



Febbraio 2023

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

Piano di Sanità Pubblica



36ad9506



PREMESSA

L'attuale scenario epidemiologico è caratterizzato dalla circolazione diffusa di SARS-CoV-2 sul territorio con un impatto meno significativo in termini di malattia rispetto alle precedenti fasi pandemiche. Tale situazione deve comunque essere costantemente monitorata in ragione delle caratteristiche di SARS-CoV-2 e della possibile insorgenza di nuove varianti di interesse (VOI).

La **campagna vaccinale anti-COVID19** ha 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 nei setting ad alto rischio, in particolar modo nella popolazione non vaccinata, con la finalità di garantire trattamenti adeguati e tempestivi.

L'attuale contesto epidemiologico richiede altresì di mantenere particolare attenzione rispetto alla sorveglianza genomica.

Sotto questo profilo, l'analisi delle sequenze virali rilevate nella sorveglianza regionale del 17 febbraio 2023 ha confermato che la variante Omicron rappresenta la totalità dei sequenziamenti depositati.

Il lineage BA.5* si conferma come predominante (60,01%), anche se in calo. Cerberus, BQ.1*, rappresenta attualmente il 54,55% delle sequenze analizzate.

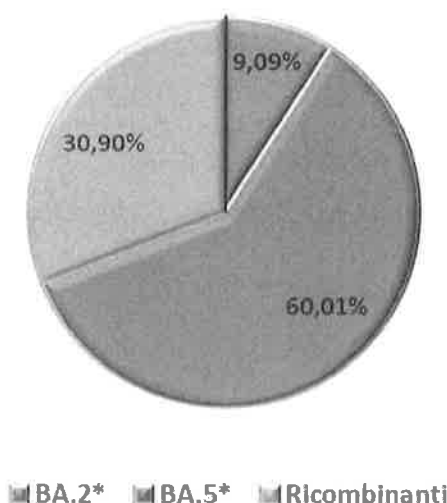
Il lineage BA.2* risulta composto in prevalenza dalla variante Orthrus (CH.1.1), che rappresenta il 7,27% dei campioni caratterizzati e da BN.1.2 (1,82)%.

I campioni ricombinanti evidenziano un netto aumento rispetto alle settimane precedenti (30,90%). Tra i ricombinanti spicca la variante XBB*, all'interno della quale si segnala la presenza di 12 campioni appartenenti al sublineage XBB.1.5 (Kraken), provenienti dalle province di Vicenza, Padova e Treviso e due campioni appartenenti al sublineage XBB.1.9 provenienti dalle province di Vicenza e Padova.

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



XBB.1.5 nell'ultimo report ECDC² si stima avere un vantaggio di crescita rispetto ai lineages circolanti in Europa (113%) come conseguenza dell'elevata capacità di evasione dalla risposta immunitaria, combinata a una maggiore affinità di legame per il recettore umano ACE2 rispetto alle sottovarianti BQ.1.1 e XBB/XBB.1. Tra i ricombinanti sono stati infine rilevati un campione ricombinante appartenente alla variante XBF proveniente dalla provincia di Vicenza e un campione ricombinante appartenente alla variante XBK proveniente dalla provincia di Rovigo.



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.

² European Centre for Disease Prevention and Control. Implications for the EU/EEA of the spread of the SARS-CoV-2 Omicron XBB.1.5 sub-lineage for the EU/EEA – 13 January 2023. ECDC: Stockholm; 2023.



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 della pressione sulla 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 Operatori delle Strutture sanitarie	9
3.3 Strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali territoriali	10
4. ACCESSO ALLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE	12
4.1 Strutture Sanitarie	12
4.2 Strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali	12
4.3 Ingresso di nuovi ospiti nelle strutture residenziali socio-sanitarie	13
4.4 Uscite temporanee dalle strutture residenziali socio-sanitarie	13
5. PRECISAZIONI IN MERITO AL CONTACT TRACING	14



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;
- adeguare 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*.

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 virale³. 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.

