



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Data **02 DIC. 2022** Protocollo N° **558555** Class: **G. 320.04.1** Prat. Fasc. Allegati N° 1

Oggetto: trasmissione aggiornamento Piano di Sanità Pubblica *“Aggiornamento e rimodulazione delle strategie di gestione e controllo della pandemia COVID-19”*.

Alla c.a.
Direttori Generali
Direttori Sanitari
Direttori Dipartimenti di Prevenzione
Direttori Servizi Igiene e Sanità Pubblica
Aziende ULSS del Veneto

Direttori Generali
Direttori Sanitari
Azienda Ospedale Università di Padova
Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
Istituto Oncologico Veneto
Azienda Zero

e p.c.

Assessore a Sanità e Servizi Sociali
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Direttore Direzione Programmazione Sanitaria
Direttore Direzione Servizi Sociali

LORO SEDI

Si trasmette il documento in oggetto, già approvato dal Comitato Scientifico regionale COVID-19 e approvato con Delibera di Giunta Regionale in data 29.11.2022, in attesa di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto (BUR).

L'attuale scenario epidemiologico è caratterizzato da un aumento dei casi di SARS-CoV-2 con l'occupazione dei posti letto in terapia intensiva o in area medica che mostra un leggero aumento, senza evidenziare allo stato attuale particolari criticità. L'avanzamento della campagna vaccinale anti-COVID19 ha infatti consentito una significativa protezione dalle forme gravi di malattia nonostante l'elevata circolazione virale successiva al lineage Omicron.

In considerazione dell'attuale scenario quindi, che richiede di mantenere alta l'attenzione, il documento riporta un aggiornamento delle raccomandazioni di sanità pubblica in particolare per:

- sorveglianza epidemiologica;
- programmi di screening organizzato;
- nuovi ingressi e visite agli ospiti strutture socio-sanitarie territoriali.

Area Sanità e Sociale
Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria
Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355
prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it
area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

Si evidenzia che l'attuale fase, seppur di progressiva endemizzazione virale, richiede di mantenere un'attenzione sulla sorveglianza epidemiologica, sulla campagna vaccinale e su tutte le misure di sanità pubblica previste. Pertanto si raccomanda che le Aziende ULSS garantiscano il necessario supporto ai Dipartimenti di Prevenzione anche in linea con quanto previsto dal "*Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante indicazioni di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*" (DGR 187/2022 e successive integrazioni) e dai relativi Piani Aziendali che dovranno essere approvati entro il 31.12.2022.

Con l'occasione si porgono distinti saluti.

DIREZIONE PREVENZIONE,
SICUREZZA ALIMENTARE, VETERINARIA

Il Direttore

p. dr.ssa *Francesca Russo*

IL DIRETTORE VICARIO

Dott. *Michele Bricchese*

Michele Bricchese

Referente: Dott. Michele Tonon

Area Sanità e Sociale

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Palazzo Ex-Inam, Dorsoduro, 3493 - 30123 Venezia (VE) – tel. 0412791352 – 1353 - 1320 - fax. 041-2791355

prevenzionealimentareveterinaria@regione.veneto.it

area.sanitasociale@pec.regione.veneto.it



NOVEMBRE 2022

**AGGIORNAMENTO E RIMODULAZIONE
DELLE STRATEGIE DI GESTIONE E
CONTROLLO DELLA PANDEMIA COVID-19**

Piano di Sanità Pubblica



PREMESSA

L'attuale scenario epidemiologico è caratterizzato da un aumento dei casi di SARS-CoV-2 con l'occupazione dei posti letto in terapia intensiva o in area medica che mostra un leggero aumento, senza evidenziare allo stato attuale particolari criticità.

L'avanzamento della **campagna vaccinale anti-COVID19** ha infatti consentito una significativa protezione dalle forme gravi di malattia nonostante l'elevata circolazione virale successiva al lineage Omicron. Il **rafforzamento delle coperture vaccinali** in ogni caso, in particolar modo con la seconda dose booster e l'aggiornamento dei vaccini disponibili (Original/Omicron BA.4-5 e Original/Omicron BA.1), costituisce ancora oggi uno strumento fondamentale per continuare a contrastare la diffusione virale. Anche sulla base del monitoraggio nazionale e regionale è possibile stimare che la vaccinazione garantisca un'elevata protezione nei confronti delle forme di malattia severa da COVID-19 in tutte le fasce di età, come riportato in Tabella 1¹.

Tabella 1: Stima efficacia vaccinale [intervallo di confidenza 95%] per fascia di età a partire da gennaio 2022

Gruppo	Fascia di età	Ciclo incompleto/ completo	Dose aggiuntiva/ booster	2° dose booster ≤ 120 giorni	2° dose booster > 120 giorni
Malattia severa (gen. 2022 - ott. 2022)	12-39	66,8 [65,6-68,0]	75,4 [75,5-76,3]	-	-
	40-59	59,3 [57,8-60,7]	69,3 [68,3-70,3]	-	-
	60-79	64,4 [63,5-65,3]	81,8 [81,4-82,2]	80,1 [78,9-81,2]	
	80+	80,7 [80,2-81,2]	88,3 [88,1-88,5]	91,9 [91,6-92,2]	83,1 [82,0-84,1]
	Totale	69,1 [68,7-69,6]	81,9 [81,7-82,1]	-	-

Parallelamente, le misure di prevenzione e protezione, con strategie di testing adeguate, risultano di vitale importanza specialmente nei setting ad alto rischio, in particolar modo nella popolazione non vaccinata, con la finalità di garantire trattamenti adeguati e tempestivi.

