dei test, si ribadisce inoltre l'opportunità di applicare, i criteri di priorità riportati nelle precedenti Circolari:

- n. 11715 del 3 aprile 2020 *Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio*
- n. 17167 del 21 agosto 2020 *Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia*.

Si ribadisce che nei contatti stretti di un caso confermato il risultato negativo del test diagnostico effettuato prima del 10 giorno di quarantena non comporta l'interruzione della stessa.

Il DIRETTORE GENERALE
**f.to* Dott. Giovanni Rezza

Il Direttore dell'Ufficio 05
Dott. Francesco Maraglino

Referenti/Responsabili del procedimento:
Dott.ssa Anna Caraglia
Dott.ssa Alessia D'Alisera
Dott.ssa Jessica Iera
Dott.ssa Patrizia Parodi

**"firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del d. Lgs. N. 39/1993"*

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023
0035324-30/10/2020-DGPRE-DGPRE-P - Allegato Utente 1 (A01)

Ministero della Salute

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

INAIL
ISTITUTO NAZIONALE PER L'ASSICURAZIONE CONTRO GLI INFORTUNI SUL LAVORO

CONFERENZA DELLE REGIONI E DELLE PROVINCE AUTONOME

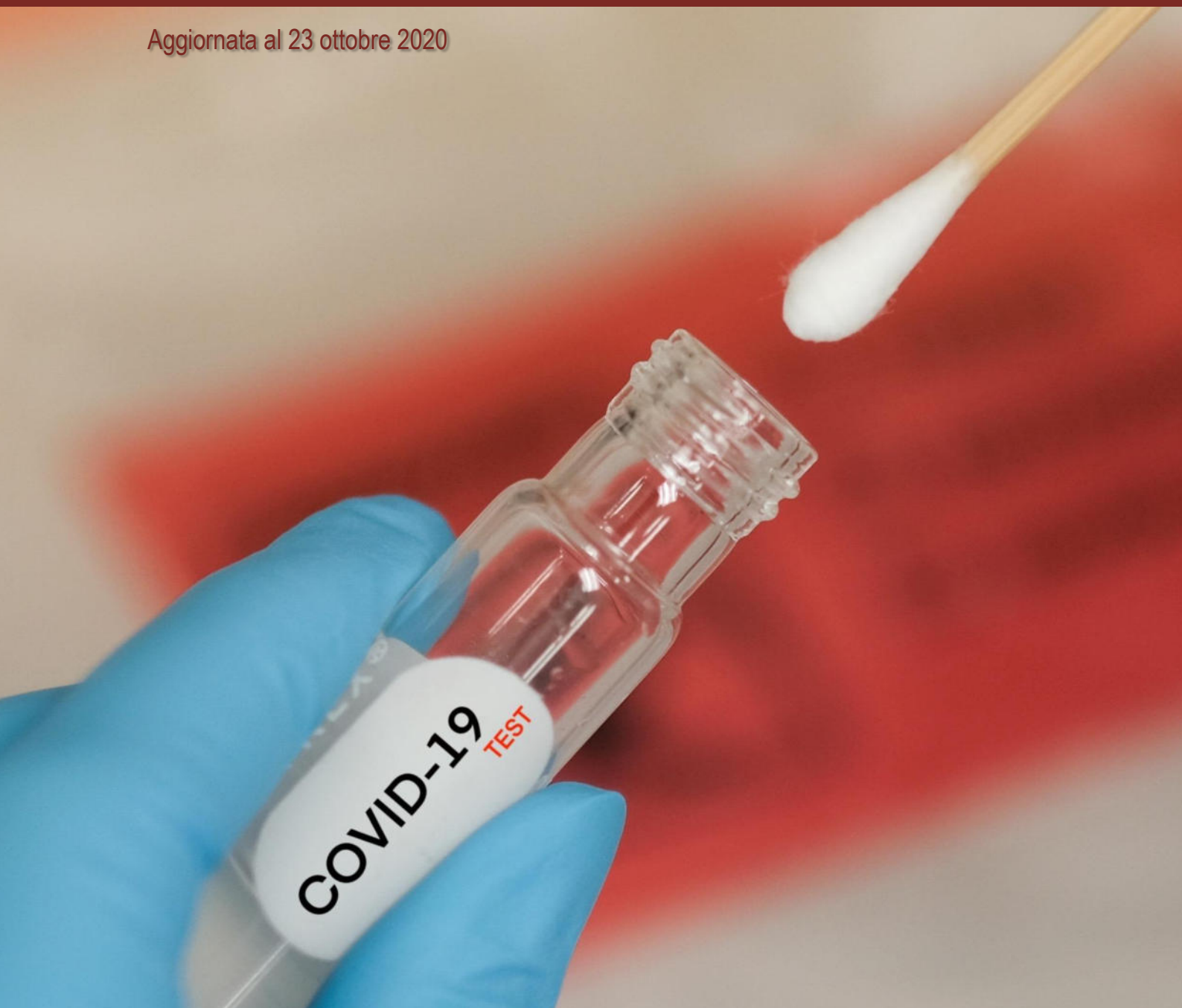
Istituto Nazionale per le Malattie Infettive IRCCS "Lazzaro Spallanzani"

FNOMCeO
Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

NOTA TECNICA AD INTERIM

Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica

Aggiornata al 23 ottobre 2020



PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

NOTA TECNICA

Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica

Aggiornato al 23 ottobre 2020

Ministero della Salute
Anna Caraglia, Alessia D'Alisera, Jessica Iera, Francesco Maraglino, Giovanni Rezza

Istituto Superiore di Sanità
Silvio Brusaferro, Alessandra Ciervo, Fortunato D'Ancona, Annalisa Pantosti, Flavia Riccardo, Paola Stefanelli

INAIL
Diana Gagliardi, Sergio Iavicoli, Benedetta Persechino

Comitato Tecnico Scientifico

Conferenza delle Regioni e delle Provincie Autonome
Emanuela Balocchini, Piergiuseppe Calà, Danilo Cereda, Angelo D'Argenzio, Giuseppe Diegoli, Maria Gramegna, Michele Mongillo, Kyriakoula Petropulacos, Roberto Rigoli, Francesca Russo, Michele Tonon

Consiglio Superiore di Sanità
Franco Locatelli

FNOMCeO - Federazione nazionale degli ordini dei medici chirurghi e degli odontoiatri

INMI Lazzaro Spallanzani
Maria Rosaria Capobianchi, Giuseppe Ippolito

Organizzazione Mondiale della Sanità
Raniero Guerra

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità
Nota tecnica ad interim. Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica. Aggiornata al 23 ottobre 2020.
iii, 10 p.

Il documento fornisce le indicazioni ad interim per la diagnostica di SARS-CoV-2 e i criteri di scelta dei test disponibili a seconda dei diversi contesti per un loro uso razionale e sostenibile in termini di risorse.

Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità
Interim Technical note. Laboratory testing for SARS-CoV-2 and their use in public health. Updated on October 23, 2020.
iii, 10 p.

This document provides current interim guidance on the correct, rational and sustainable use of SARS-CoV-2 diagnostics and the ongoing criteria for choosing the right available test in each context.

Citare questo documento come segue:

Nota tecnica ad interim. Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica. Aggiornata al 23 ottobre 2020. Roma: Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità; 2020.

La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori, che dichiarano di non avere conflitti di interesse.

Redazione e grafica a cura del Servizio Comunicazione Scientifica dell'Istituto Superiore di Sanità
(Sandra Salinetti e Paola De Castro)

© Istituto Superiore di Sanità – Ministero della Salute 2020

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Indice

Acronimi ii

Introduzione e scopo del documento 1

Considerazioni per l'uso dei test diagnostici 2
Strategia d'uso 2

Tabella sinottica dei test 5

APPENDICE

Test attualmente disponibili per scopi di sanità pubblica 7
Test molecolare mediante tampone 8
Test antigenico rapido (mediante tampone nasale, naso-oro-faringeo, salivare) 8
Test sierologici 9

Bibliografia 10

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Acronimi

COVID-19	*Corona Virus Disease - 2019*
DdP	Dipartimento di Prevenzione
ECDC	*European Centre for Disease Prevention and Control*
INMI	Istituto Nazionale Malattie Infettive
ISS	Istituto Superiore di Sanità
IVD	*In Vitro diagnostic medical Device*
RSA	Residenza Sanitaria Assistita
SARS-CoV-2	*Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2*
WHO	World Health Organization

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

Introduzione e scopo del documento

Il documento nasce dalla necessità di chiarire le indicazioni per la diagnostica di SARS-CoV-2 e i criteri di scelta dei test a disposizione nei diversi contesti per un uso razionale e sostenibile delle risorse.

Questo documento riassume le informazioni disponibili al momento della sua pubblicazione e può essere aggiornato se ulteriori evidenze scientifiche saranno disponibili.

Le indicazioni riportate in questo documento sono in linea con le indicazioni riportate dalla *World Health Organization* (WHO) per i profili dei prodotti per diagnostica che hanno come target COVID-19 così come riportati nel documento "Target product profiles for priority diagnostics to support response to the COVID-19 pandemic v.1.0" (1) del 28 settembre 2020 che descrivono le caratteristiche principali dei test per SARS-CoV-2, ma che sottolineano anche la necessità che essi soddisfino non solo i criteri di specificità e sensibilità, ma anche caratteristiche di test rapido che ne favorisca l'uso in determinati contesti.

Lo *European Centre for Disease Prevention and Control* (ECDC) riconosce 5 obiettivi per il testing:

- controllare la trasmissione;
- monitorare l'incidenza, l'andamento e valutare la gravità nel tempo;
- mitigare l'impatto del COVID-19 nelle strutture sanitarie e socioassistenziali;
- rilevare cluster o focolai in contesti specifici;
- prevenire la (re)introduzione nelle aree che hanno raggiunto un controllo sostenuto del virus.

Questo documento rappresenta uno degli strumenti della strategia di testing che andrebbe implementata per quanto possibile e organizzata in modo omogeneo sul territorio nazionale.

Considerazioni per l'uso dei test diagnostici

Alla luce delle evidenze al momento disponibili, della situazione epidemiologica e della necessità di garantire test in tempi compatibili con le diverse esigenze di salute pubblica, è fondamentale una scelta appropriata tra i test disponibili in funzione delle diverse strategie per la identificazione di infezione da SARS-CoV-2.

Come riportato da altre esperienze (2), infatti, l'elevata sensibilità e specificità dei test non possono rappresentare l'unico criterio nella scelta del tipo di test da utilizzare nell'ambito di una strategia che prevede non solo la diagnosi clinica in un preciso momento ma anche la ripetizione del test all'interno di una attività di sorveglianza che sia sostenibile e in grado di rilevare i soggetti positivi nel loro reale periodo di contagiosità.

Rimane essenziale la rapidità di diagnosi nei soggetti con sospetto clinico e/o sintomatici e dei contatti per controllare il focolaio limitando la diffusione del virus avvalendosi di quarantena e isolamento.

Appaiono quindi importanti per la valutazione della scelta del test da utilizzare diversi parametri come, ad esempio:

- i tempi di esecuzione del test (alcune ore per i test molecolari, contro i 15-30 minuti di un test antigenico rapido ad esempio);
- la necessità di personale specializzato e di strumentazione dedicata disponibile solo in laboratorio vs. piccole strumentazioni portatili da utilizzare ovunque;
- i costi da affrontare per una politica basata sulla ripetizione dei test; il trasporto dei campioni vs l'esecuzione in loco;
- l'accettabilità del test da parte dei soggetti per l'invasività del test; la facilità di raccolta del campione; l'addestramento necessario a raccogliere/processare i campioni;
- la disponibilità dei reagenti; la stabilità dei campioni (1).

Critica è anche la raccolta dati relativamente ai test eseguiti con la conseguente possibilità di analisi e valutazione delle strategie adottate piuttosto che della diffusione della infezione.

Strategia d'uso

Si riportano alcune proposte di indicazioni a supporto della strategia d'uso:

- **Casi sospetti e casi positivi**
  - Il test è mirato alla ricerca del virus nel contesto delle indagini cliniche ed epidemiologiche di soggetti con sintomatologia compatibile con una infezione da SARS-CoV-2, inclusi i contatti stretti sintomatici, e ai test effettuati per definire la guarigione dei casi positivi.
- **Contatti stretti asintomatici**
  - I test devono essere limitati ai contatti stretti di un caso confermato sia che il test sia prescritto all'inizio che alla fine della quarantena di 10 giorni. A tal proposito si faccia riferimento alla circolare del Ministero della Salute n. 32850 del 12 ottobre 2020 "COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena".
  - Non è raccomandato prescrivere test diagnostici a contatti di contatti stretti di caso confermato; qualora essi vengano richiesti in autonomia, i soggetti non devono essere considerati sospetti

né essere sottoposti ad alcuna misura di quarantena né segnalati al Dipartimento di Prevenzione tranne i positivi che vanno sempre comunicati.

- Se la richiesta dei test diagnostici, anche in ambito scolastico, per i contatti stretti, viene effettuata dal PLS/MMG, deve essere sempre accompagnata dalla segnalazione al Dipartimento di Prevenzione di competenza. Allo stesso tempo deve essere raccomandato al soggetto di rispettare l'isolamento domiciliare in attesa del risultato del test.

- **Indicazioni e considerazioni generali**
  - L'analisi diagnostica può essere effettuata solo presso laboratori, altamente specializzati, di riferimento regionali e laboratori aggiuntivi individuati dalle Regioni secondo le modalità e le procedure concordate con il Laboratorio di Riferimento Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità.
  - I dati relativi ai test da qualsiasi soggetto vengano eseguiti devono essere riportati al Dipartimento di Prevenzione (DdP) per evitare ripetizioni di test e soprattutto un allineamento tra risultati dei test e azioni di sanità pubblica da parte del DdP.
  - La persona in attesa del risultato del test deve essere posta in quarantena. Se il risultato del test è positivo il DdP prescriverà l'isolamento alla persona interessata e la quarantena ai contatti stretti. Sebbene i test molecolari siano quelli di riferimento per sensibilità e specificità, in molte circostanze si può ricorrere ai test antigenici rapidi che, oltre essere meno laboriosi e costosi, possono fornire i risultati in meno di mezz'ora e sono eseguibili anche in modo delocalizzato e consentono se c'è link epidemiologico di accelerare le misure previste; per maggiori dettagli si veda la tabella sinottica allegata.
  - Nei punti di esecuzione dei test (inclusi i drive-in) va definito un accesso prioritario per i test diagnostici prescritti ai soggetti sintomatici e ai contatti stretti asintomatici di un caso confermato e alle altre categorie previste. L'esecuzione di test non prioritari potrebbe essere organizzata in altri contesti separati e con altre modalità per evitare di allungare i tempi di prelievo (ad esempio presso laboratori accreditati) e di risposta del risultato essenziali per le successive indagini cliniche e per azioni di sanità pubblica.
  - Nel caso di test antigenici rapidi si suggerisce un adeguato approvvigionamento di strumentazione per la lettura dei tamponi al fine di ottimizzare la capacità di fornire risultati in meno di 30 minuti direttamente sul luogo di prelievo. La strumentazione viene fornita insieme ai test per quelli che usano la fluorescenza (FIA) o altri sistemi strumentali mentre i test immunocromatografici non necessitano di lettori.
  - Alla luce del previsto diffuso uso del test antigenici rapidi e della loro semplicità di esecuzione, è ipotizzabile attuare un coinvolgimento della rete dei pediatri di libera scelta e del medico di medicina generale per l'uso nei diversi contesti organizzativi, incluso quello delle indagini di comunità, fermo restando la necessità di garantire le misure organizzative, di prevenzione e protezione adeguate.
  - Allo stato attuale i test rapidi salivari (antigenici o molecolari) sono in fase di valutazione anche in contesti territoriali. Le attuali esperienze pilota permetteranno raccogliere dati utili per definire le loro indicazioni di utilizzo nel prossimo futuro.
  - Si rappresenta che la definizione di "caso confermato" dovrebbe essere aggiornata in relazione all'utilizzo dei test antigenici rapidi senza una conferma con test molecolari soprattutto in presenza di situazioni con link epidemiologico dove la positività del test rapido individua di per sè l'intervento come "caso", per l'attivazione rapida delle azioni di controllo.

- È importante la condivisione dei dati a livello locale/regionale/nazionale delle validazioni su vari tipi di test antigenici rapidi, inclusi quelli salivari, in commercio nel nostro paese per ottimizzare le strategie del loro uso.
- Si sottolinea che l'evoluzione delle diverse tipologie dei test è continua e che ai fini della loro valutazione possono essere considerate affidabili le validazioni effettuate dalle agenzie regolatorie dei Paesi del G7.

Nella tabella sinottica, l'uso dei test indicati come alternativa, deve essere considerato in base alla situazione epidemiologica e alla organizzazione sanitaria regionale.

Tabella sinottica dei test nei principali contesti

Contesto	Tipo di test		Commenti
	prima scelta	alternativo	
Caso sospetto sintomatico con o senza link epidemiologico Soggetto in quarantena se compare sintomatologia (es. contatto stretto di caso confermato)	Test molecolare su tampone oro/naso faringeo (**)	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale + conferma con test molecolare per i casi positivi (*)	Anche se in questo caso il test rapido potrebbe avere una affidabilità maggiore perché il soggetto è sintomatico (con una minore probabilità di falsi negativi), tuttavia il tampone molecolare rimane la prima scelta
Soggetto pauci-sintomatico in assenza di link epidemiologico Contatto stretto di caso confermato (incluso in ambiente scolastico o lavorativo) che è asintomatico senza conviventi che siano fragili o non collaboranti Soggetto asintomatico proveniente da paese a rischio come da DPCM	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale senza conferma con test molecolare su tampone oro/naso faringeo per i casi positivi	Test molecolare su tampone oro-naso faringeo	In caso di *contact tracing* il test antigenico rapido può essere uno strumento strategico e sostenibile rispetto ai test molecolari tradizionali qualora le capacità diagnostiche di test molecolari siano già saturate. La rapidità del risultato permette un veloce monitoraggio di eventuali contagi e il conseguente isolamento del soggetto limitando la diffusione dell'infezione in ambiente comunitario. In questo caso, il rischio di risultati falsi negativi può essere accettabile in quanto bilanciato dalla velocità di risposta nel percorso di controllo delle infezioni e dalla possibilità di ripetere il test se ritenuto opportuno. Si attendono maggiori dati sull'uso di questo test in soggetti asintomatici per i quali questi test non sono stati finora indicati.
Contatto stretto di caso confermato che vive o frequenta regolarmente soggetti fragili a rischio di complicanze o soggetti non collaboranti Asintomatico per ricovero programmato(***), ingresso in larghe comunità chiuse laddove previsto (es. RSA, prigioni, strutture per soggetti con disabilità mentale, altro) Screening degli operatori sanitari/personale in contesti ad alto rischio	Test molecolare su tampone oro/naso faringeo	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale + conferma con test molecolare su tampone oro/naso faringeo (*)	Il test molecolare permette di identificare con la massima sensibilità i soggetti positivi per tutelare i fragili a rischio di complicanze e le larghe comunità a rischio di cluster. Il test antigenico rapido potrebbe essere indicato in quei contesti in cui sono vantaggiosi l'identificazione e l'isolamento rapido dei positivi a tutela dei soggetti fragili a rischio di complicanze e delle larghe comunità chiuse.
Screening di comunità (ricerca di persone con infezione in atto in un gruppo esteso di persone) per motivi di sanità pubblica	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale + conferma con test molecolare su tampone oro/naso faringeo per i casi positivi in assenza di link epidemiologico	Test sierologico + conferma con test molecolare su tampone oro/naso faringeo per i casi positivi (*)	I test rapidi antigenici hanno il vantaggio di essere eseguiti e dare risultato in un tempo minore dei test molecolari, mentre i test sierologici possono essere processati rapidamente sia presso un lab o direttamente in sede di prelievo se si tratta dei test POCT. Nell'ambito della strategia di comunità dove necessita avere rapidamente, a seguito di positività, la possibilità di isolare il soggetto ed intercettare rapidamente tutti i possibili contatti non è necessario confermare il test rapido antigenico con il test di biologia molecolare. Il principale limite del test sierologico è la capacità di confermare o meno una infezione in atto a causa (risposta anticorpale tempo-dipendente, scarso valore predittivo positivo dei test) né nelle prime fasi della malattia. Per questo necessita in caso di positività di un test molecolare su tampone per conferma. Pertanto, la strategia d'uso del test sierologico in questo contesto è in via di valutazione

Contesto	Tipo di test		Commenti
	prima scelta	alternativo	
Soggetto in isolamento per la conferma di guarigione	Test molecolare su tampone oro/naso faringeo		
Contatto asintomatico in quarantena per la chiusura a 10 giorni	Test molecolare su tampone oro/naso faringeo	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale	
Asintomatico che effettua il test su base volontaria, esame richiesto per motivi di lavoro o di viaggio ((fatte salve specifiche prescrizioni dei paesi di destinazione che possano prevedere specificatamente test molecolare) o per richieste non correlate a esigenze cliniche o di salute pubblica ricadenti nei casi precedenti ecc.	Test rapido antigenico su tampone oro-naso faringeo o nasale + conferma con test molecolare su tampone oro/naso faringeo per i casi positivi	Test molecolare su tampone oro/naso faringeo o nasale	Effettuazione del test sulla base dell'organizzazione regionale (a pagamento o inclusa in programmi di sanità pubblica).

(*) in caso di collegamento epidemiologico + positività a test antigenico rapido si considera "confermato" e si procede ad avviare gli interventi di controllo.

(**) tampone biologia molecolare anche con tecnica a "crudo"

(***) nel caso di ricovero non programmato come ad esempio un accesso al pronto soccorso, il test rapido potrebbe essere la prima scelta, in base all'organizzazione della struttura sanitaria, al fine di indirizzare il paziente nel corretto percorso.

NOTA. I test antigenici rapidi salivari, attualmente in fase di sperimentazione, andranno considerati come alternativa ai test antigenici rapidi su tampone oro-naso faringeo o nasali se le validazioni e le esperienze pilota oggi in corso in Italia, daranno risultati che ne indicano un uso anche nella routine di sanità pubblica. Si sottolinea che i sistemi di raccolta della saliva tipo "Salivette" non appaiono al momento adeguati, per modalità di svolgimento, per i soggetti non collaboranti a causa del rischio di ingestione del dispositivo di raccolta.

APPENDICE

Test attualmente disponibili per scopi di sanità pubblica

La Commissione Europea ha pubblicato un documento sui dati disponibili per test IVD commerciali marcati CE (3) che includono sensibilità e specificità analitica, sensibilità e specificità clinica, e sta raccogliendo, in una banca dati consultabile, i dati del produttore dei test IVD commerciali marcati CE e rivedendo i test sviluppati in laboratorio internamente con i dati sulle prestazioni in pubblicazioni scientifiche (4). Queste liste sono in continuo aggiornamento.

Attualmente i test possono essere suddivisi in tre grandi gruppi: tampone molecolare, tampone antigenico rapido, test sierologici.