³ *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 della pressione sulla rete ospedaliera e indicazioni sull'isolamento del paziente

E' attivo un monitoraggio dei 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, potenziando la capacità degli ospedali con posti letto aggiuntivi 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 nei 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 intensiva per la fase



emergenziale si è basata sui seguenti criteri: identificazione negli ospedali hub con presenza di reparti di malattie infettive e di pneumologia di un numero di posti letto che garantisca la prima risposta in caso di una nuova ondata dell'epidemia; adeguamento e/o ampliamento di spazi preferibilmente attigui alle attuali terapie intensive, utilizzati nella fase emergenziale in modo da garantire un aumento di posti letto territorialmente diffuso; allestimento adeguato degli spazi per i posti letto di terapia intensiva negli ospedali individuati come Covid Hospital. L'identificazione dei 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"* e seguente aggiornamento rappresentato dal documento *"Emergenza COVID-19 "Aggiornamento del Piano Emergenza Autunno" e rilevazione Ospedali di Comunità"* (trasmissione con nota del Direttore Generale Area Sanità e Sociale n. 455886 del 27/10/20).

La Direzione Medica Ospedaliera della struttura valuta le procedure per il ricovero del paziente COVID-19 positivo sintomatico nel reparto di area critica, di area medica (es. malattie infettive, pneumologia) o di area materno infantile. Per i pazienti positivi asintomatici o paucisintomatici per COVID, che presentano quadri sindromici legati ad altre condizioni cliniche, il ricovero viene effettuato 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 rilevazione quotidiana 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 prevenzione della diffusione delle patologie respiratorie con particolare riferimento ai contesti sanitari e assistenziali è garantita dal rispetto delle buone norme igienico-comportamentali finalizzate ad evitare la diffusione dei patogeni respiratori quali: rigoroso utilizzo delle mascherine a protezione delle vie respiratorie, ventilazione degli ambienti, igiene delle mani, etichetta respiratoria, effettuazione tempestiva di test in presenza di sintomi, isolamento organizzativo e funzionale di eventuali soggetti positivi, applicazione di procedure igienico-sanitarie da parte delle strutture, formazione degli operatori, informativa e cartellonistica adeguata rivolta a visitatori, accompagnatori, pazienti e ospiti, etc.

In tale contesto, i programmi organizzati di screening durante l'emergenza COVID-19 hanno permesso un ulteriore monitoraggio della circolazione virale per finalità epidemiologiche utile a valutare il rischio specifico e l'efficacia delle misure igienico-organizzative messe in campo dalle singole Strutture.

Si riportano di seguito gli aggiornamenti relativi alle raccomandazioni per l'organizzazione di programmi di screening nei diversi contesti. Tali indicazioni 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 della struttura è comunque tenuta ad adottare tutte le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione in relazione agli specifici contesti locali. Le indicazioni relative alla tipologia di test restano invariate.

3.1 Operatori delle Strutture sanitarie

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.

Le Aziende/Strutture provvedono a stratificare il rischio interno e definiscono la tipologia di test in accordo con le raccomandazioni vigenti e la frequenza di screening, aumentando o riducendo la periodicità per gli operatori nei contesti a maggior o minore rischio. La periodicità dei test di screening può essere differenziata su valutazione del Medico Competente in relazione all'esposizione al rischio e permane, comunque, il test nei seguenti casi: presenza di sintomi sospetti, a seguito di contatto stretto e per il termine del periodo di isolamento, come indicato dalle disposizioni vigenti (Circolare Ministeriale prot. n. 51961 del 31.12.2022).

In considerazione di quanto indicato da ECDC^{4,5} e da WHO⁶, 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.

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.

3.2 Pazienti ricoverati o che accedono alle strutture sanitarie

CONTESTO	MODALITÀ
Pazienti ricoverati nei reparti di degenza	Test per SARS-CoV-2 <ul style="list-style-type: none"> Ricovero programmato: test per SARS-CoV-2 nelle 48 precedenti secondo

⁴ 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.

⁵ 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.

⁶ 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.