Lo scenario attuale consente la definizione di una cornice per la ripresa di molte delle attività ordinarie della vita di comunità, il mantenimento della didattica in presenza nel contesto scolastico, la ripartenza anche di grandi eventi e l'intensificazione degli spostamenti delle persone con un maggior utilizzo dei trasporti pubblici senza l'obbligo di utilizzo delle mascherine. Tutto questo richiede di mantenere un monitoraggio attivo dell'infezione, in considerazione del possibile aumento della circolazione virale durante la stagione invernale e della co-circolazione di SARS-CoV-2 con i virus influenzali.

L'attuale contesto epidemiologico richiede altresì di mantenere un'attenzione alla sorveglianza genomica. L'analisi delle sequenze genomiche depositate in I-Co-Gen dal 12 settembre al 23 ottobre 2022 mostra² che la variante Omicron rappresenta la totalità dei sequenziamenti depositati. Risulta però importante segnalare l'aumento della proporzione di sequenziamenti attribuibili a varianti monitorate a livello internazionale quali BF.7 e BQ.1.1. La variante BQ.1, compresi i *sublineages*, è stata designata come *Variant of Interest* (VOI)

¹ Task force COVID-19 del Dipartimento Malattie Infettive e Servizio di Informatica, Istituto Superiore di Sanità. *Epidemia COVID-19. Tabella 7, pagina 30, Aggiornamento nazionale: 11 novembre 2022*

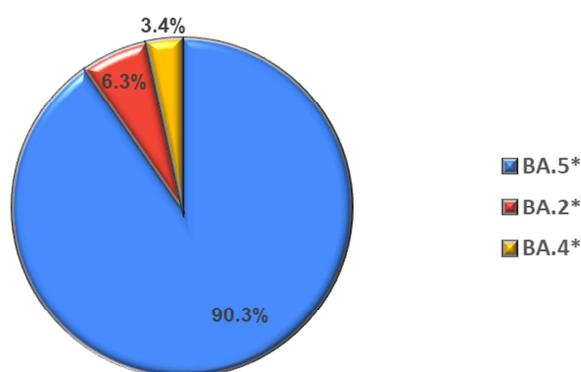
² Rapporto n. 25 del 28 ottobre 2022, *Prevalenza e distribuzione delle varianti di SARS-CoV-2 di interesse per la sanità pubblica in Italia.*



dall'ECDC a partire dal 20 ottobre 2022. Sulla base delle stime dei modelli, si prevede che da metà novembre a inizio dicembre 2022, più del 50% delle infezioni da SARS-CoV-2 sarà dovuta a BQ.1/BQ.1.1. Entro l'inizio del 2023, oltre l'80% dei casi di SARS-CoV-2 dovrebbe essere dovuto a BQ.1/BQ.1.1³. L'aumento osservato del tasso di crescita di BQ.1 è probabilmente dovuto alla sua capacità di evasione immunitaria.

Questa variante e i suoi *sublineages* contribuiranno probabilmente a un ulteriore aumento dei casi di COVID-19 nell'UE/SEE nelle prossimi mesi. Sulla base dei dati limitati attualmente disponibili, non ci sono evidenze che BQ.1 sia associato a una maggiore gravità dell'infezione rispetto alle varianti circolanti BA.4/BA.5. Tali aspetti sottolineano comunque la necessità di mantenere un'attenta sorveglianza.

I dati della sorveglianza coordinata dall'ISS "Stima della prevalenza delle varianti VOC (Variants of Concern) e di altre varianti di SARS-CoV-2 in Italia" hanno evidenziato nella sorveglianza straordinaria dell'8 novembre che il 100% dei campioni analizzati nella regione Veneto appartiene alla variante Omicron. In particolare il genoma completo valutato su 175 campioni inviati da 12 diversi laboratori regionali ha evidenziato un'elevata prevalenza di lineage BA.5*, seguito da BA.2* e BA.4*.



All'interno di BA.5* spiccano i sublineages BQ.1.1 (14,29%), BF.7 (14,29%) e BA.5.1 (11,43%).

I dati globali della sorveglianza evidenziano quindi un calo della prevalenza di di BA.4* e BA.5* rispetto al mese di ottobre 2022 (97,7%), con un aumento di 4 punti percentuali su BA.2. Rispetto a BA.5* si evidenzia infine l'aumento della prevalenza di BQ.1 e sublineages (29,1%) che non era stato rilevato nella precedente sorveglianza.

Tutto ciò premesso, risulta necessario procedere ad un aggiornamento di alcune strategie definite nei precedenti Piani di Sanità Pubblica. Si evidenzia inoltre come tali indicazioni potranno essere oggetto di modifica o integrazione, a seguito di un rapido cambiamento nello scenario epidemiologico corrente.

³ European Centre for Disease Prevention and Control. Spread of the SARS-CoV-2 Omicron variant sub-lineage BQ.1 in the EU/EEA – 21 October 2022. ECDC: Stockholm; 2022.