Test molecolare mediante tampone

Si tratta di una indagine molecolare reverse transcription (rt)-Real Time PCR per la rilevazione del genoma (RNA) del virus SARS-CoV-2 nel campione biologico. Questa metodica permette di identificare in modo altamente specifico e sensibile uno o più geni bersaglio del virus presenti nel campione biologico e di misurare in tempo reale la concentrazione iniziale della sequenza target. I saggi in rt-Real Time PCR, seppur con indicazioni qualitative così come descritti e suggeriti dagli organi internazionali di riferimento, permettono di ottenere una curva di amplificazione il cui Cycle Threshold o ciclo soglia (CT) è inversamente proporzionale alla quantità del bersaglio genico come stampo iniziale presente nel campione. Quindi, in base a questo principio, maggiore è il numero delle "molecole stampo" presenti all'inizio della reazione e minore sarà il numero di cicli necessari per raggiungere un determinato valore di CT. Viceversa, un alto valore di CT, ottenuto dopo numerosi cicli di amplificazione, indica una bassa quantità di target genico iniziale e quindi di genoma virale.

La rt-Real Time PCR è il "gold standard" per la diagnosi di COVID-19. La rilevazione dell'RNA virale di SARS-CoV-2 eseguita in laboratorio da campioni clinici (in genere tamponi nasofaringei o orofaringei) ad oggi rimane il saggio di riferimento internazionale per sensibilità e specificità ed è in grado di rilevare il patogeno anche a bassa carica virale in soggetti sintomatici, pre-sintomatici o asintomatici. Per la complessità della metodica, la rilevazione di SARS-CoV-2 viene eseguita esclusivamente in laboratori specializzati con operatori esperti (5). Il risultato può esser ottenuto in un minimo di 3-5 ore ma situazioni organizzative e logistiche possono richiedere anche 1-2 giorni. È necessario ricordare che ai fini della segnalazione dei casi nel sistema della sorveglianza integrata COVID-19, coordinata da ISS, vengono considerati solo i risultati positivi ottenuti tramite rt-Real Time PCR dai laboratori di riferimento regionali o dai laboratori identificati/autorizzati da questi (https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza). Si aggiunge la possibilità di effettuare l'analisi dei test molecolari senza effettuare l'estrazione e la purificazione dell'RNA dal campione biologico, ma di utilizzare la tecnica della inattivazione al calore (95°C/98°C) ("a crudo"). Ciò permette di semplificare, massimizzare e velocizzare il primo step dell'analisi stessa, specialmente in condizioni di forte pressione sui laboratori dovuti all'aumentare dei tamponi da processare. Il rischio di perdita di sensibilità può considerarsi minimo e presente solo ad alti numeri di cicli di amplificazione della PCR, come riportato da lavori scientifici internazionali (6-7). Tuttavia, la sensibilità risulta essere superiore al test antigenico.

Test antigenico rapido (mediante tampone nasale, naso-oro-faringeo, salivare)

Negli ultimi mesi, sono stati sviluppati nuovi tipi di test che promettono di offrire risultati più rapidamente (30-60 minuti), con minor costo e senza la necessità di personale specializzato (8). Questi sono i test antigenici rapidi, strumenti potenzialmente utili soprattutto per le indagini di screening. Analogamente ai test molecolari, i saggi antigenici sono di tipo diretto, ossia valutano direttamente la presenza del virus nel campione clinico, a differenza dei test sierologici che sono di tipo indiretto, cioè rilevano la presenza di

anticorpi specifici che indicano una infezione pregressa o in atto. A differenza dei test molecolari, però, i test antigenici rilevano la presenza del virus non tramite il suo acido nucleico ma tramite le sue proteine (antigeni). Questi test contengono come substrato anticorpi specifici in grado di legarsi agli antigeni virali di SARS-CoV-2 ed il risultato della reazione antigene-anticorpo può essere direttamente visibile a occhio nudo o letto mediante una semplice apparecchiatura al "point of care" senza la necessità di essere effettuato in un laboratorio. Negli Stati Uniti 3 test antigenici rapidi sono stati autorizzati da FDA. In Europa, numerosi test hanno già ottenuto il marchio CE e diverse aziende di diagnostica stanno lavorando per ottenere l'approvazione normativa idonea per essere immessi sul mercato con un sufficiente grado di affidabilità (9).

I test antigenici sono di tipo qualitativo (sì/no) e intercettano, tramite anticorpi policlonali o monoclonali, specifici peptidi (porzioni proteiche) della proteina S (Spike) o N (nucleocapside) presenti sulla superficie virale di SARS-CoV-2.

Il test può risultare negativo se la concentrazione degli antigeni è inferiore al limite di rilevamento del test (es. se il prelievo è stato eseguito troppo precocemente rispetto all'ipotetico momento di esposizione) o se il campione è stato prelevato, trasportato o conservato impropriamente. Per questo, i produttori di tali kit evidenziano che un risultato negativo del test non esclude la possibilità di un'infezione da SARS-CoV-2 e la negatività del campione, a fronte di forte sospetto di COVID-19, dovrebbe essere confermata mediante test molecolare. I test molecolari sembrano avere una maggiore sensibilità prima della comparsa dei sintomi, mentre nella fase iniziale immediatamente successiva all'inizio dell'infezione i test rapidi antigenici e quelli molecolari hanno una sensibilità simile, rendendo utile l'uso anche dei primi (2). Inoltre, il test rapido antigenico può essere utilizzato per l'identificazione dei contatti asintomatici dei casi, anche se questo tipo di test non è specificamente autorizzato per questa destinazione d'uso, poiché è stato dimostrato che i casi asintomatici hanno cariche virali simili ai casi sintomatici (10).

Purtroppo, fino ad oggi non vi sono sufficienti studi pubblicati che, a fronte di contesti specifici e di una ampia casistica, forniscano indicazioni sulla sensibilità e specificità di questi test rapidi. Allo stato attuale, i dati disponibili dei vari test per questi parametri sono quelli dichiarati dal produttore: 70-86% per la sensibilità e 95-97% per la specificità (11-14)

La Foundation for Innovative New Diagnostics (FIND) (https://www.finddx.org/covid-19/pipeline/?section=show-all#diag_tab) ha creato una piattaforma online in rapida evoluzione che raccoglie una vasta serie di saggi per SARS-CoV-2 che vanno dalle prime fasi di sviluppo fino alla piena approvazione normativa.

Riguardo i test su tampone salivare, il dispositivo di rilevazione è lo stesso, ma cambiando il campione analizzato possono cambiare le caratteristiche di sensibilità e specificità del test. In conclusione, la sensibilità e la specificità di questi test antigenici rapidi dovranno essere valutate per i loro valori predittivi nel corso del loro sviluppo tecnologico.

È importante la condivisione dei dati a livello locale/regionale/nazionale delle validazioni su vari tipi di test antigenici rapidi, inclusi quelli salivari, in commercio nel nostro paese.

Test sierologici

I test sierologici rilevano l'esposizione al virus SARS-COV- 2 ma non sono in grado di confermare o meno una infezione in atto. Per questo, in caso di positività si necessita di un test molecolare su tampone per conferma. Come da circolare del Ministero della Salute 16106 del 9 maggio 2020, si ribadisce che " la qualità e l'affidabilità di un test dipendono in particolare dalle due caratteristiche di specificità e sensibilità, e pertanto, sebbene non sussistano in relazione ad esse obblighi di legge, è fortemente raccomandato l'utilizzo di test del tipo CLIA e/o ELISA che abbiano una specificità non inferiore al 95% e una sensibilità non inferiore al 90%, al fine di ridurre il numero di risultati falsi positivi e falsi negativi. Al di sotto di queste soglie, l'affidabilità del risultato ottenuto non è adeguata alle finalità per cui i test vengono eseguiti".

Bibliografia

1. World Health Organization. *Target product profiles for priority diagnostics to support response to the COVID-19 pandemic v.1.0*. Geneva: WHO; 2020
2. Mina MJ, Parker R, Larremore DB. Rethinking Covid-19 test sensitivity — A strategy for containment. *N Engl J Med* 2020 Sep 30. DOI: 10.1056/NEJMp2025631
3. European Commission. *Current performance of COVID-19 test methods and devices and proposed performance criteria (16 April 2020)*. Brussels: EC; 2020. https://ec.europa.eu/docsroom/documents/40805.
4. European Commission. *COVID-19 in vitro diagnostic devices and test methods database.* Brussels: EC; 2020. https://covid-19-diagnostics.jrc.ec.europa.eu/).
5. Ministero della salute. Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio (0011715-03/04/2020). Roma: Ministero della Salute; 2020.
6. Mancini F, Barbanti F, Scaturro M, *et al.* Laboratory management for SARS-CoV-2 detection: a user-friendly combination of the heat treatment approach and rt-Real-time PCR testing. *Emerg Microb Infect.* 2020;9(1):1393-1396. DOI: 10.1080/22221751.2020.1775500.
7. Fomsgaard AS, Rosenstierne MW. An alternative workflow for molecular detection of SARS CoV-2 – escape from the NA extraction kit-shortage, Copenhagen. Denmark. *Euro Surveill.* 2020;25:2000398. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2020.25.14.2000398
8. Cheng MP, Papenburg J, Desjardins M, *et al.* Diagnostic testing for severe acute respiratory syndrome-related Coronavirus-2: a narrative review [published online ahead of print, 2020 Apr 13]. Ann Intern Med. 2020:M201301 10.7326/M20-1301.
9. Centers for Disease Control and Prevention. *Overview of Testing for SARS-CoV-2 (COVID-19).* Atlanta, GA: CDC; 2020. https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/testing-overview.html
10. World Heald Organization. *Antigen-detection in the diagnosis of SARS-CoV-2 infection using rapid immunoassays. Interim guidance.* Geneva: WHO; 2020. https://www.who.int/publications/i/item/antigen-detection-in-the-diagnosis-of-sars-cov-2infection-using-rapid-immunoassays
11. Dinnes J, Deeks JJ, Adriano A, Berhane S, Davenport C, Dittrich S, Emperador D, Takwoingi Y, Cunningham J, Beese S, Dretzke J, Ferrante di Ruffano L, Harris IM, Price MJ, Taylor-Phillips S, Hooft L, Leeflang MMG, Spijker R, Van den Bruel A. Rapid, point-of-care antigen and molecular-based tests for diagnosis of SARS-CoV-2 infection. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 8. Art. No.: CD013705. DOI: 10.1002/14651858.CD013705
12. Castro R, Luz PM, Wakimoto MD, Veloso VG, Grinsztejn B, Perazzo H. COVID-19: a meta-analysis of diagnostic test accuracy of commercial assays registered in Brazil [published online ahead of print, 2020 Apr 18]. *Braz J Infect Dis.* 2020;S14138670(20):530029. DOI:10.1016/j.bjid.2020.04.003
13. Russo A, Minichini C, Starace M, *et al.* Current status of laboratory Diagnosis for COVID-19: a narrative review. *Infect Drug Resist.* 2020;13:2657-2665. doi:10.2147/IDR.S264020
14. SARS-CoV-2 Diagnostic pipeline. https://www.finddx.org/covid-19/pipeline/ .

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

CONSIGLIO REGIONALE DEL VENETO

(XI Legislatura)

COMMISSIONE SPECIALE D'INCHIESTA SULL'ANDAMENTO IN VENETO DEI CONTAGI E DEI DECESSI DA SARS - COV- 2 DURANTE LA PANDEMIA, CON PARTICOLARE ATTENZIONE ALLA SECONDA "ONDATA"

(istituita con deliberazione del Consiglio regionale del Veneto n. 52 dell'8 giugno 2021)

(composta dai consiglieri Zottis, presidente, Cecchetto, vicepresidente, Brescacin, segretario, Baldin, Bigon, Boron, Camani, Cestari, Ostanel, Piccinini, Sandonà, Scatto, Soranzo[1], Venturini[2], Zecchinato)

RELAZIONE DI MINORANZA

(Relatore: consigliera **Vanessa Camani**)

Presentata alla Commissione il 27 gennaio 2023 dalle consigliere Camani, Baldin, Bigon, Ostanel e Zottis

Trasmessa al presidente del Consiglio regionale del Veneto il 15 febbraio 2023, ai sensi del punto 3, lettera e) della deliberazione del Consiglio regionale del Veneto n. 52 dell'8 giugno 2021.

[1] Con nota n.14214 del 15 settembre 2021 il consigliere Soranzo ha comunicato le proprie dimissioni

[2] Con nota n.7395 del 11 maggio 2022 la consigliera Venturini ha comunicato le proprie dimissioni

Commissione d'inchiesta

Relazione

Premessa

La pandemia ha travolto, e stravolto, direttamente o indirettamente, la vita di tutti.

Abbiamo vissuto collettivamente una situazione straordinaria, peraltro non ancora definitivamente superata, oggettivamente senza eguali nella recente storia del mondo.

In pochi giorni, da quel 21 febbraio 2020, la società italiana e veneta ha dovuto cominciare a fare i conti con una minaccia inedita, quella del virus.

I governi, a tutti i livelli, hanno dovuto stravolgere le loro agende e le loro priorità, mettendo la salute pubblica in cima ad ogni preoccupazione. I cittadini hanno dovuto abbandonare velocemente abitudini di vita consolidate e certezze radicate.

Sono molte le cose della pandemia che resteranno impresse nella memoria collettiva: il dolore per chi è morto o per chi ha sofferto e il ricordo dell'esperienza tanto unica quanto drammatica dei mesi del lockdown, con le città deserte e gli ospedali pieni.

Ma soprattutto ricorderemo il lavoro straordinario che il personale sanitario, sociosanitario, socioassistenziale e del volontariato ha messo in campo, e continua a mettere in campo, per tutelare la salute delle persone.

Un impegno, una abnegazione, un sacrificio, quello del personale delle filiere sanitarie, che non ha purtroppo potuto evitare conseguenze gravi ed estreme, in termini di vite umane. A tutti loro il nostro ringraziamento.

In questi anni drammatici abbiamo tutti maturato la consapevolezza di quanto sia importante l'impegno civile e la collaborazione, singola e collettiva.

L'impegno e la responsabilità dei medici e degli operatori sanitari appunto, quella dei volontari civili, delle forze dell'ordine, dei sindaci, di tutti coloro che hanno esercitato il dovere civico di proteggere ed agire.

Con impegno e responsabilità, dunque, abbiamo affrontato tutti insieme gli anni complicati della pandemia, e oggi, con il medesimo impegno e la medesima responsabilità, abbiamo il dovere di comprendere ciò che è realmente accaduto, di saper distinguere tra ciò che era inevitabile o incontrollabile e ciò che poteva invece essere previsto e, dunque, contenuto, e, conseguentemente, abbiamo il compito di individuare eventuali limiti ed errori nelle decisioni politiche.

Lo dobbiamo fare con serietà e rigore, per rispetto di chi ha sofferto e perché sia utile per le scelte che ancora ci attendono.

*Con queste premesse il Consiglio Regionale del Veneto, "considerato che la dimensione e la drammaticità del fenomeno sia di per sé tale da rendere opportuno un compiuto approfondimento al fine di comprenderne le cause e verificare le eventuali responsabilità" ha con propria deliberazione istituito, l'8 giugno 2021, la "**Commissione Speciale di inchiesta sull'andamento in Veneto dei contagi e dei decessi da Sars-Cov-2 durante la pandemia, con particolare attenzione alla seconda ondata**".*

Sintesi dei risultati

Premettiamo che i lavori della Commissione sono stati fortemente limitati dalle frequenti difficoltà riscontrate nell'ottenere dagli uditi i materiali e i documenti di approfondimento richiesti. Sono numerose le sollecitazioni inviate dall'Ufficio di Presidenza, molte delle quali senza esito.

Malgrado queste difficoltà, riteniamo che i lavori della Commissione abbiano fornito l'occasione di mettere in chiaro alcuni cruciali aspetti.

Certamente l'andamento della pandemia, della diffusione del virus e delle sue conseguenze sulla salute delle persone, va interpretata come un *continuum* dal 21 febbraio ad oggi, ma la suddivisione della sua evoluzione in "ondate" può aiutarci a comprendere meglio come sia mutato il virus e la sua circolazione nel tempo e se siano stati opportunamente e tempestivamente adottati i provvedimenti più adeguati.

I nostri lavori si sono concentrati sulla fase collegata alla seconda ondata, quella che si è sviluppata nell'autunno del 2020 fino alle prime settimane dell'anno successivo, sebbene ci siano elementi di riflessione che riportiamo anche dalla fase precedente.

Per esserci "un'onda", dunque, devono presentarsi necessariamente almeno due elementi, uno che la fa crescere ed uno che la fa diminuire. E se l'elemento che la fa crescere è indubbiamente connesso alla contagiosità dell'agente infettivo e alla vulnerabilità al contagio, e cioè alle condizioni che facilitano la trasmissione, l'elemento che può far contrarre la crescita dei contagi, al netto dell'eventuale indebolimento del virus, contesto che sembrerebbe verificarsi, ad esempio, durante le stagioni più calde, è la minor suscettibilità delle persone, che, nel caso di un virus come il Sars-Cov-2 che si trasmette per via respiratoria, può essere realizzata riducendo la vicinanza tra soggetti.

Sulla prima ondata

È indubbio che il Veneto, pur essendo stato attaccato dal virus fra i primi in Italia e, sostanzialmente, con le medesime modalità che altrove, nella prima fase (primavera 2020) sia riuscito a difendersi meglio di altri territori.

Questo è avvenuto perché il Ministero della Salute, d'intesa con la Regione, è intervenuto tempestivamente nell'isolamento della zona in cui si erano registrati i primi casi, a partire dal piccolo comune di Vò sui Colli Euganei, e nella chiusura dell'ospedale di Schiavonia, perché si è realizzato precocemente uno screening significativo sulla popolazione di Vò, perché sono stati attivati con una certa efficienza una serie di protocolli e iniziative di tracciamento che hanno contribuito a ridurre l'impatto del virus sulle persone e sul sistema ospedaliero.

Ma ciò che ha avuto un impatto determinante, in Veneto e ovunque, nel contenimento di quella prima ondata, rispetto alla quale eravamo tutti impreparati, è stata indubbiamente la decisione del Governo di applicare restrizioni severe su spostamenti e contatti personali.

In prima battuta le restrizioni erano state limitate ad alcune zone, ritenute dal Governo particolarmente a rischio. Tra queste venivano ricomprese anche le tre province venete di Padova, Treviso e Venezia. Ricordiamo, a tal proposito, la reazione del Presidente Zaia che, sulla base di una relazione elaborata dal

Comitato tecnico scientifico[1] su richiesta dell'Unità di crisi della Regione Veneto, chiedeva lo stralcio dei territori veneti dal perimetro della zona rossa[2].

Fortunatamente, al contrario, non solo il Governo mantenne le tre province nel decreto[3], ma, pochi giorni dopo, con il D.P.C.M. del 9 marzo 2020, si assunse la responsabilità di estendere le misure restrittive a tutto il territorio nazionale, l'ormai famoso *lockdown*, decisione che ha consentito, come confermato in audizione dal Prof. Brusaferro[4], dal dr. Rosi[5], dal dr. Scibetta[6] e unanimemente da tutto il mondo scientifico, proprio in virtù della imponenza della misura, di salvare il paese da quella prima terribile ondata. La misura nazionale ha mantenuto formalmente i suoi effetti, seppur gradualmente allentati, fino al 18 maggio 2020.

In questa fase complicata, lo Stato e la Regione Veneto erano impegnati nel fronteggiare la diffusione del virus, condividendo la responsabilità di scelte, impopolari ma necessarie. Era il tempo in cui tutti si sentivano chiamati in causa, tutti coinvolti responsabilmente nel sacrificio, tutti accettando limitazioni alla propria libertà personale per salvare la salute pubblica, cioè di tutti.

Erano i giorni drammatici del corteo delle bare a Bergamo e dei reparti ospedalieri in difficoltà, in cui le persone avevano paura di morire. Eravamo a oltre 1.000 vittime al giorno a livello nazionale, di cui 50 solo in Veneto. E dunque si restava a casa. Erano i primi mesi delle conferenze stampa dalla sede della Protezione civile di Marghera (VE), in cui il Presidente Zaia giorno per giorno raccontava, unica fonte di informazione costante per i cittadini del Veneto, l'evoluzione della malattia e dei contagi.

Ma da lì a poco l'approccio del Veneto cambia, complice la crescente preoccupazione rispetto alle ricadute economiche del blocco delle attività[7]. Fin dai primi di aprile, anche grazie ad un meccanismo generoso di concessione di deroghe, il Veneto torna al lavoro[8].

---

[1] Istituito con DGR Veneto n. 269 del 2 marzo 2020 - *"Emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. Costituzione Comitato scientifico COVID-2019 in Regione Veneto*", presieduto dal dr. Mario Sala (Direttore Sanitario Azienda Zero) e composto da dr.ssa Anna Maria Cattelan (Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedale – Università di Padova), dr.ssa Evelina Tacconelli (Direttore UOC Malattie Infettive e Tropicali, Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata Verona), prof. Andrea Crisanti (Direttore UOC Microbiologia e Virologia, Azienda Ospedale – Università di Padova), prof. Andrea Vianello (Direttore UOC Fisiopatologia Respiratoria, Azienda Ospedale – Università di Padova), prof. Vincenzo Baldo (Università degli Studi di Padova, Dipartimento Scienze Cardio Toraco Vascolari), dr. Marco Baiocchi (Direttore UOC Anestesia e Rianimazione, Ospedale di Bassano- AULSS 7 Pedemontana, Presidente Associazione Direttori di Anestesia e Rianimazione della Regione Veneto), prof. Paolo Navalesi (UOC Istituto di Anestesia e Rianimazione, Azienda Ospedale – Università di Padova), prof. Stefano Merler (Fondazione Bruno Kessler di Trento) dimessosi solo pochi giorni dopo, e dr. Francesco Zambon (coordinatore OMS per l'emergenza Covid).

[2] Si veda l'articolo de "Il Mattino di Padova" dell' 8 marzo 2020 "*Coronavirus, Zaia: No al Veneto zona rossa*".

[3] D.P.C.M. 23 febbraio 2020, *Disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.*

[4] "*la fase iniziale dove il lockdown è stato importante a livello nazionale e dove peraltro con il lockdown bisogna sottolineare che ha fatto in modo di bloccare sostanzialmente la diffusione dell'epidemia nelle zone dove era iniziata fondamentalmente e proteggere altre zone del Paese"*, Prof.Brusaferro, Presidente ISS, Seduta n. 5 del 14 settembre 2020.

[5] *"...eravamo già in pieno lockdown, ma non sapevamo ancora quali sarebbero stati gli effetti del lockdown, perché a posteriori lo sappiamo tutti che il lockdown ha funzionato, ..."*, Dr Rosi, Direttore del Dipartimento regionale Suem 118 e UOC 118 AULSS 3, Seduta n. 8 del 26 ottobre 2020.

[6] *"Intanto le certezze. Sul discorso dei comportamenti, ricordiamoci, ma non ricordiamolo, lo sappiamo tutti, che i metodi più efficaci per contrastare la diffusione di una pandemia sono mascherine e distanziamento sociale e quindi la libertà del singolo di seguire o meno. Tant'è vero che chiusi tutti in casa, lockdown, il virus è stato prontamente piegato."*, dr Domenico Scibetta, ex direttore generale AULSS 6 "Euganea", Seduta n. 10 del 24 febbraio 2021.