Piano di Sanità Pubblica - AGGIORNAMENTO E MODULAZIONE DELLE STRATEGIE DI GESTIONE E CONTROLLO DELLA PANDEMIA COVID 19

	<p>protocolli aziendali</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ricovero urgente: 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 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	<p><i>Il test per SARS-CoV-2 nel contesto del Pronto Soccorso o dei Punti di Primo Intervento non è obbligatorio nel paziente asintomatico che non viene ricoverato. L'indicazione ad esso 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></p>
Pazienti che usufruiscono del Servizi ambulatoriali	<p><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></p>

Sarà essenziale assicurare un volume di sequenziamento sufficiente per monitorare i virus in circolazione e l'emergenza di nuove varianti virali e un'adeguata capacità diagnostica dei laboratori. Pertanto, è fortemente raccomandato, per lo meno in contesti d'elezione quali ospedali e pronto soccorso, raccogliere campioni da sottoporre a test molecolare, per garantire in ogni Regione/PA un numero minimo di campioni da genotipizzare secondo le indicazioni riportate nella Nota e nell'allegato n. 17975 del 17/03/2022.

3.3 Strutture socio-sanitarie, socio-assistenziali territoriali nonché attività riferite alla DGR n. 154/2018 ed alla DGR n. 739/2015

Popolazione target	
Operatori	<p>La periodicità dei test di screening è definita su valutazione del Medico Competente, in accordo con il Medico Coordinatore della Struttura e il Referente Medico per le Strutture Socio-Sanitarie e Socio-Assistenziali dell'Azienda ULSS di riferimento.</p> <p>Permane il test nei seguenti casi: presenza di sintomi sospetti, a seguito di contatto stretto e per il termine del periodo di isolamento, come indicato dalle disposizioni vigenti (Circolare Ministeriale prot. n. 51961 del 31.12.2022).</p> <p>Fermo restando le indicazioni di testing in caso di contatto stretto, è importante, in presenza di casi di positività tra gli ospiti nella struttura o di quadri clinici sospetti per infezioni respiratorie, rafforzare la frequenza del testing a tutto il personale coinvolto nell'assistenza del soggetto positivo in isolamento.</p>
Ospiti	<p>Test tempestivamente all'insorgenza di sintomatologia sospetta per COVID-19 o secondo periodicità definite dal Medico Coordinatore della Struttura in accordo con il Referente Medico per le Strutture Socio-Sanitarie e Socio-Assistenziali dell'Azienda ULSS di riferimento.</p> <p>In relazione alle persone con disabilità intellettiva, psichica o neuroatipica, l'attività di screening dovrà essere eseguita considerando l'effetto che la stessa potrebbe</p>



Piano di Sanità Pubblica - AGGIORNAMENTO E RIMODULAZIONE DELLE STRATEGIE DI GESTIONE E CONTROLLO DELLA PANDEMIA COVID-19

	avere su tale particolare tipologia di assistiti. Pertanto, qualora lo screening risultasse particolarmente stressante e impattante sulla stabilità emotiva della persona, andrà adattato secondo le indicazioni fornite dal Medico curante.
--	--



4. ACCESSO ALLE STRUTTURE SANITARIE E SOCIO-SANITARIE

Completata la ricognizione sulle disposizioni per l'accesso alle strutture in oggetto attualmente vigenti, si riportano di seguito le principali raccomandazioni per l'accesso di visitatori, accompagnatori e caregiver nei diversi contesti sanitari e socio-sanitari. Tali indicazioni devono essere contestualizzate alla realtà specifica valutando in particolare gli spazi, i contesti a maggior rischio o in cui sono assistiti soggetti con particolari condizioni di fragilità e/o immunocompromissione.