SOMMARIO

1. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITA' PUBBLICA	5
1.1 Obiettivi	5
1.2 Strategie	5
2. PRINCIPI DI SORVEGLIANZA NELL'ATTUALE SCENARIO EPIDEMIOLOGICO	6
2.1 Sorveglianza sindromica	6
2.2 Sorveglianza genomica	6
2.3 Sorveglianza sistematica del SARS-CoV-2 e delle sue varianti nelle acque reflue	7
2.4 Sorveglianza sulla pressione rete ospedaliera e indicazioni sull'isolamento del paziente	7
2.5 Sorveglianza basata su eventi (rete epidemic intelligence)	8
3. PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING PER LA RICERCA DI SARS-COV-2	9
3.1 Screening periodico del personale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale	9
3.2 Screening periodico nelle Strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali territoriali	10
3.3 Screening per pazienti ricoverati o che accedono alle strutture	10
3.4 Test per visitatori, accompagnatori, etc.	11
4. ACCESSO ALLE STRUTTURE RESIDENZIALI, SOCIO-ASSISTENZIALI, SOCIO-SANITARIE	12
4.1 Ingresso di nuovi ospiti nelle strutture residenziali socio-sanitarie	12
4.2 Uscite temporanee dalle strutture residenziali socio-sanitarie	12
4.3 Ingresso di visitatori e caregiver nelle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali	12
5. PRECISAZIONI IN MERITO AL CONTACT TRACING	14
6. SORVEGLIANZA NEL CONTESTO DELLA SCUOLA E DEI SERVIZI PER INFANZIA	15



1. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITA' PUBBLICA

1.1 Obiettivi

Con il presente documento si intendono adeguare le misure di sanità pubblica all'attuale contesto epidemiologico, considerando che gli **obiettivi** generali da perseguire sono:

- adeguare le strategie e gli strumenti per le attuare le misure di sanità pubblica in un contesto in cui la responsabilità individuale svolge un ruolo sempre più rilevante;
- promuovere alcuni principi per monitorare lo scenario epidemiologico e per adattare la risposta ad eventuali recrudescenze dell'emergenza;
- armonizzare e uniformare le strategie di sorveglianza e prevenzione per alcuni specifici *setting*.

1.2 Strategie

Per raggiungere tali obiettivi, il presente Piano di Sanità Pubblica prevede le seguenti **strategie**:

- aggiornamento delle indicazioni per i programmi di screening organizzato;
- aggiornamento delle indicazioni per l'accesso di nuovi ospiti e dei visitatori alle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e soggetti non autosufficienti;
- individuazione di alcuni principi per la priorità delle azioni di contact tracing con particolare attenzione al contact tracing per *setting*;
- rafforzamento delle coperture vaccinali in particolar modo con la seconda dose booster e con l'utilizzo dei vaccini aggiornati secondo le indicazioni vigenti (Original/Omicron BA.4-5 e Original/Omicron BA.1).

Tutte le strategie di sanità pubblica presentate richiedono comunque, in ogni contesto, il costante e attento monitoraggio del rischio dello sviluppo di nuove ondate o della diffusione di nuove varianti.



2. PRINCIPI DI SORVEGLIANZA NELL'ATTUALE SCENARIO EPIDEMIOLOGICO

Nello scenario epidemiologico attuale la sorveglianza della diffusione di SARS-CoV 2 continua a rivestire un ruolo fondamentale per il contenimento e la mitigazione della circolazione virale, in particolar modo per quanto concerne il monitoraggio di varianti emergenti con caratteristiche di immunoevasività. La definizione di caso e le relative ricadute sono definite dal Ministero della Salute e ad oggi rimangono invariate. La regione continua a contribuire ai sistemi di sorveglianza previsti dal livello nazionale (Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità).

Si riportano di seguito le principali linee strategiche per il monitoraggio epidemiologico nei possibili futuri scenari, al fine di rafforzare il sistema di sorveglianza regionale.

2.1 Sorveglianza sindromica

Ipotizzando che le strategie di testing massivo non possano essere sostenibili sul lungo termine, l'*European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)* propone alcune possibili strategie per il monitoraggio della circolazione virale⁴. In particolar modo è necessario applicare un modello di sorveglianza sindromica operata prioritariamente dai Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta, dalle unità di emergenza-urgenza, da reparti sentinella coordinati dalle direzioni mediche ospedaliere e dalle strutture socio-sanitarie residenziali territoriali. Tale modello di sorveglianza andrebbe a creare una rete "sentinella" integrata a quella già esistente per i virus influenzali (Influnet), consentendo un miglioramento delle informazioni raccolte anche da questo sistema.

Per tale scopo, secondo le indicazioni già fornite dalla Regione, Azienda Zero sta sviluppando un sistema di raccolta dati presenti nei sistemi informativi della medicina territoriale e ospedaliera - con particolare riferimento all'area dell'emergenza-urgenza - al fine di strutturare un sistema di sorveglianza sindromica che possa integrare e rafforzare la Sorveglianza Sindromica Influenzale. Tale sistema, già previsto anche nel quadro complessivo del Piano Pandemico Regionale (di cui alla DGR 187/2021 e successive integrazioni), costituirà un elemento cardine per il monitoraggio futuro di tutti i potenziali patogeni respiratori.

2.2 Sorveglianza genomica

Continua la sorveglianza genomica prevista dalla DGR n. 805 del 22.06.2021 e in accordo con le indicazioni del Ministero della Salute (0017975-17/03/2022-DGPRES-DGPRES-P "*Strategie di sequenziamento per l'identificazione delle varianti di SARS-CoV-2 ed il monitoraggio della loro circolazione in Italia*").