[7] Si veda articolo del "Corriere del Veneto" del 14 aprile 2020: "*Coronavirus, Zaia chiede aperture anticipate e sperimentali*".

[8] Si veda Ansa del 23 aprile 2020: "*Zaia, aperto almeno 40% imprese Veneto*".

Riprende, così, progressivamente una normalità, che ci condurrà alla fine formale del *lockdown* a metà maggio e ad una stagione estiva più serena, con i reparti ospedalieri che si svuotano di pazienti Covid e le persone che coltivano la speranza della fine di un incubo.

Sebbene tutti gli esperti e i politici sapessero che non sarebbe, purtroppo, stato così.

La seconda ondata: il dramma del Veneto

Durante la "pausa estiva dal virus", lo Stato e le Regioni si attrezzano per affrontare il proseguo della pandemia.

La Regione Veneto ha rafforzato gli strumenti di monitoraggio. Report giornalieri vengono trasmessi alla Direzione del Dipartimento di prevenzione su numero di nuovi positivi, ricoveri, decessi, sulla situazione delle RSA, sul numero di tamponi effettuati e sull'andamento generale dell'epidemia, dati che confluiscono nel sistema regionale di biosorveglianza.

Esistono, come previsto dalla normativa nazionale, modelli previsionali che stimano l'andamento della curva epidemica e ne prefigurano gli scenari di sviluppo. La Regione adotta anche un nuovo Piano emergenziale per l'autunno[9] e aumenta esponenzialmente la sua capacità diagnostica, espandendo di molto le possibilità di realizzare test molecolari e acquistando sul mercato una rilevante quantità di test antigenici rapidi.

A livello nazionale il Governo già dall'aprile 2020[10] si attrezza con un nuovo e più complesso sistema di monitoraggio e di calcolo per i rischi pandemici.

Malgrado, rispetto alla prima fase, fossero enormemente accresciute conoscenze e analisi, malgrado l'aumento del numero di personale e addetti, malgrado fosse stata ampiamente superata la carenza di DPI sperimentata durante i primi mesi di pandemia, fin dall'inizio del mese di settembre il numero di contagi, e dunque la diffusione del virus, in Italia e nella nostra Regione appaiono preoccupanti perché aumentavano i ricoveri e purtroppo i decessi.

Si tratta di numeri assoluti impressionanti, rispetto ai quali dobbiamo dare risposte. Si tratta di persone, donne e uomini, che meritano attenzione. E dobbiamo necessariamente chiederci se avremmo potuto fare qualcosa di diverso per evitare questo dramma.

Questi numeri confermano che ciò che è successo in Veneto nella seconda ondata ha ben poco di ordinario. Gli studi confermano che il virus che circolava da noi era il medesimo che stava circolando in altre regioni e in altri territori. Quindi la forza dell'infezione, certamente più alta rispetto a quella della prima fase, non era una caratteristica solo del Veneto.

E dunque, perché qui ha prodotto conseguenze così pesanti?

La progressiva e costante crescita della presenza del virus in Veneto, tendenza iniziata a fine settembre 2020, è proseguita drammaticamente fino ai primi giorni del 2021, anche quando, nel resto del paese, i casi di contagio stavano diminuendo e gli indicatori sull'andamento dell'epidemia apparivano in miglioramento, in particolare nei territori in cui si era proceduto con l'introduzione di misure di restrizione e contenimento.

[9] D.G.R. n. 1103 del 06 agosto 2020.
[10] DM 30 aprile 2020.

Insomma, di fronte a questi numeri, e con le esperienze dei mesi precedenti, sapevamo tutti cosa sarebbe accaduto di lì a poche settimane.

Negare l'evidenza

Il primo dato, inequivocabile, da cui partire è ovviamente il numero di contagi. Chiaramente non è prevedibile l'andamento clinico di ogni singolo contagiato ma è chiaro che una crescita progressiva del numero dei nuovi casi è destinata a determinare un impatto diretto sul numero dei soggetti che presentano sintomi, sulla quantità di ricoveri, sul numero dei decessi, e, dunque, sulla tenuta del sistema sanitario, oltre che a influire verosimilmente sul tasso di pervasività del contagio.

Per queste ragioni apparve allora fuorviante sostenere, come ha fatto il Presidente Zaia ad ottobre 2020, che il 96% delle persone risultate positive al test fosse asintomatico[11], sia perché il dato non risulta confermato dalle evidenze sia perché sembra finalizzato a sottostimare, anche nella percezione dell'opinione pubblica, la portata del dramma che invece già si profilava.

Così come apparve quanto mai scorretto il tentativo di negare questa semplice evidenza collegando l'aumento dei contagi quasi esclusivamente all'elevato numero di test eseguiti[12]. Sebbene, infatti, sia innegabile che la Regione Veneto fosse in grado di effettuare un numero giornaliero significativo di tamponi, e che, dunque, la possibilità di "incrociare" un positivo fosse più elevata rispetto ad altri contesti, è altrettanto vero che i numeri assoluti su positivi, ricoveri e decessi non lasciavano margini di discrezionalità. In realtà, banalmente si fanno più test perché c'è una maggiore circolazione del virus.

La zona gialla

Sappiamo come la seconda ondata, seppur con qualche differenza in termini di scansione temporale, abbia impattato su tutto il nostro Paese, e sul Nord in particolare, dall'autunno 2020. In alcune Regioni sono state tempestivamente applicate le misure restrittive previste dal Governo. La Lombardia è dichiarata "zona rossa" dal 6 novembre, l'Emilia Romagna va in "zona arancione" la settimana successiva.

Queste decisioni sembrano aver inciso efficacemente sui casi di contagio, tanto che gli indicatori nazionali appaiono in miglioramento, i decessi sembrano aver superato il picco e la pressione sugli ospedali inizia a calare.

Fa eccezione il Veneto, in cui la situazione è in peggioramento e i numeri mostrano che il virus continua a circolare, arrivando, a metà dicembre, a oltre 5.000 nuovi casi in un giorno. Si contano, in questa fase, nella nostra Regione, oltre il 20% di tutti i casi diagnosticati in Italia. E, ovviamente, continuano a crescere anche i ricoveri e i decessi.

Ma nonostante il peggioramento dell'epidemia, il Veneto rimane in zona gialla.

---

[11] Si veda la diretta online https://www.larena.it/oltre-verona/veneto/contagi-ricoveri-e-ordinanze-zaia-in-diretta-1.8283858

[12] Si veda articolo de "Il Fatto Quotidiano" del 18 dicembre 2020: *"Coronavirus, il Veneto è la Regione con più casi al giorno. Ma per Zaia "servono altri criteri, noi facciamo tanti test rapidi".*

Sappiamo che l'assegnazione ad una Regione di una classificazione specifica (zona rossa, arancione e gialla) si basa sull'analisi di due elementi: il livello di rischio, a partire dalla probabilità di diffusione del virus, e l'impatto che il contagio può avere sul sistema sanitario. Questa valutazione, combinata con l'indice Rt, calcolato sulla base di un complesso algoritmo, definisce la fascia di rischio.

Quanto era probabile che il virus si diffondesse?

L'affidabilità del calcolo di Rt, pur essendo rilevante, risente direttamente della qualità e della completezza dei dati forniti e dalla tempestività con cui sono comunicati. In particolare, un'indicazione essenziale per il calcolo è determinata dalla comunicazione della data di inizio dei sintomi.

Il rischio concreto, dunque, è che, se i dati arrivano in ritardo e in maniera non completa e corretta, si produca una sottostima dell'indice e si contribuisca a far diminuire le restrizioni da adottare o adottate. E la qualità dei dati tende a peggiorare con il crescere dell'epidemia, a fronte della incapacità delle aziende sanitarie locali di garantire il puntuale tracciamento e raccogliere le informazioni.

E noi sappiamo, dalle audizioni, che proprio in quel periodo la Regione Veneto ha registrato grossi problemi nella raccolta dei dati a causa di un problema serio legato all'inserimento tempestivo nel sistema informatico dei numeri dei nuovi casi e del loro stato clinico.

Sappiamo che la Regione Veneto era una delle peggiori (seconda dopo la Lombardia) per la qualità del monitoraggio[13] (Indicatore 1.1).

Ciò che non sappiamo, perché gli auditi non hanno chiarito il punto, è quanto fosse grave il ritardo nell'invio, quanto fosse imprecisa l'indicazione sullo stato clinico, quanti casi abbia riguardato, a che periodo temporale preciso si riferisse e per quanto tempo si sia prolungata.

Così come non hanno chiarito quale sia l'impatto che queste irregolarità abbiano avuto sul calcolo dell'Rt e, dunque, sulla assegnazione della corrispondente zona di rischio al Veneto.

Ma ciò che sappiamo è che nel monitoraggio di metà novembre e dicembre, la Regione Veneto, pur presentando un rischio alto, e cioè presentando una pressione pesante sui servizi sanitari, ha evitato la zona arancione proprio per un indice Rt inferiore alla soglia.

Nel medesimo periodo, proprio a fronte dell'elevato numero di casi di positività che emergevano quotidianamente, l'attività di *contact tracing* era praticamente saltata in tutte le AULSS venete.

Come conferma, tra gli altri, anche il dott. Giovanni Pavesi, l'ex Direttore Generale AULSS n. 8 "Berica", quando afferma che "*Una attività diffusa di contact tracing con livelli di contagi così alti come assisteremo nella seconda ondata del Covid rischiò di essere un'attività utile, ma sicuramente non incisiva*"[14]. E dunque anche l'ordinaria attività di presa in carico, monitoraggio e analisi del dato risultava generalmente molto in ritardo, quando non inattendibile. Con gravi disagi non solo ai fini del monitoraggio nazionale ma anche dei cittadini coinvolti.

Emblematico, sul punto, il "caso scuole".

[13] Fonte: monitoraggio settimanale ISS
[14] Seduta n.10 del 24 febbraio 2022.

Il dott. Paolo Fortuna, Direttore Generale AULSS n. 6 "Euganea" a tal proposito afferma[15] *"come dicevo appunto, l'ondata si è riverificata nell'autunno, durante la quale non c'è stato un immediato lockdown, c'è stata l'apertura delle scuole, c'è stata una progressione e sappiamo appunto che poi sono intervenute anche le zone (…)"*

Anche il Dott. Giovanni Guastella, Vice Segretario vicario FIMMG, conferma che[16] "*il SISP si occupava di tracciamenti in delle scuole. Ci sono stati degli errori anche commessi in quel momento. Tracciamento sui luoghi di lavoro, altri errori che sono stati commessi. Purtroppo, il numero di casi era talmente alto che le scuole, di fatto, i tracciamenti non li faceva spesso il SISP, si faceva in modo ritardato e spesso li facevano le scuole. Quindi, personale non adeguato a fare i tracciamenti. Il fatto di non aver chiuso dopo completamente ci ha permesso di lavorare, eccetera, è aumentato il numero di casi. È chiaro che un lockdown più stretto avrebbe ridotto i casi, ma non so se questo avrebbe accelerato la risoluzione del problema. Secondo me, la risoluzione del problema è la vaccinazione"*.

Il 2 ottobre è emanata l'Ordinanza n. 105[17] con la quale si dettano le Linee di indirizzo per la gestione dei casi Covid nelle scuole e nei servizi per l'infanzia.

Il tanto rigoroso quanto teorico approccio metodologico proposto, nell'esperienza quotidiana di tante famiglie venete si è dimostrato totalmente inefficace, in particolare per la difficoltà dei SISP di garantire nei tempi previsti le attività di *screening* e monitoraggio.

Il "tampone a tempo zero", cioè al momento della rilevazione di un caso positivo nella comunità-classe, era un miraggio, le ore di attesa per i bambini e i ragazzi fuori dai punti tampone infinite, la data del possibile rientro in classe un mistero irrisolvibile.

Le scuole e il personale scolastico hanno dovuto affrontare e sostanzialmente nessuna scuola è stata messa nelle condizioni di realizzare quanto previsto dal Protocollo, prima fra tutti la possibilità di effettuare i tamponi ai contatti scolastici direttamente nella struttura scolastica. E le famiglie, tra Didattica a-distanza e temporanee misure di isolamento dei figli, hanno dovuto in qualche modo arrangiarsi.

Questo è solo un esempio di come, molto spesso e ancor più in quei mesi, esisteva una distanza siderale tra ciò che i protocolli o le previsioni regionali ipotizzavano e ciò che realmente accadeva nel mondo reale, tra le persone.

Del resto il tracciamento era saltato. Ormai la possibilità di bloccare anticipatamente la diffusione del virus circoscrivendo tempestivamente i contatti diretti del positivo era definitivamente archiviata. Insomma, non c'era più il modo di "seguire il virus". Perché era ovunque. E le sue traiettorie non più controllabili.

Nel frattempo il Veneto ha deciso di non caricare i dati regionali sulla App Immuni. Il 16 ottobre la Consigliera regionale Cristina Guarda presenta un atto di sindacato ispettivo[18] sulla base di notizie apprese a mezzo stampa[19] proprio sul mancato funzionamento in territorio veneto della App Immuni e sul mancato perfezionamento da parte delle competenti strutture della sanità veneta.

---

[15] Seduta n. 10 del 24 febbraio 2022.

[16] Seduta n. 11 del 13 giugno 2022.

[17] O.P.G.R. Veneto 2 ottobre 2020, n. 105 "*Linee di indirizzo per la gestione dei contatti di casi confermati di COVID-19 all'interno delle scuole e dei servizi per l'infanzia*" del 02.10.2020 a cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria – Area Sanità e Sociale.

[18] Interrogazione a risposta immediata n. 1 "*App Immuni resa inutile in territorio veneto: il presidente della Giunta chiarisca*" presentata il 16 ottobre 2020.

[19] Si veda articolo: *https://corrieredelveneto.corriere.it/veneto/politica/20_ottobre_14/immuni-mai-caricati-usl-dati-positivi-veneto-1972382a-0dea-11eb-a0fa-5985683fd478.shtml*

Inoltre ci si dedica alla realizzazione di una applicazione regionale di tracciamento digitale, che però non ha mai visto la luce, malgrado annunci e risorse impiegate.

Quanto poteva essere pericolosa per la salute pubblica la diffusione del virus?

A dimostrare che la situazione in Veneto stava peggiorando ci sono anche altri indicatori dell'epidemia, come quello sui decessi e sulle ospedalizzazioni, nei reparti di pneumologia, malattie infettive, medicina generale e, ovviamente, nelle terapie intensive.

Ma la pressione sulle terapie intensive era rilevante non solo ai fini della salute delle persone: aveva un impatto determinante anche sul calcolo della pericolosità del virus.

Superare il 30% di occupazione dei posti letto disponibili di terapia intensiva faceva scattare immediatamente la zona rossa. Con il DM del 30 aprile 2020 erano, infatti, stati individuati i valori di allerta al fine dell'adozione dei conseguenti provvedimenti restrittivi.

Ora, per quanto in quei mesi si sia profuso uno sforzo enorme nel migliorare anche le dotazioni ospedaliere, in particolare ricorrendo a fondi nazionali, sappiamo quanto sia impegnativo implementare il numero di aree ospedaliere così complesse come le terapie intensive, sia per le necessarie dotazioni di attrezzature che per quelle di personale.

Anche per queste ragioni è lo stesso Ministero della Salute che, partendo dalle disponibilità esistenti, fissa le quote di incremento che devono realizzare le Regioni[20].

Il Veneto, dunque, si adegua a questa previsione e, aggiungendo 331 posti letto ai 494 già attivi, arriva a dichiarare l'esistenza di 825 posti letto di terapia intensiva presenti in Regione Veneto, attuando già in questa fase un aumento maggiore di quanto richiesto.

Ma il numero è destinato a crescere ancora. A maggio i posti letto diventano 840, aumentando ancora la sovradotazione rispetto a quanto richiesto dal Ministero. E ad agosto addirittura 1.000, una parte dei quali non attiva, ma "attivabile", secondo una definizione non meglio precisata.

Nel corso delle audizioni abbiamo avuto ripetutamente modo di verificare come quella definizione si riferisse a contesti di terapia intensiva non meglio precisati, non prontamente utilizzabili, probabilmente dotati dell'impiantistica necessaria ma certamente senza la disponibilità concreta di personale medico dedicato.

La Regione Veneto, dunque, ha scelto di andare ben oltre il numero di posti letto di terapia intensiva rispetto al parametro indicato dal Governo e lo ha fatto ricorrendo a terapie intensive non pienamente realizzate, perché nella realtà i posti letto attivati non sono mai stati più di 700.

Perché?

La spiegazione più ovvia ci riporta ancora al tema della zona rossa.

Se avessimo utilizzato il riferimento ai posti letto realmente esistenti e operativi, e cioè 700, la Regione Veneto avrebbe superato la soglia del 30% di occupazione, con l'immediata applicazione della zona rossa o arancione, verosimilmente nella prima metà di novembre.

[20] Circolare 2627-P del 01 marzo 2020, Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute.

Ma la storia andò diversamente. E come era lecito pensare, con il parametro dei 1.000 posti letto, la zona rossa non scattò.

La sicurezza dei più esposti al virus: come si dovevano usare i test rapidi?

Una sezione rilevante delle audizioni, ma soprattutto la gran parte dell'opinione pubblica, anche nazionale, si è occupata della valutazione sull'appropriatezza degli strumenti diagnostici impiegati nei diversi contesti.

Anche la Procura di Padova ha, a tal proposito, avviato indagini preliminari che, ad oggi, a quanto è noto, vedono indagati l'ex direttore del laboratorio di microbiologia dell'ospedale Ca' Foncello di Treviso, dr. Roberto Rigoli e l'ex DG di Azienda Zero dr.ssa Patrizia Simionato.

La magistratura, dunque, svolgerà la sua funzione e contribuirà a definire alcune delle questioni che sembrano mostrare zone d'ombra.

Ma crediamo che anche la politica, e dunque questa Commissione, debba assumersi la responsabilità di esprimere alcune valutazioni su quanto avvenuto e sulle scelte assunte.

Allora, al netto di ciò che emergerà dall'indagine in corso in Procura di Padova, ci sono alcune domande che meritano una risposta.

Come dovevano essere impiegati i test rapidi? E, di conseguenza, sappiamo quanto erano realmente affidabili?

Sul punto vi è stato un interessante confronto all'interno della comunità scientifica, oltre che un acceso dibattito politico. Anche nel corso delle nostre audizioni si sono manifestati punti di vista diversi, a tratti persino discordanti.

Occorre, dunque, evitare di entrare nel dibattito di natura scientifica e restare sulla valutazione delle scelte adottate e della loro coerenza rispetto alle indicazioni ufficiali degli organismi nazionali ed internazionali.
Premettiamo che, di fronte agli scenari inediti dettati dal Covid, le valutazioni scientifiche, tanto quanto le decisioni politiche, si siano definite nel tempo, a volte aggiornandosi sulla base di nuove conoscenze acquisite, a volte modificandosi sulla base dei comportamenti del virus, in ogni caso sempre con un atteggiamento precauzionale, in cui cioè la sicurezza della salute delle persone fosse messa al primo posto. Anche quando questa priorità poteva comportare costi sociali ed economici. Purtroppo non sempre il principio di prudenza a tutela della salute pubblica sembrerebbe esser stato seguito quando il conto da pagare era politico, connesso cioè al consenso elettorale.
Il tema della diagnosi della malattia è stato fin dall'inizio strategico nella lotta contro il virus. Fin da subito, anche a livello europeo, si indaga il campo della diagnostica e si cerca di fornire indicazioni che siano omogenee a livello comunitario.
Mentre sull'attendibilità dei test molecolari non c'è alcun dubbio, l'efficacia dei rapidi è andata crescendo mano a mano che la ricerca scientifica accresceva le sue conoscenze e competenze.
Oggi disponiamo infatti di test antigenici rapidi di quarta generazione che si avvicinano molto alle performance dei molecolari, con l'indubbio vantaggio della rapidità dell'esito.
Ma nella seconda ondata ancora non c'erano i test di quarta generazione. E sulla sensibilità di quelli precedenti, di prima, di seconda, ma anche di terza, i dubbi permangono.

Proprio sulla base di queste perplessità, anche il Ministro della Salute, sulla base di un parere del Comitato Tecnico Scientifico nazionale, già a ottobre stabilisce con chiarezza l'ordine di priorità nell'impiego dei test. Per gli operatori sanitari e, in generale, per il personale impiegato in contesti ad alto rischio, il *gold standard*

è il test molecolare. Il rapido può essere impiegato, in questi contesti, solo in via residuale, in particolare per verificare la positività di soggetti sintomatici.

Inoltre, già dall'estate precedente, il Veneto si era attivato per acquistare quantità ingenti di test antigenici Abbott per decine di milioni di euro.

Malgrado questo punto fosse indiscutibile, la Regione Veneto adotta una decisione diversa. Test rapidi, anche di prima e di seconda generazione, per tutti. Fin dal settembre 2020. E questa decisione non cambiò neppure di fronte al parere chiaro del Ministro. E non cambiò neppure di fronte ai numeri impressionanti dei decessi nelle case di riposo e alla diffusione del contagio nei reparti ospedalieri tra pazienti e operatori.

Anche quando il lavoro di approfondimento svolto per l'Università di Padova dal Professor Crisanti ha messo in dubbio l'affidabilità dei test rapidi, la preoccupazione principale del Presidente Zaia non è stata quella di verificare la correttezza dei contenuti dello studio ma di smontare la credibilità accademica del professore e del suo lavoro.

Permangono, dunque, molte perplessità sul punto. L'indagine della Procura da un lato, e il continuo lavoro di ricerca scientifica dall'altro potranno contribuire a far chiarezza.

Nel frattempo si è consolidata la convinzione che non ci sia stata sufficiente protezione dal virus in alcuni contesti di fragilità.

Cosa si poteva fare?

La pandemia ha posto la politica di fronte a scenari totalmente imprevisti.

La necessità di assumere decisioni mai prese prima e di doverlo fare rapidamente in un contesto caratterizzato profondamente dall'incertezza ha indubbiamente stressato tutto il sistema istituzionale.

Soprattutto quando quelle da assumere erano decisioni impopolari, che mettevano un freno pesante alle libertà individuali.

Il Governo, in particolare nella prima ondata, ha deciso di assumersi pienamente questa responsabilità. Imporre per legge il primo *lockdown* della storia repubblicana, sulla base di quanto anticipato dalla Cina, ha rappresentato indiscutibilmente una scelta difficilissima, ma che *ex-post* possiamo definire azzeccata nel contenimento della pandemia. Tanto che poi molti altri Paesi hanno adottato i medesimi provvedimenti.

Nel rapporto con le Regioni si è avuto, nelle prime battute, un effetto-Babele, che ha portato molte Regioni a fare "giurisprudenza", come il Veneto che con le prime ordinanze ha imposto un protagonismo inedito dei territori.

E inaugurato anche un protagonismo nuovo del Presidente Zaia.

Nei mesi del *lockdown* le conferenze stampa da Marghera, che raccontavano ai veneti cosa stesse accadendo fuori dalle loro case, hanno segnato un punto di svolta: hanno mostrato un decisionismo di Zaia efficace sul piano delle scelte operative, anche quando le scelte da compiere erano complicate.