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/paziente ma anche quelli psicologici, affettivi e di supporto. La Circolare del Ministero della Salute n. 1 del 01/01/2023 definisce che *"L'organizzazione dei servizi dovrà comunque tenere conto della necessità di gestire in sicurezza l'accesso alle strutture sanitarie da parte dei visitatori"* e *"l'uso di dispositivi di protezione delle vie respiratorie è obbligatorio per i lavoratori, gli utenti e i visitatori delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-assistenziali [...]"*. Si rammenta a tal proposito che secondo la normativa vigente non hanno l'obbligo di indossare il dispositivo di protezione delle vie respiratorie:

- a) i bambini di età inferiore ai sei anni;
- b) le persone con patologie o disabilità incompatibili con l'uso della mascherina, nonché le persone che devono comunicare con una persona con disabilità in modo da non poter fare uso del dispositivo.

Inoltre, in via generale, per l'accesso a tutte le strutture sanitarie e socio-sanitarie devono comunque essere osservate, da parte di visitatori, caregiver e accompagnatori, le consolidate misure igienico-comportamentali finalizzate a contrastare la diffusione di patogeni respiratori (es. rigoroso utilizzo della mascherina in tutti i momenti della visita, accesso in assenza di segni e sintomi sospetti di infezione respiratoria, igiene respiratoria, igiene delle mani).

4.1 Strutture Sanitarie

In tutte le strutture sanitarie è richiesto l'utilizzo di mascherina chirurgica o FFP2. L'applicazione e la verifica sul corretto utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie avvengono secondo le modalità individuate dalle singole Aziende Sanitarie; nel caso di attività di supporto diretto al soggetto ricoverato è fortemente raccomandato l'utilizzo della mascherina FFP2.

Le Direzioni Sanitarie delle Aziende, in funzione delle caratteristiche delle singole Strutture, dell'attività svolta, del numero di visitatori e delle condizioni di fragilità dei soggetti assistiti nella singola Unità Operativa, definiscono eventuali ulteriori misure necessarie a garantire l'accesso in sicurezza alle strutture.

Sono comunque sempre previsti l'accesso e la permanenza di un accompagnatore nei casi di soggetti minori, disabili o di pazienti con particolari bisogni clinico-assistenziali (es. fine vita, grandi anziani, al momento del travaglio e nel post partum, presenza di barriere linguistiche, etc.).

4.2 Strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali

Si premette che, in osservanza a quanto previsto dalla normativa vigente, sulla base dell'art. 1-bis, D.L. 44/2021 le Strutture devono garantire *"la continuità delle visite da parte di familiari con cadenza giornaliera, consentendo loro anche di prestare assistenza quotidiana nel caso in cui la persona ospitata sia non autosufficiente"*.

Pertanto, nel contesto dell'accesso di visitatori/caregiver la Struttura garantisce le visite da parte dei familiari attraverso specifiche modalità organizzative, adottate in relazione al proprio contesto strutturale ed epidemiologico, al fine di assicurare la visita anche con attività di assistenza diretta di supporto del familiare/caregiver all'ospite.



Richiamando i contenuti dell'Ordinanza del Ministero della Salute del 31 ottobre 2022, recante "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'epidemia da COVID-19 concernenti l'utilizzo dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie", la struttura, nel garantire l'erogazione dell'assistenza diretta anche attraverso l'operato dei familiari, assicura il rigoroso utilizzo della mascherina FFP2 e di un'adeguata igiene della mani qualora vi sia contatto fisico tra ospite e visitatore.

Relativamente alle **visite nella stanza di degenza**, tale modalità viene garantita 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 Unità di offerta 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.

4.3 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"> - 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 (es. ciclo vaccinale incompleto o non vaccinato)	<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.

4.4 Uscite temporanee dalle strutture residenziali socio-sanitarie

Nei giorni successivi al rientro dell'ospite in struttura a seguito di un'uscita temporanea per il rientro al domicilio, è raccomandata la programmazione di due test di screening antigenici:

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



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 e infine con Circolare n. 51961 del 31/12/2022 e con Circolare n. 1 del 01/01/2023 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 Igiene e Sanità Pubblica (es. auto-prenotazione dei test di negativizzazione dove previsti, 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
- Strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali residenziali e semiresidenziali
- Comunità chiuse
- Strutture ospedaliere
- Scuole e servizi educativi per i minori (in accordo con i protocolli vigenti)