Nel contesto della sorveglianza genomica, l'Istituto Zooprofilattico delle Venezie garantisce un'attività di coordinamento delle Rete regionale e assicura il caricamento dei dati di sequenziamento nella piattaforma per la sorveglianza genomica delle varianti (I-Co-Gen) al fine di fornire informazioni sull'evoluzione di SARS-Cov-2 e per identificare nuove varianti di interesse nel territorio regionale. La Rete dei laboratori di Microbiologia, con il supporto formativo dell'IZSVE, è stata progressivamente coinvolta al fine di ampliare ulteriormente la capacità regionale di sequenziamento.

Le Aziende Sanitarie garantiscono l'attività necessaria per:

- raggiungere la dimensione campionaria prevista dalle Indagini Rapide mensili coordinate dall'Istituto Superiore di Sanità, volte a stimare la prevalenza delle varianti circolanti in ciascuna regione italiana
- identificare la comparsa di varianti di SARS-CoV-2 nuove o già note, di interesse di sanità pubblica, attraverso un flusso di sequenziamento settimanale mirato su campioni che ricadono all'interno di categorie quali manifestazioni cliniche severe, reinfezioni, infezioni persistenti, immunocompromissione, rientro da Paesi che risultino attenzionati dagli Organismi Internazionali per l'emergenza di nuove varianti di interesse di sanità pubblica.

⁴ *European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), Evaluation of the SARS-CoV-2 testing policy in Belgium from June to December 2021*



Azienda Zero provvederà a garantire il collegamento informatico tra i flussi dei laboratori e i gestionali in uso per la sorveglianza sanitaria, al fine di legare tra loro le fasi di richiesta di genotipizzazione, gestione sanitaria e refertazioni degli esiti per un processo informatizzato interconnesso, riportando le informazioni sul gestionale regionale SIAVr-COVID e garantendo così il monitoraggio integrato delle informazioni.

2.3 Sorveglianza sistematica del SARS-CoV-2 e delle sue varianti nelle acque reflue

La Regione del Veneto, ha provveduto a istituire una sorveglianza sistematica del SARS-CoV-2 e delle sue varianti nelle acque reflue, a partire dal mese di settembre 2021, secondo i criteri e la metodologia adottata dall'Istituto Superiore di Sanità, in attuazione della Raccomandazione (UE) 2021/472 della Commissione del 17 marzo 2021, relativa ad un approccio comune per istituire una sorveglianza sistematica del SARS-CoV-2 e delle sue varianti nelle acque reflue (DGR n.1827 del 23 novembre 2021).

La sorveglianza ambientale è attuata presso i siti individuati dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con gli Enti Gestori del Servizio Idrico Integrato e specificatamente presso i depuratori delle città di Venezia, Padova, Verona, Vicenza, Treviso e, per decisione della Regione, il depuratore di Abano Terme (alla luce del flusso turistico che interessa la città termale durante l'intero anno).

L'attività analitica viene svolta presso i due laboratori di riferimento: il Laboratorio di ARPAV di Verona e il laboratorio dell'Università di Padova - Dipartimento di Scienze Cardio-Toracico-Vascolari e Sanità Pubblica - Unità di Igiene e Sanità Pubblica, Laboratorio di Igiene e Microbiologia Applicata.

I due laboratori garantiscono, secondo metodi e tempistiche declinate nel protocollo di riferimento, l'effettuazione dell'analisi dei campioni e l'implementazione della dashboard nazionale, consentendo agli organismi centrali di monitorare l'andamento della circolazione del virus sul territorio nazionale. Attraverso le flash survey mensili organizzate dall'Istituto Superiore di Sanità i campioni vengono inviati per le analisi all'Istituto stesso, al fine di permettere il sequenziamento delle varianti circolanti.

Scopo della sorveglianza è quello di determinare, dalle analisi dei reflui, la possibilità di sviluppare un sistema di allerta precoce della diffusione di malattie infettive, che possa segnalare la presenza di infezioni nella popolazione non ancora clinicamente evidenti e che riesca ad anticipare l'aumento della diffusione dei casi.

2.4 Sorveglianza sulla pressione rete ospedaliera e indicazioni sull'isolamento del paziente

Allo stato attuale, l'occupazione dei posti letto in terapia intensiva o in area medica mostra un leggero aumento, senza evidenziare allo stato attuale particolari criticità. Ai fini del monitoraggio, è attivo un coordinamento della disponibilità di posti letto di terapia intensiva a livello regionale che, attivato in corso della pandemia COVID-19, è stato mantenuto per il monitoraggio della gestione della rete dell'emergenza urgenza regionale.

In considerazione di un'eventuale evoluzione del contagio, per far fronte ai bisogni emergenti, si può rendere necessario un incremento dell'offerta di posti letto aggiuntivi, potenziando la capacità degli ospedali con ulteriori posti letto di area intensiva e semintensiva respiratoria, come previsto dalla DGR 552 del 05/05/2020, con la quale la regione del Veneto ha approvato il "Piano emergenziale ospedaliero di preparazione e risposta ad eventi epidemici" garantendo la disponibilità di posti letto da dedicare alla patologia COVID-19 e agli altri servizi sanitari essenziali, preservando la possibilità di continuare a svolgere attività ordinaria, posticipando il più possibile la sospensione delle attività non urgenti; ottimizzando l'occupazione dei posti letto di terapia intensiva su base regionale; riducendo i tempi di attivazione dei posti letto disponibili; rendendo sostenibile la risposta ai fabbisogni emergenziali sul territorio provinciale in ogni fase del percorso del paziente "contagiato", dalla diagnosi e presa in carico territoriale, alla cura in fase acuta e a quella in fase post acuta.