Ma dopo la prima fase anche quel decisionismo responsabile sembra aver ceduto il passo alla suggestione di una riapertura accelerata, sottoposto alle pressioni dell'opinione pubblica che cominciava a dare segnali di insofferenza verso le limitazioni della libertà e del mondo produttivo che aveva estrema necessità di ripartire.

Probabilmente, in questa fase, ha prevalso anche la preoccupazione di occupare la scena. Era chiaro fin da subito, infatti, che tra i tanti stravolgimenti dettati dalla pandemia anche il dibattito pubblico era ormai

monopolizzato da questo fenomeno. Ed era chiaro che questo fenomeno rappresentava un palcoscenico strepitoso per pochi attori.

Come se, da Marghera, Zaia avesse sostituito la funzione informativa della prima fase con una funzione principalmente comunicativa. Anche il luogo si trasforma, nei fatti, da sede di Protezione Civile a punto stampa, in un colloquio costante e diretto con il pubblico televisivo.

Come è naturale che sia, il prevalere della dimensione comunicativa su quella informativa ha anche modificato l'approccio della Regione e del Presidente. All'obiettivo fondamentale della lotta al virus si era aggiunto anche il tema del consenso, a maggior ragione in una Regione che da lì a pochi mesi sarebbe andata alle urne per decidere se confermare o meno il suo Governatore.

In questa fase, infatti, cambia anche dal punto di vista del metodo prescrittivo la cifra dell'azione regionale. L'atteggiamento particolarmente restrittivo dei primi mesi, si trasforma, già ad aprile 2020, quando Zaia intraprende un approccio più permissivo, spingendo per riaprire tutto e subito.

In un vortice in cui, spesso, la ricerca di visibilità del Presidente del Veneto, e non solo del Veneto per la verità, nell'esibizione di decisionismo produce anche momenti di incertezza e di confusione rispetto alla sovrapposizione di tanti atti di diversi livelli.

Siamo nella fase di massima espansione del potere decisionale delle Regioni. Il Governo decide di utilizzare il dialogo diretto con i Presidenti di Regione per qualsiasi decisione e sottomette all'intesa con essi qualsiasi provvedimento che abbia ricadute regionali.

Il Veneto apre. La ripresa delle attività economiche produce, in questa regione, un rimbalzo impressionante. Siamo una delle Regioni in Italia che meglio si rialza dal punto di vista economico e produttivo dalla prima ondata.

E quando da fine settembre il virus torna a circolare, soprattutto in Veneto e nel nord, è difficile riportare tutto alla precauzione.

Il Governo, preoccupato dai dati del monitoraggio, seppur con meno forza e consenso, riprende un graduale ritorno alle restrizioni. Iniziano anche manifestazioni di piazza e di protesta, perché in tanti non vogliono fermarsi di nuovo.

E consegna ufficialmente parte delle responsabilità alle Regioni, per definire gli interventi nella maniera più chirurgica possibile, senza imporre divieti dove non sono necessari ma, al contempo, richiamando al rigore dove i dati si fanno preoccupanti.

Ma in questa fase, malgrado le cifre su contagi e ricoveri fossero in rapida ascesa, prevale nelle numerose ordinanze che si susseguono quasi settimanalmente, un approccio molto contradditorio. Si chiude solo dove non si può fare a meno, si chiude solo dove non si genera troppo scontento. Quindi scuole sì, attività economiche no.

Abbiamo i numeri che raccontano la situazione che stavamo attraversando. Oggi sappiamo che da ottobre a marzo in Veneto i morti per Covid sono stati 8.282. Peggio di noi, nella seconda ondata solo la Lombardia, con oltre 13.000 morti ma anche il doppio della popolazione.

Abbiamo un Presidente di Regione che fin dal primo momento ha assunto la responsabilità, e dunque la paternità, delle decisioni da prendere per i veneti contro la pandemia.

Sappiamo che rimangono alcune pesanti ombre su questioni cruciali in riferimento alle modalità di calcolo dell'algoritmo e in riferimento alla definizione a livello nazionale del livello di rischio tecnico del nostro

territorio. Pensiamo al tema dell'inserimento dati per il calcolo dell'Rt e alla questione dei posti reali in terapia intensiva, affrontati in precedenza.

Conosciamo gli appelli che scienziati, mondo accademico, ma anche organizzazioni sindacali e politiche, rivolgevano costantemente a Zaia per chiedere misure più efficaci di contenimento.

Abbiamo dimostrato come le misure adottate fino ad allora non si siano rivelate sufficientemente efficaci per salvare il Veneto.

Le abbiamo tentate tutte, insomma, senza riuscire a contenere il virus. Tranne una.

Quella di assumersi la responsabilità di ammettere che alle condizioni date era necessario un sistema più rigoroso di chiusure. Ammettere che per salvare i veneti, quelli a scuola, al lavoro, ma anche quelli ricoverati nelle case di riposo, si doveva adottare la misura estrema prevista dalla zona rossa.

Anche a costo di perdere un po' della credibilità di "Regione virtuosa nella lotta al Covid" accumulata durante la prima ondata. Anche a costo di perdere un po' di consenso. Anche a costo di non essere più i primi della classe.

Abbiamo detto all'inizio quanto la pandemia abbia imposto a tutti di mettere la salute pubblica sopra ogni altra necessità. Avremmo dovuto, anche in questa fase, restare fedeli a questo principio.

Dichiarare il Veneto zona rossa, applicare le relative misure di protezione.

Era tutto nelle mani del Presidente Zaia. Aveva il potere per farlo. Forse le cose sarebbero andate diversamente.

Ma questa decisione non è mai stata assunta.

Scienza e politica

C'è una storia collegata alla pandemia che apre uno sguardo nuovo su ciò che è accaduto in Veneto durante la seconda ondata pandemica e cosa continui a succedere ora.

E cioè come interpretiamo il rapporto nuovo che la diffusione del Covid ci ha trasmesso tra scienza e politica?

E come costruiamo un rapporto utile con i tecnici che molto hanno fatto in quei mesi durissimi?

C'è una prima questione cruciale. Il rapporto che si determina tra chi ha compiti direzionali, di natura organizzativa, con le collegate responsabilità tecniche, e chi deve, invece, assumere la responsabilità politica delle scelte, a maggior ragione quando probabilmente impopolari.

Dunque, il primo ruolo, quello dei tecnici, o degli scienziati.

Essi servono indubbiamente, o dovrebbero servire, a trovare soluzioni, pur mantenendo la loro funzione consultiva. Possono essere coinvolti nel processo decisionale, capaci di dare consigli strategici od operativi. In alcuni casi, anche durante la pandemia, le loro competenze si sono rivelate risolutive.

Una collaborazione, dunque, leale, ciascuno per la propria competenza.

Durante i mesi concitati dell'emergenza abbiamo invece sovente assistito ad una sorta di competizione sul proscenio mediatico, a livello nazionale quanto sul piano regionale.

Le intercettazioni telefoniche, pubblicate da diversi organi di stampa, sembrano raccontare di una sorta di guerra nella guerra: la guerra contro il Covid, in cui tutti a diverso titolo eravamo impegnati, e la guerra tra potere politico e scienza.

Toccherà, anche in questo caso, alla magistratura valutare se questo scontro presenti anche profili di natura penale, ma tocca a noi definire il confine invalicabile tra lecito e illecito sul piano etico.

Ed è evidente che, da quello che sembra emergere, il quadro nel quale si è mosso il Presidente Zaia per contrastare alcuni professionisti sul campo scientifico esuli totalmente dalle sue competenze. Oltre ad essere politicamente incomprensibile in una fase in cui l'attenzione massima e gli sforzi di tutti avrebbero dovuto essere orientati a ben altre priorità.

Inoltre, appare francamente disarmante, quanto parrebbe mergere dal contenuto sin qui diffuso di alcune trascrizioni di alcune intercettazioni telefoniche, e cioè la relazione tra il Presidente Zaia e uno dei Dirigenti apicali del comparto sanità della Regione Veneto.

La libertà con cui il Presidente sembra dettare ordini al Dirigente e il servilismo con cui egli corrisponde al rimprovero, gettano una luce inquietante sulle modalità di esercizio del potere da parte del Presidente della Regione Veneto.

Certo quel dirigente è stato nominato direttamente da lui, ma nulla autorizzerebbe a considerarlo un dipendente del Presidente.

Al netto di cosa diranno le Procure, rimane il dubbio della capacità di reale autonomia dell'apparato dirigenziale della sanità veneta.

Mentre emerge chiaramente l'arroganza di chi, chiamato a rappresentare la Regione e a tutelare la salute dei veneti, si occupa di esercitare il proprio potere, tentando di piegare l'amministrazione ai propri obiettivi politici.

CAPITOLO 1.

I NUMERI VERI

Riprendendo dal Report "IMPATTO DELL'EPIDEMIA COVID-19 SULLA MORTALITÀ TOTALE DELLA POPOLAZIONE RESIDENTE - ANNO 2020" prodotto da ISTAT e ISS, pubblicato il 5 marzo 2021 e presente nel sito del Ministero della Salute, emergono i dati principali relativi alle prime due ondate pandemiche.

Il Veneto, soprattutto a causa della forza con cui si è manifestata la seconda ondata, ha presentato un tasso di incidenza cumulata standardizzato nelle due ondate di 5.252/100.000 abitanti, ovvero il terzo più elevato dopo due piccole realtà, molto diverse dal Veneto, come la Valle d'Aosta e la Provincia Autonoma di Bolzano, e superiore anche a quello della Lombardia (cfr. Tabella 1 a p. 5 del Rapporto ISTAT-ISS, di seguito riportata).

Tabella 1. Distribuzione mensile dei casi di Covid-19 segnalati dalle Regioni e Province Autonome al Sistema di Sorveglianza Integrato nel periodo 20 febbraio – 31 dicembre 2020.

Regione\ripartizione	marzo-maggio	giugno-settembre	ottobre-dicembre	anno 2020	tasso di incidenza standardizzato *
Piemonte	30.120	4.819	161.072	196.051	4.359,0
Valle d'Aosta	1.184	125	5.936	7.245	5.599,0
Lombardia	86.264	17.199	362.209	466.653	4.516,1
Pa Bolzano	2.493	780	24.952	28.226	5.263,2
Pa Trento	4.718	1.110	16.955	22.783	4.056,7
Veneto	18.426	8.793	234.256	261.742	5.252,0
Friuli-Venezia Giulia	3.260	1.618	45.951	50.835	4.114,7
Liguria	9.399	3.683	46.702	59.797	3.804,1
Emilia-Romagna	26.564	7.530	137.643	172.007	3.795,1
Toscana	9.483	4.893	103.956	118.340	3.158,3
Umbria	1.433	1.049	26.108	28.591	3.270,6
Marche	6.562	1.309	33.616	41.518	2.685,1
Lazio	7.545	9.755	146.417	163.722	2.773,3
Abruzzo	3.318	1.209	31.812	36.340	2.757,9
Molise	485	241	6.367	7.093	2.316,0
Campania	5.049	8.746	166.049	179.864	3.084,5
Puglia	4.804	3.496	86.577	94.881	2.345,6
Basilicata	458	414	10.333	11.207	1.988,0
Calabria	1.426	894	23.429	25.750	1.331,8
Sicilia	3.508	4.184	93.459	101.160	2.027,2
Sardegna	1.473	2.585	27.874	31.933	1.947,0
Nord	*182.428*	*45.657*	*1.035.676*	*1.265.339*	*4.448,4*
Centro	*25.023*	*17.006*	*310.097*	*352.171*	*2.917,4*
Mezzogiorno	*20.521*	*21.769*	*445.900*	*488.228*	*2.365,6*
Italia	**227.972**	**84.432**	**1.791.673**	**2.105.738**	**3.437,7**

**Tasso standardizzato di incidenza cumulata 01 febbraio-31 dicembre 2020 ogni 100.000 abitanti (Popolazione Standard Italia Censimento 2011).*
Fonte: ISS, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19.

Addirittura nel medesimo report, aggiornato però a gennaio 2022, che rivaluta i dati rispetto alla popolazione standard europea 2013, il Veneto presenta nel 2020 un tasso di incidenza standardizzata inferiore solo alla Provincia Autonoma di Bolzano (cfr. Tabella 2 a p. 5 del Rapporto ISTAT-ISS - Anni 2020-2021 e gennaio 2021, di seguito riportata).

Tabella 2. Valori assoluti regionali dei casi COVID-19 e tassi standardizzati *(per 100.000 abitanti)* con popolazione standard Europa 2013. Anni 2020-2021

Regione\ripartizione	casi 2020	tasso di incidenza standardizzato	casi 2021	tasso di incidenza standardizzato
Piemonte	198.554	4.209	297.434	7.527
Valle d'Aosta	7.216	5.095	8.919	7.618
Lombardia	471.311	4.362	767.244	8.271
Pa Bolzano	29.972	5.395	60.164	11.756
Pa Trento	22.755	3.615	39.853	7.665
Veneto	264.816	5.151	396.339	8.901
Friuli-Venezia Giulia	51.653	4.049	106.804	9.429
Liguria	59.503	3.752	94.065	7.027
Emilia-Romagna	176.058	3.828	399.327	9.944
Toscana	119.483	3.203	282.221	8.645
Umbria	28.624	3.390	63.053	8.405
Marche	42.014	2.651	102.755	7.425
Lazio	171.402	2.966	356.758	6.823
Abruzzo	35.857	2.730	77.032	6.738
Molise	6.817	2.265	11.466	4.395
Campania	200.261	3.464	402.026	7.527
Puglia	92.672	2.247	245.350	6.613
Basilicata	10.783	1.921	27.042	5.514
Calabria	24.182	1.290	89.575	5.237
Sicilia	98.370	1.980	298.343	6.676
Sardegna	31.659	1.970	60.960	4.417
Nord	*1.281.838*	*4.354*	*2.170.149*	*8.581*
Centro	*361.523*	*3.030*	*804.787*	*7.569*
Mezzogiorno	*500.601*	*2.444*	*1.211.794*	*6.547*
Italia	**2.143.962**	**3.438**	**4.186.730**	**7.681**

Fonte: Iss, Sistema di sorveglianza integrata Covid-19

Se, come sostenuto da alcuni, il numero di casi è dovuto anche ad un maggior ricorso ai tamponi, ancora più indicativi sono i dati sulla mortalità legata al Covid, riportati nel medesimo Report ISTAT-ISS (cfr. Tabella successiva a p. 10 del Rapporto ISTAT-ISS).

Tabella 4b. Variazione percentuale dei decessi per il complesso delle cause nel periodo ottobre-dicembre e totale anno 2020, confronto con la media per lo stesso periodo del 2015-2019, e decessi per Covid-19 per regione, ripartizione e Italia

Regione\ripartizione	ottobre-dicembre				anno 2020			
	decessi totali	variazione percentuale	decessi covid	tasso standardizzato decessi covid	decessi totali	variazione percentuale	decessi covid	tasso standardizzato decessi covid
Piemonte	20.730	53,0	3.519	58,7	66.054	22,9	7.583	126,1
Valle d'Aosta	601	63,7	239	153,0	1.849	24,8	384	246,1
Lombardia	34.572	37,1	8.243	66,3	136.249	36,6	25.120	208,6
Pa Bolzano	1.603	39,1	504	85,3	5.458	22,7	792	135,0
Pa Trento	2.127	65,4	536	77,9	6.626	29,9	942	137,8
Veneto	18.173	44,4	4.891	81,5	57.836	16,7	7.079	117,9
Friuli-Venezia Giulia	5.330	45,6	1.420	78,8	16.617	12,5	1.794	100,2
Liguria	7.392	33,9	1.234	51,7	25.827	16,8	2.851	120,1
Emilia-Romagna	16.221	25,4	3.413	57,3	59.665	17,2	7.825	135,0
Toscana	14.092	26,5	2.465	48,4	48.135	8,6	3.604	71,2
Umbria	3.288	24,6	525	43,5	11.131	5,6	610	51,0
Marche	5.439	23,7	719	34,7	20.123	12,6	1.709	84,1
Lazio	17.996	22,5	2.753	42,0	62.161	5,5	3.717	56,5
Abruzzo	4.592	19,8	786	47,3	16.296	6,1	1.264	76,8
Molise	1.201	27,2	174	42,8	4.127	5,9	203	49,8
Campania	17.896	29,4	2.879	53,7	59.425	7,0	3.447	64,3
Puglia	12.752	30,5	1.998	45,6	44.650	12,1	2.614	59,7
Basilicata	1.997	24,7	213	32,4	6.839	5,3	251	38,7
Calabria	5.580	11,1	366	17,2	21.331	4,0	497	23,3
Sicilia	16.010	24,3	2.358	45,0	56.753	5,8	2.747	52,4
Sardegna	5.634	34,9	692	35,4	18.994	12,8	858	43,9
Nord	*106.749*	*40,0*	*23.999*	*65,2*	*376.181*	*24,6*	*54.370*	*151,6*
Centro	*40.815*	*24,2*	*6.462*	*43,1*	*141.550*	*7,5*	*9.640*	*64,5*
Mezzogiorno	*65.662*	*26,1*	*9.466*	*43,5*	*228.415*	*7,7*	*11.881*	*54,6*
Italia	**213.226**	**32,3**	**39.927**	**54,2**	**746.146**	**15,6**	**75.891**	**103,9**

Fonte: Istat. Base dati integrata mortalità giornaliera comunale, Iss registro sorveglianza Covid-19.

Considerando l'intero 2020, quindi entrambe le ondate, il Veneto presenta un tasso standardizzato di decessi Covid pari a 117,9 l'ottavo più alto tra le regioni italiane.

Ma se ci limitiamo al periodo ottobre-dicembre, il Veneto presenta un tasso di 81,5 ed è in questo caso la terza regione con il dato peggiore, dietro appunto a Valle d'Aosta e P.A. Bolzano.

In questa drammatica classifica la Lombardia risulta addirittura ben più indietro, con un valore di 66,3.

Inoltre va considerato che la seconda ondata in Veneto si è affievolita più tardi rispetto alle altre regioni, ovvero a inizio 2021. Ciò ha comportato che gli effetti sulla mortalità da covid relativi alla seconda ondata si siano risentiti almeno anche per tutto gennaio 2021. Su questo lo studio non riporta un dato specifico per la nostra regione ma solo alcune considerazioni generali, comunque utili: "*Gli effetti della seconda ondata epidemica sulla mortalità proseguono nel 2021. Per il mese di gennaio si stimano 70.538 decessi, 2 mila in più rispetto alla media dello stesso mese del periodo 2015-2019 e 8 mila e 500 in più rispetto a gennaio 2020; questo eccesso per il 75% riguarda le regioni del Nord*".

Altre analisi, basate sempre su dati dell'ISS e del Ministero, sono apparse sulla stampa in merito all'incidenza della seconda ondata, con altre elaborazioni che approfondiscono il "caso Veneto".

Tra queste, il Sole 24 Ore, 16 gennaio 2021[21] riporta un'analisi dei dati da cui risulta che "*Il dato che certifica questo primato negativo è il numero di vittime per Covid ogni 100mila abitanti. Un numero che non mente, a differenza di quello dei contagi accertati, che dipende dalla capacità di tracciamento delle singole regioni. Con 117 vittime ogni 100mila abitanti dal 1° settembre 2020 al 15 gennaio 2021, il Veneto è primo tra le grandi regioni italiane nell'indice di mortalità. Solo la Valle d'Aosta (196 vittime ogni 100mila abitanti) ha fatto molto peggio ma su una scala demografica nettamente inferiore (...)*. E conclude: "*Che cosa non ha funzionato in Veneto? Sicuramente il fatto di essere stato a lungo in zona gialla, una fascia che come hanno riscontrato gli esperti non è una garanzia di contenimento della circolazione virale, non è stato di aiuto. Insieme a un certo rilassamento nei comportamenti della popolazione più volte denunciato dallo stesso governatore Zaia. Nelle ultime settimane la situazione dei ricoveri in regione è in miglioramento, segno che il peggio della seconda ondata potrebbe essere alle spalle. Ma il numero delle vittime, che come sappiamo è sempre l'ultimo a scendere, resta purtroppo elevato*".

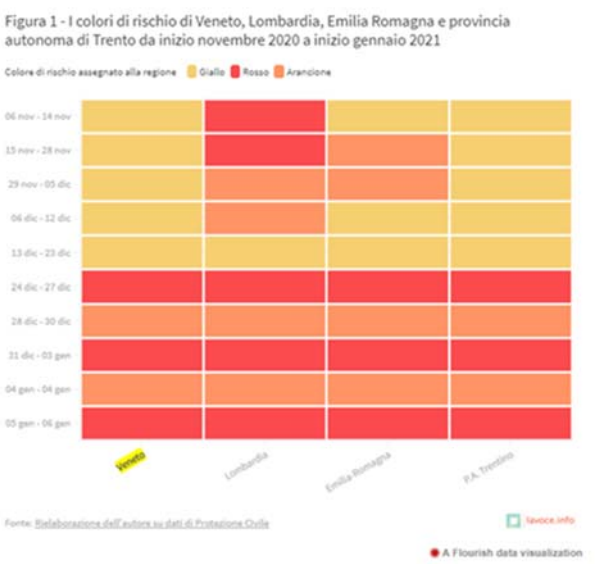
Sul tema si invita anche a prendere visione del contributo del Dott. Enzo Migliorini, demografo che ben conosce il Veneto, del 19 gennaio 2021[22].