Per il periodo di tutta l'evoluzione dell'epidemia COVID-19, ma anche per ogni necessità legata a picchi influenzali stagionali, ogni ospedale destina il 20% del totale posti letto di area medica (esclusi i posti letto di reparti di malattie infettive) esclusivamente a pazienti con patologie respiratorie/infettive.

Il DL 34/2020 prevede di incrementare i posti letto di terapia intensiva determinando una dotazione di 0,14 posti letto per 1000 abitanti. Per la Regione del Veneto tale parametro corrisponde a una dotazione strutturale di 705 posti letto per fronteggiare le emergenze pandemiche. Coerentemente con quanto indicato



nella circolare del Ministero della Salute “Linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per l'emergenza COVID-19” del 29 maggio 2020, l'identificazione dei posti letto di terapia per la fase emergenziale, ha seguito i seguenti criteri: accelerare l'attuazione di quanto previsto della programmazione regionale; identificare negli ospedali hub con presenza di reparti di malattie infettive e pneumologia una numerosità di posti letto che garantisca la prima risposta in caso di nuova ondata dell'epidemia; rendere adeguati e/o ampliare gli spazi preferibilmente attigui alle attuali terapie intensive, utilizzati nella fase emergenziale in modo da garantire un ampliamento di posti letto territorialmente diffuso; attrezzare adeguatamente gli spazi per i posti letto di terapia intensiva negli ospedali individuati come Covid Hospital. L'identificazione dei 211 posti letto aggiuntivi è presente nella “Tabella 2 delle linee di indirizzo organizzative per il potenziamento della rete ospedaliera per emergenza COVID-19” allegata alla DGR 782 del 16 giugno 2020, Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Attuazione delle misure in materia sanitaria”.

La Direzione Medica Ospedaliera della struttura valuta, ove possibile, le procedure per il ricovero del paziente COVID-19 positivo sintomatico nel reparto di area critica o di area medica (es. malattie infettive, pneumologia). Per i pazienti positivi asintomatici o paucisintomatici per COVID, che presentano quadri sindromici legati ad altre condizioni cliniche, il ricovero può avvenire nel reparto di rilevanza in relazione al motivo del ricovero. In questo caso la Direzione Medica Ospedaliera adotta tutte le opportune procedure igienico-sanitarie per garantire l'isolamento dei soggetti positivi.

Si raccomanda a tutte le Aziende di effettuare una valutazione quotidiana clinica dettagliata dei soggetti ricoverati con infezione da SARS-CoV-2 e dei test positivi ai nuovi ingressi.

2.5 Sorveglianza basata su eventi (rete epidemic intelligence)

La Regione Veneto partecipa attivamente, fin dalla sua istituzione (Circolare del Ministero della Salute n. 0047345-19/10/2021) alla *Sorveglianza basata su eventi in Italia*, in quanto parte della Rete di Epidemic Intelligence Nazionale. La Rete è composta da analisti formati e certificati dall'ISS e dal Ministero della Salute, designati dai rappresentanti dei servizi sanitari pubblici (Ministero della Salute, ISS, Regioni/PA, ASL, IRCCS, ecc.) sul territorio nazionale.

Tale sorveglianza è prevista nel contesto del “Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021 – 2023”, e prevede di disporre di un sistema di Epidemic Intelligence Nazionale con l'obiettivo principale di identificare in modo tempestivo notizie su malattie trasmissibili sul territorio nazionale che siano inusuali/inattese e/o rilevanti per la sanità pubblica.

Questa sorveglianza è attiva al fine di identificare precocemente e monitorare eventi che possano costituire una emergenza internazionale di sanità pubblica, in un approccio innovativo che combina la sorveglianza basata su eventi (fonti non convenzionali di informazione quali media, blog, dati amministrativi, ecc.) e quella basata su indicatori (sistemi esistenti di sorveglianza epidemiologica).



3. PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

La programmazione dei controlli sanitari per l'esposizione a rischi professionali dei lavoratori, secondo quanto previsto dal D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 "Testo unico sulla salute e sicurezza sul lavoro", rientra tra i compiti del Medico competente.

Considerato quanto di seguito indicato, le Aziende/Strutture provvedono a stratificare il rischio interno e valutano l'opportunità di rimodulare la frequenza di screening indicata, aumentando o riducendo la periodicità per gli operatori nei contesti a maggior rischio. La periodicità dei test di screening può essere differenziata anche su valutazione del medico competente in relazione all'esposizione al rischio e permane, comunque, il test in presenza di sintomi sospetti.

In considerazione di quanto indicato da ECDC^{5,6} e da WHO⁷, le Aziende/Strutture possono valutare, per lo screening periodico dei soli operatori sanitari, anche la modalità in auto-somministrazione, definendo specifiche procedure operative e di controllo, garantendo altresì la compresenza di chi ne registra l'esito. L'Azienda/Struttura, qualora adottasse la modalità di screening succitata, provvede a rendere disponibili i test previsti. L'esito di tutti i test deve essere registrato.