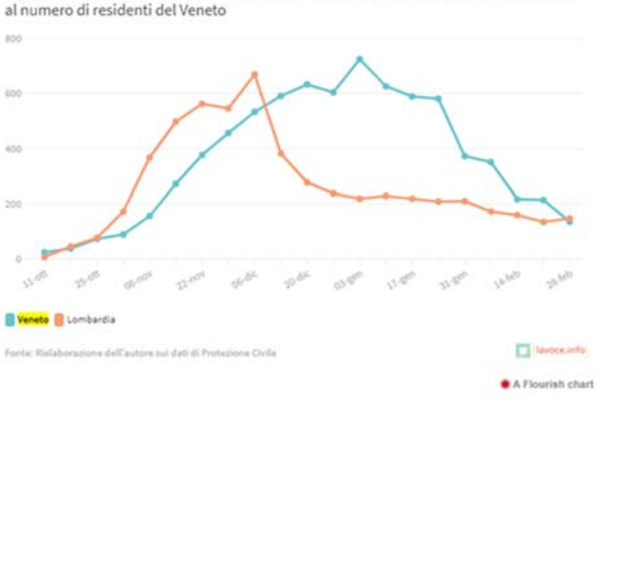
Migliorini stima così i possibili eccessi o meno di mortalità rispetto alla media: "*Dal 4 marzo al 25 aprile la minore mortalità veneta rispetto alla mortalità nazionale si traduce in 17,5 morti in meno ogni 100.000 abitanti, quindi in 858 morti in meno, che devono la vita al modello seguito dalla regione, a cominciare dalla zona rossa di Vo'. Disatteso il modello in novembre e dicembre, la mortalità per Covid-19 nel Veneto, ostinatamente lasciato in zona gialla, è salita alle stelle, mentre nelle zone rosse calava drasticamente. Dal 4 novembre al 30 dicembre i morti eccedenti nel Veneto rispetto alla media nazionale sono stati 23,3 per ogni 100.000 abitanti, per un totale di 1.142 persone che probabilmente si sarebbero salvate se il Veneto fosse stato classificato zona rossa. Aggiornando i dati al 7 gennaio l'eccedenza sale a 32,72 per un totale di oltre 1.600 morti in più. Naturalmente non si può affermare che la morte di questi 1.600 veneti sia certamente da attribuire alla zona gialla, perché sicuramente hanno concorso anche l'abuso dei tamponi rapidi poco affidabili nelle RSA e l'assenza di strutture per l'isolamento dei positivi, come gli alberghi sanitari della Toscana: l'isolamento fiduciario in casa, senza alcuna assistenza medica, è un formidabile strumento per la moltiplicazione dei contagi e dei morti. Se poi è alta la percentuale di positivi che muoiono significa che il sistema sanitario non è in grado di curarli. E forse le terapie intensive non si riempiono perché i malati muoiono prima di arrivarci, o appena arrivati.*"

Il tema dei decessi, in relazione alle restrizioni adottate per le varie regioni, è oggetto anche dello studio da parte di diversi ricercatori. Per esempio, nell'articolo del 18/05/2021 a firma del Professore di Econometria Dott. Enrico Rettore su "lavoce.info[23]" si fa una comparazione dei decessi avvenuti in varie regioni, tra cui il Veneto, utilizzando i dati ufficiali. Confrontando Veneto e Lombardia, afferma che "*fino alla fine di ottobre i decessi nelle due regioni sono pressoché uguali. Poi aumentano più rapidamente in Lombardia, fino alla prima settimana di dicembre. A partire dalla seconda settimana di dicembre i morti lombardi sono crollati: da 700 a 200 circa, nell'arco di tre settimane. In Veneto la crescita è continuata regolare, con un accenno di diminuzione nei primi giorni dell'anno, seguito da un calo a partire dall'ultima settimana di gennaio*".

[21] https://www.ilsole24ore.com/art/covid-ecco-regioni-che-hanno-avuto-piu-vittime-seconda-ondata-maglia-nera-valle-d-aosta-veneto-e-friuli-ADXHrWDB
[22] https://www.neodemos.info/2021/01/19/zone-gialle-e-zone-rosse-il-caso-del-veneto/
[23] https://www.lavoce.info/archives/74483/tre-regioni-e-una-provincia-le-misure-anti-covid-funzionano/

Un tema che emerge forte è quello del perché il Veneto sia rimasto fino al periodo natalizio in zona gialla, dato che dai dati esposti si può desumere come un passaggio anticipato in zona arancione, se non rossa, avrebbe determinato un minor numero di contagi e decessi Covid-19 (si vedano le Tabelle successive tratte dallo studio del Prof. Rettore).





Nell'articolo si conclude che: "*la nostra stima basata sul confronto tra zone confinanti dice che una parte rilevante dei decessi osservati in Veneto sarebbe stata evitata adottando restrizioni analoghe a quelle delle regioni vicine. In particolare, provvedimenti analoghi a quelli adottati in Lombardia nelle cinque settimane da inizio novembre a metà dicembre – i mesi critici per lo sviluppo della seconda ondata – avrebbero dimezzato il numero dei decessi registrati in Veneto tra dicembre e febbraio*". Parliamo di migliaia di decessi che si sarebbero potuti evitare.

Anche il Prof. Crisanti, nel corso dell'audizione del 12 ottobre 2021, dice che "*è uscito uno studio estremamente informativo del dottor Merler su "Nature Communications", sull'impatto della zona gialla, arancione e rossa sulla trasmissione. Da questo studio emerge chiaramente che la zona gialla ha un impatto minimo sul blocco della trasmissione*."

CAPITOLO 2.

IL VALORE RT E ALTRI INDICATORI

Uno degli indicatori più rilevanti nel monitoraggio sulla possibile capacità di diffusione del virus e per l'assegnazione alle Regioni da parte del Governo del livello di rischio, e delle eventuali restrizioni connesse è il cosiddetto "Rt"[24].

Questo indice rappresenta il tasso di contagio e cioè, semplificando, il numero medio di persone che in media è in grado di contagiare un'altra persona già positiva al Covid.

L'Rt è, dunque, un parametro di riferimento importante per misurare la potenziale pericolosità della diffusione del virus. La caratteristica principale di questo indice è che viene calcolato solo sulle persone sintomatiche e, dunque, a differenza del numero assoluto dei contagiati, non viene influenzato dalla quantità di test somministrati.

Anche sulla base di questo indice, il Veneto, da metà settembre in poi, ha sempre presentato un indice Rt superiore al valore soglia 1, registrando a metà ottobre una vera impennata.

Settimana	Incidenza *100.000	Rt [sintomi]
Sett. 37 (2020-09-07)	18,1	0,91
Sett. 38 (2020-09-14)	22,2	1,06
Sett. 39 (2020-09-21)	28,8	1,16
Sett. 40 (2020-09-28)	38	1,1
Sett. 41 (2020-10-05)	64,3	1,15
Sett. 42 (2020-10-12)	101	1,73
Sett. 43 (2020-10-19)	203,4	1,47
Sett. 44 (2020-10-26)	355,7	1,57
Sett. 45 (2020-11-02)	434,3	1,26
Sett. 46 (2020-11-09)	439,4	1,16
Sett. 47 (2020-11-16)	442,1	1,2
Sett. 48 (2020-11-23)	428,2	1,13
Sett. 49 (2020-11-30)	475,6	0,91

Fonte: Rapporto Istituto Superiore di Sanità

Teniamo presente che un parametro Rt superiore a 1,5 sulla base delle previsioni del Ministero, rappresenta il contesto peggiore e indica una situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario nel breve periodo. Inoltre è compatibile con le previsioni collegate alla "zona rossa".

[24] https://www.iss.it/coronavirus/-/asset_publisher/1SRKHcCJJQ7E/content/faq-sul-calcolo-del-rt#:~:text=La%20definizione%20del%20numero%20di,nel%20corso%20di%20un'epidemia.

Purtroppo, anche sull'attendibilità di questo indice si sono evidenziate, nel corso della Commissione, diverse incongruenze, prima tra tutte quella relativa ad una non corretta imputazione proprio nel momento in cui la rilevazione nella nostra Regione aveva superato il valore critico dell'1,5.

In particolare, durante le audizioni è chiaramente emerso che tra ottobre e la prima settimana di novembre ci sia stata una difficoltà nel caricamento a sistema dei dati relativi al tracciamento dei positivi. A cascata, i dati comunicati agli enti nazionali preposti sono risultati parzialmente incompleti e/o non perfettamente corretti, anche se all'interno della tolleranza permessa.

Un tracciamento incompleto o impreciso dei casi ha una serie di implicazioni. Direttamente sul calcolo di Rt ma indirettamente anche su altri dei 21 indicatori previsti dal Ministero per l'attribuzione del livello di allerta e di restrizioni (colori).

Malgrado si siano audite diverse persone sul punto, non si è riusciti a chiarire se e come, dati alla mano, in questo periodo di inserimento tardivo e impreciso dei dati, possa essersi determinata una potenziale alterazione di alcuni indicatori oggetto di monitoraggio. Le risposte poco puntuali e la vaghezza rispetto al funzionamento dei database impiegati, lasciano molti dubbi su cosa sia davvero avvenuto in quelle settimane e su come venissero registrati i nuovi casi. E, di conseguenza, se il calcolo dei relativi indicatori sia avvenuto su numeri corretti.

Nella seduta straordinaria della commissione V del 4 maggio 2021, presente il Presidente Zaia, la Dott.ssa Francesca RUSSO (Direttore Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria) afferma che "*a un certo punto il software che avevamo messo in piedi (…) nelle prime fasi dell'epidemia, il cosiddetto PIC-19 (…) è stato via via sostituito perché avevamo bisogno di un'anagrafe vaccinale solida, (…) abbiamo avuto, a partire dall'estate, un affiancamento tra il PIC 19 e il SIAVR (…) una trasposizione dei dati in un sistema più efficiente*".

Sembra, dunque, che l'inserimento in ritardo e scorretto sia avvenuto anche in conseguenza del passaggio da un software all'altro, passaggio avvenuto in piena curva pandemica.

Inoltre, dalle parole della Dott.ssa Russo si ricava la sostanziale conferma che l'impreciso inserimento dei dati non riguardava soltanto la mancata segnalazione dei nuovi casi positivi, ma anche, e soprattutto, l'indicazione sulla sintomatologia.

Continua la Dott.ssa Russo: "*Io ho fatto, con i miei colleghi, con i miei collaboratori, un'estrazione per capire quanti soggetti, nell'ambito della Regione Veneto, nel mese di ottobre e la prima settimana di novembre, non erano stati presi in carico, anche perché in quel periodo cominciavamo ad avere tantissimi casi; se vi ricordate, le nostre frequenze di incidenza giornaliera erano 3.000, 3.500, 4.000 e purtroppo siamo arrivati anche a 5.000 un giorno*". E aggiunge: "*Abbiamo individuato tutti i soggetti che, dal mese di ottobre alla prima settimana di novembre non erano stati presi in carico: li abbiamo marcati con la dizione "asintomatici". Questo non comporta nessuna differenza nel calcolo dell'RT e quindi nel passaggio di area, perché l'RT non considera né quelli non presi in carico né quelli che sono asintomatici. L'RT considera solo i soggetti sintomatici e poi ci torno*".

Queste parole confermano che i nuovi casi venivano inseriti nel database, e dunque registrati per il monitoraggio, con ritardo, e senza che fosse data indicazione sulla presenza o meno di sintomi, ovvero sullo stato clinico.

L'Ing. Gubian, Direttore UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero fino ad ottobre 2020, nella seduta del 3 agosto 2021 esplicita, peraltro, chiaramente, che il problema non fosse imputabile a questioni specificamente tecniche e informatiche: "*tra ottobre e dicembre io ricordo tutto sommato fino alle 19 di ottobre, (…) che il problema fosse nell'effettuare il contact-tracing, nel rilevare quello che viene chiamato stato clinico. Nei momenti di picco, in quasi tutti i momenti di picco, si sono rilevati, ovviamente, dei ritardi di imputazione di quei dati sostanzialmente. (…) non credo ci sia stato nessun problema strettamente legato all'informatica*.".

Abbiamo, dunque, appurato che l'inserimento dati per il periodo ottobre- prima settimana di novembre non è avvenuto tempestivamente. Abbiamo anche verificato che il ritardo non dipendeva da malfunzionamenti tecnologici. E, a seguito delle audizioni, abbiamo anche avuto conferma che i nuovi casi, una volta inseriti nel database, seppur in ritardo, venivano in ogni caso iscritti come asintomatici. Dichiara, infatti, ancora Gubian: "*Il valore di default poteva essere o asintomatico finché non vengono indicati dei sintomi quindi forse è questo anche che ha portato poi la dottoressa Russo, come diceva, prima a dichiarare che erano marcati come asintomatici*". E aggiunge: "*Quindi qui probabilmente, in assenza di sintomi, non trovava indicato dei sintomi perché non ancora rilevati, in questo caso, veniva comunque, come valore di default, si dice, impostato ad asintomatico"*.

Il numero di nuovi casi di positività e il loro stato clinico sono dati che incidono in maniera significativa sul calcolo dell'Rt e sulla valutazione delle possibilità di contenimento del contagio. E, conseguentemente, incidono anche sull'assegnazione alla Regione del colore.

Su quali effetti possa aver avuto questa modalità di procedere: "*nel calcolo RT ci finiscono solo i pazienti sintomatici, quindi se uno toglie pazienti, ma se li toglie da entrambe le parti, sia al numeratore che al denominatore (…) il risultato non cambia. Quindi capire qual è l'impatto del sintomatico o non asintomatico nel calcolo dell'RT, è un azzardo dare una risposta di qualsiasi tipo, senza aver fatto un'analisi prima perché, se li tolgo da entrambe le parti, sia al numeratore che al denominatore, non cambia niente; se l'asintomatico lo tolgono solo dal numeratore o solo dal denominatore, chiaramente posso alzarlo o abbassarlo senza essermi reso conto di quello che sta succedendo. Quindi, ripeto, per dire qualcosa su come può impattare sul calcolo dell'RT, bisognerebbe mettersi lì con degli statistici, fare un'analisi, ricostruire in quel periodo che numeri si sono utilizzati e, a questo punto, arrivare a una conclusione……Sul numero degli asintomatici posso fare delle ipotesi, che vanno verificate, su cosa potrebbe essere successo; ma come questo abbia impattato sull'RT è tutta un'altra partita, dal punto di vista puramente statistico, matematico.*"

Nella seduta del 14/09/21 Pezzotti, statistico dell'ISS, sul calcolo dell'Rt dice: "*è legata proprio alla variazione da una settimana all'altra di questi casi. Quindi in particolare dovrebbe essere meno sensibile anche a un eventuale sotto notifica dei casi sintomatici a meno che questo non avvenga in una particolare settimana. In generale quindi se c'è stato un meccanismo di classificazione degli stadi clinici abbastanza omogeneo nel periodo comunque l'indicatore non ne risente."*

È evidente che se durante una settimana si fa un buon tracciamento dei sintomatici ma quella seguente ciò non avviene, l'Rt sarà più basso del reale. Recuperando gli errori di tracciamento da una settimana all'altra inserendo tardivamente i dati della settimana precedente e lasciando comunque indietro l'inserimento dei dati nuovi, si continuerà a mantenere sottostimato l'indice Rt.

Del resto, a riprova che la classificazione tempestiva dello stato clinico asintomatico/asintomatico incida sull'Rt basta ricordare il caso della Lombardia che a gennaio 2021 aveva chiesto all'Istituto Superiore Sanità di accettare la rettifica di alcuni dati precedentemente inviati e risultati, solo successivamente, imprecisi. Con la modifica inviata dalla Regione Lombardia e accolta da ISS, che ha di fatto abbassato il numero sintomatici e alzato della stessa cifra gli asintomatici, il risultato prodotto ha comportato un cambio molto netto del calcolo dell'indice Rt. Con i dati inseriti dalla Regione Lombardia nel database il 13 gennaio 2021 il valore medio di Rt era calcolato di 1,4, con i dati sovrascritti poi il 20 gennaio successivo l'indicatore Rt si è abbassato a 0,88 come valore medio. Questo cambiamento di Rt ha portato anche ad un cambiamento nelle restrizioni, facendo passare la Lombardia da zona rossa ad arancione.

Naturalmente, non essendoci stati forniti i dati precisi in riferimento a questi errori e ritardi negli inserimenti del periodo ottobre-prima settimana di novembre, risulta impossibile affermare con certezza quale effetto questo fatto abbia comportato, concretamente, sulla veridicità del calcolo di Rt. Ma è chiaramente impossibile escludere che non ci sia stato alcun impatto. E infatti nessuno degli auditi lo ha fatto.

Quale sarebbe stato il valore Rt se i dati fossero stati caricati correttamente e per tempo?

E, di conseguenza, quale colore sarebbe stato assegnato, già a novembre, al Veneto se quell'indice fosse stato correttamente calcolato?

Certamente questi malfunzionamenti si registrano nella fase in cui il numero di contagi cresceva esponenzialmente. E potrebbero essere dipesi semplicemente dall'umano limite degli addetti all'inserimento di tenere il passo dell'incremento dei casi.

Ma fatalità ciò avviene esattamente nelle settimane in cui la nostra Regione, per la prima volta dall'inizio della seconda ondata, sembrava avvicinarsi rapidamente alla zona arancione[25] .

Sappiamo quanto il tracciamento dei casi sia fondamentale nella lotta contro il virus, sia per finalità di monitoraggio in tempo reale degli sviluppi del contagio sia per circoscrivere efficacemente i contatti con soggetti positivi.

Si rilevi anche che, come confermato da Brusaferro nella sua audizione del 12 settembre 2021, "questi dati ovviamente vengono caricati dalle nostre Regioni (...)" la responsabilità dell'invio dei dati era totalmente a carico delle Regioni e l'ISS non aveva alcuno strumento per verificarne tempestività o correttezza.

L'unico indicatore predisposto nel set per testare l'affidabilità dei dati è quello che riguarda la segnalazione della data di inizio sintomi (Indicatore 1,1 del monitoraggio). E' un indicatore *proxy* che può aiutare a comprendere, appunto, l'affidabilità del dato e la tempestività della sua trasmissione.

Per essere considerato attendibile il flusso di dati, come da Protocollo del Ministero della Salute, deve presentare almeno nel 60% dei casi l'indicazione della data di inizio dei sintomi.

Nel periodo di riferimento, ad esempio (22-28 novembre), il Veneto, pur rispettando il parametro del 60% risulta essere la seconda peggior regione italiana, dopo la Lombardia, rispetto a questo indicatore (Lombardia 72%, Veneto 82%, Emilia Romagna 100%, Friuli Venezia Giulia 100%)

[25] Si veda articolo online de "TrevisoToday" del 23 ottobre 2020: "*Covid-19: allarme arancione in Veneto, Zaia temporeggia sull'ordinanza.*

CAPITOLO 3

LO STRANO CASO DELLE TERAPIE INTENSIVE

La capacità del sistema sanitario regionale di affrontare i ricoveri, disponendo delle strutture necessarie e garantendo le cure adeguate, si rivela fin da subito fondamentale.

Proprio per implementare le capacità di risposta ospedaliera, il Ministero della Salute[26] già a marzo 2020 chiede alle Regioni un impegno straordinario per incrementare la disponibilità di posti letto, con aumenti del 50% dei posti di Terapia Intensiva (TI) e del 100% dei posti letto in unità operative di pneumologia e malattie infettive isolati ed allestiti con la dotazione necessaria per il supporto ventilatorio (inclusa la respirazione assistita).

L'unità di crisi della Regione Veneto approva, dunque, il 15 marzo 2020 il primo Piano di emergenza che prevede l'attivazione di 331 posti letto aggiuntivi di terapia intensiva rispetto ai 494 attivi nelle strutture pubbliche o private convenzionate al 1° marzo 2020[27] arrivando quindi a un totale di 825 posti letto**.**

Già con questo primo piano la Regione Veneto decide di attuare un incremento di posti letto di terapia intensiva maggiore rispetto a quanto richiesto esplicitamente dalla Circolare ministeriale. Ben 84 posti in più.

Lo stesso piano regionale, poi, prevede anche l'attivazione di 298 posti letto aggiuntivi di terapia semintensiva, passando dagli 85 del 1° marzo a un totale di 383 posti letto, e l'individuazione di ulteriori 1.612 posti letto aggiuntivi da dedicarsi alle malattie infettive, passando dai 165 del 1° marzo 2020 a un totale di 1.777 posti letto.

Durante i mesi successivi la Regione conferma al Ministero, che pubblica il dato sul sito Agenas, la disponibilità di 825 posti letto di terapia intensiva.

Sul numero delle terapie intensive la Regione interviene poi anche con la delibera di Giunta n. 552 del 5 maggio 2020 "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici con contestuale potenziamento della disponibilità di posti letto e definizione di indirizzi organizzativi." con cui si procede ad una riorganizzazione dei posti letto di terapia intensiva utilizzando autonome basi e metodologie di calcolo, aumentando ulteriormente il numero di posti dichiarati e arrivando, quindi, ad un totale posti letto di terapia intensiva pari a 840.

[26] Circolare 2627-P_01/03/2020 della Direzione Generale della Programmazione sanitaria del Ministero della Salute.
[27] Da programmazione sanitaria regionale i posti letto di terapia intensiva dovevano essere 559

Estratto della tabella di pag. 2/3 della DGR 552/2020

Terapia intensiva (codice 49)	
POSTI LETTO DA SCHEDE DI DOTAZIONE OSPEDALIERA	559
POSTI LETTO AGGIUNTIVI ATTIVAZIONE CREU	191
POSTI LETTO RICONVERTIBILI IN FASE EMERGENZIALE	90
totale terapia intensiva	840

Con il DL 34/2020[28], in particolare con i commi 1 e 2 dell'articolo 2 "Riordino della rete ospedaliere in emergenza COVID-19", il Governo rende strutturale sul territorio nazionale la dotazione di almeno 3.500 posti letto di terapia intensiva, garantendone il relativo finanziamento, e definisce per ciascuna Regione e Provincia autonoma una dotazione pari a 0,14 posti letto di terapia intensiva per mille abitanti.

Per il Veneto ciò significa 211 posti di terapia intensiva in più rispetto ai 494 comunicati inizialmente al Ministero.

Il decreto-legge prevede altresì che le Regioni e le Province autonome debbano programmare una riqualificazione di 4.225 posti letto di area semi-intensiva e che per almeno il 50 per cento di tali posti letto sia possibile una immediata conversione in posti letti di terapia intensiva.

Per il Veneto questo si dovrebbe tradurre in un aumento di 343 posti letto di terapia semintensiva, di cui 172 convertibili in terapia intensiva. Per il Governo, quindi, la Regione Veneto dovrebbe realisticamente rendere disponibili un totale di 877 posti letto, di cui 705 di terapia intensiva e 172 di terapia semintensiva immediatamente convertibili in posti letto di terapia intensiva.

Con DGR 782 del 16 giugno 2020[29] la Regione Veneto applica quanto previsto dal DL 34/2020 e, in particolare, (vedi Tabella 2 dell'allegato E) individua i presidi ospedalieri in cui allocare i 211 posti letto aggiuntivi di terapia intensiva e i 343 posti letto aggiuntivi di terapia semintensiva di cui 172 immediatamente convertibili in posti letto di terapia intensiva.

[28] Decreto legge del 19 maggio 2020, n. 34 "*Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19*".
[29] Delibera di Giunta regionale n. 782 del 16 giugno 2020 "*Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19". Attuazione delle misure in materia sanitaria.".*

Sembra quindi che la Regione aderisca in pieno ai parametri indicati dal governo portando quindi la dotazione complessiva di posti letto di terapia intensiva a 877.

Inspiegabilmente però la Regione Veneto con la DGR 1103 del 6 agosto 2020[30] indica in 1.016 la disponibilità di posti letto di terapia intensiva, utilizzando di volta in volta numeri e parametri massimi presi da provvedimenti diversi (in particolare le DGR n. 614/2019, n. 552/2020 e n. 782/2020) di programmazione ordinaria (DGR 614/2019) e straordinaria (DGR n. 552/2020 e n. 782/2020) discostandosi ancora una volta da quanto previsto dalla programmazione nazionale e da quanto previsto nella DGR 782/2020 di recepimento di quanto definito nel DL 34/2020.

Il numero complessivo delle terapie intensive è stato poi ulteriormente aggiornato con decisione dell'Unità di crisi a 1.000 posti letto a partire dal 22 ottobre 2020. In tal modo il Veneto dichiarava che teoricamente poteva disporre di 20,5 posti di terapia intensiva per 100.000 abitanti, che risulta il rapporto più alto in Italia[31], in luogo dei 14/100.000 disposti dal DL 34/2020.

Sin qui la ricostruzione di quanto definito sulla carta in riferimento alla quantità dei posti letto di terapia intensiva attivati o attivabili entro le 48 ore.