3.1 Screening periodico del personale delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale

Ai fini di promuovere l'adozione di protocolli omogenei, la seguente tabella riporta la frequenza dello screening raccomandata per gli operatori sanitari e non sanitari. Nel personale del Servizio Sanitario Regionale sono da intendersi inclusi tutti gli operatori che vi prestano servizio, a qualunque titolo, inclusi Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni, etc.

Popolazione target	Popolazione target
Operatori sanitari che svolgono attività nei contesti a maggior rischio (per sviluppo di complicanze e forme gravi di malattia in caso di contagio o per assistenza diretta a soggetti COVID-19)	Almeno un test ogni 10 giorni o con frequenza maggiore su valutazione del Medico competente.
Operatori sanitari che svolgono assistenza diretta al paziente nei reparti in cui è stata riscontrata la positività tra il personale negli ultimi 10 giorni	Raccomandato un test ogni 5 giorni o con frequenza maggiore su valutazione del Medico competente in relazione al rischio (es. numero di soggetti positivi, tipologia di reparto).
Operatori sanitari che svolgono attività di assistenza diretta in reparti/servizi non COVID-19	Almeno un test ogni 20 giorni o con frequenza maggiore su valutazione del Medico competente.
Per tutti gli operatori non sanitari e per gli altri operatori sanitari che non svolgono attività di assistenza diretta al paziente	Test in caso di comparsa di sintomi o nel sospetto di infezione o comunque su valutazione del Medico Competente

Tipologia di test. Per le attività di sorveglianza sanitaria del personale delle Aziende Sanitarie è possibile utilizzare prioritariamente test molecolari anche con analisi con metodica di pooling o test antigenici in chemiluminescenza (4a generazione). È possibile utilizzare test rapidi antigenici con metodica in

⁵ European Centre for Disease Prevention and Control. Considerations on the use of self-tests for COVID-19 in the EU/EEA – 17 March 2021. ECDC: Stockholm; 2021.

⁶ Suggested citation: European Centre for Disease Prevention and Control. Options for the use of rapid antigen detection tests for COVID-19 in the EU/EEA – first update, 26 October 2021. Stockholm: ECDC; 2021.

⁷ WHO, Guidelines Review Committee, Use of SARS-CoV-2 antigen-detection rapid diagnostic tests for COVID-19 self-testing, WHO/2019-nCoV/Ag-RDTs/Self_testing/2022.1, 9 March 2022.



immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3a generazione) e test di 2a generazione con lettura fluorimetrica in caso di urgenza oppure ove le tipologie di esami citate in precedenza non siano disponibili. In accordo con le indicazioni riportate nella Circolare n. 43105 del 24/09/2021 è possibile utilizzare anche i test salivari molecolari.

3.2 Screening periodico nelle Strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali territoriali

Popolazione target	
Operatori che svolgono attività di assistenza diretta all'ospite	Test ogni 10 giorni In presenza di casi di positività tra gli ospiti nella struttura si raccomanda di rafforzare la frequenza del testing del personale coinvolto nell'assistenza del soggetto positivo in isolamento.
Operatori che non svolgono attività di assistenza diretta all'ospite	Test in caso di comparsa di sintomi o nel sospetto di infezione o comunque su valutazione del Medico Competente
Ospiti	Test ogni 10 giorni

Tipologia di test. Per le attività di sorveglianza sanitaria periodica del personale e degli ospiti delle strutture residenziali e semi-residenziali socio-sanitarie territoriali (di qualsiasi tipologia), nonché per lo screening dei nuovi ospiti al momento dell'ingresso, è possibile utilizzare test molecolari anche con analisi con metodica di pooling o test antigenici in chemiluminescenza (4a generazione) o test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3a generazione). In caso di utilizzo di test antigenici di 1a o 2a generazione deve essere prevista un'alternanza con test di 3a, 4a generazione o con test molecolare (es. ogni test antigenico di 1a/2a generazione deve essere seguito nello screening successivo da un test di 3a, 4a o da un test molecolare).

3.3 Screening per pazienti ricoverati o che accedono alle strutture

Si riportano di seguito le raccomandazioni per l'accesso alla strutture sanitarie di pazienti, visitatori, accompagnatori e caregiver. Tali indicazioni, formulate partendo dai riferimenti normativi attualmente vigenti, devono essere contestualizzate alla realtà aziendale valutando in particolare gli spazi, i contesti a maggior rischio o in cui sono assistiti soggetti con particolari condizioni di fragilità e/o immunocompromissione.

La Direzione Sanitaria della struttura è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione.

CONTESTO	MODALITÀ
Pazienti ricoverati nei reparti di degenza	<p>Test per SARS-CoV-2</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>Ricovero programmato</u>: test per SARS-CoV-2 nelle 48 precedenti secondo protocolli aziendali • <u>Ricovero urgente</u>: test per SARS-CoV-2 all'ingresso secondo protocolli aziendali <p><i>Inoltre, le Aziende garantiscono gli screening periodici dei soggetti ricoverati sulla base dei protocolli aziendali. Nella valutazione della periodicità si raccomanda di considerare lo stato di immunizzazione (vaccinale o da pregressa infezione), l'eventuale condizione di particolare fragilità e/o il reparto di degenza.</i></p>
Pazienti trasferiti verso strutture per sub-acuti, post-acuti, strutture riabilitative, RSA, cure intermedie, hospice	<p>Test molecolare o antigenico per SARS-CoV-2 nelle 48 ore prima del trasferimento</p> <p><i>E' in capo alla struttura dimettente l'esecuzione del test. La struttura ricevente non deve ripetere il test al soggetto e provvederà allo screening periodico secondo la frequenza stabilita.</i></p>