Esiste poi un ulteriore problema che potremmo definire di qualità dei posti letto. E che dovrebbe fare in modo che i posti letto "sulla carta", e cioè dichiarati negli atti ufficiali, corrispondano a posti letto effettivamente esistenti nella realtà. Ciò significa che ogni posto letto per essere reale deve avere un luogo idoneo, le attrezzature ed il relativo personale sanitario specializzato.

A tale proposito ci tornano utili le affermazioni fatte in sede di V commissione o di audizione in Commissione.

Nella seduta di V commissione consiliare del 4 maggio 2021 il Dott. Paolo Rosi, Direttore del Suem 118 e del Dipartimento di Emergenza dell'AULSS 3, affermava che: "*… Allora innanzitutto definiamo cos'è per noi un letto disponibile, un letto vero, un letto che esiste: è innanzitutto un letto adeguato, quindi dev'essere un letto da terapia intensiva che consente di far assumere al paziente tutte le posizioni necessarie alle sue condizioni cliniche e anche di immobilizzarlo in maniera semplice. Deve avere un ventilatore da terapia intensiva, quindi, che ha capacità di erogare tutte le tipologie di ventilazione necessarie alle diverse fasi della gestione e non un ventilatore da sala operatoria, non un ventilatore da sub-intensiva. Deve avere le pompe di infusione per i farmaci più delicati di impiego. Deve avere le pompe volumetriche per infondere liquidi, deve avere un monitor, che si chiama multiparametrico, che registra tutti i parametri vitali del paziente. Questo è il singolo letto. Il letto va inserito in un contesto dove sono disponibili anche altre attrezzature di sala: riguardano, ad esempio, l'ecografo, riguardano la centralina di monitoraggio per seguire tutti i pazienti, riguardano l'emogasanalizzatore, ma in alcuni casi anche l'installazione di una TAC al servizio al centro della sala intensiva, laddove quella centralizzata era troppo distante per poter garantire l'assistenza ai pazienti. Esistono poi delle caratteristiche dei locali che devono essere garantite, quindi, al di là della climatizzazione, degli adeguati ricambi d'aria, ci deve essere una fornitura di ossigeno adeguata ad alto consumo perché se le tubazioni non sono adeguate le tubazioni ghiacciano e quindi non si possono assistere i pazienti, ci deve essere l'aria compressa, ci deve essere il vuoto; ora noi di letti con queste caratteristiche ne abbiamo 1000, questi letti ovviamente non sono attivi sempre, perché sarebbe piuttosto ridicolo tenere medici e infermieri a guardare dei letti vuoti, quindi il sistema che abbiamo messo in piedi prevede la attivazione progressiva di questi letti disponibili … Come si attivano questi ulteriori letti? Ovviamente reclutando il personale, perché man mano che l'epidemia cresce, vanno chiuse delle attività non essenziali, il personale dedicato a questa*

[30] Delibera di Giunta n. 1103 del 6 agosto 2020 "Approvazione del documento recante "Emergenza COVID-19 - Piano emergenziale per l'autunno 2020" alle tabelle 1 e 2 dell'allegato A.
[31] Si veda report di Agenas https://www.agenas.gov.it/covid19/web/index.php?r=site%2Fgraph3

attività viene trasferito a gestire le terapie intensive … A che numeri siamo arrivati? Nel punto massimo che abbiamo raggiunto dell'emergenza, che era il 31 dicembre dello scorso anno, siamo arrivati ad avere attivi 700 letti, quindi rispetto ai 500 ordinari, 200 letti in più attivi. Di questi 663 erano occupati e 37 erano liberi, quindi non siamo mai arrivati vicini ai 1.000, i 1.000 erano uno scenario di catastrofe, di epidemia fuori controllo, nella quale quasi la totalità delle risorse del servizio sanitario regionale era destinata alla cura del Covid. Allora qui arriva quella che è l'ulteriore domanda: c'era il personale …, per attivare 1.000 letti di terapia intensiva in Veneto? … Bene, in questo scenario tutti gli ospedali spoke, quindi tutti quelli che non sono capoluogo di provincia, sono interamente dedicati all'assistenza Covid, non fanno più nessuna tipologia di attività che non sia assistere il Covid. Tutta l'emergenza – ma parlo di emergenza, quindi non di trattamenti urgenti, parlo di pazienti critici che vanno operati immediatamente – viene concentrata negli ospedali hub, come i punti nascita vengono concentrati negli ospedali hub.

In questo scenario, che è uno scenario apocalittico, ma che noi abbiamo voluto prevedere perché non sapevamo dove saremmo arrivati, l'organico degli anestesisti rianimatori e degli infermieri ci consente di attivare 1.000 posti letto in terapia intensiva; ovviamente abbiamo progettato questo nell'ipotesi di non arrivarci mai."

Sulla base di quanto affermato dal Dott. Rosi, dunque, nello scenario ipotetico in cui si fosse arrivati alla saturazione di tutti i 1.000 posti letto, cioè che fossero tutti occupati da pazienti in cura, avrebbe significato che quasi tutto il personale del servizio sanitario regionale, al netto di competenze e formazione specifica, avrebbe dovuto operare in terapia intensiva.
Si capisce subito quanto questo scenario, per quanto ipotetico risulti totalmente inverosimile e irrealizzabile.
Inoltre, sempre secondo Rosi, nella realtà non vennero mai attivati più di 700 posti letto di terapia intensiva.

Ma se, dunque, i 1.000 posti letto di terapia intensiva "sulla carta" nella realtà non sono mai stati attivati e se, realmente, non ci sarebbe mai stata la dotazione organica necessaria per attivarli, perché la Regione Veneto dichiara di averne a disposizione una tale quantità?

Anche il dr. Francesco Benazzi, Direttore Generale dell'ULSS 2 Marca Trevigiana, nella seduta della Commissione speciale d'inchiesta n. 9 del 18 novembre 2021, ammette che il personale medico di supporto alle terapie intensive, anche in condizioni normali, era insufficiente: *"… le difficoltà sono la carenza del personale, in particolare gli specialisti. Noi abbiamo avuto specialisti e poi qualcuno di questi si è anche ammalato, perché in prima linea si è ammalato, in particolare pneumologi e interventisti, quindi nelle Terapie intensive non avevamo, come oggi non li abbiamo, specialisti. … Abbiamo quindi dovuto ovviamente inventarci, abbiamo dovuto utilizzare i neonatologi"*.

La risposta alla domanda precedente va ricercata nel fatto che il numero di posti di terapia intensiva e la loro percentuale di occupazione è un dato dirimente nell'assegnazione della classe di rischio di una Regione.

Carlo Palermo, segretario nazionale di Anaao Assomed, il sindacato dei medici ospedalieri, in un articolo di stampa del 15 dicembre 2020 afferma: "*La colpa non è dei cittadini ma di chi si ostina a mantenere la zona gialla nonostante contagi, ricoveri e morti da zona rossa. Per giunta con il numero dei letti di terapia intensiva dopato*".

E per "dopare" quel numero si sono appunto utilizzate diverse formule.

Il 19 dicembre 2020 Benazzato - ANAOO ASSOMED – dichiara a Rainews: "*1000 terapie intensive non sono realistiche perché non c'è il personale*".

E il dr. Alessandro Vergallo, presidente nazionale di Aaroi-Emac, l'Associazione anestesisti rianimatori ospedalieri italiani, intervistato su *Radio Cusano Campus* e riportato su "Il Fatto quotidiano" del 23 novembre 2020 ha dichiarato: "*In qualche caso tra i posti di rianimazione nuovi vengono considerati anche i lettini di sala operatoria. Dei mille posti del Veneto, ci risulta che 111 siano letti di sala operatoria. Non è la stessa cosa*".

In quella fase il parametro rientra tra i 21 indicatori utili ai fini del calcolo dell'indice RT. In entrambi i casi risulta di tutta evidenza come più alto è il numero di posti letto di terapia intensiva di cui si dichiara la "disponibilità", maggiore risulta essere la soglia in valori assoluti del 30% di letti occupati da pazienti Covid.

CAPITOLO 4

L'USO DEI TAMPONI RAPIDI NELLA PANDEMIA

La politica deve assumersi la responsabilità delle scelte, ma quando l'ambito di intervento è così strettamente connesso alla scienza, è necessario affidare ad essa, e agli organismi preposti alla sua tutela, una parte di questa responsabilità.

È il caso delle modalità di impiego dei test diagnostici.

Sul tema si sono susseguite una serie di circolari ministeriali e raccomandazioni UE per cercare di delineare gli ambiti di applicazione dei diversi test: una prima circolare, dell'aprile 2020[32], in cui si ribadisce che "*i test rapidi basati sull'identificazione di anticorpi IgM e IgG specifici per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, secondo il parere espresso dal CTS, non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei secondo i protocolli indicati dall'OMS";* una seconda del mese di settembre[33] che, in riferimento alle reali capacità diagnostiche dei test antigenici rapidi, chiarisce che "*la sensibilità e specificità di questo test – a seguito di una validazione effettuata su campioni conservati a -80°C – sembrano essere inferiori a quelle del test molecolare. Ciò comporta la possibilità di risultati falso-negativi in presenza di bassa carica virale (tC>25), oltre alla necessità di confermare i risultati positivi mediante un tampone molecolare. Ulteriori validazioni eseguite su campioni "freschi" (appena prelevati) hanno invece mostrato elevata sensibilità e specificità. Questo "tampone rapido" è stato recentemente introdotto per lo screening dei passeggeri nei porti e negli aeroporti, dove è importante avere una risposta in tempi rapidi.*

Sulle modalità di screening anche l'Unione Europea ha fornito indicazioni importanti. Nella Raccomandazione UE 28 ottobre 2020, si specificano alcuni elementi importanti:

(10) (…) Attualmente, la metodologia più affidabile per testare i casi e i contatti è l'approccio basato sulla RT-PCR (reazione a catena della polimerasi-trascrittasi inversa); i test di questo tipo erano tra quelli più precocemente disponibili al momento in cui la pandemia ha raggiunto il continente europeo.

(13) L'11 settembre 2020 l'OMS ha pubblicato orientamenti provvisori sull'uso di test antigenici rapidi per l'individuazione dei casi di COVID-19 (9), offrendo ai paesi consulenza sul ruolo potenziale di tali test e sulla necessità di operare un'attenta selezione dei test. Come sottolineato dall'OMS, sebbene i test antigenici rapidi possano offrire soluzioni utili per la diagnosi dell'infezione da SARS-CoV-2 in una serie di contesti e scenari, le loro prestazioni cliniche non sono (ancora) ottimali e occorre agire con cautela.

(14) Tra i modelli esistenti, l'OMS raccomanda di utilizzare test antigenici rapidi che soddisfino requisiti minimi di prestazione ≥ 80 % di sensibilità e ≥ 97 % di specificità, e di ricorrere a tali test in particolare quando la disponibilità di test RT-PCR è temporaneamente limitata o quando tempi di risposta prolungati precludono l'utilità clinica. L'uso di test antigenici rapidi per lo screening dei soggetti offre la possibilità di individuare rapidamente le persone che presentano il maggiore rischio di diffusione dell'infezione, in particolare in condizioni di elevata trasmissione all'interno di una comunità. I test antigenici rapidi dovrebbero inoltre essere effettuati da operatori addestrati, conformemente alle istruzioni del fabbricante ed entro i primi 5-7 giorni successivi all'insorgere dei sintomi, quando i carichi virali raggiungono il valore massimo.

6. Gli Stati membri dovrebbero prestare particolare attenzione a evitare e/o eliminare la trasmissione della COVID-19 all'interno delle strutture sanitarie e di assistenza a lungo termine, quali le strutture di assistenza residenziali e le case di riposo per anziani. Il personale impiegato in questi settori dovrebbe essere sottoposto

[32] Circolare di aprile avente protocollo 0011715-03/04/2020-DGPRE-DGPRE-P
[33] Circolare di settembre avente protocollo 0031400-29/09/2020-DGPRE-DGPRE-P

a test a cadenza regolare e dovrebbero essere istituiti dei piani per l'effettuazione dei test. I pazienti dovrebbero inoltre essere sottoposti a test al momento del ricovero o subito prima, mentre i degenti in ospedale dovrebbero essere monitorati per almeno 14 giorni dopo il ricovero per individuare l'eventuale insorgenza di sintomi della COVID-19 ed essere sottoposti a test a cadenza regolare, sulla base di un piano concordato (ad esempio una volta alla settimana).

La Raccomandazione, dunque, che risale esattamente ad ottobre 2020 ribadisce la maggiore attendibilità dei test molecolari rispetto ai rapidi, che vanno, proprio per questo utilizzati con cautela e prudenza, specificando che vengano impiegati solo i test rapidi che presentano parametri di "affidabilità" molto alto e che questo avvenga in contesti particolari, e cioè in contesti nei quali si presenta un alto rischio di diffusione del contagio. E chiede di prestare particolare attenzione ai contesti di particolare fragilità, come ospedali e case di riposo, situazioni in cui, anche le modalità di diagnosi e screening diviene cruciale.

In particolare sui Test antigenici rapidi aggiunge ancora:

"16. Gli Stati membri dovrebbero concordare i criteri per la selezione dei test antigenici rapidi, in particolare per quanto riguarda le prestazioni cliniche quali sensibilità e specificità, nonché raggiungere un accordo sugli scenari e sui contesti in cui è opportuno ricorrere ai test rapidi antigenici, ad esempio nelle fattispecie caratterizzate da elevata trasmissione comunitaria.

17. Gli Stati membri dovrebbero condividere attivamente e discutere, in particolare attraverso il comitato per la sicurezza sanitaria e altre piattaforme di condivisione delle conoscenze quali i dispositivi integrati per la risposta politica alle crisi del Consiglio, le informazioni sui risultati degli studi di convalida effettuati sui test antigenici rapidi nei paesi dell'UE indipendentemente dagli studi condotti dalle imprese che hanno sviluppati i test.

18. La Commissione collaborerà con gli Stati membri per creare un quadro per la valutazione, l'approvazione e il riconoscimento reciproco dei test rapidi come pure, con urgenza, per il riconoscimento reciproco dei risultati dei test. La Commissione monitorerà inoltre il mercato e la disponibilità di nuovi test antigenici rapidi, tenendo conto delle prestazioni cliniche e dei criteri da concordare, e istituirà un archivio di informazioni sui test antigenici rapidi e sui risultati degli studi di convalida man mano che saranno disponibili nell'UE, a partire dall'attuale «Banca dati dei dispositivi diagnostici in vitro e dei metodi di test COVID-19». La Commissione avvierà iniziative per l'acquisizione di test al fine di garantire un accesso equo ai test antigenici rapidi e la loro rapida diffusione in tutta l'UE."

Queste indicazioni ci raccontano come anche le istituzioni comunitarie invitassero tutti alla massima prudenza: indubbiamente restando aperti ed attenti rispetto ai veloci progressi che la scienza e la tecnologia stavano mettendo a disposizione della lotta contro il virus, e invitando, in questo senso a presidiare con cura ogni novità clinica e scientifica dovesse emergere e a metterla in condivisione, ma, al contempo, prestando particolare attenzione all'affidabilità clinica di tali test, elemento chiave scientificamente ancora da acquisire.

Anche la Circolare di fine ottobre con protocollo 0035324-30/10/2020-DGPRE-DGPRE-P ritorna, con ancora più chiarezza, sulle modalità ottimali di impiego di tamponi.

In particolare, a pagina 5, viene riportata una "Tabella sinottica dei test nei principali contesti" nella quale, relativamente allo "*Screening degli operatori sanitari/personale in contesti ad alto rischio*", in riferimento a quale dovesse essere la modalità di diagnosi da utilizzare viene indicato, come PRIMA SCELTA, il "test molecolare" e solo come test "alternativo" il "Test rapido antigenico + conferma con test molecolare". A commento si aggiunge che: "*Il test molecolare permette di identificare con la massima sensibilità i soggetti positivi per tutelare i fragili a rischio di complicanze e le larghe comunità a rischio di cluster. Il test antigenico rapido potrebbe essere indicato in quei contesti in cui sono vantaggiosi l'identificazione e l'isolamento rapido dei positivi a tutela dei soggetti fragili a rischio di complicanze e delle larghe comunità chiuse*."

E' quindi evidente cosa si doveva fare e come dovevano essere testati, secondo il Ministero della Salute, gli operatori sanitari.

Seguono una Circolare del 3 novembre 2020 ed una Raccomandazione UE del 18 novembre 2020 che non aggiungono molto, fino alla Circolare del Ministero della Salute dell' 8 gennaio 2021 in cui si dice rispetto ai test rapidi che *"I test di ultima generazione (immunofluorescenza con lettura in microfluidica) sembrano mostrare risultati sovrapponibili ai saggi di RT-PCR (AMCLI Associazione Microbiologi Clinici Italiani Prot 01 - 2021 "Indicazioni operative AMCLI su quesiti frequenti relativi alla diagnosi molecolare di infezione da SARS-CoV").*

Nella circolare, inoltre, si specifica che, rispetto all'"*uso del test antigenico rapido nelle persone con sintomi*", "*se la capacità di RT-PCR è limitata o qualora sia necessario adottare con estrema rapidità misure di sanità pubblica, può essere considerato l'uso dei test rapidi in individui con sintomi compatibili con COVID-19 nei seguenti contesti*", tra cui "*in contesti sanitari e socioassistenziali/sociosanitari: - per il triage di pazienti/residenti sintomatici al momento dell'accesso alla struttura; - per la diagnosi precoce in operatori sintomatici".*

In sintesi, la posizione del Ministero della Salute, già a novembre 2020, era decisamente chiara: attenzione all'uso dei rapidi, in particolare verificandone affidabilità e sensibilità, particolarmente adatti per confermare la positività di soggetti con sintomi e nei contesti in cui possono consentire di isolare velocemente i casi positivi all'interno di una comunità; attenzione alle situazioni di fragilità in cui una affidabilità non ancora pienamente riconosciuta dei test rapidi può esporre una comunità a rischio a seri danni.

Appare quindi chiaro che se stiamo alle indicazioni "ufficiali", almeno fino a gennaio 2021, ovvero fino alla sostanziale regressione della seconda ondata pandemica in Veneto, il test principale, in particolare per lo screening in contesti sanitari e socioassistenziali/sociosanitari doveva essere il molecolare. Mentre il test rapido poteva essere impiegato efficacemente nella ordinaria attività di screening o nell'attività di conferma di casi positivi sintomatici, in cui va valorizzata la sua rapidità nella produzione del risultato. I test rapidi cosiddetti di "quarta generazione", con caratteristiche ben precise (≥ 80 % di sensibilità e ≥ 97 % di specificità), potevano essere impiegati in contesti specifici d'urgenza o in mancanza di disponibilità di test molecolari.

È noto che la Regione Veneto abbia provveduto a massicci acquisti di tamponi rapidi fin dall'estate 2020.

Importanti in questo senso sono le dichiarazioni dei Direttori Generali nell'audizione del 28 settembre 2021 dove emerge da più parti che già dall'estate (secondo alcuni agosto 2020) si monitorava il personale sanitario con tamponi rapidi.

Sul tema, il Professor Crisanti in audizione evidenzia come: *"(…) i Direttori dei vari reparti hanno suggerito a noi, che eravamo presenti anche nel Comitato Tecnico, di fare una revisione sulle indicazioni per l'utilizzo dei test rapidi. (…) non è che si può chiedere al Comitato Tecnico Scientifico un parere dopo aver fatto bandi per centinaia di milioni di euro e già il 23 settembre i test sono in distribuzione all'ospedale. Io ho qui davanti una lettera del 23 settembre in cui già viene messa in atto tutta la procedura per effettuare i test rapidi, ma questa è una cosa già decisa e allora, se è una cosa già decisa, è soltanto un atto formale e perdo anche interesse"*

Il primo punto è, quindi, che i test antigenici rapidi erano diventati, già nell'estate del 2020, il test principale in uso tra operatori sanitari e affini per lo screening.

Il Dottor Roberto Toigo – Segretario generale Uil, sentito in audizione il 13 giugno 2022 – evidenzia che "*eravamo preoccupati sull'uso dei tamponi rapidi, ma non per l'utilizzo vero e proprio, ma perché c'era una diatriba, una discussione anche fuori dalla Regione sulla loro efficacia o no. Noi eravamo preoccupati su questo. Da quel momento partì, mi ricordo, una generazione di tamponi rapidi più performanti e la cosa ci*

aveva un po' tranquillizzati, anche se noi insistevamo che sul luogo di lavoro era forse probabilmente meglio utilizzare i tamponi tradizionali."

Il Dottor Paolo Righetti – Segretario regionale CGIL, sentito in audizione il 13 giugno 2022 – ha invece affermato "*ci sono poi altri elementi che secondo noi avrebbero dovuto assumere modalità diverse. (…) e poi anche alla scelta di utilizzare per gli operatori sanitari e sociosanitari, compresi quelli delle Case di riposo, il tampone antigenico rapido al posto di quello molecolare. È una scelta che noi non abbiamo condiviso, era ovviamente dei lavoratori, ma anche di tutti, abbiamo richiesto più volte di modificare, e lo dico perché in quella fase non erano ancora fra l'altro disponibili quelli di terza e quarta generazione, che poi si sono dimostrati più affidabili*."

Il Dottor Barutta – Anaao Assomed – evidenzia: "*A fine ottobre 2020, però, nel corso della seconda ondata fu approvato dalla Giunta regionale del Veneto un nuovo piano, che andava ad aggiornare e a rimodulare le modalità di screening previste nei precedenti piani. In particolare, veniva sostituito il test molecolare con il test antigenico rapido, di prima e seconda generazione, anche per gli operatori sanitari. Questo tipo di test fu quindi elevato a un nuovo test di riferimento diagnostico ed imposto alle Aziende sanitarie, le quali, in qualità di datori di lavoro, sottoposero in via prioritaria il test antigenico rapido al personale sanitario […] Il test antigenico […] è meno sensibile, nel senso che rappresenta il 20-30% di falsi negativi in più rispetto a quello molecolare.*

Sia il Ministero della salute sia una nota del Comitato tecnico-scientifico della Regione considerarono il test antigenico meno affidabile rispetto al molecolare, pertanto considerato come seconda scelta o scelta alternativa laddove la refertazione del molecolare non fosse mantenuta entro le 36 ore. Con la stessa nota del Comitato tecnico, inoltre, suggeriva che il personale sanitario (intendendo medici, infermieri e tecnici) venisse monitorato con test molecolari.

La percezione degli operatori sanitari […] fu quella di subire ancora una volta l'onta del prevalere degli interessi economici sul principio della tutela della salute […] Non possiamo dimenticare, inoltre, che il contagio degli operatori sanitari fu superiore al triplo dei contagi rilevati nel corso della prima ondata."