Pazienti che accedono al Pronto Soccorso	<i>L'indicazione del test per SARS-CoV-2 nel contesto del Pronto Soccorso o dei Punti di Primo Intervento è definita dagli specifici protocolli e procedure aziendali in considerazione della motivazione di accesso, dei percorsi di triage, di osservazione breve intensiva o di ricovero. Tale misura non può costituire un ostacolo o provocare un ritardo nell'accesso ai servizi di competenza e alle cure appropriate.</i>
Pazienti che usufruiscono dei Servizi ambulatoriali	<i>L'indicazione per l'eventuale esecuzione di un test per SARS-CoV-2 nel contesto degli accessi ambulatoriali è valutata dall'Azienda e definita da specifici protocolli e procedure aziendali, in considerazione della motivazione, del tipo di accesso e di prestazione (es. procedure di endoscopia). Tale eventualità rappresenta un rafforzamento delle misure di prevenzione e non può costituire un ostacolo all'accesso ai servizi.</i>

3.4 Test per visitatori, accompagnatori, etc.

Per tali aspetti, nell'attuale contesto epidemiologico e normativo si rimanda alle disposizioni nazionali vigenti.



4. ACCESSO ALLE STRUTTURE RESIDENZIALI, SOCIO-ASSISTENZIALI, SOCIO-SANITARIE

4.1 Ingresso di nuovi ospiti nelle strutture residenziali socio-sanitarie

Al fine di garantire l'accesso in sicurezza dei nuovi ospiti nelle strutture residenziali socio-sanitarie si applicano le misure di seguito riportate. Per situazioni individuali specifiche si rimanda a valutazione da parte della Direzione della Struttura e/o del medico curante.

Si raccomanda di programmare sempre e con tempestività la vaccinazione, oltre che di tutti gli ospiti non ancora vaccinati, anche delle persone valutate e in lista per l'accesso alle strutture per le quali sia stato programmato ed autorizzato l'accesso da parte dell'ente competente.

Situazione del nuovo ospite	Indicazioni
1) Protezione immunitaria completa <ul style="list-style-type: none"> - soggetti vaccinati con second booster - soggetti vaccinati con ciclo di base o con primo booster da meno di 120 giorni - soggetti guariti da meno di 120 giorni 	<ul style="list-style-type: none"> - Nessuna quarantena all'ingresso - Test all'ingresso e successivo screening periodico - Sorveglianza per 5 giorni e, in caso di sintomi, esecuzione immediata di test diagnostico
2) Protezione immunitaria parziale o assente <ul style="list-style-type: none"> - soggetti vaccinati con ciclo di base o con primo booster da più di 120 giorni - soggetti guariti da più di 120 giorni - soggetti non vaccinati 	<ul style="list-style-type: none"> - Nessuna quarantena all'ingresso - Sorveglianza di 5 giorni con test ogni 2 giorni (es. giorno 1, giorno 3, giorno 5) - In caso di sintomi, esecuzione immediata di test diagnostico - Successivo screening periodico

In ogni caso, se si manifestano sintomi suggestivi di possibile infezione da SARS-CoV-2, in particolare durante i periodi di sorveglianza, è obbligatoria l'esecuzione immediata di un test diagnostico.

Si evidenzia che l'accoglimento di nuovi ospiti è permesso nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali e, qualora siano presenti ospiti positivi a SARS-CoV-2, andrà garantita una netta separazione delle attività dedicate agli ospiti positivi rispetto alle aree COVID-free, secondo valutazione dei Responsabili delle strutture e in base alle possibilità delle stesse di gestire in modo autonomo (es. aree separate e/o con staff differenziato) le aree con ospiti positivi rispetto alle aree con ospiti negativi a SARS-CoV-2.

4.2 Uscite temporanee dalle strutture residenziali socio-sanitarie

Anche in vista delle festività natalizie, nei giorni successivi al rientro dell'ospite in struttura a seguito di un'uscita temporanea, è raccomandata la programmazione di due test di screening antigenici:

- un test al rientro;
- un test nei 2-4 giorni successivi al rientro.

4.3 Ingresso di visitatori e caregiver nelle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali

Si premette che, per tali aspetti, nell'attuale contesto epidemiologico e normativo si rimanda alle disposizioni nazionali vigenti e in particolar modo, fino al 31 dicembre 2022, al fatto che l'accesso dei visitatori alle strutture è definito dal DECRETO-LEGGE 1 aprile 2021, n. 44, all'art 1-bis, modificato dalla L. 18.02.2022, n. 11, dalla L. 04.03.2022, n. 18, e dalla L. 19.05.2022, n. 52.

Nel rispetto di quanto previsto dalla norma, si ricorda che la sfera relazionale-affettiva rappresenta, soprattutto nello scenario attuale, un importante fattore che deve essere considerato nella pianificazione delle congrue modalità di accesso e di permanenza nella struttura di familiari/visitatori. Inoltre, la pianificazione delle visite, nel rispetto delle misure igienico-comportamentali previste, deve tenere in debita



considerazione non solo i bisogni clinico-assistenziali-terapeutici dell'ospite ma anche quelli psicologici, affettivi e di supporto.