Sull'argomento, il Dottor Mario Saia nel corso dell'audizione in Commissione del 12 ottobre 2021, riferendosi ad un'anteprima di quello che diventerà poi l'allegato 1 *Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica* della Circolare ministeriale del 30 ottobre 2020, dice: "*Questo documento è stato valutato, è arrivato il giorno, mi pare, 16 di ottobre per la nostra valutazione e, a seguito di scambi di informazioni e di vedute ovvie da parte dei componenti del Comitato, abbiamo avuto la fortuna, l'opportunità di poter avere in visione quel documento approvato il giorno stesso, quindi il 16 di ottobre, denominato "Test di laboratorio per SARS-CoV-2: loro uso in sanità pubblica". Ce ne sono varie versioni, noi avevamo ovviamente quella del 16 in quanto abbiamo approvato il tutto il 19. Si trattava di un documento già approvato in Conferenza delle Regioni e ce l'ha fornito la dottoressa Russo che è una componente della Conferenza; è redatto oltre che dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome anche dal Ministero della Salute, dall'Istituto Superiore di Sanità, dall'INAIL e dal Comitato Tecnico Scientifico nazionale. (…) questo documento è risultato di estrema utilità per la valutazione della proposta di aggiornamento del Piano di Sanità Pubblica. C'erano dei contenuti che sono andati a fugare di fatto queste perplessità. Il primo riguardava ovviamente, anzi l'unico, la minor sensibilità dei test genetici, ma questo documento, finalizzato a orientare le strategie di sanità pubblica verso un uso razionale e sostenibile delle risorse, riportava con chiarezza come l'elevata sensibilità e specificità dei test non potessero rappresentare l'unico criterio nella scelta del tipo di test da utilizzare, in particolar modo, riportando quanto previsto nel documento, a fronte della necessità di garantire l'esecuzione dei test in tempi compatibili con le esigenze di sanità pubblica. Pertanto queste strategie, trattandosi di un Piano, prevedevano non solo la diagnosi clinica in un preciso momento, ma anche la ripetizione del test all'interno di un'attività definibile come un'attività di sorveglianza, un'attività sostenibile e in grado di rilevare i soggetti positivi nel*

loro reale periodo di contagiosità, quindi non potendo prescindere assolutamente da una rapidità della diagnosi stessa.

Riportava anche quali importanti parametri per la valutazione della scelta del test da utilizzare i tempi di esecuzione, la disponibilità di personale specializzato, strumentazione reagente, i costi comprensivi di tutto e l'accertabilità del test da parte dei soggetti nonché ovviamente la facilità nell'esecuzione dello stesso, quindi il fatto di poterlo adattare a quella realtà.

Pertanto considerati tutti questi parametri e quanto previsto nella tabella sinottica dei test emergeva come l'utilizzo del test rapido antigenico come test di screening di comunità e anche dagli operatori sanitari operanti in contesti con rischio più elevato risultasse vantaggioso proprio per la rapida identificazione e il successivo, conseguente, rapido isolamento anche dei positivi a tutela dei soggetti fragili."

In sintesi, dall'interpretazione data di una bozza del documento che successivamente venne allegato alla Circolare ufficiale del 30 ottobre 2021, sembra che anche nel contesto sanitario la Regione Veneto abbia deliberatamente scelto di privilegiare l'elemento di rapidità rispetto a quello di prudenza.

In merito ai tamponi il professor Rigoli - già Direttore di Microbiologia dell'Azienda Ulss n. 2 Marca Trevigiana e coordinatore delle Microbiologie del Veneto audito nella seduta della Commissione del 12 ottobre 2021 - cita un documento sottoscritto dai microbiologi ospedalieri e un documento delle Società scientifiche in merito all'uso dei tamponi:

"(…) noi abbiamo prodotto un documento il 25 gennaio 2021 che è firmato da tutti i componenti della rete. Questo documento è firmato anche dalla dottoressa Rossi che lavora dal professor Crisanti. Premetto che, ripeto, e lo ripeto all'infinito che, comunque Padova è rimasto il centro di riferimento e, comunque, quando facevamo le riunioni, alle riunioni erano invitate tutte le Microbiologie e alle riunioni c'era la dottoressa Rossi. Praticamente questo è un documento che raccoglie le indicazioni di che cosa? Dell'OMS e dell'ESCMID, dei documenti europei che indicavano quando fare gli antigenici. Inoltre, secondo me, è importante un documento che qua vi ho portato, che è la lettera che è stata firmata da tutte le società scientifiche in Italia, cioè sono sei società scientifiche che rappresentano i laboratori di tutta Italia e a un certo punto qui che cosa si dice? Si dice: è noto - questo vale per tutti, ma compreso anche noi e ***lo ribadiamo e lo ripetiamo - che la biologia molecolare rimane il gold standard in assoluto.***

Se noi abbiamo cercato delle alternative, le alternative le abbiamo cercate perché a un certo punto noi avevamo raggiunto veramente il massimo della produttività che potevamo ottenere nei nostri laboratori. (…)

Comunque la lettera, diciamo il documento firmato da tutte le società scientifiche dice: "È oggi noto come la sensibilità dei test antigenici sia inferiore rispetto ai test molecolari, considerato tuttora il gold standard della diagnosi. ***La sensibilità diagnostica appare inferiore in pazienti con bassa carica, mentre è sufficientemente alta in soggetti con alta carica virale, ovvero nelle fasi iniziali dell'infezione, quando la capacità di diffusione del virus è massima****.*

Quindi, questo perché, giustamente, noi dobbiamo capire se e quanti ne abbiamo persi di soggetti positivi ai quali noi abbiamo dato il test negativo con l'antigienico.

E aggiunge: *"Noi abbiamo proposto nel documento quando usare gli antigenici, quando usare i molecolari, però quello che ribadisco è il fatto che noi non abbiamo abbassato la guardia sui molecolari, l'abbiamo sempre tenuta alta e abbiamo aggiunto gli antigenici e questo ci ha permesso, ovviamente, di poter screenare una popolazione più ampia."*

Sull'argomento il professor Crisanti afferma in audizione: "*la prima cosa, (…), è chiedersi per quale ragione usiamo il tampone. Quindi se usiamo il tampone per la diagnosi, probabilmente vanno bene sia il molecolare che l'antigienico, perché nella maggior parte dei casi ci troviamo di fronte a pazienti già con alte cariche virali;*

nel caso della sorveglianza, cioè nel caso in cui vogliamo proteggere una comunità, è chiaro che il tampone molecolare va preferito al tampone antigenico.

Nel caso in cui vogliamo fare tracciamento… anche qui sul caso del tracciamento, bisogna capire qual è l'obiettivo del tracciamento, perché se l'obiettivo del tracciamento è quello di estinguere le catene di trasmissione è chiaro che il tampone antigenico non va bene; se l'obiettivo di tracciamento è quello di fare una fotografia epidemiologica e capire qual è il livello di diffusione del virus il tampone antigenico, va bene lo stesso.

La stessa cosa nello screening di comunità: se l'obiettivo è quello di capire il livello di diffusione del virus il tampone antigenico è sicuramente adatto, però, se poi vogliamo in qualche modo ripulire quella comunità, è chiaro che dobbiamo utilizzare, invece, il tampone molecolare, perché solo quello ci dà la certezza di avere individuato tutti quanti i positivi."

Il Professor Palù – sempre audito nella seduta della Commissione del 12 ottobre 2021 – ritiene però che *"(…) quando abbiamo più di 50 positivi per 100.000 abitanti per settimana il tracciamento non è più possibile (…) soprattutto non è più possibile il tracciamento, soprattutto sia dei tempi di latenza, come sappiamo, medi è la PCR o di 48 ore o 72 ore o addirittura quattro giorni, quindi non ha nessun significato."*

Il Dottor Mantoan invece afferma: *"…Allora vorrei che fosse chiara una cosa**: il test molecolare è il gold standard**, non esiste niente di più preciso nel far diagnosi del test molecolare ma come ha dichiarato stamattina il professor Crisanti. Il test molecolare è così complesso, è così indaginoso, è così preciso che non è idoneo a essere usato per far screening; uso le sue parole: "Screening di comunità va bene l'antigienico". Quindi, noi a un certo punto, avevamo due strade: o limitarci a fare tamponi molecolari che le microbiologie del Veneto erano in grado di fare, con tutti i limiti del caso, cioè avevamo il limite delle macchine, il limite dei reagenti, il limite del personale, (…).*

Per cercare di aumentare la capacità, gli screening per mettere sotto controllo meglio le RSA, i nostri dipendenti, per fare screening di comunità, abbiamo utilizzato anche i test antigenici e anche i test sierologici"

Il Dott. Flor, sempre in audizione il 12 ottobre 2021, sul tema afferma: "*Vi ricordo che tutto il Consiglio Scientifico, il Comitato Scientifico ha firmato una lettera, che io conoscevo perfettamente, che invocava una diversa distribuzione dei tamponi passando dal rapido al molecolare. Le disposizioni del Ministero non dicono si può, non si può, dicono alternativa. Questa è un'indicazione, questa è un'alternativa, quindi si può tranquillamente praticare l'alternativa quando si devono fare scelte atteso che molecolari di più non si possono fare. Dico un'altra cosa, ha firmato un documento dove dice che il personale direttamente esposto sui malati fa il tampone ogni otto giorni e il resto ogni 20*".

Poi aggiunge: "*Allora i tamponi molecolari li abbiamo continuati a fare tutti, di più e li abbiamo destinati ai casi prioritari. Il personale sanitario che c'è fra questi, personale sanitario c'è, in contesti ad alto rischio, non il personale sanitario e personale sanitario in contesti ad alto rischio, malattie infettive, rianimazione Covid, ricoveri, soggetti a diretto contatto Covid, ma no il personale sanitario toutcourt, perché quello è uno screening di popolazione sana. In ogni caso dico bisogna definire e darsi priorità: i tamponi molecolari sono stati tutti fatti, tutti, non è stato calato uno e utilizzato su priorità che sono nella tabella del Ministero*."

La posizione della Regione è chiara. I molecolari non bastano per testare tutti. E pongono problemi legati ai tempi di diagnosi.

Duque li sostituisco con gli antigenici rapidi di prima e seconda generazione.

Interessanti sono le dichiarazioni del Dottor Clementi -Direttore del laboratorio di Microbiologia e Virologia dell'ospedale s. Raffaele di Milano e audito sempre nella seduta del 12 ottobre 2021 – in merito all'affidabilità

del test rapido antigenico confrontato con un test molecolare e se esistano studi sull'affidabilità dello stesso test rapido:

"(…) recentemente in alcuni studi è stata fatta un'interessante valutazione che è abbastanza in linea con quello che ha appena detto il dottor Mantoan. Sì può vedere il test antigenico di ultima generazione, quello che è in grado di dare le migliori risposte in maniera integrata nei confronti del test molecolare. In che modo? Il test molecolare è il più sensibile, il più specifico, quello che è il migliore dal punto di vista diagnostico, ma ha alcuni difetti, tant'è che noi diciamo non esiste il test perfetto. Un difetto, è stato ricordato anche oggi, è quello di consentire una risposta sicura dopo un numero di giorni, soprattutto quando ci sono routine di grosse dimensioni, come abbiamo affrontato in tutti i laboratori importanti d'Italia, che a volte non affittano con quella che deve essere l'attività ad esempio di un pronto soccorso, ad esempio di valutazione di personale sanitario che è in situazione di rischio perché viene a contatto con soggetti infettanti. Quindi se è così deve essere affiancato il test molecolare da test che siano più rapidi. Quella che secondo me in maniera convincente è una valutazione che si sta facendo sempre più spesso è quella di gestire le due tipologie di test, se vogliamo chiamarli così, ma sono dei test che sono finalizzati allo stesso rilievo, in maniera coordinata, quindi affrontare i diversi problemi secondo una logica razionale di sfruttamento di quello che abbiamo in mano.

E poi ancora il suo intervento prosegue: *"Sottolineare la sensibilità è importante, ma ancora più importante, e questo è stato visto con l'esperienza, perché si è visto quali sono i grandi pregi, ma anche qualche limite dei test molecolari. I test molecolari sono impegnativi, sono lenti, sono costosi anche in termini di impiego su popolazioni ampie e quindi la valutazione combinata e il risultato complessivo che si ottiene dal combinato disposto delle due metodologie utilizzate insieme. Per esempio, in una popolazione a bassa incidenza di infezione, io utilizzerei quasi sempre in prima battuta un test antigenico, perché ho il risultato subito, rilevo gli infettati e posso tenere sotto controllo quello che è un andamento dell'infezione.*

È chiaro che già in un ambiente ospedaliero, se soprattutto voglio monitorare il personale, devo avere a disposizione magari entrambi i test e far seguire al risultato eventualmente negativo per confermarlo oppure per non confermarlo con un test molecolare se ha ottenuto un risultato negativo con un test antigenico; quindi, a mio avviso è più importante, ma non soltanto a mio avviso, sto dicendo quello che leggo anche su alcuni lavori internazionali. Cito un lavoro di settembre uscito sul Lancet che arriva proprio a questa conclusione, cioè il combinato uso di entrambi i test porta a un risultato migliore, sia in termini di tempo perché, ad esempio, il test antigenico abbrevia tantissimo il tempo rispetto al test molecolare. Io posso prendere le misure anche su un positivo misure di profilassi e di terapia molto prima e in termini di costi e di efficienza complessiva del sistema."

Ricordiamo che questa strategia di screening che combina l'uso di entrambi i tamponi viene comunque suggerita con quelli che sono i test rapidi disponibili a partire dal 2021 (terza e quarta generazione).

Si conclude che la Regione Veneto per il personale sanitario e delle comunità residenziali per anziani e disabili ha deciso di far prevalere il parametro di rapidità rispetto a quello di sensibilità non conformandosi alle indicazioni fornite nella circolare ministeriale e, stando alle testimonianze del personale riportate dai sindacati, non attuando nemmeno un modello intermedio di valutazione che avrebbe potuto utilizzare in modo combinato l'uso dei test come proposto per esempio dal Professor Clementi ma ha "investito" tutto sui test rapidi che almeno fino al 2021 inoltrato, quindi passata la cosiddetta seconda ondata pandemica, erano di prima e seconda generazione.

Le valutazioni penali e civili di natura anche economico e finanziarie le lasciamo ai tribunali, ma è evidente che politicamente, con il supporto tecnico delle strutture regionali, si è effettuata una scelta che non ha considerato le conseguenze di quel margine di errore del 30% considerando che nelle comunità fragili è fondamentale il contenimento, ma ancora di più la sorveglianza e la prevenzione.

PROTOCOLLO.I.0004236.15-03-2023 REPERTORIO Proposte di deliberazione amministrativa Interno n.61/L011 del 15-03-2023

CAPITOLO 5

ZONA ROSSA. SI POTEVA FARE?

Durante tutta la fase pandemica c'è una vastissima produzione normativa e regolatoria emergenziale, sia a livello nazionale che a livello regionale.

Sono i mesi dei D.P.C.M., della decretazione d'urgenza, delle Ordinanze.

C'è la necessità di fornire indicazioni tempestive sia alle autorità territoriali che ai cittadini, rispetto ad uno scenario tanto catastrofico quanto improvviso. Il mondo, e anche l'Italia, è decisamente impreparata di fronte a quanto sta accadendo e non esistono soluzioni già definite per sconfiggere il virus.

Dunque inizia, a marzo 2020, un lungo percorso che porterà, nel tempo, alla definizione di interventi legislativi nazionali e regionali che si stratificheranno e si incastreranno, definendo anche un modello nuovo.

Anche rispetto alla narrazione del "modello Veneto", proviamo a verificare in che modo questo modello si sia sviluppato nella normativa d'emergenza messa in campo dalla Regione, che si è spesso differenziata rispetto a quella nazionale, confermando quanto fossero ampi gli spazi di decisione politica territoriale durante la pandemia, sia in termini restrittivi che di allentamento.

Si possono individuare diverse fasi anche nei provvedimenti adottati dalla Regione.

Inizialmente il ruolo principale nell'adozione di misure di contenimento e di gestione è svolto quasi esclusivamente dalle autorità nazionali. La Regione interviene attivando l'Unità di Crisi regionale e il coordinamento del Sistema regionale di Protezione civile[34] .

Seguono una serie di interventi nazionali, il primo, urgente, emanato dal Ministero della Salute che contiene le iniziali misure di contenimento per Vò[35] e a seguire con l'adozione del D.L. n.6/2020[36] e con l'emanazione del primo DPCM[37]. Sempre in queste prime fasi concitate il Governo abilita il Presidente della Giunta nella qualifica di "soggetto attuatore" delle misure di contenimento[38].

Il Presidente Zaia, a questo punto, dichiara lo "Stato di Crisi" sull'intero territorio regionale[39].

In questa fase la Regione si limita ad interventi di tipo amministrativo e gestionale dell'emergenza, come la costituzione il 2 marzo del Comitato Tecnico Scientifico Regionale[40] e la approvazione, il 17 marzo, del primo

[34] D.P.G.R. Veneto 21 febbraio 2020, n. 23 – *Rischio sanitario COVID-19. Attivazione e convocazione dell'Unità di Crisi Regionale.*

[35] Ordinanza 22 febbraio 2020, "*Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19".*

[36] D.L. 23 febbraio 2020, n. 6 – *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*

[37] D.P.C.M. 23 febbraio 2020, *Disposizioni urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.*

[38] Ordinanza contingibile e urgente n. 1 del 23 febbraio 2020 del Ministro della Salute di Intesa con il Presidente della Regione Veneto.

[39] D.P.G.R. Veneto 23 febbraio 2020, n.24 – *Interventi urgenti di protezione civile in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Dichiarazione dello stato di crisi a seguito delle criticità riscontrate.*

[40] D.G.R. n. 269 del 02 marzo 2020 – *Emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili. Costituzione Comitato scientifico COVID-2019 in Regione Veneto.*

"Piano di sanità pubblica"[41]. Segue l'emanazione di altre Ordinanze regionali finalizzate ad organizzare alcuni comparti specifici (trasporti, rifiuti) in queste complicate condizioni[42].

È nella seconda metà di marzo che cambia l'attivismo regolatorio della Regione, quando il Presidente Zaia inizia ad adottare una serie di ordinanze che introducono misure di contenimento ancora più restrittive di quelle nazionali[43]. L'aspetto di maggior interesse del provvedimento sono le premesse, nelle quali il Presidente espone (vedi articolo 32 legge 833/1978) puntualmente le motivazioni che giustificano lo scostamento delle previsioni regionali rispetto alle singole disposizioni nazionali. La logica nella quale si muove la Regione Veneto è quella della possibile concorrenza tra disposizioni nazionali e regionali.

L'interpretazione generale, in questo caso, si richiama al *criterio di specialità* tra ordinanze, privilegiando quella regionale in quanto emanata per far fronte alla specifica situazione epidemiologica regionale.

Questo principio, accettato e riconosciuto, sostanzia la base giuridica che avrebbe permesso, in ogni momento, al Presidente della Regione di adottare misure più stringenti qualora il contesto epidemiologico regionale lo avesse reso necessario e, di fatto, attribuisce anche al Presidente Zaia, e non solo al Governo, la piena responsabilità delle scelte, o meglio delle "non scelte", compiute nella fase più critica della seconda ondata pandemica.

Anche il Governo, che pure in quei mesi è alle prese anche con l'iperattivismo di alcuni Presidenti di Regione che emanano ordinanze disparate e confuse, cerca di definire la questione, precisando che le ordinanze regionali possono intervenire, nelle more dell'adozione di atti nazionali, in relazione a specifiche situazioni di aggravamento del rischio sanitario nel loro territorio, introducendo misure ulteriormente restrittive (articolo 3, comma 1, D.L. 19/2020).

Tanto che, il 3 aprile, il Presidente Zaia fa esattamente così, producendo una nuova ordinanza[44], paventando, in premessa, un rischio di incostituzionalità della disciplina statale qualora precludesse l'intervento d'urgenza delle Regioni[45]. Impianto confermato anche nelle ordinanze successive[46]. Nel contempo prosegue anche l'attività deliberativa della Giunta su diverse questioni legate alla pandemia.

Il principio indiscutibile applicato dal Presidente Zaia con l'emanazione di queste e altre ordinanze è chiaro: le misure regionali più restrittive, prorogate o introdotte ex novo tramite ordinanza, sono valide ed effettive

---

[41] D.G.R. n. 344 del 17 marzo 2020 – *Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica.*

[42] O.P.G.R. nn. 28, 29, 30, 32/2020.

[43] O.P.G.R. Veneto 20 marzo 2020, n. 33 – *Disposizioni per il contrasto dell'assembramento di persone.*

[44] O.P.G.R. Veneto 3 aprile 2020, n. 37

[45] "Ritenuto che il ricordato Decreto Legge n. 19 del 25.3.2020 non abbia né abrogato né interdetto l'operatività del potere di ordinanza regionale, in specie ai fini dell'adozione di misure più restrittive di quelle statali e quindi rigorosamente funzionali alla tutela non solo del bene salute ma anche e soprattutto del bene vita e che permanga, pur a fronte del dettato dell'art. 3, comma 1, del decreto legge n. 19 del 25.3.2020 e a seguito dell'adozione del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 1° aprile 2020, primo decreto attuativo del decreto legge medesimo, il potere di ordinanza regionale fondato sugli artt. 32 l. 833/78, 117 d.lgs. 112/98, 50, comma 5, d.lgs. 267/00, anche considerato che il comma 2 dell'art. 3 del decreto legge, disponendo che "I Sindaci non possono adottare, a pena di inefficacia, ordinanze contingibili e urgenti dirette a fronteggiare l'emergenza in contrasto con le misure statali", conserva chiaramente il potere di ordinanza in capo ai sindaci pur dopo l'adozione di misure statali attuative del decreto legge, il che comporta necessariamente, per simmetria, analoga permanenza del potere regionale, purché non in contrasto con le misure statali e quindi purché più restrittive di queste ultime".

[46] O.P.G.R. Veneto 4 aprile 2020, n. 38 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni per il contrasto dell'assembramento di persone* e O.P.G.R. Veneto 13 aprile 2020, n. 40 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni.*

sul territorio regionale, ribadendo che l'unico limite alle autorità regionali nell'esercizio del proprio potere d'ordinanza rimanga sostanzialmente solo quello delle misure in senso più restrittivo.

Nel frattempo, anche il Governo prosegue nell' attività di chiusura. Dopo le limitazioni sugli spostamenti delle persone, si procede anche alla chiusura di locali pubblici e dal 22 marzo anche le attività produttive non essenziali o strategiche. Siamo nella fase più dura e le vittime a livello nazionale sono quasi 1.000 al giorno. La misura nazionale di *lockdown* ha mantenuto formalmente i suoi effetti fino al 18 maggio 2020.

Durante questi mesi pesanti, sia dal punto di vista sociale, sanitario ma anche, a questo punto economico e produttivo, sembra manifestarsi e prevalere un nuovo approccio regionale alle misure di contenimento[47] in cui si rivedono in chiave più permissiva alcune limitazioni, in particolare in riferimento alle attività produttive[48] .

Questa sensazione viene confermata con l'ordinanza successiva[49] nella quale si esplicita chiaramente che gli unici presidi necessari al contenimento del virus sono mascherine e distanziamento e che, per tutto il resto, inclusi spostamenti e attività economiche, vanno autorizzate.

È la fase delle seconde case da raggiungere, della ristorazione che vuole riprendere a lavorare, almeno con l'asporto, delle imprese che vogliono ripartire. Il Presidente Zaia e la Regione Veneto, sensibili al tema, vogliono essere i primi a farlo.

Non mancano, in questo periodo, anche momenti di incertezza e confusione. La sovrapposizione di numerosi interventi, nazionali e regionali, in alcuni casi, appunto, anche in contrasto tra loro, genera fasi di reale imbarazzo tra le persone, incapaci spesso di districarsi tra decreti, ordinanze, protocolli e allegati. Ma tutti vogliono decidere qualcosa, dare un segnale, assumersi la responsabilità di riaprire. Peccato che il medesimo protagonismo sia mancato, e mancherà, quando le decisioni da prendere torneranno scomode o impopolari.

In questo contesto, e a seguito dell'introduzione di una nuova metodologia per l'assegnazione delle eventuali ulteriori misure restrittive, non più definite su base nazionale ma calate sulle diverse Regioni in base alla specificità del territorio, il Governo definisce, con chiarezza, il potere ordinatorio delle Regioni (articolo 1, comma 6 D.L. 33/2020): in base all'andamento epidemiologico accertato sul territorio, le Regioni, informando il Ministro della Salute, possono introdurre misure derogatorie, ampliative o restrittive, rispetto a quelle nazionali.

E infatti, da qui in poi, la Regione Veneto, fa ampio ricorso alla possibilità di derogare alle previsioni nazionali.

Estende la riapertura e la ripresa a molte attività, a partire da quelle turistiche, fino ai servizi per l'infanzia, i cinema, i trasporti, le processioni religiose e le saune[50], spesso anticipando le scelte compiute a livello nazionale e prescrivendo il rispetto delle linee guida regionali di volta in volta elaborate dalla Direzione Prevenzione.

Siamo tra maggio e giugno e la volontà della Regione Veneto è chiara: serve una rapida e progressiva ripresa delle attività economiche, anche in forte autonomia rispetto alle decisioni nazionali. Il parere favorevole del Comitato Tecnico Scientifico avvalla sempre questa volontà di ripartire.

---

[47] O.P.G.R. Veneto del 24 aprile 2020, n. 42 – rimozione di alcune limitazioni all'aperto di alcune attività commerciali, apertura per attività prima precluse come take away, vivai, cura di orti e boschi, opere di manutenzione e lavori edilizi.

[48] Si veda articolo del "Corriere del Veneto" del 14 aprile 2020: "Coronavirus, Zaia chiede aperture anticipate e sperimentali".

[49] O.P.G.R. Veneto 27 aprile 2020, n. 43 – *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 – Ulteriori disposizioni.*

[50] O.P.G.R. Veneto 17 maggio 2020, n. 48 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni* e successive 50, 55, 56, 60, 63.

Certo rimane una certa rigidità sui comportamenti personali, soprattutto quelli che hanno una certa rilevanza nell'opinione pubblica, come il caso dell'imprenditore veneto che aveva violato la misura della quarantena[51].

L'estate volge al termine e la preoccupazione del Governo è tutta orientata alla preparazione dell'autunno in cui già sappiamo che molto probabilmente il virus tornerà a colpire. Ma rispetto alle fasi precedenti, prevale un impianto di natura fortemente collaborativa con le istituzioni regionali, coerentemente con il cambio di modello di applicazione delle restrizioni previsto in aprile: non più provvedimenti generali uguali per tutti ma forte responsabilizzazione dei territori nel calare le misure sulla base dell'andamento epidemiologico di contesto.

In questo senso va il DPCM del 7 agosto 2020, nel quale in riferimento alle attività commerciali e di ristorazione si fa esplicito riferimento a modalità di erogazione del servizio definiti sulla base di eventuali Linee guida previste dalle singole Regioni o di Protocolli condivisi all'interno della Conferenza Stato Regioni, che mai come in questa fase acquisisce un ruolo fondamentale nella condivisione, con il Governo, di tutte le decisioni.

Mentre sulla stampa, infatti, assistiamo sovente a polemiche e contrasti tra livelli di governo centrale e periferico, nella realtà, tutto viene concordato.

Il medesimo meccanismo viene applicato anche con la Circolare del Ministro della Salute[52] relativa al monitoraggio all'interno delle scuole, ad esempio, in cui si demanda alle Regioni, sulla base di alcuni principi generali di normare le attività di screening nei contesti scolastici, a cui, puntualmente segue l'Ordinanza regionale corrispondente[53].

Nel mese di ottobre però la diffusione del contagio inizia ad essere preoccupante e l'approccio del Governo, fino ad ora solo precauzionale, inizia ad aumentare il livello di interventi restrittivi. Con alcuni provvedimenti[54]riprendono vita alcuni divieti, come ad esempio quello per sagre e convegni, e si ricominciano ad applicare alcuni interventi per contrastare gli assembramenti, richiamando sempre le Regioni ad intervenire per specificare in questi ambiti misure idonee al contesto territoriale. Il DPCM 13 ottobre 2020, in particolare, autorizza le Regioni ad adottare provvedimenti che fissino requisiti e condizioni di svolgimento differenziati, anche estensivi rispetto a quelli definiti in sede nazionale in riferimento a specifici ambiti di natura economica.

La risposta della Regione Veneto, che in questi mesi produce un numero rilevantissimo di atti normativi e regolatori, non si fa attendere. Con una serie di interventi, pur riconoscendo la pericolosità dello scenario, inquadrabile tra il livello 2 e 3 e con un indice Rt ormai stabilmente superiore a 1, decide di intervenire prontamente in due comparti: quello economico e produttivo, autorizzando tutte le attività economiche e sociali, senza, dunque, applicare alcun livello di restrizione superiore a quello previsto dal Governo[55] e quello scolastico, introducendo il ricorso alla didattica digitale integrata per le scuole di ordine superiore[56].

[51] O.P.G.R. n. 65 del 9 luglio 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*.
[52] Circolare Ministro della Salute n. protocollo 31400 del 29 settembre 2020.
[53] O.P.G.R. n. 105 del 2 ottobre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni.*
[54] D.P.C.M. del 13 ottobre 2020 e D.P.C.M. del 18 ottobre 2020.
[55] O.P.G.R. n. 141 del 17 ottobre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*.
[56] O.P.G.R. n. 145 del 26 ottobre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni.*

Sembra, dunque, evidenziarsi, un doppio binario nell'interventismo della Regione: un permissivismo per le attività economiche[57] e un maggior livello di precauzione per le attività scolastiche[58].

Questo impianto rimarrà fino alla fine.

Anche a seguito dei provvedimenti nazionali dei primi di novembre[59] che introducono il cosiddetto "mini *lockdown*" serale e riprendono ad assumere misure restrittive, la Regione Veneto continua, per quanto possibile, a tenere larghe le maglie delle attività economiche.

In questa fase c'è la più ampia discrezionalità per le Regioni. Il Governo dichiara apertamente di assumere decisioni, inclusa la fascia di rischio e i relativi provvedimenti, in costante consultazione con i Presidenti di Regione sulla base dei dati del monitoraggio settimanale.

Con diverse Ordinanze[60] il Presidente Zaia si limita a ribadire le restrizioni minime previste dal Governo nazionale.

Questo impianto si conferma anche nel mese di dicembre, con i provvedimenti nazionali che rafforzano pesantemente le restrizioni in vista delle festività natalizie (DPCM 3 dicembre 2020 e DL 172 del 18 dicembre 2020) e la Regione Veneto che interviene solo per confermare le misure minime di contenimento, qualche volta anticipando di qualche giorno quelle nazionali[61].

L'unico intervento che va in una direzione maggiormente restrittiva è quello dei primi giorni di gennaio 2021[62] che riguarda, ancora una volta, la scuola, unico contesto in cui il Presidente della Regione ritiene necessario adottare misure ulteriormente restrittive.

La gestione della seconda ondata, rispetto alla prima, anche da un punto di vista normativo segna una sostanziale differenza.

Mentre nella prima fase della pandemia la responsabilità delle decisioni è centralizzata dal Governo, con provvedimenti molto rigorosi e impegnativi, da agosto in poi si applica un modello decisionale che prevede un forte coinvolgimento delle Regioni, sia in chiave consultiva che deliberativa.

La Conferenza Stato Regioni, quasi esclusa durante la prima ondata, diviene co-redattrice dei principali provvedimenti nazionali e il dialogo costante con i Presidenti di Regione si articola in tutto il periodo di riferimento. Questo ha comportato una differenziazione significativa degli interventi su scala regionale e ha garantito, in alcuni casi, un miglior contenimento dei contagi.

---

[57] In riferimento alle attività economiche, nelle premesse della O.P.G.R 141/20 si dice "*Ritenuto che, (...), non essendo significativamente mutate, allo stato, le condizioni (...), sussistono i presupposti per ammettere lo svolgimento (...) delle attività specificate*.

[58] In riferimento alle attività scolastiche e alla mobilità degli studenti, nelle premesse della O.P.G.R. 145/20 si dice "*Rilevato (...) che, alla luce dei dati riportati, sussistano, con riguardo a tutto il territorio regionale, le situazioni critiche (...) che impongono l'incremento del ricorso alla didattica digitale integrata*".

[59] D.P.C.M. del 3 novembre 2020.

[60] O.P.G.R. n. 151 del 12 novembre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*; O.P.G.R. n. 156 del 24 novembre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*; O.P.G.R. n. 159 del 27 novembre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*.

[61] O.P.G.R. n. 167 del 10 dicembre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*; O.P.G.R. n. 169 del 17 dicembre 2020 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*.

[62] O.P.G.R. n. 2 del 4 gennaio 2021 - *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni*.

Non sembra il caso del Veneto, dove, invece, malgrado fosse chiara la gravità della situazione, come esplicitato nelle premesse di tutte le ordinanze del Presidente, raramente si è inciso in maniera significativa sulle misure restrittive, limitandosi a misure molto mirate su contesti specifici, la scuola prima di tutto, ma senza consentire un intervento realmente impattante per la limitazione della circolazione del virus, soprattutto da novembre in poi quando l'attività di *contact tracing* aveva fortemente ridotto la sua efficacia.

Se è indiscutibile che fosse nei poteri del Presidente di Regione predisporre misure maggiormente restrittive, è altrettanto indiscutibile che questo potere in Veneto non venne esercitato. Malgrado i frequenti richiami alla responsabilità individuale delle persone, nulla fu fatto per rendere quei richiami efficaci sul piano impositivo.

E la preoccupazione espressa frequentemente nelle premesse delle ordinanze regionali non si è tradotta in corrispondenti decisioni di limitazione della mobilità delle persone e delle occasioni di assembramento.

CAPITOLO 6

CENTRI SERVIZI PER ANZIANI

Nel mese di dicembre 2020, il Presidente della Giunta regionale, rispondendo durante una conferenza stampa alla domanda di un giornalista, ha affermato che la Regione non gestisce le case di riposo: giova, a tal proposito, ricordare che le politiche socio-sanitarie, che riguardano anche le RSA, sono di competenza regionale. A tal proposito è utile ricordare la convenzione prevista dalla DGR n. 1231 del 14 agosto 2018.

Da fine febbraio 2020 alcuni Centri di Servizio/RSA hanno scelto di chiudere le strutture alle visite dei familiari; dal 9 marzo 2020, per disposizione regionale, tutte le strutture non sono state più visitabili; nel frattempo il 6 marzo erano già state chiuse alle visite le strutture semiresidenziali.

In quel periodo le RSA si sono fatte carico autonomamente dell'acquisto dei dispositivi di protezione individuale. Solo alcuni mesi dopo la Regione[63] ha deliberato di rimborsare parte delle spese sostenute.

La *Commissione speciale di inchiesta sulla gestione delle RSA e delle Case di Riposo per anziani in relazione alla pandemia da SARS-Cov-2,* istituita negli ultimi mesi della X Legislatura, considerato il poco tempo a disposizione per i lavori e le audizioni, ha provveduto a formulare e inviare a un campione di 45 strutture un questionario, a cui hanno risposto 32 strutture (71% del campione) di dimensioni diverse e con situazioni epidemiche diversificate, al fine di comprendere gestione, evoluzione e criticità.

Dai dati rilevati dal questionario emerge che lo screening, iniziato ad aprile, di ospiti ed operatori è avvenuto con modalità diverse nel tempo. Inizialmente sono stati utilizzati soprattutto test sierologici (in circa il 40% delle strutture) e test antigenici cosiddetti "a saponetta" (44%). Emerge inoltre che i test sierologici avevano un tempo di attesa del risultato di 4 giorni, mentre per i test rapidi "a saponetta" il tempo di attesa medio per l'esito è stato generalmente inferiore ai 15 minuti.

Un altro aspetto importante riguarda la fornitura ai Centri di Servizio dei dispositivi di protezione individuale.

A tal proposito si riportano le affermazioni della dottoressa Patrizia Simionato, che, in qualità di ex Direttore Generale di Azienda Zero, dichiara: "*per quanto riguarda l'altro aspetto, quello dei DPI relativi alle RSA piuttosto che ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, il portale delle singole aziende è stato alimentato anche rispetto ai fabbisogni di tali strutture, di tali Enti… perché, pur trattandosi di strutture con propria autonomia giuridica, organizzativa, eccetera, avevano meno capacità di approvvigionamento rispetto ad Azienda Zero*."

Tutto questo come emerge dai dati è avvenuto solo in seconda battuta, e se è vero che si tratta di strutture con una loro autonomia giuridica, è altrettanto vero che la dotazione dei presidi e dei farmaci viene fornita delle Aziende ULSS.

[63] Con DGR 1304 e DGR 1308 dell'8 settembre 2020.

Si riportano, di seguito, parte delle considerazioni e dichiarazioni spontanee contenute nelle risposte al questionario:

«I DPI acquistati non sarebbero stati sufficienti da soli. […] sono stati donati alla struttura altri DPI e materiale necessario da imprenditori, privati, protezione civile, associazioni ed organismi del territorio. […] A marzo, per un breve arco temporale, vista la carenza di DPI ed in particolare di mascherine chirurgiche, sia nel mercato tradizionale che sul MEPA, e nell'impossibilità della ULSS di fornirle, si è ritenuto di acquistare tessuto di cotone per sale operatorie, per auto-produrre delle mascherine lavabili ed igienizzabili»

«La Struttura ha dovuto acquisire in modo autonomo a prezzo di mercato. L'ULSS non aveva a disposizione DPI da inviarci.»

«I DPI devono essere forniti da subito dalle Aziende Ulss. Non è pensabile l'approvvigionamento "si salvi chi può" che abbiamo vissuto durante i primi mesi dell'emergenza»

«Nel periodo fine marzo e primi di aprile ci sono state grosse difficoltà nel reperire nel mercato i DPI e a volte la qualità del prodotto non è stata soddisfacente».

«La criticità massima è stata relativa all'assoluta carenza di dispositivi di protezione sul mercato, praticamente impossibili da acquisire anche tramite il canale istituzionale rappresentato dall'Azienda ULSS, sia per quanto riguarda le mascherine (chirurgiche e FFP2) che per le tute […]. La criticità nel reperimento era già presente alla data del 24 febbraio ed è perdurata almeno fino a metà di aprile».

«La gestione delle positività ha determinato numerosi spostamenti di stanza causando negli anziani un importante senso di disorientamento, associato a paura (...) L'esperienza emergenziale vissuta ha determinato nel personale un generale senso di ansia, paura, panico, insonnia, agitazione da stress post traumatico. Ansia, paura, panico, insonnia, agitazione, crisi di pianto sono solo delle manifestazioni fisiologiche registrate»

«..due livelli di problema che devono essere presi in considerazione nel caso di ripresa dell'epidemia: 1) coinvolgimento dei familiari; 2) gestione degli ospiti dementi»

«è presumibile ritenere che i dati sulla mortalità da Covid – 19 siano parziali in quanto soprattutto per il periodo di febbraio – aprile, nelle varie strutture e residenze (anche quelle c.d. "covid free") non è stato rilevato il fenomeno dei decessi Covid»

Un ulteriore elemento oggetto di analisi sono stati i protocolli. Tutte le strutture interpellate hanno dichiarato di essere state in grado di applicare i diversi protocolli previsti, il 60% senza alcun problema e il 40% con qualche difficoltà in più. Le difficoltà segnalate riguardano soprattutto una dotazione insufficiente di OSS e infermieri. L'Azienda ULSS competente, qualora contattata dai Centri di Servizio, ha fornito risposte soddisfacenti o molto soddisfacenti nel 73% dei casi; rari i casi di insoddisfazione.

Secondo i dati forniti da Uripa, al 29 marzo 2020, su 207 Centri di Servizio oggetto della rilevazione, 53 avevano registrato al loro interno casi di covid e 154 erano risultati "covid-free", mentre dalla rilevazione del 15 aprile 2020 effettuata dalla Regione, su 330 strutture ne risultavano investite dal covid soltanto 50!

Dunque la Regione pochi giorni dopo la pubblicazione dei dati di Uripa ha diffuso una sua indagine riguardante un numero di strutture notevolmente superiore (+59,4%), ma ha rilevato un numero inferiore di strutture in cui risultava presente il covid.

Ricordiamo che lo screening vero e proprio parte da aprile 2020. Dalla rilevazione Uripa al 24 febbraio 2021 su 302 strutture, 216 sono state interessate da casi di covid (71,5%).

Nella prima ondata (marzo - giugno 2020) risultano colpiti 62 Centri di Servizio con 640 decessi; nella seconda ondata (ottobre 2020 - aprile 2021) 240 Centri con 3.560 decessi (+556%).

Nella documentazione fornita da Uripa colpisce particolarmente la slide in cui si afferma: *"Una strage annunciata per gli anziani ospiti nei centri servizio (RSA)"*

Altre considerazioni significative sono le seguenti: *"PRIMA ONDATA COVID MARZO-GIUGNO 2020. Il 9 marzo 2020 viene disposto il lock-down, per cui le 25.000 unità di lavoratori e lavoratrici dei centri servizio che per 14.500 volte al giorno, per 101.500 volte alla settimana e per 435.000 volte al mese entravano nei 342 centri servizio del Veneto spesso senza avere a disposizione DPI adeguati piuttosto che procedure standardizzate, ritornavano a casa e trovavano il marito, la moglie, la figlia, il figlio, il fratello, la sorella, il nonno, la nonna ecc… che erano confinati al domicilio senza nessun tipo di rapporto esterno. SECONDA ONDATA COVID OTTOBRE 2020 – APRILE 2021. Non vi era più il lock-down, per cui con un virus circolante più aggressivo e più letale (variante inglese) (…) le 25.000 unità di lavoratori e lavoratrici dei centri servizio che per 14.500 volte al giorno, per 101.500 volte alla settimana e per 435.000 volte al mese entravano nei 342 centri servizio del Veneto spesso senza avere a disposizione DPI adeguati piuttosto che procedure standardizzate, ritornavano a casa e trovavano il marito, la moglie, la figlia, il figlio, il fratello, la sorella, il nonno, la nonna ecc… che erano andati a lavorare, che erano andati a scuola, che erano andati al bar, piuttosto che al supermercato. Un numero di contagi nei centri di servizio che seguiva parallelamente la curva di ascesa dei territori e che ha generato un effetto a catena non solo nella comunità degli ospiti, ma quanto peggio, nella comunità della forza lavoro, che veniva decimata in un momento nel quale vi era invece la necessità di avere ancora più risorse per meglio seguire i bisogni degli ospiti, garantire loro le cure e attuare le procedure di prevenzione previste. In quei giorni nessuno di noi può dimenticare che in molte strutture vi erano situazioni a dir poco drammatiche, con organici dimezzati come ad esempio 2 OSS per 30 ospiti anziché 7 in turno, piuttosto che un infermiere per 60/90 ospiti"*

Nell'audizione del 17 giugno 2022, Elisabetta Elio, Vicepresidente di Uneba, ha affermato: "*è vero anche che, nel momento in cui, nella fase acuta, noi tentavamo di portare […] al pronto soccorso i nostri ospiti […] i pronto soccorso e gli ospedali hanno scelto, a un certo punto, chi curare e chi no. Di fatto, è stata fatta una scelta."*

Tale scelta è confermata, non solo per gli ospiti dei centri servizi per anziani, ma per i cittadini in generale, dalle parole del dottor Paolo Rosi in data 26 ottobre 2021: "*Per quanto riguarda invece l'eventuale selezione di pazienti da ammettere in Terapia intensiva, tutti i pazienti che avevano necessità di Terapia intensiva sono stati ricoverati in Terapia intensiva… Ovviamente, voi capite bene che un paziente tumorale in fase terminale è giusto che muoia nel suo letto e non attaccato a dei macchinari e lontano dai familiari. Quindi la Terapia intensiva serve a chi ha possibilità di uscirne… L'appropriatezza del ricovero è fondamentale. Tutti quelli per cui era appropriato sono stati ricoverati*."

Il rappresentante della CGIL Paolo Righetti è intervenuto ricordando come il sindacato avesse sollecitato pubblicamente la necessità di trasferire gli ospiti nel momento in cui non fosse possibile una reale separazione tra positivi Covid 19 e non positivi.

Il dottor Vincenzo Miglietta (Delegato regionale Assistenza primaria SMI) ha posto all'attenzione della commissione una criticità storica: *"Per quanto riguarda poi l'assistenza sanitaria presso i centri di servizio e le RSA, la pandemia ha reso evidente che la criticità contrattuale delle quattro ore al dì per cinque giorni su sette per 60 pazienti e il sabato di due ore, ha praticamente reso impossibile la presa in carico di questi pazienti da parte dei medici di medicina generale, in quanto non si è tenuto conto dei tempi della pandemia con abbandono di numerosi professionisti. Sono stati impiegati medici USCA per tamponare questa situazione, non adeguatamente preparati ad affrontare questa situazione emergenziale".*

Emerge infine una situazione economico-finanziaria disastrosa, frutto di mancate riforme del sistema e non solo della pandemia, lo ha messo in evidenza chiaramente Roberto Volpe, presidente di Uripa:

"Nel 2020, per esempio, le residenze per anziani hanno comprato mascherine a 5 euro, perso il 10% della capacità ricettiva, aumentato i costi di gestione del 5,6% e che compriamo dalle Aziende Sanitarie gli infermieri a 35 euro l'ora, a fronte di un costo orario di 25 euro! Nel corso del 2020 per il solo premio al solo personale sanitario si sono stanziati oltre 60 milioni di euro." (audizione Uripa, Quinta commissione 1/12/2020)"

Dalle audizioni e dal questionario della Commissione Covid gestione RSA emergono alcuni dati importanti su cui definire un chiaro piano di investimento:

1. è fondamentale un investimento di natura strutturale per permettere il reale isolamento di soggetti colpiti da malattie infettive (Elisabetta Elio Vicepresidente di Uneba Veneto ricorda che particolarmente significativa è la difficoltà intrinseca delle strutture di accoglienza che sono state concepite come inclusive e edificate in modo tale da non consentire chiusure parziali);

2. è prioritario un protocollo uniforme di gestione delle visite in caso di epidemie e pandemie;

3. non è ammissibile che le strutture vengano lasciate sole per mesi nella definizione del tracciamento e della fornitura dei DPI e questo determina da una parte una fotografia di contagi e mortalità non reali, una solitudine di chi opera nelle strutture ed una esposizione finanziaria;

4. sono necessari piani di supporto di personale, familiari ed ospiti in situazioni epidemiche, pandemiche o di particolare stress;

5. è indispensabile un rapporto molto più definito tra strutture ed ospedale in termini di presa in carico della persona – creazione di un "sistema a rete";

6. una riforma completa e organica del ruolo del Medico all'interno delle strutture.