Pertanto, nel contesto dell'accesso di visitatori/caregiver, **la Struttura valuta la possibilità di definire specifiche modalità organizzative, tenuto conto del contesto strutturale, epidemiologico e organizzativo locale, per garantire la visita anche con eventuali attività di assistenza diretta di supporto del familiare/caregiver all'ospite.** La Struttura valuta anche la possibilità di garantire il contatto fisico tra ospite e visitatore, nel rigoroso utilizzo della mascherina FFP2 e di un'adeguata igiene della mani.

Devono comunque essere applicate le seguenti misure per gli accessi alla struttura:

- rigoroso utilizzo della mascherina FFP2,
- assenza di segni e sintomi sospetti di infezione respiratoria,
- igiene respiratoria,
- igiene delle mani,
- programmazione degli accessi e di eventuali attività di interazione evitando gli assembramenti,
- eventuale interazione del visitatore/caregiver limitatamente al proprio familiare.

Relativamente alle **visite nella stanza di degenza**, tale modalità può essere considerata dalla Struttura, in relazione allo specifico contesto, definendo le modalità organizzative e rispettando il limite di un solo visitatore per volta nella stanza di degenza.

Le Strutture valutano modalità alternative, sempre di pari efficacia per la tutela della salute del soggetto fragile, per eventuali visitatori che non dovessero essere disposti o risultassero incapaci di attenersi a misure igienico-comportamentali di prevenzione e protezione personale.



5. PRECISAZIONI IN MERITO AL CONTACT TRACING

Il Ministero della Salute con Circolari n. 60136 del 30/12/2021, n. 19680 del 30/03/2022 e n. 37615 del 31/08/2022 ha aggiornato le misure di sanità pubblica da applicare in caso di positività o di contatto con un soggetto positivo a SARS-CoV-2, superando la misura della quarantena a seguito di contatto stretto e individuando la misura dell'auto-sorveglianza. Tale misura definisce e valorizza la responsabilità individuale come elemento indispensabile per l'applicazione delle misure di contrasto alla diffusione di SARS-CoV-2 nell'attuale scenario epidemiologico. L'obiettivo di sanità pubblica in questa fase è quindi lo sviluppo dell'*engagement* della cittadinanza, al fine di creare comportamenti proattivi, riservando gli interventi degli operatori di pubblica sanità ai casi più complessi o a maggior rischio.

In tale contesto sono stati sviluppati e rafforzati gli strumenti a supporto del cittadino per garantire una corretta informazione e comprensione delle misure e dei rischi. Parallelamente tali strumenti possono facilitare la comunicazione tra il cittadino e i Servizi di Sanità Pubblica (es. auto-prenotazione dei test di negativizzazione, pronta disponibilità di materiali informativi, etc.).

Per queste ragioni si raccomanda alle Aziende ULSS di promuovere l'utilizzo della piattaforma regionale "Sorveglianza Covid Regione del Veneto" (<https://sorveglianzacovid.azero.veneto.it>), che permette al cittadino di consultare materiale informativo, accedere alla scheda personale, scaricare i certificati di isolamento e prenotare tamponi e la vaccinazione anti-COVID19.

Nel garantire le azioni di presa in carico dei positivi si evidenzia che queste potranno essere prioritariamente indirizzate nei confronti dei soggetti che non hanno già provveduto ad utilizzare la piattaforma o che non sono già stati presi in carico dal MMG/PLS.

Si evidenzia che, come previsto dal Piano Pandemico Regionale, le Aziende ULSS dovranno mantenere le capacità di *readiness* al fine di riorientare l'attività in base ad un eventuale peggioramento dello scenario epidemiologico.

Si propongono quindi i contesti per i quali è opportuna, nello scenario epidemiologico attuale, una prioritizzazione della gestione delle attività di sorveglianza di sanità pubblica.

ESEMPI DI PRIORITÀ PER LE MISURE DI SANITA' PUBBLICA

- Centri di accoglienza per migranti
- Ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali
- Comunità chiuse
- Strutture ospedaliere
- Scuole e servizi educativi per i minori (in accordo con i protocolli vigenti)



6. SORVEGLIANZA NEL CONTESTO DELLA SCUOLA E DEI SERVIZI PER INFANZIA

Nel corso del precedente anno scolastico è stato adottato il “Piano per il monitoraggio della circolazione di Sars-CoV-2 nelle scuole primarie e secondarie della Regione Veneto (anno scolastico 2021/2022)” (c.d. Scuole Sentinella). Lo scenario epidemiologico attuale ha modificato le esigenze di monitoraggio del contesto scolastico e, per lo scenario attuale, sono previste le misure indicate dal documento ministeriale: “Indicazioni strategiche ad interim per preparedness e readiness ai fini di mitigazione delle infezioni da SARS-CoV-2 in ambito scolastico (anno scolastico 2022 -2023)” individua le possibili misure di prevenzione per il corrente anno scolastico.

La Regione del Veneto, partecipa al Progetto CCM 2020 “*Sistemi innovativi per l’identificazione precoce per l’identificazione di focolai COVID-19 in ambito scolastico in Italia*” nel quale è prevista una specifica attività di monitoraggio già in essere e prorogata al 25 maggio 2023. Nel contesto attuale tale attività potrà garantire la prosecuzione di una sorveglianza epidemiologica del contesto scolastico, che potrà fornire indicazioni utili al monitoraggio della circolazione virale.

Tale monitoraggio risulta importante nell’attuale fase epidemiologica anche al fine di valutare l’impatto su specifiche popolazioni target come previsto dalla DGR 659/2022.

